

平成 25 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

(通刊第45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（以下、地対協という。）は、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。これまで多くの提言を行政等の関係機関に対し発信し、多大な成果を挙げてきた、全国でもあまり類を見ない組織です。

わが国が世界で初めて超高齢社会を迎える2025年問題に向け、医師不足や偏在の問題、救急医療体制や各種疾病対策、また国が推進している地域包括ケアシステムの構築など、解決すべき課題は山積し、日々拡大しております。

このような中、地対協では、広島県全体の保健・医療・福祉の向上を目指す団体の役割として、平成25年度に改めてそのあり方を見直し、①各圏域地対協との連携強化、②広報活動の充実、③県行政への意見具申、④広島県地域保健医療推進機構など関係団体との役割分担の4点を重点目標に掲げ、各種委員会を運営して参りました。

また、時代の変化とともにそのあり方を見直すため、目的を明確化し、20近くあった委員会を12委員会に集約し、より実効性のある有機的な運営を目指しました。

内容としては、なかでも医師の不足や偏在、夜間救急の担い手不足の問題等は、地域が抱える重要な課題であり、今年度はまず現状把握と課題整理を目的に協議・意見交換いたしました。

また広島県が掲げるがん対策日本一の実現に向け、5大がん以外のがんにおけるがん医療提供体制の構築のための連携ツールの作成や、自分はどこで生き、どこで死ぬかを、元気なうちから患者自身が家族や主治医などの医療者とともに考える、きっかけづくりのツール「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の手引き」と「わたしの心づもり」の作成などに取り組みました。

そのほか、特定健康診査の受診率向上や感染症に対する危機管理体制の構築、肝疾患医療の連携推進、大規模災害への対策、多職種連携による服薬管理のあり方などについても協議・検討を行いました。また、近年増大する児童思春期の心の問題への対策や認知症の身体合併症への対策などに向け、精神疾患に関する協議・調査も実施いたしました。

各種委員会活動は、広島県医師会速報の毎月15日号に掲載の「地対協コーナー」にて随時報告しておりますので、ご参照いただけますと幸いです。また、地対協ホームページ（<http://citaikyo.jp/index.html>）にて、過去の報告もご覧いただけます。

引き続き広報の充実を図ってまいりたいと考えておりますので、ご意見・ご感想をお寄せ下さい。

このように地対協では、それぞれの専門家が分野を超え、同じ土俵で一致団結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、今後もより明確に、各団体がそれぞれの使命をもった上で、県地対協としての責務を果たすべく邁進していく所存です。

今後とも県民の健康と生活の安全を守るために、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とともに、本報告書が良質な医療提供の実現のため、多くの方にご活用いただけることを祈念いたします。

平成26年8月

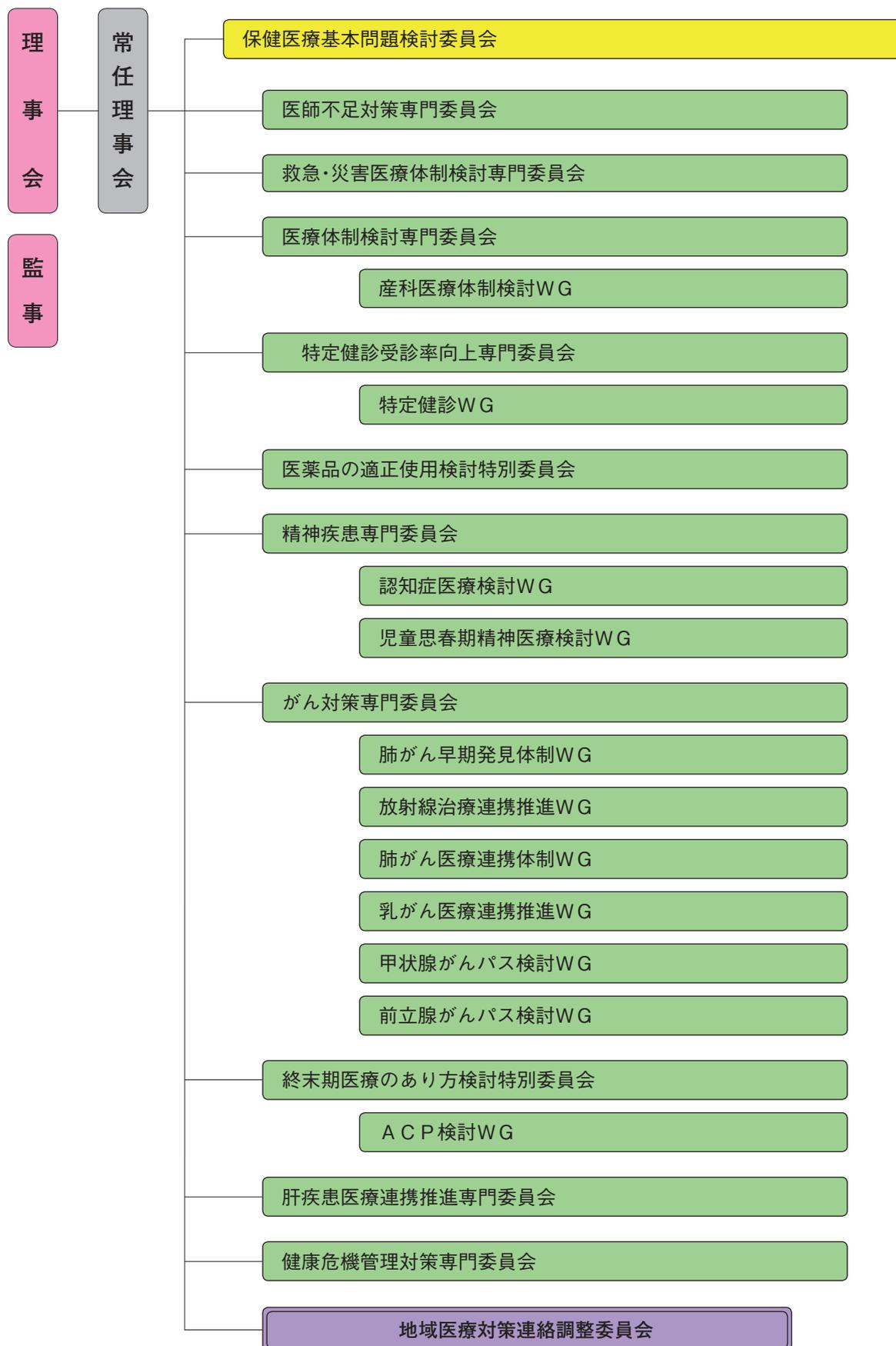
広島県地域保健対策協議会

会長 平 松 恵 一

目 次

序	平松 恵一	i
平成 25 年度広島県地域保健対策協議会組織図		1
医師不足対策専門委員会		
「医師不足対策専門委員会」報告書		3
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		19
医療体制検討専門委員会		
医療体制検討専門委員会報告書		29
特定健診受診率向上専門委員会		
平成 25 年度調査研究報告書		33
医薬品の適正使用に関する検討特別委員会		
医薬品の適正使用検討特別委員会報告書		67
精神疾患専門委員会		
平成 25 年度精神疾患専門委員会報告書		87
がん対策専門委員会		
がん対策専門委員会報告書		93
肺がん早期発見体制ワーキンググループ		
広島県の肺がんの早期発見体制の構築に向けて		97
放射線治療連携推進ワーキンググループ		
広島県における放射線治療体制の在り方		103
終末期医療のあり方検討特別委員会		
終末期医療のあり方検討特別委員会報告書		107
肝疾患医療連携推進専門委員会		
肝疾患患者フォローアップシステムの検証と肝がん地域連携クリティカルパスについて		117
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 25 年度報告書		125
平成 25 年度広島県地域保健対策協議会役員名簿		171
あ と が き		173

平成 25 年度 広島県地域保健対策協議会組織図 12 委員会



医師不足対策専門委員会

目 次

「医師不足対策専門委員会」報告書

医師不足対策専門委員会

(平成 25 年度)

「医師不足対策専門委員会」報告書

広島県地域保健対策協議会 医師不足対策専門委員会

委員長 河野 修興

広島県地域保健対策協議会では、平成 25 年度に医師不足対策専門委員会を設置し、広島県における医師不足の実態を把握するとともに、本県の医師不足の解消を目指した意見交換を行うため、平成 25 年 12 月 2 日に会議を開催した。会議では広島県と広島県地域保健医療推進機構から広島県の現状報告があり、自治医科大学卒業医師およびふるさと枠医学生の実態など、委員間で共通認識を持った上で今後の取り組みについて協議を行い、多くの検討すべき課題や貴重な意見が交わされた。

会議の概要と各委員の発言要旨の詳細については、次の通りである。

平成 26 年度活動では、今年度の課題を整理した上で重点的に取り組む事業を設定し、検討する予定としている。

1) 広島県の現状について

広島県医療政策課から、昨年度まで地対協事業として活動した「医療従事者対策専門委員会（委員長：平川 勝洋教授）」が作成の報告書「広島県の医療提供体制の偏在解消に向けた検討」について報告があった。同報告書は、2011 年における現状の課題の抽出と 2020 年における将来の課題の特定に主眼を置き、広島県の医療提供体制の目指す姿として、患者・医師・行政の視点を述べ、医療機能の強化、医師確保と適正配置、受療行動の適正化の方向性を記している。

続いて、広島県地域保健医療推進機構から、県外医師の誘致や県内外医師の就業支援、臨床研修病院への支援、女性医師の勤務環境支援、ベテラン医師などを地域医療に向けた仕組みづくりや、自治医大およびふるさと枠医学生などの養成について紹介があった。

また、機構内に設置の「医師確保対策専門委員会」について、同委員会委員長を務める桑原委員より、

今後の取組として、新たな内科専門医制度について、すべての内科診療科を経験する仕組みづくりが必要であるとの結論に至った報告があった。

2) 自治医科大学卒業医師およびふるさと枠医学生の現状について

竹内委員より、広島県のふるさと枠（地域枠）医学生数は、広島県枠 68 人（平成 21 年 5 人、22 年 15 人、23 年 15 人、24 年 15 人、25 年 18 人）と岡山県枠の 7 人の合計 75 人が在学している。入学から卒業の進路として、義務年限 9 年のうち、臨床研修 2 年、県内の公的医療機関などで 7 年間（うち 4 年間は中山間地域などの公的医療機関などまたは好事が指定する診療科）勤務することで、地域の偏在とともに診療科の偏在解消も目的としているのが広島県の特徴だと報告があった。

委員間で、ふるさと枠の学生の半数程度が女性であることから女性医師の支援が急務であることを再認識した。

3) 今後の取り組みについて（出席の委員からの主な意見）

広島県に医師を呼び込むため、魅力あるプログラムの作成、それを支える優秀な医師の必要性や、女性医師の離職防止策として柔軟な雇用体制や保育施設の導入、さらには自治医科大卒業医師を派遣する際の医局との連携の必要性、総合医マインドを持った専門医の養成方法、学生間の口コミの影響など、の課題について意見があった。

また、ふるさと枠学生の義務年限に関する質問も出たが、特に初期研修に関する強制力はなく、県内にとどまるよう対策を講じる必要性について指摘があった。

そのほか、臨床研修病院合同 PR などのレジナビフェアをお盆の期間中を利用し開催してみてもといった提案もあった。

委員長挨拶

広島大学大学院分子内科学教授
学長特命補佐（地域医療（地对協）・東千田担当）
河野 修興

皆さん、こんばんは。広島大学の河野でございます。

私、以前、地对協の医師確保に関する委員会の委員長をしたことがあります。ただ今、中西先生からご紹介がありましたように、今後広島県の医師が減ってくることは、今までのことからいくと間違いないことだと思いますので、この医師不足対策専門委員会は非常に重要であると考えています。

できるだけ医師を確実に確保することも進めたいですし、機能をアップしていくためには地域の連携システム構築が非常に重要になるのではないかと思います。今後はふるさと卒の医学生が再来年3月に卒業しますので、今の5年生ですが、この人たちの動向が非常に大きな影響を与えるだろうと思います。

私も個人的にテレビ番組にも出演した際述べたのですが、「私たちが学生を信じ、彼らの将来を輝けるようなものにしてあげることができれば」、何とか広島県の医師不足を打破できるのではないかと考えています。

本日の委員会委員は、私も若干委員を推薦させていただいたわけですが、例えば自分の医局であるとか自分の病院であるとか、そういうプライベートな立場ではなくて、全体を考えてやっていきたいと思っています。

私たち委員全員の動向に輝かしい未来がかかっていますので、ご協力のほどよろしく申し上げます。

報告・協議事項

広島県の現状について

広島県健康福祉局医療政策課長

坂上 隆士

資料1の「広島県の医療提供体制の偏在解消に向けた検討（2013年3月）」からご説明します。

全体の概要ですが、広島県の医療提供体制の再構築に向けての「現状の把握や課題の抽出とシミュレーション」、「対策の検討・実行」となっております。

広島県の医療提供体制はGISも使って分析しており、課題の抽出にあたっては、各先生方のヒアリングなども含めて行っています。

この検討調査は、今まで医師不足の課題が定性的であったものをいかに定量的にもっていくかという

ことで始めたものですが、手法としては将来の患者数あるいは医師数を推定して現在の患者数あるいは医師数を基にトレンドとか人口の構造変化などを加味して求めたものです。そこから将来の必要医師数や将来過不足になる診療科を算出したものです。

そのやり方は、さまざまなパラメータを加味して、例えば高齢化の進展などを含めて予測したものです。

2020年の医師の負担度合を、2011年度と同程度にするために必要な医師数を試算したところ、全体として医師不足であった。この状況を前提とした場合、負担程度を現状程度にするために確保が必要な医師数は県全体で391人とのデータが分析結果として出ている。

また、負担が主に増加すると見込まれる診療科として、外科・救急、あるいは整形外科、耳鼻科、全内科、泌尿器科などが算出されている。

これに対して県で考えられる施策として、医療機能の強化と医師確保と適正配置、受療行動の適正化が挙げられる。それぞれの項目ごとの施策を2020年に向けて対策を講じ、このロードマップに従って取り組みを始めているところです。

資料2の「広島県保健医療計画 平成25（2013）年度－平成29（2017）年度は、今年3月に策定したものです。

第1章の総論では、地域の現状として、県民の受療状況や医療資源の状況、第4章の保健医療体制を支える人材の育成・確保では、医師の育成・確保などを記しております。これもさまざまなデータに基づいて現状を把握して、先ほどのロードマップと重複しますが、施策の方向では、医師の養成として、自治医科大学での医師養成や広島大学医学部ふるさと卒など、あるいは竹内教授の広島大学医学部寄附講座地域医療システム学講座などにより、医師育成に努めます。

また、医師の確保としては、初期臨床研修病院の支援など、特に広島県地域保健医療推進機構が実施している取り組みなどを踏まえて、実際に今後やるべき取り組みをここに挙げさせていただいています。これが、保健医療計画の取り組みの内容です。

質疑

【坂口委員】

2020年の医師の負担度合いを、2011年と同程度にするために必要な医師数を試算した結果は、要する

に新しい医師が2011年から391人増加すればいいということか。

【坂上委員】

そういうことです。

【坂口委員】

それでは、もう多過ぎる。1学年で大体100人、120～130人は増える。

【坂上委員】

もちろん医学部の定員はシミュレーションの中に入っていますが、分析した結果、プラスアルファで必要な医師数をここに挙げさせていただいた。

【坂口委員】

今のトレンドでいった場合、プラス391人増やさないといけないという意味なのか。

【坂上委員】

そういうことです。

【坂口委員】

2011年と比較し、2020年は391人増えればいいのか。そここのところの出し方をもっと分かりやすく記載した方がいい。

【坂上委員】

今のトレンドで伸ばしたときに、現在の患者数を基に将来、2020年の患者数を出します。もう一方で医師数を、現在の医師数を基に先ほど申しましたトレンド、それに医師の年齢構成などを加味して、将来の医師数、これを例えばAとして出します。その医師数に現在の患者数分の将来の患者数、どれだけ負担が増えるかを出しまして、現在の医師数から将来に必要な医師数を出してそれをBとします。

将来の過不足数として、将来的に必要なBから将来の推計した医師数Aを引いた数が391です。

【坂口委員】

さらに必要な数が391人だということか。

【坂上委員】

そういうことです。

資料1の概要として3ページの資料を配っているが、その「医療提供体制の偏在解消に向けた取組について」の「(Ⅱ) 医師確保と適正配置」の項目として、④医師確保の目標があり、その中の取り組みの方向性として、臨床研修医確保では10人とか15人という数字が挙がっていますが、これはこれまでの平均で143人の平均値があるので、それにプラス10人確保し続けなければいけないということで、こういう確保計画をつくっていますので、これまでの姿

を投影すると391人不足します。

【坂口委員】

足りない。

【坂上委員】

足りないということです。

【坂口委員】

今のままでいくと、391人必要数に対して不足するのか。そう記載すれば、まだ分かりやすい。

【中西委員】

広島県行政は、広島県には他県から入ってくる医師数が、非常に少ないことをずっと私たちに言っていました。これからそれに関してどう対策を講じるのか、大きな課題ですし、これまで同様何も大きな施策を打たなければ大変なことになると理解しています。

広島県の現状について

広島県地域保健医療推進機構事務局次長（兼）
地域医療推進部長

橋本 康男

資料3の広島県地域保健医療推進機構の取組状況について説明します。目的は、医師の確保と環境整備を中心とした地域医療の充実であり、行政、医師会、大学の連携組織としての意義・特性の発揮です。課題は、人口比医学部定員全国41位の医師養成体制などによる医師不足と医師の偏在であり、課題解消に向け、医師養成、臨床研修医やUIJターンの医師誘致のほか、女性医師などの活躍支援などに取り組んでいます。

参考資料として、医学部入学定員と人口100万人当たり医学部定員を記しています。広島県には人口280万で、平成24年度の入学定員は117人で、人口100万人対入学定員は全国で41位です。

人口に比べて医学部定員が少ないため、県外に流れていった医学生が医師になって戻ってきてほしいというのが大きな課題です。

事業体系としては、地域医療の医師確保として、養成、誘致、活躍支援があり、養成では、自治医大やふるさと卒などへの支援。誘致では、初期臨床研修医の時点で広島県外の大学に医学部へ行かれた方に戻ってきていただくことと、UIJターン、つまり県外で活躍されている医師の方に戻ってきていただくということ、活躍支援については、女性医師、ベテラン医師への支援、あるいは勤務環境改善、研修機会などへの支援を考えています。

地域医療の環境整備としては、先ほど河野委員長からもありましたが、地域での連携、環境整備、受療行動の問題、そういったところにも意識を持って取り組んでいきたいと考えています。

右側の絵で、絵が適切かどうかは別として、蛇口が医師の養成、医師の誘致で数を増やしていくことと同時に、右側にありますように、医師の活躍支援ということで女性医師、ベテラン医師など、いろいろな形での活躍の形をつくることを目指したいと考えています。

この地域医療の医師確保のイメージ図(1)は、バケツのつもりです。

バケツの絵の左側に義務年限の9年と書いていますが、義務年限を過ぎた後も、下に書いてありますように県内定着に向けて、地域医療の環境整備、やりがい、達成感のある地域医療の環境整備にも取り組んでいきたいと考えています。

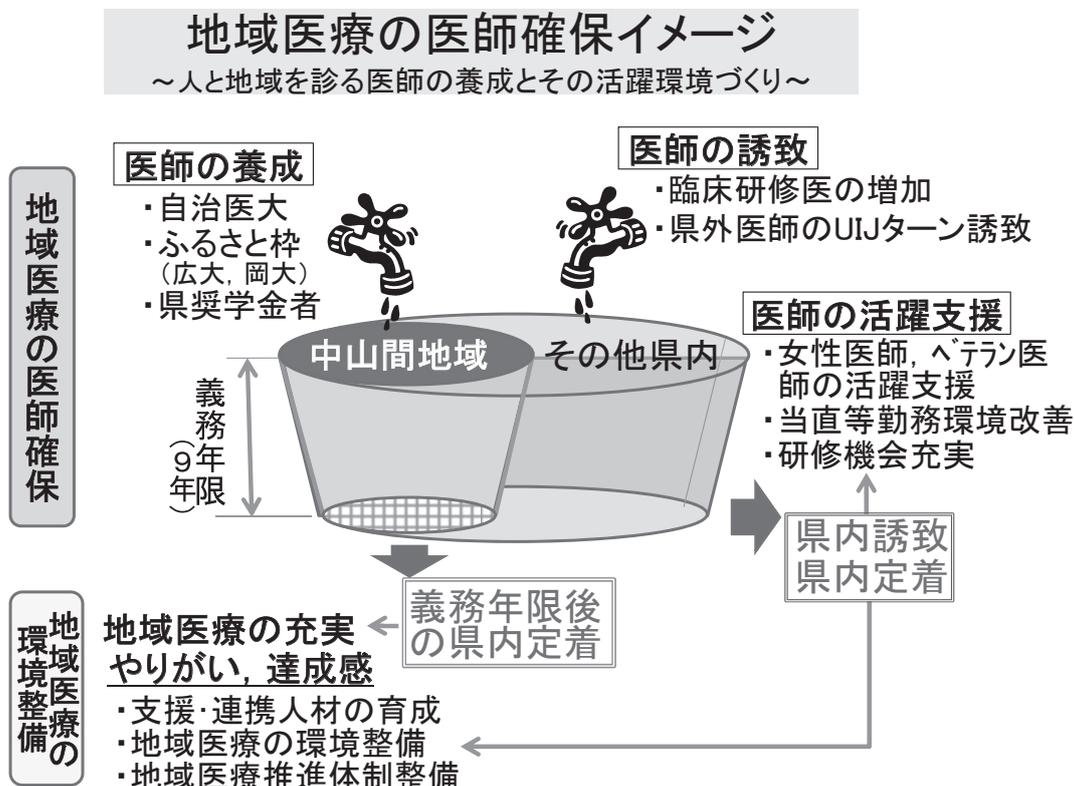
平成25年10月末現在の月例報告では、地域医療の医師確保の医師の養成と配置調整では、自治医大など卒業医師のキャリアパス・キャリアデザインの構築を検討しています。また地域医療セミナーなどの実施、これは広島大学の竹内教授の地域医療システム学講座と一緒に実施していますが、ふるさと卒

学生の地域医療へのモチベーションの維持向上を目指し実施しているものです。

ふるさと卒学生向け地域医療マインド育成プログラムは、前述のとおりふるさと卒学生のモチベーションの維持向上を図るため取り組んでいます。学年別のプログラム概要としては、1年から4年生時には、まず地域医療への理解と関心を高めること、5・6年生では進路指導・相談などを行い、広島県内で活躍する意欲を高めることを目指すこととしています。

このプログラムの主な内容としては、ふるさと卒セミナーと地域医療セミナーがあります。地域医療セミナーとして、夏セミナーでは4人程度の少人数で医療機関の現場体験と先輩医師との懇談、冬セミナーでは、広島県の地域医療を担って期待されている自治医大、ふるさと卒、県奨学金の学生に一堂に集まり地域医療について学び議論することで、地域医療についての理解を深めるとともに、学生同士の一体感を醸成することとしています。

医師の誘致と県内定着の取り組みについては、県内外の医師の登録やネットワークづくりによる情報発信およびマッチングの促進として、ふるさとドクターネット広島の運営と登録促進を手がけています。これは、医学生、研修医、県内外で活躍されている



イメージ図(1)

医師の方に登録をしていただいております。現在 870 人程度の登録をいただいております。こうしたネットワークをつくることにより、例えば臨床研修で広島県内に戻っていただく働きかけであるとか、県外で活躍されている医師の方にそろそろ親の介護もあるし、広島へ帰りたいという話がぼつぼつ入ってきますので、そういったところに私どもの職員が訪問の上、広島へ帰る支援といったこともさせていただいております。

また、臨床研修病院への支援として、臨床研修病院合同 PR などやっています。平成 25 年度臨床研修マッチング結果ですが、平成 25 年度は、24 年度の全県マッチ者数 139 に対して、今年度は広島大学と独立行政法人国立病院機構呉医療センターが随分昨年に比べてマッチング者数を増やしていただいたおかげで、前年比 20 人増加と過去最高の数字が出ております。初期臨床研修医確保のための取り組みとしては、医学生への働きかけ、病院への働きかけ、マッチングの取り組みがあります。

女性医師の育児期間などへの対応など、離職防止業務としては、医師確保の一環としての女性医師の就労環境改善に取り組んでいます。また、ベテラン医師などを地域医療に向ける仕組みづくりも検討しています。

そのほかの活動としては、地域医療を考える市町や住民の取り組みに対する支援を行い、地域で活躍する医師のやりがい、活性化につながるような取り組みを支援していきたいと考えています。

広島県地域保健医療推進機構の取組状況は以上です。

質疑)

【河野委員長】

広島大学の今年のマッチ者数は 50 で 90% です。通常数パーセントは国家試験で落ちます。10 パーセントくらい落第します。それはまあ削減される可能性が高いということです。

ですから、あまり楽観視してはいけません。例えば平成 15 年だと広大のマッチング率は 80、16 年は 77、17 年に 65 になってきます。また努力して 60 まで下がって、平成 21 年で 100 になっている。そしてまた 65 まで落ちているということで、これは実はいつも僕が言っていて、中西先生と桑原先生も委員会で仰っておられることですが、要するにマッチ率

が高いと一方でマッチングしていない学生数がある年が増えていきます。第一希望にマッチしなかった人たちの友達や後輩達はもう次の年にはその病院をマッチングの候補病院としない傾向があります。私がぜひ広島県とか広島市にお願いしたい点は、東京の私立の大学です。私の医局にも東京医大とか東邦大学などの出身者がたくさんおられます。ところが、例えば二人受けて二人とも落ちた年があると次の年、さらに 2 年～3 年はマッチングの希望者が激減します。例えば、何々大学を嫌っているのではないかと、広大はわざと落とすのではないかと思うから、向こうとしては志望できないということになります。

そういうことがあるのかどうか、各私立大学ごとの各年の学生がどこへ行っているのか、広大に来ているのか、他県に行っているのか、広島県内に来ているのかどうかといったことを、すべての私立大学、国立大学が総数になると思います。そここのところで極端に悪くなっていることがないかどうかを調べる必要があります。

例えば広大の場合は、完全に試験の順位でマッチング順位を決めてきました。今年は面接の要素をちょっと変えたとの話も聞いていますが、一番、希望者数が多いところは 2 倍の確率です。30 人のコースがあるとすれば、60 人が受ける。ですから 30 人は落ちている。ただ、上が抜けるから、その結果下から入る可能性もあるのですが、私立大学学生の動向はものすごく重要です。

従来、広島大学の研修医は、半分が広島大学卒業で半分が東京あたりの私立の卒業生でした。それは働きかければ増加します。かりに、そういう変なデマが流れているとしても。

【中西委員】

河野委員長から現状と対策について発言がありましたが、マッチングはなかなか大変だろうと思います。どこの病院も苦労している。

自治医科大学卒業医師およびふるさと枠医学生の現状について

広島県地域保健医療推進機構 医師確保対策専門委員会委員長

桑原 正雄

広島県地域保健医療推進機構の中に医師確保対策専門委員会があり、そこでは医師確保について、中山間地域の病院の先生方を中心に協議検討していま

す。

この委員会では、「研修医確保・定着など」に係る調査検討報告書を出しました。その中で県内の医師数および初期臨床研修の義務化による影響などを記しております。

医師・歯科医師・薬剤師調査による広島県の年齢階層別医師数を平成14年および平成22年調査と比較しますと20代、30代、40代が減少しています。

医学生が臨床研修病院を選択する理由として初期臨床研修医を確保するための取り組みとして、医学生が研修先を選択する際、どういったところに着眼しているかアンケートを実施しましたところ、「初期研修のプログラムが充実」や「多くの症例が経験できる」、「実技を経験できる機会が多いこと」などが多数を占めました。

また、初期臨床研修を修了した医師の進路の状況などについて伺いましたところ、初期臨床研修修了後も県内の病院で勤務している医師の割合が約80.9%でした。

出身属性別にみますと、県内の高校を卒業して広島大学を卒業した人は95%県内にとどまっています。県外の高校を卒業した人にしても、60%は県内の病院に勤めている。初期研修医はたくさん入れれば入れるほど広島に残るだろうということです。

県内の病院で勤務しなかった医師は平成22年から平成24年の3年間で79名です。県内の病院で初期研修後、県外に出た人は79人。

県外で初期研修後、県内に後期研修といいますか、そこで入ってきた人が96名で、県内から県外へ出た人より多い状況になっています。

卒後3～5年目の医師へのアンケート調査によれば、大学の医局に入局している医師の割合が約83%となっています。

それから、概ね卒後6年目以降の進路についてですが、大学の医局との調整により勤務先を決定すると回答した医師の割合が約71%を占め、大学の医局が深く関与していることが分かります。

それでもやはり他大学の医局にも属される人も中にいるため、そういう人たちを外から呼び入れたい。そのためにはどうしたらいいかというときに、新たに内科専門医制度が見直されるため、この制度に則したキャリア形成の仕組みづくりの構築が必要だと提言し、この委員会の結論とした。

資料5は、全国自治体病院協議会雑誌です。この

雑誌から「広島県のふるさと枠（地域枠）医学生の現状と課題」として、執筆依頼があり、手分けして対応した。

資料6は、広島県におけるへき地医療拠点病院・へき地診療所などの連携体制の図である。へき地医療拠点病院やへき地診療所は国で要件が決まっていて、その要件に見合うところがへき地医療拠点病院や診療所として認定されます。

へき地診療所やへき地医療拠点病院の定義は資料のとおりです。

【末廣委員】

Iターン、Jターンを誘致したところにもあったと思いますが、こういった先生方は果たして医局に入るかどうか。

島根県では、県行政が窓口となり、外科学会のホームページを通じて外科医の募集を行っています。Iターン、Jターンを広島県が窓口になり、各病院に配置されたらいいのではないかと思います。

【桑原委員】

広島県でそうした対応は、広島県地域保健医療推進機構が実施しています。昨年度の実績も、3人か4人ぐらいでしたが、それぐらいの人が地域に定着してくれています。レベルの少し高い人は、それはちょっと難しいだろうと思います。

【坂口委員】

誰でも見ることが可能なくらいのPRが必要です。

【桑原委員】

広島県地域保健医療推進機構誰でも自由に閲覧できるようホームページへの掲載や地道な努力をしています。

広島県地域保健医療推進機構の古川医監は自治体大の先生ですが、手を挙げて下さった先生のところに、実際に直接会いに行っています。

【中西委員】

協議事項の中で広島県の情報、広島県地域保健医療推進機構、そして桑原委員からのご説明がありましたが、全体を通してご質問はありませんか。

【河野委員長】

結局、ここ数年間で医師が増えているのは広島市です。福山市はプラス1、広島はプラス40。残りの全自治体では医師数が減っています。

長期の10年、20年後を見て計画を立てることが必要です。広島県下で初期研修を始めた医師の数は数年前に非常に少なくなっています。初期研修医数

が今年とか去年ぐらいの人数おられれば打撃は少ないですが、5～6年、7～8年前に入った人がもの非常に少なかったという事実があります。この人たちが今働き盛りになっている年齢層なのですが、この人たちが少ない事実は克服することができませんので、例えば県立広島病院とか広島市民病院とか、すごく医師を増やしたところが地域に時間・日・月単位で出張すれば良いかもしれない。そうしなければ地域医療はもたないと思います。

【坂口委員】

河野委員長の発言のように福山市民病院も内科医と外科医をずっと出しています。研修医も定員6人ですが、5人は神石高原町立病院で地域医療を研修させていただいています。研修病院に研修医を行かせます。1ヵ月間ずっと泊まりで行かせますが、研修医も非常に喜んでます。6人中、希望をとれば5が行きたい。一人は女の子で、冬だから行けません。

そういう風に非常に喜んで行ってくれます。そのうちの1人は、山梨大学を出て福山市民病院に来ていますが、その子は神石の出身の子です。将来神石に帰って整形外科医をやりたい。そういう子もいます。

ですが、それが研修医の定員の話あまり持ち出したくないのですが、定員に反映されません。数年通して研修医を神石へ行かせてもいいとわれわれは思っていますが、なかなか定員に反映されません。確かに医師を派遣する定員がプラスアルファになるというのは、規定はありますが、それはもう大学しか現実問題で規定はありません。

だから、その辺のことをもう少し考えていただければ、われわれも研修医もどんどん出していますし、研修医にとっても非常にそれは有意義な研修になっていると思います。

もう少し外の県立病院も神石の方に出されていますが、もう少しそういうことを考慮していただければ、へき地医療にも貢献できると思います。

【中西委員】

今後の取り組みを検討する上で、皆様からご意見をお聞かせ下さい。

取り組みに対する提案でも、現状として困っていることでも、何でも結構です。

【伊藤委員】

中山間地域の医師の偏在について述べます。資料

5を拝見して非常に感銘を受けました。非常に大学医局の現状を理解していただいていると思います。

最初にシミュレーションの数字が出ましたが、中山間の医師配置に関しては当科だけではなく、どこかの医局も非常に苦勞して、今の配置があるということをやぜひ理解いただきたい。配置する力が弱くなれば、もっと異なる数字になる可能性が強いです。

例えば、ふるさと枠にしても、自治医大枠にしても、医師バンクにしても、全体を増やすためには非常に効果はあります。ただし、入口が多様になれば、医師にとっては自由度が増えるわけで、医局による中山間配置は困難になると思います。全体数は増えても、中山間の医師不足は逆な意味で解決し切れないものが出てくる可能性が強いです。

ここ数年、若い人の話を聞いても非常に自由度を求める若者が増えてきたような印象があり、危機感を覚えています。5年、10年先にふるさと枠による医師配置が機能してくれば、その時点では中山間の医師不足は解決ができるかもしれません。ただし、それまでの5年、10年は非常に難しい時期だろうと思います。

【末廣委員】

ふるさと枠の学生は、卒業後には総合内科医になれるのではないかと思います。中山間地域でもやはり当地区世羅郡は都市部まで三次から30キロ、40キロ、三原が30キロ、尾道が40キロと、やはり救急をやるには内科医だけでは少し厳しい。脳卒中や心筋梗塞といった患者さんを救急車で1時間もよその病院に運ぶのは大変なリスクがありますので、ふるさと枠の学生が卒業後、研修される際には、やはり外科や脳神経外科、外科系を専攻される学生の育成をよろしく願います。

【竹内委員】

末廣先生がおっしゃるのも全くもつともだと思っています。基本的にふるさと枠の学生たちは広島大学の医局に所属することを原則にしています。9月に各医局にふるさと枠の担当の先生をお決めいただいて、皆様に彼らがもし来た場合にどういうキャリアプランをつくっていただけますかと依頼をしております。全部で27後期研修のプログラムがあり、各医局にお願いしていますが、それぞれ各医局が苦勞しているんなプランを作っていただけたと考えています。

先ほどの橋本部長の説明の中で、地域医療セミ

ナーなどでアンケート調査をやっていますが、その中では、まだ一番上が5年生で低学年が多いためか、圧倒的に将来は総合医になりたい、一番行きたいところは中山間地の中小病院、2番目がへき地の診療所と、へき地に行くことは9割以上が負担だとは思わないといったアンケート結果があります。今はそういう状況ですが、高学年になり初期研修をしていく間に、だんだんと専門科に興味が出てくると思います。

一番重要なことは、総合医マインドを持った専門医を育成することです。そこの中に本当に総合医、家庭医を目指したいという者がいれば、そういった道を紹介していく形になると思います。基本的には総合医マインドを持った専門医という路線になりますから、末廣先生が思われるような流れになります。

全国自治体病院協議会雑誌に広島県のふるさと枠(地域枠)医学生を表があります。

現在ふるさと枠の医学生は、1期生が5年生で5名です。年々定数が増えて、現在では20名、そのうちの広島県枠が18名、岡山県枠は2名。岡山大学には広島県枠が2人で、全部で75人の状況です。

特徴的なのは、過半数が女子であることです。今後、女子に対する配置などいろいろな課題をどう解決していくかが問題です。

広島大学ふるさと枠医学生の卒業後の進路ですが、一般的なコースは、9年間の義務年限のうち、初期研修が2年間、その後4年間中山間地の公的医療機関に勤務することが義務づけられています。

広島大学ふるさと枠医学生への教育については、先ほど橋本部長に説明いただきましたが、毎週水曜日にランチョンセミナーの形式でミーティングをしています。それから、夏休み、冬休み、春休みを利用してセミナーを開催しています。彼らが地域のニーズを理解して地域に貢献する意欲を醸成する。そして彼らが中山間地の医療というのは「結構楽しそう」、あるいは「そんなに思ったほど大変ではなさそう、やってみてもいいかな」と実感できるようにセミナーを目指してやっています。

広島大学ふるさと枠医学生へのアンケート調査結果から、彼らは中山間地に従事することに対してハードルはそんなに高くありません。広島大学ふるさと枠卒業医師数の推移ですが、彼らが100%義務を順守していけば、平成36年には最大で156名が義務中となります。

データの的にはこうなりますが、そのうちの9分の4が中山間地で従事することとなります。極力100%の義務遵守を目指していますが、中にはいろんな事情で辞めてしまうことも当然発生すると考えています。

そうすると、本当に中山間地にどれぐらい行くのかと何となく考えると、20ないし30人くらいかと思っています。

広島大学ふるさと枠卒業医師のキャリアプランですが、基本的には広島県地域保健医療推進機構と広島大学の各医局、両方に所属することを基本としています。来年の1月11日にふるさと枠医学生へほぼ確定した診療科別キャリアプラン、あるいは全体の流れを説明し、来年の4月にはもう1期生が6年生になるので、そこで彼らが自分たちの将来について具体的に検討する、という流れを今考えています。

【武澤委員】

広島県の医師が少ないことは全国的にも知れ渡っています。

働き盛りの医師数も広島県は非常に少ない。また、いわゆる無医地区が全国に比較して多いことは知れ渡っている。こうした中で広島県に来て何をやるかといったら、当然何かそれを上回る魅力がないのだと思います。

その魅力には短期的なものや長期的なものがあるのでしょうか、長期的なものとしては、やはり素晴らしい施設やトレーニングが可能な施設の整備であり、短期的なものとしてはキャリアパスの明確化だと言われています。

キャリアパスが明確でないために、例えば先ほど80%の初期研修医が広島県に残ると言っていましたが、研修医の人たちから話を聞くと、やはり僕たち(他県に)出て行こうかなという希望の人も、スタッフの中には多いかなという感じはしています。その理由は、いろいろなことを考えてのことでしょうが、施設やトレーニング方法について、少し自分の中では納得できないところもあるということです。

ですから、へき地の医療研修医とか各種のセミナーに地域枠の学生に来ていただいているのですが、そのときは100%皆、地域は良かったと言って帰ります。ただ医師数を増やせばいいのではなくて、なかなか難しいのですが、良い医師を増やしていきたい。

そのためには地域枠の中でも大学での教育、地域枠の学生とそのほかの学生との教育とか、地域枠の

学生だけが何か特別扱いにされるとか、そういうことのないようにしながら、広島県全体としても優秀な医師の確保を目指す方向にしたいと思っています。

うちの病院としては地域特性として、高齢者が非常に多いことを逆に活かしながら今からの医療でできること、高齢者の医療は簡単ではないことをできるだけ自分たちが体験する、自分なりに診療をさせることで、(地域で勤務する医師の)後続の1人とさせながらそういうことをやっていきます。

指導体制が一つの病院では難しいので、優秀な研修を支える指導者がいろいろなところに散らばっているのが、広島県内でまとめなくてもよいのですが、各地域に配置し、ITを駆使した会議の開催や広島市立安佐市民病院が実施している芸州ネットの活用など、できるだけしっかりとした研修が受けられることをアピールしていければと思います。

【徳毛委員】

広島県に初期研修医を呼ぶには、特に広島県外から戻ってくるような場合、学生は病院の特性など何も分かっていない状況で病院見学に来られます。

各病院が努力をすることは非常に重要です。いい加減な対応をすると、なかなか初期研修の試験を受けてもらえません。

レジナビなどにも参加しアピールに努めていますが、苦勞が多い割に結果がついてこない印象があります。

今年は、初期研修中の希望者4名が震災のあった福島県の南相馬市立病院へ行きました。

それから初期研修ではありませんが、後期研修の人に、へき地医療の栗谷診療所へ週二日の研修に参加いただきました。中山間地の医療をやっていく大変さとか面白さは、ある程度そこで分かってもらえるのではないかなと思います。

話を聞くと、やはりジェネラルドクターというのですか、そういったところの志望者が最近、以前に比べて増えてきているように思います。それは初期研修から先を見据えてですが、そこで入局してということになり、その思いを達せられるような病院に行けるかどうか。どういう後期研修を積めるのか大学で調節をしていただくことになるのかと思います。

それから最近、何例かありましたが、開業されている息子さんや娘さんの親の意見が結構左右しているようです。親と対立して「この科には入らない」とか、広島から出て行くとかいったケースがありま

す。

親の意見がどれだけ効果があるか分かりませんが、開業医の先生、あるいは勤務医もそうですが、親の意見を子どもは最後に聞くのですが、そのときの適切なアドバイスが本人の希望になってしまうところもあるかと思います。

あとは初期研修に来てもらう、初期研修として採用する、応募してもらうには、結構仕込みと申しますか、そういうのが重要な印象があります。このほか、同窓からの手紙であるとか先輩、後輩の口コミなども非常に大事です。

【山田委員】

私は何年か前まで県立安芸津病院へ行っていました。当地区には3病院がありますが、ほかの病院には消化器内科がいませんでしたので、お互いが不安を感じていました。各病院との交流を深めるための場を設けました。

こうした地域でのシステムとして、例えば広大から県北に行くには非常に時間がかかります。県北の病院がいくつか集まり、お互いの医師を融通し合うシステムの整備を望みます。

先日、岡山県で開催された全国医師会勤務医部会連絡協議会では、岡山県の取り組みが紹介されました。これまでは競合していた病院が医師不足に陥り、問題解決に向け交流の場を設け、両病院が上手く機能したとの内容でした。

地域での病院一つの単位ではなく、大きな地域の中で病院を位置づけ、勤務医が移動するシステムが理想です。

【阪谷委員】

私が今気になっているのは、出産・育児による女性医師の離職防止です。この問題は非常に大きく、これをきちんと解決することが、長い目でみると中山間地域に医師の確保ができるのではないかと思います。

先ほどの竹内委員の説明の中で、広島県のふるさと卒の医学生約6割が女性との報告がありました。

今後の広島大学ふるさと卒業医師数の推移を考えても、女性が6割いると、もし彼女らが出産・育児で潜在的な医師となってしまう場合、かなりの影響が出てくるのではないかと思います。

地域医療を担当する一つの自治体の意見として聞いていただきたいのですが、今年の11月、広島市医師会、安芸地区医師会、安佐医師会の会長3名が市

長のところに来られ、医師会からの要望を出されました。それは大小約 30 項目にわたる要望ですが、その中で五つの最重点要望事項として挙げられている中の 2 番目に「勤務医の労働環境改善に対する支援」があります。この要望の一番のポイントは、女性医師が復職の妨げとして最も直面している病児保育施設の整備についてご検討をお願いしたいということ、それと、夜間保育が可能な院内外保育所についても検討してほしいというものです。

なかなか一行政が整備をして運営することは厳しいのですが、例えば、市内ではすでに公的病院で病児保育を 24 時間 365 日実施しようとしているところもあります。また公的病院では恐らく夜間保育の整備もいろいろ検討されているところもあるのではないかと思います。

例えば出産して育児をする間は市内で生活し、市内の医療機関に勤めていただく、そしてまたある程度、子どもさんが大きくなって県内を動けるようになれば、また自由に動いていただけることを含めて、この女性医師の離職をどう防止するか、そこが最大の課題だと思っています。

広島県地域保健医療推進機構がさまざまな制度を構えています、今の体制を少しだけ見直し、困っているというニーズを見て、われわれ行政と広島県地域保健医療推進機構と一緒に協力し、マッチをさせていかなければならないと考えています。また今後とも広島県地域保健医療推進機構にご協力をいただきながら、ぜひこの問題解決に向けて進めていければと思っています。

【坂上委員】

女性医師の問題は非常に重要だと県も認識しています。

また、ベテラン医師の数といいますか、例えば中山間地域での医療に携わっていただく仕組みづくりも開始しています。

ふるさと卒の学生が卒業するまで、まだ数年ありますので、それまでいかに地域医療を堅持するか非常に大きな課題です。どのような対策を講じればいいのか、何を施策とすればいいのか先生方にご意見をいただきながら考えていきたいと思えます。

臨床研修病院関係では、来年度は少し制度が変更になるようなことも聞いておりますので、また情報が入り次第ご説明させていただきます。

【豊後委員】

来年の初期臨床研修医の定数は、県全体で少し幅が持てるかなと思っています。

ふるさと卒について、先般、志望する受験生の面接を実施しましたが、義務年限を果たす頃は 30 代半ばです。そのころまでの結婚・出産・育児といったライフプランをどう考えられますかと聞きましたが、受験する段階ですから、答えは「頑張ります」と平板でした。

竹内委員のところでもこうした話が出ているかも知れませんが、今後はいかにして女性医師を支えながら、地域で勤務していただくかという方法を考えていかなければならないと感じています。

【山本委員】

循環器内科、そして医局の立場から少し現状をお話しします。

先ほどの伊藤先生から大学のお話もありましたが、循環器内科の医局に限らず、最近の循環器内科全般の傾向ですが、昔は循環器をしたい、カテをしたいというくらいだったのですが、最近は専門化し、不整脈屋さんができて、循環器内科が 10 人集まると、完全に中が分かれます。不整脈をやる人は不整脈、PCI（冠動脈形成術）する人は PCI、お互いあまり行き来がないので、少し困ることがありますし、今の総合的に診ないといけない流れからすると考えるところです。

そういったものを見て、研修医が専門的なことをやりたい、例えばアブレーションや PCI、心不全をやりたいとなると、どうしても市内の病院でなければ研修が難しいのではないかと不安があるようです。

いろいろな循環器の基幹病院でもかなり重点的にやっていて、大体市内の病院は人も多過ぎ、人事異動がほとんど固定して動きません。

昔 40 歳で部長になりそのまま固定したままです、昔は年を取られ開業していましたが、最近が開業される先生も少ないようです。

こうしたこともあり、逆に先ほど竹原地区のお話もありましたが、うちの医局から人が行っていなかったため大変だったのでしょうし、三次も人手不足のため、苦肉の策ですが、当直だけで府中や柳井や三次へ行っていただきました。

非常にマンパワー不足のため、市立三次中央病院には後期研修医をかなり増やしまして、三次地区のいろいろな小規模病院をカバーしてくださるよう、

あるいは県立安芸津病院にも補充し、各公的病院の先生方に大学以外のところから下場の診療所に行つて、そのチームとしてやっていただいた。

こうした取り組みにより、患者さんが各地域の基幹病院に吸収されたりします。診療所に通院中の患者さんが、県立病院に行きなさいと言われるなど。患者さんも付いて行きやすいようです。

それから、例えば当科の木原教授は月1~2回、県北へ行き、心不全センターの事業など地域の先生方と連携して取り組んでいます。こうしたことを見た若い先生方も意識が少しずつ変わりつつあります。また、入局した後期研修医には2年でも後期研修を全員、総替えて人事交流を図っています。

広島県地域保健医療推進機構の取り組みにもありましたが、医師の誘致活動としていろいろなネットでの紹介も重要ですが、限定した高校や施設に限らず、公立高校なども含めた卒業生の枠組みとすることで、かなりの反応があるのではないかと思います。

【水之江委員】

竹内委員先生にお伺いしますが、ふるさと枠医学学生は、何らかのペナルティを払った場合、広島県に残る必要はないのでしょうか？

【竹内委員】

現在のところ決まりごとはありませんが、状況からして広島県にはいづらくなると思います。こうしたことが大学をあげてシステム化できればいいのですが。

【水之江委員】

例えば産業医大の学生ですが、外の研修に派遣すると、ペナルティを払ってでも外の病院に行きたい、残りたいといった意見もあると聞きました。当然、広島県の場合も2年間の初期研修の間は、都会のどの病院でも研修が可能なのではないでしょうか？

【竹内委員】

日本中どこでも行けますが、できるだけ県内でやるようにとは言っています。

【水之江委員】

しかし、そこに強制力があれば、他県の非常にいい病院で2年間の研修を積み帰る可能性もあるのかなと思います。

【竹内委員】

広島県で初期研修すれば、その期間が義務を消化したことになります。多少アドバンテージがありますので、彼らが早く義務を終えようと思えば広島県

で初期研修をしたほうがいい制度にはなっています。

【水之江委員】

そうしたシステムはもちろん必要だと思いますし、次の後期研修に関しては、やはりある程度考えることによって、より定着率が高くなるのではないかと思います。

【竹内委員】

そのとおりです。後期研修部分を示されるよう、現在、各医局に9年間のキャリアプランの作成を依頼しています。このキャリアプランを学生に示す予定です。

【水之江委員】

安心しました。それからもう1点は、今後の医師の配置にかかる定数についてです。資料1では、産婦人科医はあまりいないとのシミュレーション結果が出ていましたが、全く私どもの印象とは異なり、実態からかけ離れています。どのようなシミュレーションをした結果なのでしょう。

【竹内委員】

坂上委員に代わり説明しますと、あのデータは現在の状態と同じような状況を保つために、2020年に何人不足するかを想定したものですから、現在、ひどく不足している科においては、2020年も今ぐらい不足した状況を維持するには何人必要かということになります。

【水之江委員】

今の状況を改善するには、産婦人科医も増やす必要があるとの理解でよろしいでしょうか。

【竹内委員】

全くそのとおりです。

【坂上委員】

この件は、現状がまったく違うのではないかと指摘がありました。

【河野委員長】

それで、私が最初に同様の指摘をしたわけです。

例えば私の場合、性格上、学生から産婦人科に行きたいと希望があれば、本当は内科に来て欲しいのですが、産婦人科は重要だからぜひやってくれと言っています。小児科も同様です。

しかし、少ないのは産婦人科や小児科だけではありません。内科も少ないのです。現在、総合診療の多くは内科医が対応している現状ですので、このあたりは共通の理解のもとでやるべきです。

【服部委員】

2020年までに確保が必要な医師数として、現状を維持するには319人の医師が必要となるとの結果ですが、われわれの感覚からすれば、当然、都市部と中山間地での勾配は違います。つまり、現状を維持するにも都市部と中山間部での割合が違ってきます。中山間地はもっと厳しくなると思うのですが、このあたりはいかがでしょうか。

【坂上委員】

データ的には391人の内訳として、都市部が322人、中山間が69人です。

【服部委員】

全体の医師数から言えば、相当中山間は必要になってくるとの理解でよろしいでしょうか。

【坂上委員】

そういうことです。

【服部委員】

どうして中山間地域で医療崩壊が起こってしまうか。臨床研修制度が始まる以前は必ず、大学卒業後ほとんどの人が大学の医局に入局していました。入局する人が多ければ、医局での話し合いの中から中山間地にも医師を派遣できていました。桑原先生が委員長でまとめられた「医師確保対策専門委員会」の初期臨床研修を修了した医師の大学の医局への入局状況と県内の病院を選択した理由の中で、入局の有無との設問に対しては、入局している人が83%、入局していない人が15%、無回答の人が2%となっています。入局していない人が増えています。卒業生のうち非入局の人がこんなに出るわけですから、当然、医局の人員数は減ってきます。皆が行きたくないというような地域に医師を派遣することが困難になってくるのは当然の話です。

これをどう解決したらいいのでしょうか。今の臨床研修制度を廃止し、元に戻すことが難しいです。入局者を増やして派遣できる医師数を増やすしかありません。われわれも一生懸命努力していますが、これだけ自由度のある選択ができる研修制度のもとでは大学とは全く無関係なまま就職先を探している医師が多数いるのも事実です。そうなるも今の制度のままではなかなか入局者を増やすのは難しいため、中山間地に行ってもらえるようなマインドを持った医師を増やすしかありません。

そのマインドを持った医師を増やすのが、まさしくふるさと枠です。このふるさと枠の人には、入局

していただいた上でそのようなマインドを持って中山間地域に行っていただくことが前提となっていると私は思います。

われわれもその入局者の中で中山間地に行くようなマインドを持つ人をどんどん育てたいと思いますが、都市部に比べて行きたいと思う気持ちに大きな差があるのは事実ですから、これは非常に難しいです。

もう一つ、私が考えているのは、自治医大の先生方との協力体制です。自治医大の先生方の行き先を、われわれの医局の中山間地への医師派遣とうまく融合させていくのも一つの手かと考えます。

今後は、ふるさと枠、あるいは自治医大の先生方と医局の人事とがうまく連携する必要があると考えます。

それから女性医師の問題です。われわれの医局だけでも出産後復帰を望む女性が16人以上いますが、この方たちはフルタイムではなかなか働けません。働きたい意志はあるのですが、やはり子どもが小さいから難しい。そういう人たちに医療現場に戻っていただくには、やはり託児施設を整備する必要があります。

先ほど桑原先生も指摘されましたが、病院ごとに託児整備がされれば、このような女性医師も働きやすくなるであろうと考えます。

女性医師に対していわゆるワークシェアを認めるなどの柔軟性のある雇用体制を雇用する側にも認めていただければとも希望します。

医局から派遣できる医師数は増えませんので、中山間地域で働こうとするマインドをもつ医師を増やすにはどうすればいいのか、それから女性医師を復帰させるにはどうすべきか。問題は山積していますが、まずは自治医大の先生の派遣先についても、医局と話し合うことが必要ではないのかと思いました。

【竹内委員】

自治医大に関しては、河野教授ともよく話し合いをしています。何らかの住み分けが必要かと思えますので、現在も検討しているところです。

【服部委員】

現在は、中山間地域への医師派遣についてはそれぞれが独立した対応をしていると思いますが、今後はもう少し情報交換の上、連携していく対応が必要ではないかと思えます。

【竹内委員】

最近は自治医大生も専門医思考となっていますが、その中でも家庭医総合思考が一定の頻度でいます。

【服部委員】

例えば、自治医大出身で専門医志向がある方には、その専門の科に入局していただき、中山間地域に優先的に行っていただくような棲み分けが上手くできればいいのではないのでしょうか。

【竹内委員】

今年度から各医局に依頼し、自治医大生も早い時期から入局といいますか、そうした形で受け入れていただけないかと平川教授と調整しています。

また、一般卒の学生にも中山間地域を支援するという意識は持ってほしいと思っています。

【橋本委員】

阪谷委員や服部委員からもありましたが、女性医師については、われわれも最重要課題の一つだと認識しています。初期臨床医の確保なども含め対応したいと思います。

また、中山間地域で専門性を育てながら、地域医療を推進いただけるような、地域のネットワークなり支援の仕組みづくりについても広島県地域保健医療推進機構として、何か実際にできることがあればと思います。

【桑原委員】

湯崎県知事が第2期目に入りました。いくつか施策を立てているなかに、広島都市圏の医療のあり方の検討が始まりました。

今後、それがどう動くのか。広島県としてふるさと卒には、かなりの力を注いでいますので、広島大学も含めて広島県もそれなりの成果を出さなければなりません。

次に自治医大の件です。自治医大が地域の中心の基礎になるべきだと思っていますが、自治医大と広島大学がともにシステムを考えなければならぬと思います。そのためには、各地域に核となる病院が必要だと思っています。

また、女性医師の件は重要な問題です。やはりある程度、大きな病院でなければ難しいと感じます。例えば県立広島病院も病児保育が始まります。看護師もたくさんいますので、他病院の医師の要望まで可能かどうか分かりません。また、各病院の多業種の方もたくさんいらっしゃいますので、多業種の方々のご意見も聞かれた上で、行政には検討をお願いしたいと思います。

最後に、短時間正規雇用の制度は必要だと思います。これが叶いませんと絵に描いた餅だけになってしまい、実現は難しいと思います。

【檜谷委員】

広島を中心とした県内でも都市圏、中山間、地方都市においても夜間の二次救急の問題があります。

ふるさと卒の若い人たち、あるいは卒業生、研修医たちにも都会での研修を2年ぐらいして、それで帰ってこいという研修プログラムも将来的にあってもいいのではないかと思います。

【河野委員長】

坂上委員に伺いますが、以前、地对協内に設置の委員会で女性医師問題をテーマに議論したことがありますが、あの委員会では数年後には家政婦やあるいはベビーシッターなどの施策を広島県が講じることでしたが、どうなりましたか。

【坂上委員】

その施策を受けて広島県地域保健医療推進機構の取組の中に、女性医師の育児機関などへの対応など、離職防止業務として、女性医師など短時間正規雇用導入支援事業があります。

【河野委員長】

現実的に女性医師や看護師も含め、医療現場に復帰する人はみんなそうです。広島県の問題、自治体の問題でもあります。だから、ここのところは強力に実施すべきです。

それから、初期研修あるいは、専門医研修であっても指導者が重要です。

私は、安芸太田病院の武澤先生や庄原市立西城市民病院の郷力先生達の人柄があるから若い医師も安心して研修できると思うのです。地域のネットワークもそうですが、やはり若手の医師、あるいは中堅になるまで医師が安心して勤務できる環境を整備すれば、魅力が増すと思います。

それから、医師の出身地の問題もありますので、地域が地域を支えるキャンペーンなども必要ではないかと思っています。

最後に、大都市圏の人口が5年ぐらい前に日本の2分の1以上になりました。そのため、大都市圏では必死で医師を集めているわけです。そうした事情も考えつつ、皆さんとの協力、また各自治体とも協働して策を出していきたいと思っています。

閉 会

【中西委員】

最後に閉会のごあいさつをさせていただきます。

広島県は、広島大学を中心にしっかりした研修システムを作っていますが、やはり今のシステムの中で県外に出た人が広島に帰ってくる場合、特に後期研修医には少し敷居が高いと思います。特に入局や関連病院への医師派遣、専門医の取得など県や推進機構を含めて良い仕組みを検討いただければと思います。

初期研修医がよその地域に行くのもいいですが、

ETTO を編集した制作会社から広島でもレジナビをやらせませんかとお誘いもありました。

例えば夏のお盆のころとか、県外に出た先生方に向け、来年あたりの開催に向け準備したいと考えています。

本日は、皆様からたくさんのご意見や要望、現状の解析をいただきました。河野委員長からもぜひ頑張ると力強いご発言をいただきました。本日の課題を少しずつ整理し、今後の活動につなげたいと思います。

《会議資料》

資料 1 広島県の医療提供体制の編在解消に向けた検討（2013年3月）

資料 2 広島県保健医療計画 平成 25（2013）年度－平成 29（2017）年度
地域の現状等抜粋

資料 3 （公財）広島県地域保健医療推進機構の取組状況

資料 4 医師確保対策専門委員会（平成 24 年度）（公財）広島県地域保健医療推進機構

資料 5 全国自治体病院協議会雑誌「広島県のふるさと枠（地域枠）医学生の現状と課題」

資料 6 広島県におけるへき地医療拠点病院・へき地診療所等の連携体制等について

広島県地域保健対策協議会 医師不足対策専門委員会

委員長 河野 修興 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
委員 伊藤 公訓 広島大学病院
桑原 正雄 広島県医師会
坂上 隆士 広島県健康福祉局医療政策課
坂口 孝作 福山市民病院
阪谷 幸春 広島市健康福祉局保健医療課
末廣 真一 公立世羅中央病院
高橋 忠照 東広島医療センター
竹内 啓祐 広島大学医学部
武澤 巖 安芸太田病院
徳毛 宏則 JA 広島総合病院
豊田 秀三 広島県医師会
中西 敏夫 広島県医師会
橋本 康男 広島県地域保健医療推進機構
服部 登 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
檜谷 義美 広島県医師会
古川 正愛 広島県地域保健医療推進機構
古川 善也 広島赤十字・原爆病院
豊後 晴一 広島県健康福祉局
水之江知哉 呉医療センター・中国がんセンター
山本 秀也 広島大学病院
山田 博康 広島県医師会

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

救急・災害医療体制検討専門委員会

(平成 25 年度)

救急・災害医療体制検討専門委員会報告書

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

平成 25 年度の本委員会では、集団災害医療救護訓練（中国地区 DMAT 連絡協議会実働訓練合同開催）実施、改訂版災害時医療救護活動マニュアルの周知、島根原子力発電所災害時における避難患者の受け入れ、基幹災害拠点病院の指定、救急医療情報ネットワークシステムの更新について検討を行った。

(1) 広島県集団災害医療救護訓練について

平成 25 年度広島県集団災害医療救護訓練は、平成 25 年 11 月 9 日（土）に中国地区 DMAT 連絡協議会実働訓練との合同で開催した（後掲 20 頁参照）。県内医療機関としては県立広島病院、JA 尾道総合病院そして福山市民病院が実働訓練を実施した。中国地区 DMAT 連絡協議会実働訓練としては、県対策本部と DMAT 調整本部の設置、高速道路パーキングエリアでの参集拠点設置、広島空港での SCU 設置、そして上記災害拠点病院における DMAT 受入の受援訓練を実施した。また、実働訓練翌日の 11 月 10 日には、検証会も兼ねて陸上自衛隊、海上自衛隊からの報告および情報交換会を開催した。

なお、平成 26 年度の訓練は東広島医療センターの担当により実施予定である。

(2) 改訂版災害時医療救護活動マニュアルの関係各所への周知

東日本大震災における医療対応の経験と、平成 24 年度に実施した広島県集団災害医療救護訓練の検証結果から、広島県ではあらかじめ地域をブロック単位に分け、被災地ブロックでは医療ニーズ把握やリソース振り分けを行い、市町や県は外部からの支援をとりまとめてブロックを支援するという新たな災害時医療救護マニュアルを策定した（地域ブロック案の詳細は広島県医師会速報 2198 号付録に掲載）。次のステップは、全県で地域ブロック体制を整備するため各地域の実情を踏まえた体制のあり方について検討することであり、市郡地区医師会や各地区保

健所・市町と具体的な協議を行うこととした。

(3) 島根原子力発電所災害時における避難患者の受入れについて

広島県では、島根原子力発電所における事故・災害発生時に原発周辺避難区域内の医療機関、福祉施設の避難患者を受け入れるための体制整備を進めている。島根県との調整結果では、広島県が受ける受入要請の想定は約 1,500～1,800 人となっている。受入先の調整は、まず広島県災害対策本部が要請・情報を一括して受け、地域ブロック毎に振り分け、地域ブロック内では地域コーディネーターが中心となって受入先医療機関の選定を行うこととした。なお、病院や福祉施設の避難は原子力発電所事故に限られた事象ではなく、津波・洪水などの自然災害においても大きな課題となっており、南海トラフ巨大地震により発生した被災地内病院や施設避難に対しても同様の体制で臨む必要がある。地域内での振り分けには地域コーディネーターの協力が不可欠であり、「地域コーディネーターの活動補助」などの活動マニュアル作成とその支援体制整備を行わねばならない。

(4) 基幹災害拠点病院の指定

基幹災害拠点病院は、平常時におけるほかの災害拠点病院、DMAT などに対する研修の実施や、災害時における活動の中心的な役割を担う。対象は自然災害にとどまらず、核、化学物質そして生物関連危険事象（いわゆる NBC）へと拡大されている。現在、本県では県立広島病院が基幹災害拠点病院に指定されている。一方、広島大学病院は、国が定める三次被ばく医療機関として過去 10 年間にわたって西日本を中心とした被ばく医療の普及啓発のための講習会や除染訓練を行っており、今回の福島第一原子力発電所事故への災害医療対応でも中核的な役割を担っている。また、化学災害や生物関連危険事象へ

の医療体制も備えている。今回、特殊災害に対応できるよう整備された広島大学病院の医療リソースを最大限に活用するため、県立広島病院と役割分担をする形で基幹災害拠点病院を追加することが検討された。

(5) 救急医療情報ネットワークシステムの更新

広島県では、これまで「広島県救急医療情報ネットワークシステム」を運用してきた。現行システム移行後8年目を迎え、機器の耐用年数を超過していることから機器の更新を行うとともに、円滑な救急搬送のため現行のシステムの特徴をふまえてより使いやすいシステムに再構築することとした。平成24年度より標記内容への更新に向けて検討を行い、新たなシステムが導入されることとなった。

新システムは平成26年10月の始動を予定しており、救急応需のほか、EMISとの接続、#8000との連携、医療機能情報システムとのデータ統合、NHKデータ放送を活用しての当番医情報のテレビ閲覧可能化などを目指している。また、県内の全救急車にはタブレット端末を配備し、傷病者の数、事故種別や重症度、緊急性、観察項目をワンタッチで入力できるようにするほか、救急車の位置情報や現場の写真、手書き文字を共有できるシステムを検討している。

平成26年10月稼働開始に向け、広島県主催の説明会・調整会議や、広島県医師会内にシステム検討WGなどで、情報共有や意見照会の機会を設けるこ

ととした。

平成25年度広島県集団災害医療救護訓練報告
(中国地区DMAT実働訓練との合同訓練)

今回の訓練は広島県集団災害医療救護訓練と中国地区DMAT実働訓練との合同訓練として実施された。訓練の目的は、医療機関における災害医療対応に加え、中国5県のDMAT連携、DMAT隊員の技能・知識の向上、県内防災関係機関との連携、SCUの設置・運営および病院における受援のあり方の検証である。

(1) 訓練概要

○訓練日時：平成25年11月9日(実働訓練)、10日(検証会)

○会場：広島県庁危機管理センター、高速道路沼田パーキングエリア(PA)、広島空港、県立広島病院、JA尾道総合病院、福山市民病院、広島大学病院

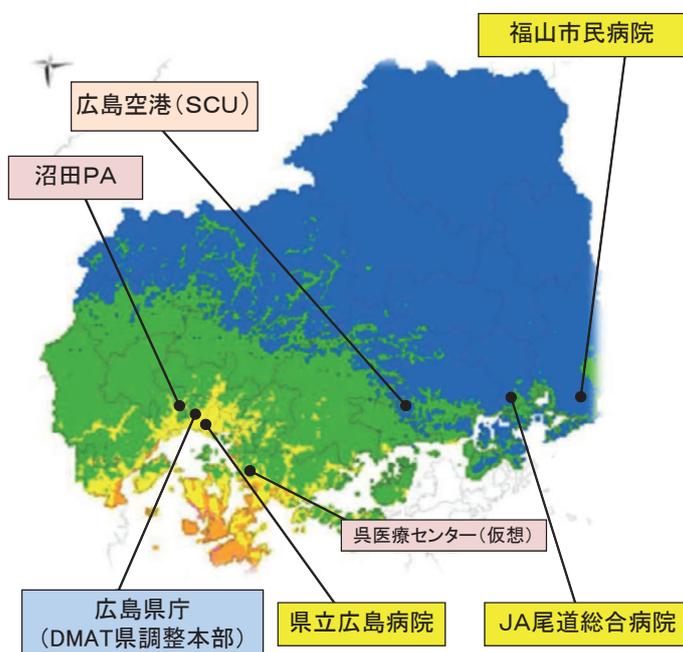
○訓練想定災害：

8:30 広島県安芸灘付近部を震源とするM7.25の地震発生。(津波は発生せず)

各地で家屋や建築物が倒壊し、要救助者が多数発生。

○活動内容：

- ・県災害対策本部・県DMAT調整本部活動
- ・参集拠点活動(沼田PA)
- ・災害拠点病院での実働訓練：県立広島病院、JA尾道総合病院、福山市民病院



・SCU 活動（広島空港）

・検証会

○主な参加機関：

- ・広島県医師会，広島県，広島県災害拠点病院
- ・厚生労働省，DMAT 事務局，中国地区 DMAT
- ・広島県ドクターヘリ，消防機関
- ・陸上自衛隊第 13 旅団，海上自衛隊呉地方総監部

・大阪空港局，NEXCO など

(2) 全体想定

平成 25 年 11 月 9 日（土）午前 8:30，安芸灘～伊予灘での M7.25 の大規模地震の発生により，広島市，呉市などの一部で震度 6 弱，福山市，尾道市でも震度 5 弱を観測。多数の建物が倒壊し，多くの死傷者が発生したものの。

平成25年度 中国地区DMAT連絡協議会実働訓練 参加DMAT等					
県名等	参加機関名(所属機関)	参加人数	県名等	参加機関名(所属機関)	参加人数
鳥取県	・鳥取県立中央病院 ・鳥取県立厚生病院 ・鳥取赤十字病院 ・鳥取大学医学部附属病院 (・鳥取県医療政策課)	24	鳥根県	・松江赤十字病院 ・雲南市立病院 ・鳥根県立中央病院 ・鳥根大学医学部附属病院 ・国立病院機構浜田医療センター ・益田赤十字病院 ・隠岐病院 (・鳥根県医療政策課)	39
山口県	・岩国市医療センター医師会病院 ・周東総合病院 ・三田尻病院 ・山口赤十字病院 ・済生会山口総合病院 ・山口大学医学部附属病院 ・長門総合病院 ・山口県立総合医療センター ・徳山中央病院 (・東亜大学) (・山口県地域医療推進室)	46	広島県	・県立広島病院 ・安佐市民病院 ・広島大学病院 ・広島赤十字・原爆病院 ・JA広島総合病院 ・国立病院機構呉医療センター ・中国労災病院 ・興生総合病院 ・JA尾道総合病院 ・福山市民病院 ・日本鋼管福山病院 ・市立三次中央病院 ・庄原赤十字病院 (・広島県医療政策課)	95
岡山県	・岡山赤十字病院 ・岡山済生会総合病院 ・国立病院機構岡山医療センター ・岡山大学病院 ・川崎医科大学附属病院 ・倉敷中央病院 ・津山中央病院 (・美作中央病院) (・岡山県保健福祉部医療推進課)	45	ブロック外等	・国立病院機構災害医療センター ・済生会滋賀県病院 ・兵庫県災害医療センター ・神戸赤十字病院 ・愛媛県立中央病院 ・北九州総合病院 ・三豊総合病院	15 (インストラクター他)
				参加合計 55機関 (指定機関48)	264 隊員235

平成25年度 中国地区DMAT連絡協議会実働訓練 参加機関(DMAT以外)

消防機関

三原市消防本部
尾道市消防局
福山地区消防組合消防局

ヘリコプター保有機関

広島大学病院(ドクターヘリ)
広島県消防防災航空センター

広島県

広島県防災航空センター(再掲)
三次看護専門学校

その他

大阪航空局広島空港事務所
NEXCO西日本中国支社
陸上自衛隊第13旅団
海上自衛隊呉地方総監部
(一社)日本産業・医療ガス協会中国地域本部
(株)NTTドコモ中国支社
(株)NTTデータ
KDDI(株)
(株)日本デジコム
広島国際大学
厚生連尾道看護専門学校
パイオニアソリューションズ(株)

広島県は災害対策本部を設置の上、広島DMATの派遣を要請するとともに、中国地区各県（鳥取県、島根県、岡山県、山口県）にもDMAT派遣を要請。

県内の災害拠点病院では、病院災害対策本部を設置し、患者受入体制を確保するとともに、DMAT派遣、受入の準備を実施。そのほかの病院では、EMIS入力により自院の被害状況を報告。

(3) 訓練内容

【中国地区DMAT実働訓練内容】

- ① 情報共有体制の確立（各災害拠点病院および各DMATによるEMISへの状況入力、県庁の災害対策本部およびDMAT調整本部による県域全体の状況把握と情報共有）
- ② DMAT活動（情報支援、参集拠点活動、災害拠

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

DMAT県調整本部設置・運営、DMAT参集訓練

1 日時 平成25年11月9日(土) 8:30~15:30

2 会場 広島県庁 危機管理センター

3 訓練想定災害

8:30 広島県安芸灘付近部を震源とするM7.25の地震発生。
(津波は発生せず。)
各地で家屋や建築物が倒壊し、要救助者が多数発生。

4 活動内容

県庁内に県災害対策本部・県DMAT調整本部を設置し、広島DMAT及びDMAT事務局を通じて中国地区各県DMATに派遣要請。

参集拠点病院として、福山市民病院、沼田PAを設定。途中、県立広島病院、JA尾道総合病院、(仮想)呉医療センターを拠点追加。

その後、傷病者等の状況に鑑み、広島空港へのSCU設置を決定。
本部において、各拠点へのDMAT参集に係る情報伝達訓練、各参集拠点の指揮調整を実施。

5 主な参加機関

- ・DMAT(厚生労働省DMAT事務局、県立広島病院、広島大学病院、中国労災病院、鳥取大学医学部附属病院)
- ・ヘリコプター調整(広島大学病院、中日本航空機、県災害対策本部(仮想))
- ・外部招聘講師(DMATインストラクター)
- ・県災害対策本部医療対策班(医療政策課)



本部活動風景

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

参集訓練(山陽自動車道沼田PA上り)

1 日時 平成25年11月9日(土) 8:30~14:00

2 会場 山陽自動車道 沼田PA 上り線

3 訓練想定

発災後、活動拠点本部設置病院選定までの参集拠点、情報収集。
移動中DMATへの情報付与、参集場所の指示訓練。

4 訓練内容

- (1)先着DMAT訓練:拠点立ち上げ、情報収集、DMAT指示
- (2)参集DMAT訓練:情報確認、参集ルート確認~活動場所への移動

5 設置施設

簡易テント、机、いす、パソコン、自家発電装置(電源確保)

6 主な参加機関

- ・DMAT(岩国市医療センター医師会病院、JA広島総合病院、広島赤十字・原爆病院、広島大学病院、市立三次中央病院、鳥取赤十字病院、益田赤十字病院、浜田医療センター、島根大学病院、松江赤十字病院、雲南市立病院、隠岐病院、山口大学病院、済生会山口総合病院、長門総合病院、周東総合病院、三田尻病院、山口県立総合医療センター、山口赤十字病院)
- ・NEXCO西日本中国支社



拠点設置状況



活動状況

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

SCU本部設置・運営訓練

- 1 日時 平成25年11月9日(土) 10:30頃～15:30
- 2 会場 広島空港(消防庁倉庫)
- 3 訓練想定
大規模地震に伴い、多数の重症患者が医療機関に集中し、域内病院では対応できない重症患者発生のため、県外へ広域医療搬送が必要となった。
県本部による岡山空港SCU設置決定、国DMAT事務局への広域医療搬送調整依頼、各DMATへのSCUへの参集要請。
- 4 訓練内容
先着DMATによるSCU本部設置、重症患者(模擬患者及び想定患者)の受入と広域搬送を想定したSCU本部運営訓練。
- 5 訓練上の患者搬送状況(EMIS上の入力結果)
C1:福岡空港8名、八尾空港一名
- 6 主な参加機関
・DMAT(鳥取赤十字病院、鳥取大学医学部附属病院、島根県立中央病院、浜田医療センター、益田赤十字病院、広島大学病院、興生総合病院、日本鋼管福山病院、市立三次中央病院、周東総合病院、山口赤十字病院、長門総合病院、山口県立総合医療センター、香川県三豊総合病院)
・空港管理者(国土交通省大阪航空局広島空港事務所)
・ヘリコプター保有機関(広島大学病院(再掲)、広島県防災航空センター)
・消防機関(三原市消防本部)
・通信事業者(㈱NTTドコモ中国、KDDI㈱、㈱日本デジコム)
・医療ガス((一社)日本産業・医療ガス協会中国地域本部)
・県(医療政策課)
・模擬患者(三次看護専門学校)



SCU展開



SCU運営(本部)

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

病院支援訓練(県立広島病院)

- 1 日時 平成25年11月9日(土) 8:30～15:30
- 2 会場 県立広島病院内
- 3 訓練想定
地震発生に伴う多数傷病者の受入れ。
(災害拠点病院としての機能は維持。)
- 4 訓練内容
(1)病院職員訓練:災害対策本部設置
(2)参集DMAT訓練:活動拠点本部設置、多数傷病者(マグネットシンボル)対応
(3)近隣病院支援訓練:参集広島市民病院、広島大学病院、広島赤十字・原爆病院等(いずれも県庁一室に仮想病院を設置)への移動、被害情報入力等。
- 5 病院状況設定
建物被害なし
電気・水道・医療ガス・通信機器(無線)いずれも使用可
- 6 訓練上の受入患者状況
受入れ160名(重症38名、死亡11名);模擬記者発表より
- 7 主な参加機関
・DMAT(松江赤十字病院、島根大学医学部付属病院、隠岐病院、雲南病院、県立広島病院、安佐市民病院、広島赤十字・原爆病院、JA広島総合病院、中国労災病院、呉医療センター、岩国市医療センター医師会病院、済生会山口総合病院、山口大学医学部付属病院)



訓練風景



DMAT受付

点病院の安定化支援、SCU・広域医療搬送支援)
【県内参加医療機関における災害医療救護訓練の内容】

- ① 県立広島病院:病院内受入訓練(想定:地震による多数傷病者)
・病院内災害対策本部およびDMAT活動

- ・院内DMATと外部応援との連携
- ・多数の傷病者への院内対応や搬送対応
- ② JA尾道総合病院:病院内受入訓練(想定:地震に伴う列車脱線事故による多数傷病者)
・病院内災害対策本部およびDMAT活動の拠点本部の設置・運営

- ・多数の傷病者への病院対応， 参集 DMAT 連携
- ③ 福山市民病院：現地活動・受入訓練（想定：地震に伴う道路上での大型車両事故による化学災害）
- ・事故現場対応
- ・病院内災害対策本部活動
- ・多数傷病者対応， 除染訓練

(4) 個別検証

① 県調整本部

DMAT 調整本部と県庁災害対策本部の役割分担は良好であった。特にホワイトボードなどを用いて情報共有し，うまく連携が取れていたと思われる。ロジスティックス研修の成果もあり，ロジスティックス担当者の動きがスムーズで，EMIS の入力なども

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

病院支援訓練（JA尾道総合病院）

- 日時 平成25年11月9日(土) 8:30～14:30
- 会場 JA尾道総合病院内
- 訓練想定
地震によるがけ崩れに伴う列車脱線。
(災害拠点病院に被害なし。)
- 訓練内容
(1) 病院職員訓練：災害対策本部設置，事故現場(仮想)への医療救護班派遣，院内患者受け入れ
(2) 医療救護班訓練：医師会医療救護班の編成，現場でのトリアージ
(3) 消防職員訓練：事故現場(仮想)でのトリアージ，病院搬送
(4) 参集DMAT訓練：活動拠点本部設置，多数傷病者対応
(5) 電子トリアージ訓練
- 病院状況設定
建物被害なし
電気・水道・医療ガス・通信機器(無線)いずれも使用可
- 訓練上の受入患者状況
重症15名，中等症13名，軽傷43名，死亡3名
(転送患者 重症3名)
- 主な参加機関
・DMAT(鳥取県立中央病院，鳥取県立厚生病院，岡山医療センター，岡山大学病院，岡山済生会総合病院，倉敷中央病院，津山中央病院，庄原赤十字病院，JA尾道総合病院)
・二次救急医療機関(尾道市立市民病院)
・消防機関(尾道市消防局，福山地区消防組合消防局)
・模擬患者(広島国際大学，JA尾道看護専門学校)
・通信事業者(株式会社NTTデータ)



病院災害対策本部



DMAT病院支援

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

病院支援訓練（福山市民病院）

- 日時 平成25年11月9日(土) 8:30～14:30
- 会場 福山市民病院内
- 訓練想定
地震による山陽自動車道上でのバスとトラックの衝突事故。
有毒物質の飛散により，一部乗客に被害発生。
(災害拠点病院に被害なし。)
- 訓練内容
(1) 病院職員訓練：災害対策本部設置，事故現場(仮想)への医療救護班派遣，除染，院内患者受け入れ
(2) 消防職員訓練：事故現場(仮想)でのトリアージ，病院搬送，除染
(3) 参集DMAT訓練：活動拠点本部設置，院内多数傷病者対応
- 病院状況設定
建物被害なし
電気・水道・医療ガス・通信機器(無線)いずれも使用可
- 訓練上の受入患者状況
重症8名，中等症10名，軽傷17名，死亡1名
(転送患者 重症2名)
- 主な参加機関
・DMAT(岡山赤十字病院，川崎医科大学附属病院，岡山済生会総合病院，福山市民病院)
・消防機関(福山地区消防組合消防局)
・模擬患者(三次看護専門学校)



訓練風景(現場からの搬送)



DMAT病院支援

混乱なく実施できた。ただし、本番では今回の場所は利用できないことは留意する必要がある。

課題としては、被災現場および各活動拠点本部の情報を把握できていない状況で動かざるを得ず、本部と各拠点の連絡、指示事項の行き違いが生じたことが指摘された。衛星携帯電話を用いた通信では、技術的なトラブル（ワイドスターのワイルドコールが登録されていなかったこと、BGANの利用を熟知できていなかったことなど）に遭遇した。また、広域搬送では、調整本部とSCU本部との間で情報の齟齬が生じるなど、互いの活動イメージの共有ができていなかったようである。さらに、自衛隊機や海上保安庁ヘリなど公的ヘリ調整実施方法などについては、今後検証が必要である。

本部活動は誰もが担う可能性があり、業務調整員に限らず医師や看護師もロジスティックス研修などを通じてスキルを身につける必要がある。

② 参集拠点（沼田PA）

ロジスティックス研修などの成果もあり、円滑に立ち上げを実施することができた。待機時間が長かったものの、DMAT隊の振り分けは適宜対応できた。

課題としては、撤収のタイミングなどにおいて調整本部との情報連携で齟齬が生じていたことが挙げられる。PAの活用の要点は、情報の収集と物資などの補給拠点、そして活動拠点本部への速やかなアクセスである。候補地の選定にあたっては、上り下りや給油施設など参集拠点のロケーションを考慮する必要がある。また、車内待機中に一斉連絡が困難な状況に遭遇しており、参集しているDMATとの連絡手段を確保しなければならないと考える。さらに、今回の訓練ではDMAT隊に付与する情報が少なく、情報拠点の訓練としては今後の検討が求められる。

③ 広島空港 SCU

難航したものの、DMAT調整本部との連携のもと通信トランシーバーや伝令を活用し、ドクヘリ調整を現場で実施することができたのは収穫であった。

課題としては、SCU立上げ時に混乱し、本部・診療部門の人員の役割分担が当初うまくいかなかったこと、本部長の統括DMATへの引き継ぎができていなかったことが挙げられる。また、EMIS、MATTSの入力に不備があるなど調整本部との情報連携で齟齬が生じており、指揮命令系統があいまいな場面にも遭遇した。さらに、搭乗者名簿の作成が遅れたり、

トリアージタグをつけていない患者への対応などにおいても若干の混乱があったりした。情報対応では業務調整員以外の隊員でも入力できるよう研修すべきと考えられた。

なお、大規模な搬送では、自衛隊、海上保安庁、消防機関との連携が重要であり、その場合の調整は県対策本部およびDMAT調整本部が担う必要がある。

④ 県立広島病院

「DMAT隊員動態」、「搬送」、「病院調査」、「総合」とホワイトボードを分け、クロノロを工夫したことで情報整理が円滑に行うことができた。また、病院におけるDMATを受入れの認識が強化されたことや防災無線の利用を確認できたことも収穫であった。

一方、課題も指摘された。当初、本部レイアウト設置が円滑にいかずに混乱し、病院災害対策本部とDMAT本部のコミュニケーションが困難であった。加えて調整本部などに対する情報のはき出しも不十分であった。また、担当するエリア（医療圏）の把握が至らず、到着DMATへの指示などを徹底しきれなかった。統括権限によるEMIS本部機能はうまく利用できていなかった。北向きの本部設置場所ではワイドスターはかなり厳しく、衛星携帯電話の通信環境などの確立に時間を要した。

⑤ JA尾道総合病院

成果としては、病院内体制を整えてDMATを迎えられたこと、DMAT本部内では到着DMATに適切な役割分担を行えたこと、そして情報共有の手段としてトランシーバーを有効に活用できたことが挙げられる。

一方で、課題としては、位置的な問題もあってDMAT本部と病院本部との情報共有がうまくいかなかったこと、病院のセクションごとの体制やリーダーが支援のDMAT隊員に伝わっていないなど互いにコミュニケーションがうまく取れていないことが指摘された。病院側のマニュアルに支援DMATの位置づけを明記する必要がある。また、ホワイトボードの記載書式などの共通化も求められる。

⑥ 福山市民病院

成果としては、役割分担が適切に行われていたこと、本部設置が円滑に行われ運営できたことが挙げられる。事前研修（中国ブロックロジスティックス研修など）の実施が成果につながったものとする。

課題としては、情報の共有化が不十分であったこと

と、DMAT 調整本部との間でヘリコプターの調整などで混乱が生じたことが挙げられる。情報共有の手段としては活動途中のブリーフィングを考慮しても良いと思われる。一方、今回の訓練では当院の患者受入状況は良かったが、訓練としてはもう少しキャパシティーオーバーの設定にして、他拠点病院との連携に重点を置く方法もあったと考える。なお、クロノロについては病院職員によるものが中心となっており、DMATのクロノロが不十分で、参集DMATと存分に活用できなかったことは反省する必要がある。また、本部設置場所が衛星通信に不利であり、今後の場所選定には配慮すべきである。

(5) 自衛隊との連携に関わる情報提供について

今回の検証会では、大災害時における陸上自衛隊第13旅団、海上自衛隊呉地方総監部との連携に関わる情報提供が行われた。

陸上自衛隊の衛生隊について、各師・旅団および方面隊に衛生隊があるが、医師はおらず、方面隊も医師不足の状態である。陸上自衛隊は5つの部隊に病院があり、それぞれ医師、看護師が配置されている（自衛隊横須賀病院のみ一般開放している）。陸自の医療モジュール内の医療機器は十分ではないが、徐々に充実されるとのことである。

海自自衛艦について、洋上SCU展開時の輸送艦などの施設（医療施設や食事）は所定の手続きを経れば、艦長の判断のもとに施設利用や食事の提供が可能とのことである。なお、東日本大震災では、広島県DMATチームが自衛艦「くにさき」にて呉から横須賀へ移動したが、当該輸送艦では通信環境などの確保に苦慮した模様である。現在、DMATが自衛隊の輸送艦などを利用する場合に備えての連携訓練なども行われており、マニュアルなどの整備については国（内閣府と厚生労働省）で検討段階であるとの

ことである。艦船の中での活動の統制は指揮系統が異なり、一概には言えないが、総じて艦船全体統括（責任者）は艦長、診療部門などの統括は医師が担うようである。

自衛隊との連携については、行政を中心として訓練などを通じて積極的に検証して行く必要がある。

(6) 実働訓練に係る総合検証

今回の訓練では、中国5県の多くのDMATが参加し協同活動を実施できたこと、訓練および検証会を通じてDMAT隊員の技能・知識の向上を図ることができたこと、県内防災関係機関、通信キャリア、医療ガス協会など準備段階から多くの調整を通じて連携することができたこと、SCUの設置・運営において広島空港事務所や近隣消防との円滑な連携をとることができたこと、そして実働訓練を実施した拠点病院においてDMATの受入や病院対策本部との連携に関する課題を共有できたことなど、当初の目的は達成したものとする。

一方で課題も挙げられた。特に、広域災害時における被災地の医療ニーズの把握をどのように行うかが問われた。DMAT体制の基本的視点の再認識である。今回の訓練では、参集DMATは現場活動や支援医療機関での診療支援に活動が集中していたようであった。今後は、DMAT養成研修や技能維持研修、ロジスティックス研修を通じて、DMAT活動内容の再確認などを行う必要がある。なお、今年度の広島県集団災害医療救護訓練や中国地区DMAT訓練において、圏域（ブロック）の医療ニーズ把握事案などを盛り込む予定となっている。

また、本部機能の強化や、より円滑な通信等業務調整員の役割と重要性が改めて認識された。今後は事務職員のみでなく、医師や看護師に対してもロジスティックス研修を促す必要がある。

中国地区DMAT連絡協議会実働訓練の概要

実働訓練(2日目)概要

実働訓練等に係る検証会、災害医療に関する意見交換会

- 1 日時 平成25年11月10日(日) 9:00~13:10
- 2 会場 広島大学病院臨床講義棟
- 3 目的
 - ・実働訓練に係る各会場での検証結果の共有
 - ・被災現場等における自衛隊との連携強化
- 4 運営等
 - (1)検証会
 - 【運営】本間正人(鳥取大学医学部附属病院), 中田敬司(東亜大学)
 - 【報告】各訓練会場統括DMAT, ロジリーダー等
 - (2)災害医療に関する意見交換会
 - 【運営】本間正人(鳥取大学医学部附属病院), 中田敬司(東亜大学)
 - 【講演】陸上自衛隊第13旅団 野村洋三氏, 上原秀樹氏
 - 海上自衛隊呉地方総監部 新宮健吾氏, 丸山恭彦氏
 - 【意見交換】谷川攻一(広島大学病院), 山野上敬夫(県立広島病院), 坂上隆士(県医療政策課)
- 5 主な参加機関
 - ・中国地区各県DMAT
 - ・通信事業者 等 計 220名



検証会報告風景



意見交換会風景

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保健学研究院
委員	植岡 進次	福山地区消防組合消防局
	大田 泰正	福山市医師会
	尾形 昌克	広島市消防局警防部
	坂上 隆士	広島県健康福祉局
	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
	谷本 雅伯	広島市医師会
	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
	半田 徹	広島市医師会
	藤井 修二	広島県危機管理監
	宮加谷靖介	呉医療センター
	宮庄 浩司	福山市民病院
	村田 裕彦	安佐医師会
	山野上敬夫	県立広島病院
	山田 博康	広島県医師会
	野間 純	広島県医師会

医療体制検討専門委員会

目 次

医療体制検討専門委員会報告書

医療体制検討専門委員会

(平成 25 年度)

医療体制検討専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 医療体制検討専門委員会

委員長 小林 正夫

I. 緒 言

医療体制検討専門委員会は、広島県の救急医療体制について現状を把握し、今後の整備すべき体制について検討を行うことを目的に設置された。各地区とも、限られた医療リソースの中で、住民に対しての救急医療提供体制を維持してきているが、協力医師の高齢化、新規開業医の少なさ、勤務医師の過重労働など、地域に特有な課題がある。今年度は各二次医療圏において、地域の休日夜間診療所に携わる医療・行政関係者より各地域の現状や課題を集積し、委員間で情報を共有するとともに課題解決に向けた道筋を協議した。

II. 地区別の現状と問題点

・広島市（中西委員，阪谷委員）

整形外科系の救急は、搬送時の受入困難事案の割合が他科と比較して高く、また夜間に軽症患者が病院群輪番制病院に来院するケースが多いことから、医療の疲弊にも繋がっている。対応案として、整形外科における病院群輪番制の夜間に準夜帯（18時～0時）を新設し、参加医療機関には有床診療所を追加することを考えている。

・東広島市（川口委員，桧山委員）

昨年、二次救急制度に空白日が生じた。理由は常勤医の減少による病院の負担増である。関係者間で顔を合わせて検討する機会を増やし、協力病院の追加や圏域外搬送などの協力を得て空白日は減少してきた。初期臨床研修奨励金制度や救急当直医確保支援事業、市広報に二次救急病院の掲載停止による一次救急医療機関の受診促進など、救急医療体制維持に向けた対策を行っている。

・呉市（正岡委員）

呉市医師会休日急患センターでは大きなトラブルは発生していないが、消防の理解不足による行き違いが稀にある。選定療養費の導入によって二次救急医療機関の受診抑制効果が見られた。課題は、小児夜間救急である。小児科以外にも協力いただいているが、人数が少なく負担が大きい。協力医師の高齢化も進んでおり、継続のための方策に苦慮している。

・安佐地区（満田委員）

二次医療機関の安佐市民病院は県北、島根からの救急を受け入れている。一次救急を地域で診ることができる体制が必要であったことから、夜間急病センターを開設した。ポイントは安佐市民病院が二次以上の患者を必ず診るというバックアップ体制の存在で、出務医の安心に繋がっている。同センター開設後は広島市民病院、安佐市民病院の受診が減るという成果が出ている。

・三次市（安信委員）

平成 26 年 4 月から、三次市休日夜間急患センターがスタートする。三次市が三次地区医師会へ事業を委託し、これまでの内科に外科を加える体制で、5,000 万円規模の事業を想定している。三次市から年間最大で約 3,000 万円の補助が計上され、医師会と三次市で運営協議会を開き事業を展開することになっている。三次中央病院を受診される救急患者の約 7 割が軽症であり、今後患者の導線をどのように形作るのが課題であり、啓発・キャンペーンなどを予定している。開業医の高齢化は大きな問題である。

・安芸地区（豊田委員）

安芸地区は 3 市 4 町からなり、地区内でも人口や

医療資源の密度に差がある。医師偏在が課題であるが、地理的な偏在に加えて、時間的偏在（地区内に自宅がなく、時間外は他地区に医師が帰ってしまうため夜間救急の協力が得られない）や科の偏在が発生している。

・安芸高田市（津田委員）

JA 吉田総合病院の中に休日夜間救急診療所を設置しており、平日は病院職員、土日は開業医の持ち回りで対応している。すべての科の一次対応を行う事としており、難しいケースは病院常勤の専門科医師と相談して対処する。安芸高田市からの救急は基本的に断らない方針だが、高齢化の問題もありいつまで継続できるかが課題となっている。

・尾道市（笠井委員）

尾道地域はいくつかの基幹病院が存在するが、そのほとんどで医師数が減少・不足している。平成 26 年 4 月からは、新規に夜間救急診療所をスタートさせ、20 時から 3 時間の一次救急患者を受け入れる。平日は外科系・内科系の開業医と勤務医の協力のもと対応し、土日は JA 尾道総合病院に担当いただく。小児科救急も運営が厳しいため、JA 尾道総合病院に小児科開業医が応援に行く形でリソースを集中している。

・福山市（井上委員）

平成 25 年から福山夜間成人診療所を運営している。同所の患者数は増加傾向にあり、周知が進んだ結果と思われる。夜間成人診療所で対応できない患者は、二次輪番病院に送るが、夜間成人診療所のおかげで二次輪番病院も楽になっているので、断られることはない。出務医が 170 人強いるが高齢化が進んでいることが問題である。福山は県境でもあるので岡山県の井原・笠岡地区から患者が来ることもあり、同地区からの夜間成人診療所への出務呼びかけ

なども今後行っていきたい。

・佐伯地区（網本委員）

佐伯地区の内科一次救急は、JA 広島総合病院とは別の場所に位置する休日・夜間急患診療所と休日在宅当番で対応している。外科系は調査中で、小児科は地区のみで対応できないので広島市と調整しながら広域的な体制としている。今年から舟入病院への医師派遣も実施することとした。新規の開業医が少なく、高齢化が問題である。

Ⅲ. 考 察

各地区とも、限られた医療リソースの中で、地域住民に対しての救急医療提供体制を維持してきているが、協力医師の高齢化、新規開業医の少なさ、勤務医師の過重労働など、地域に特有な課題を有していることをまとめることが出来た。すべての地域において、医師確保施策の充実が最重要であるが、効果が出るには数年単位で時間がかかるため、現状における即効性のある対策も必要となる。人材確保につながる救急への手当充実のため、行政への予算確保、患者が通院できる範囲で、市町にとらわれずリソースを集中して広域的に対応することの必要性などが議論された。

また、いくつかの地域から選定療養費導入による二次救急医療機関の受診抑制効果が報告されており、患者の導線を誘導する仕組みづくり、患者教育・広報も重要と考えられた。これからの高齢社会において、搬送中に既往歴など患者情報の参照や画像伝送において HM ネット活用の有用性が指摘され、今後の検討が必要と思われた。

各地域救急医療体制の現状と課題を医療機関、行政、住民の間で共有し、救急医療提供体制を少しでも改善できる解決策の議論と実施体制の模索を来年度の課題としたい。

広島県地域保健対策協議会 医療体制検討専門委員会

委員長	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
委員	網本 達也	佐伯地区医師会
	井上 文之	福山市医師会
	笠井 裕	尾道市医師会
	川口 稔	東広島地区医師会
	工藤 美樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	坂上 隆士	広島県健康福祉局医療政策課
	阪谷 幸春	広島市健康福祉局保健医療課
	佐藤 雅宏	福山市保健所
	津田 敏孝	安芸高田市医師会
	豊田 秀三	広島県医師会
	豊田 紳敬	安芸地区医師会
	中西 幸造	広島市医師会
	中西 敏夫	広島県医師会
	檜谷 義美	広島県医師会
	桧山 和子	東広島市役所
	正岡 良之	呉市医師会
	満田 廣樹	安佐医師会
	安信 祐治	三次地区医師会

特定健診受診率向上専門委員会

目 次

平成25年度調査研究報告書

I. は じ め に

特定健診受診率向上専門委員会

(平成 25 年度)

平成 25 年度 調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 特定健診受診率向上専門委員会

委員長 木原 康樹

I. はじめに

平成 24 年度までの広島県地域保健対策協議会における専門・特別委員会の再編成により、地域健康づくりを調査・提言する委員会の 1 つとして、特定健診受診率向上専門委員会ならびに同 WG が本年度発足した。同委員会の設置の背景には、特定健診受診率が広島県市町において低迷している現状がある。特定健診の有効性を明確にして、健診受診者ならびに健診医療・行政担当者に周知するとともに、広島県の現状と問題点を全国との比較を通して調査報告することが、本委員会設置の趣旨である。

1. 第 1 回特定健診受診率向上専門委員会

(1) 会次第

平松恵一広島県医師会長・広島県地域保健対策協議会会長ならびに木原康樹（広島大学大学院医歯薬保健学研究院循環器内科学教授）が挨拶を行い、土手慶五広島県医師会常任理事の司会の下、参加者の自己紹介に続いて以下報告ならびに審議を行った。

(2) 報告

特定健診の広島県市町受診率が低迷している理由として、医療担当者が健診の有効性そのものに疑問を抱いている可能性が指摘されている。まずはじめに土手常任理事が特定健診を推進するに至った国の基本的な考え方について田中純子広島大学大学院疫

地对協 特定健診受診率向上専門委員会

平成 25 年 8 月 28 日（水）19：30～

氏名	施設名
平松 恵一	広島県地域保健対策協議会会長・広島県医師会 会長
◎ 木原 康樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院循環器内科学 教授
荒田 寿彦	大竹市医師会 会長
木村 辰也	広島県国民健康保険団体連合会総務部保健事業課 課長
久保田由美	廿日市市福祉保健部健康推進課 課長
桑原 正雄	広島県医師会 副会長
小池 英樹	広島県健康福祉局健康対策課 健康増進担当監
菅田 巖	安芸地区医師会 会長
田中 純子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院疫学・疾病制御学 教授
田辺 靖昌	福山市保健福祉局保健部成人健診課 課長
○ 土手 慶五	広島県医師会 常任理事
豊田 秀三	広島県医師会 副会長
檜谷 義美	広島県医師会 副会長
布施 淳一	広島県健康福祉局健康対策課長
政岡 修	大竹市健康福祉部社会健康課長
松田 尚美	広島市健康福祉局保健部保健医療課保健指導担当課長
松村 誠	広島市医師会 会長
松本 春樹	佐伯地区医師会 会長
森近 茂	福山市医師会 会長
頼島 敬	安佐医師会 理事
オ 藤井 紀子	(公財)広島県地域保健医療推進機構 健康づくり推進部健康企画課長
オ 広元由佳里	広島市健康福祉局保健部保健医療課

◎…委員長、○…担当理事、オ…オブザーバ、事…事務局

学・疾病制御学講座教授からの提出資料などに基づいて示説した（参考資料1参照）。

1) 特定健診の効果検証と広島県の現状

続いて、県内の特定健診・特定健康指導を実務において担当している広島県地域保健医療推進機構健康づくり推進部健康企画課藤井紀子課長が、広島県市町の健診の実情について報告した。市町国保集団健診受診者における健診成績の比較および効果検証として、2008年と2011年の同一受診者における特定保健指導のデータについて検討が行われた。3年分の加齢にも拘わらず、2011年においてデータの改善が示された。すなわち健診受診によって受診者の健康意識が改善していることが示唆された。特定保健指導については、加入健康保険組合における経過より、積極的支援対象者に該当した受診者について介入ありと介入なしで比較を行うと1年後において介入群で顕著な改善が示されており、受診者の生活場面での具体的な行動変容が誘導されていることが示された（参考資料2参照）。

2) 広島県の現状と全国における健診率向上に向けた取組について

続いて、広島県健康福祉局健康対策課 森原千秋氏より、全国の特定健診受診率と県内受診率との比較が報告された。広島県の特徴は、年齢が上昇するにつれて全国平均との差異が拡大していること、人口の多い地域ほど受診率が低値であること、リピート率の高い市町においては比較的高い受診率が維持されていることであった。また広島市を除き、未受診者の4割が生活習慣病の治療中であることも報告された。また、全国的にみて受診率改善が顕著な和歌山県、沖縄県、高知県、鹿児島県などにおける受診率向上の具体的取り組みについても報告された。いずれも自己負担の無料化や健診項目の追加、みなし健診の導入、保健師などを導入した受診勧奨の促進などであり、総合的な対策により成果が挙げられていると判断された（参考資料3, 4, 5, 6参照）。

3) 以上の報告を受けて、委員相互に以下議論を行った。

行政担当者が短期間に交替する中で、継続して行政を機能させることが重要であり、医師会はその行政を支えてゆく使命がある（大竹市医師会）。

制度開始当初は料金体系がさまざまであり医療機関窓口で混乱があった。廿日市市では、項目を追加するとともに無料化することで受付の混乱を取束さ

せた。行政と医師会との一体感が事態の改善に必要である（佐伯地区医師会）。

短期間に実施可能な事項としては、みなし健診の取り込みや無料化であり、広島市と協議して調整してゆきたい（広島市医師会）。

などの、前向きな意見を得た。

(3) 協議・決議

1) 広島県の特定健診受診率向上のために市町医師会と各行政が一体となって取組む。

2) 今年度の委員会活動として、広島市・廿日市市・大竹市・福山市の各医師会会員を対象としたアンケートを実施する。広島市（全国市町において最下位）の受診勧奨を重点的に勧めて行く。市民だけではなく医師会員にも分かり易い健診体系の概略を含めた広報ツールの作成を企画する。以上が満場一致で決議された。

2. 特定健診受診率向上専門委員会受診率向上WG

(1) 会次第

8月28日に開催した第1回特定健診受診率向上専門委員会にて各地域の医師会代表者ならびに市町行政担当者間において、広島県における特定健診受診率向上に関する基本合意が成されたことを受け、具体的対策を講じるためにWGを設置した。

広島大学大学院循環器内科学教授・特定健診受診率向上専門委員会委員長・同WG長である木原康樹が挨拶を行い、中西敏夫広島県医師会常任理事の司会で以下の報告ならびに協議を行った。

(2) 報告ならびに協議

1) 第1回特定健診受診率向上専門委員会での合意事項の確認を行った。

2) 受診率向上に向けた各市町、医師会での取り組みについて、

【広島市】ポスター掲示やバス車内などでのステッカー掲示、デジタルサイネージを利用した広報、学校での出前授業などの健康教育、検査項目追加やがん健診との同時実施などの環境整備、ハガキや電話を利用した受診勧奨などの未受診者対策の4つを柱として取組を推進している。70歳以上の対象者についてはすでに無料化を実施しているがそれで受診の向上が得られてはいないため無料化が寄与する部分は限定的であると判断している。ワンコインでも受診率向上したとの他県からの報告もあり、まずはワンコイン（500円）化から段階的に取組みたい。

【広島市医師会】政令指定都市においても受診率の

地対協 特定健診受診率向上 WG

平成 25 年 12 月 17 日 (火) 19:00~

氏名	施設名
◎ 木原 康樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院循環器内科学 教授
越智 公則	呉市医師会 理事
小池 英樹	広島県健康福祉局健康対策課 健康増進担当監
島 秀行	広島市医師会 理事
田辺 靖昌	福山市保健福祉局保健部成人健診課 課長
○ 中西 敏夫	広島県医師会 常任理事
西岡 智司	福山市医師会 理事
原垣内清治	呉市福祉保健部保険年金課長
欠 布施 淳一	広島県健康福祉局健康対策課長
松田 尚美	広島市健康福祉局保健部保健医療課保健指導担当課長

◎…委員長, ○…担当理事

向上に成功しているところは無料化・ワンコイン化を実施しており、広島市医師会としては無料化を市長に要望書として提出している。医療者側からの受診勧告には限界を感じており、自主性を持たせる方策を考えてゆくべきであろう。まずは行政からの働きかけを積極的にやってほしい。

【呉市】健診項目を追加して内容を充実させるとともに、みなし受診も取り入れた。レセプトを分析し、生活習慣病などすでに病院通院を行っている患者の中に特定健診実施対象者が約 6 割含まれていることが判明した。そのためみなし受診の効果は大きいと考えている。医師会を通してその実施を敢行し、今年度はすでに昨年と同程度の実績が得られている。来年度からは健診の無料化も検討中である。非課税世帯ではすでに無料化しているため大幅な財政負担はない。

【福山市】平成 23 年度に 16.1%であった受診率は 24 年度には 23.8%に増加した。その要因として、1) 自己負担の無料化、2) 検査項目の追加、3) 電話・ハガキなどによる積極的受診勧奨、4) 医療機関への協力依頼の 4 点が挙げられる。無料化による予算増額は 1,200 万円で、受診勧奨には国からの委託事業費を充てた。

【福山市医師会】昨年度は電話にて受診勧奨を受け

た受診者の増加があったと実感している。無料化と同時に胃がん健診を内視鏡検査に転換したことも良い方向で影響した。事前に医師会と市とで会員向け説明会を開催し、会員の理解が得られたことも大きい。その結果として日ごろの診療の中で受診勧奨ができていくことがみえてきている。

3) それぞれの意見を受けて、WG 長としては、受診率向上に具体的成果を挙げた福山市・福山市医師会においては複合的に協力して対策を講じ、それらが相乗効果を示したと考える。身近な成功事例に学びつつ、夫々の市町行政・医師会においても更なる対策強化を試みていただきたい、との意見を付した。

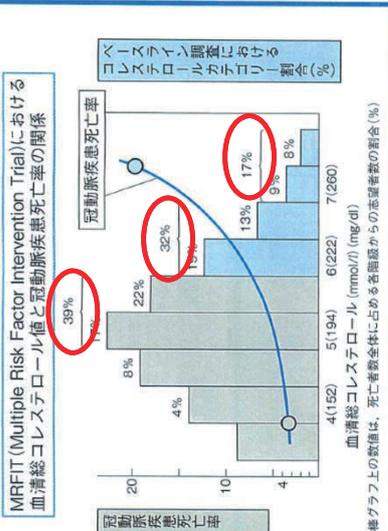
(3) 医師会会員からの受診勧奨を促進するための取組について

医療従事者側からの受診勧奨が低迷している原因を解明するため、医師会員を対象としたアンケートを実施することで合意した。事務局作成のアンケート原案(添付)について協議した。アンケート配布の対象を特定健診実施医療機関に限定するとともに、福山市にて平成 23 年度に実施されたアンケートを軸にさらに内容を絞って行うこととした。

付記：アンケートはすでに実施・回収し内容を解析中である。

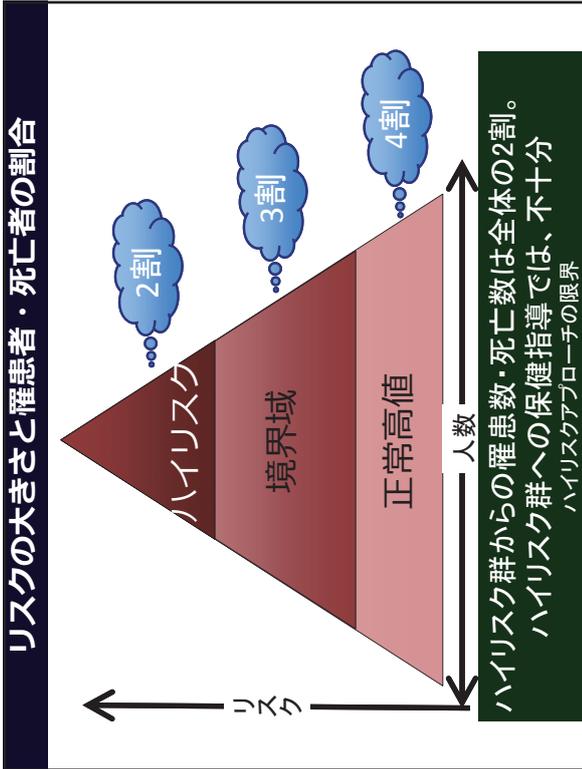
循環器疾患の多重リスクファクターへの大規模介入研究：MRFIT(USA)からみた血清総コレステロール値と死亡率、死亡者割合

例



しかし、罹患率・死亡数の人数割合は、約20%、30%、40%と、ハイリスク群で罹患率・死亡人数が多いとは、いえない

水嶋壽明：地域診断のすまめ方：根拠に基づく生活習慣病予防と評価、医学書院、2006、より改変



すなわち、背景とする集団の大きさが異なるので、ハイリスク群での罹患率・死亡率が高くても

大きなリスクを持った少数集団からの罹患率は、**少ない**

小さなリスクを持った多数の集団からの罹患率は、**多い**

最も多いのは、境界域・正常高値からの発症

リスクの大きさと罹患率・死亡者の割合

ハイリスク 2割
境界域 3割
正常高値 4割
人数

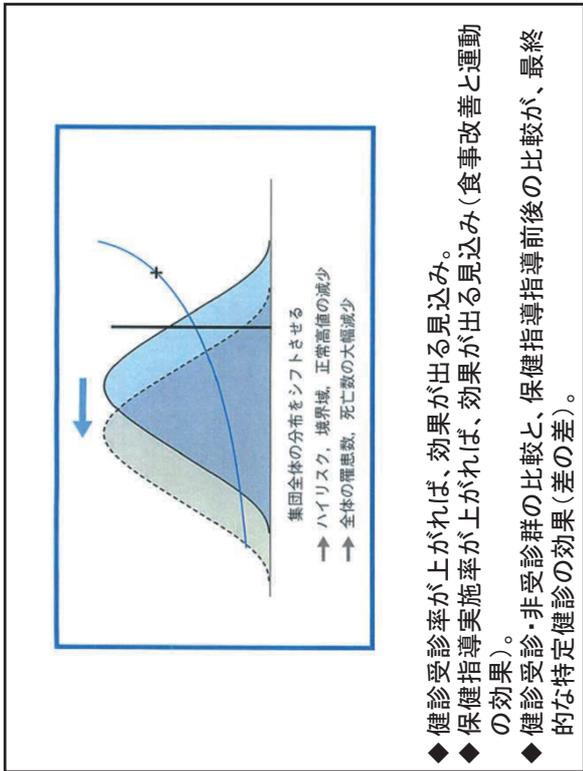
ハイリスク群のみを、保健指導対象者としては、罹患率・死亡数は減らない。そこで、

特定健診、特定保健指導の基本概念は、

集団全体の分布をシフトさせる
→ ハイリスク、境界域、正常高値の減少
→ 全体の罹患率、死亡数の大幅減少

相対リスク、寄与割合、人口寄与割合などの疫学指標を元に、**集団全体としての疾病対策**として導入されたもの

境界域群・正常高値群へのアプローチ (ポピュレーションアプローチ)を、**層化して行うことにより** (積極的支援・動機付け支援)、効果的な生活習慣病対策とする



- ◆ 健診受診率が上がれば、効果が出る見込み。
- ◆ 保健指導実施率が上がれば、効果が出る見込み（食事改善と運動の効果）。
- ◆ 健診受診・非受診群の比較と、保健指導指導前後の比較が、最終的な特定健診の効果（差の差）。

日時：平成25年8月28日(水) 19:30～
会場：ホテルグランヴィア広島

広島地域保健対策協議会 第1回 特定健診受診率向上専門委員会

～特定健診等の効果の検証
および広島県の現状～

情報提供：公益財団法人広島地域保健医療推進機構

1. 市町国保 集団検診受診者における健診成績の比較および 検診効果の検証

～2008年度・2011年度とも受診した
集団における検討～

解析データ：(公財)広島地域保健医療推進機構実施分
解析・指導：広島大学大学院医歯薬保健学研究科 疫学・疾病制御学 教授 田中純子

目的

2008年度から、医療制度改革の核ともいえる「メタボリックシンドロームに着目した特定健診」がスタートした。

同時に、特定保健指導の実施についても、全保険者に義務づけられ、生活習慣の見直しが随所において叫ばれるようになった。ウオーキング人口の増加(平成25年3月 国民健康・栄養調査発表)、歩数計所持者の増加、飲料水「ゼロキロカロリー」の表示、テレビなどの報道においても「メタボ関連番組」が増加した。

今回、本医療制度改革の波及効果等により「受診者の健診結果(血圧、脂質、糖代謝など)が、改善しているであろう」という仮説を立て、2008年度(スタート時)と、4年後の健診結果を比較したので報告する。

対象

1. 広島県下13市町(全国3,422保険者のうち13保険者に該当する)における市町国保加入者の集団検診受診者で、2008年度(14,548人)と2011年度(15,410人)の両年とも受診したものを。
2. かつ、2008年度の年齢が40歳以上71歳以下である6,949人。うち、男性は、2,646人(66.7±6.6歳)、女性は4,303人(66.3±6.0歳)。
3. 「血圧」に関する検討では、降圧剤治療中を対象外とした男性4,785人、女性3,068人を対象とした。
4. 同様に、「血中脂質」「糖代謝」に関する検討では、それぞれの服薬・治療中を対象外とした。

検討項目	全 体		男 性		女 性	
	対象者数	年齢 (mean±SD)	対象者数	年齢 (mean±SD)	対象者数	年齢 (mean±SD)
血圧	4,785	65.7±7.1	1,717	65.8±7.1	3,068	65.6±6.3
血中脂質	5,334	66.0±6.0	2,210	66.5±6.5	3,124	65.7±6.4
糖代謝(血糖値) (HbA1c)	4,816 3,633	66.4±6.6 66.3±6.5	1,765 1,319	66.7±6.6 66.3±6.5	3,051 2,314	66.3±6.5 66.3±6.0

解析方法

1. 血圧に関する検討
2008年度の収縮期血圧および拡張期血圧を高血圧治療ガイドライン(2009)と特定健診判定基準値により、それぞれ3グループに分け、4年後の推移を検討した。
A群: I度高血圧以上 B群: 正常高値 C群: 至適・正常血圧
2. 血中脂質値(TG・HDL-cho)の検討
男女別に4年後の推移を検討した。
基準値は、日本動脈硬化学会 動脈硬化性疾患 予防ガイドライン2007による診断基準および特定健診判定基準値に従った。
中性脂肪値 基準値 149mg/dl以下
HDL-cho 基準値 40mg/dl以上
3. 糖代謝(空腹時血糖値・HbA1c)の検討
男女別に4年後の推移を検討した。
基準値は、日本糖尿病学会糖尿病診断基準(2010)および特定健診判定基準に従った。
空腹時血糖値 保健指導判定値 100mg/dl未満
メタボ判定値 110mg/dl未満
ヘモグロビンA1C 保健指導判定値 5.2%未満
メタボ判定値 5.5%未満

結果

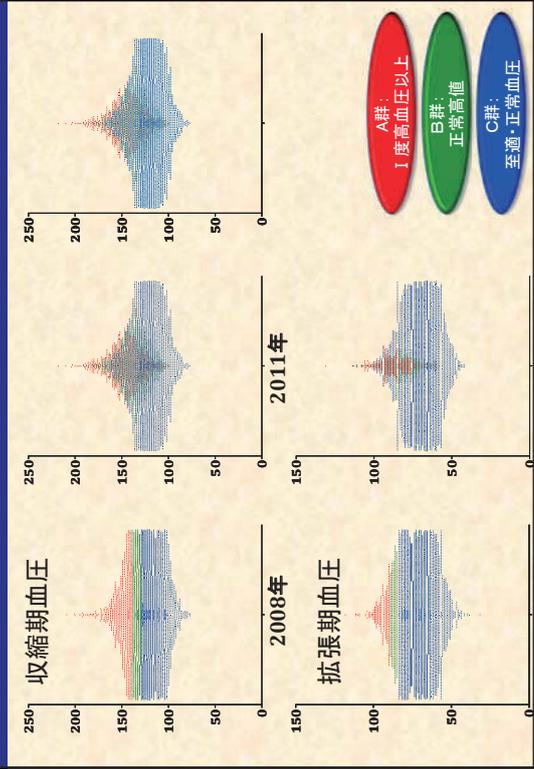
体重・BMI・腹囲4年後の変化

	2008年度	2012年度	Paired p値	
体重	Male	63.39±9.02	63.23±9.03	0.0026 **
	Female	51.97±7.78	51.57±7.82	<0.0001 ***
	Total	56.32±9.96	56.01±10.05	<0.0001 ***
BMI	Male	23.35±2.82	23.38±2.85	0.1372
	Female	22.48±3.11	22.45±3.14	0.0373 *
	Total	22.81±3.03	22.80±3.07	0.4481
腹囲	Male	84.5±8.0	85.2±7.9	<0.0001 ***
	Female	82.5±9.2	83.4±9.1	<0.0001 ***
	Total	83.3±8.8	84.1±8.7	<0.0001 ***

収縮期血圧および拡張期血圧値4年後の変化

	血圧 (mmHg)		Paired p値	
	2008年度	2011年度		
対象数				
収縮期A群 I度高血圧以上	740	149.4±10.3	147.0±17.5	<0.0001 ***
収縮期B群 正常高値	975	133.9±2.9	136.7±15.2	<0.0001 ***
収縮期C群 至適・正常	3,070	114.8±10.2	120.9±15.2	<0.0001 ***
Total	4,785			
拡張期A群 I度高血圧以上	257	94.1±4.5	88.3±9.5	<0.0001 ***
拡張期B群 正常高値	328	86.8±1.4	83.7±9.1	<0.0001 ***
拡張期C群 至適・正常	4,200	70.0±8.5	70.4±10.2	0.0104 *
Total	4,785			

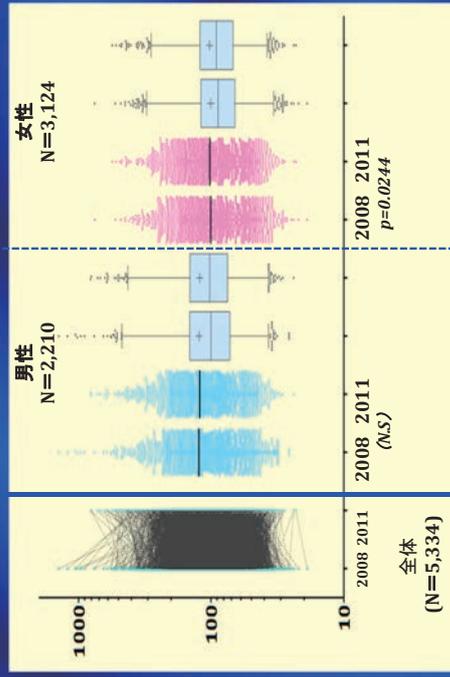
1. 血圧の値の変化



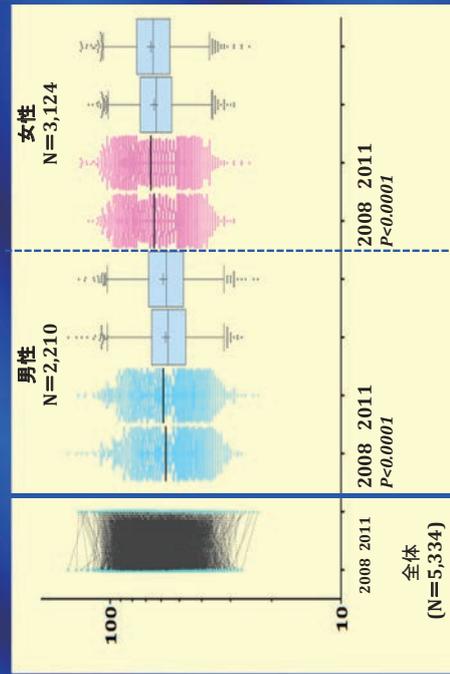
特定健診受診者5,334人の 血中脂質値4年後の変化

(mg/dl)	対象数	2008年度	2011年度	Paired p値
中性脂肪				
Male	2,210	123.1±91.5	121.7±76.4	0.3983
Female	3,124	100.5±54.2	102.3±52.9	0.0244 *
Total	5,334	109.8±72.9	110.3±64.4	0.5622
HDL-cho				
Male	2,210	57.3±14.9	58.7±15.3	<0.0001 ***
Female	3,124	64.4±14.5	66.5±15.5	<0.0001 ***
Total	5,334	61.4±15.1	63.3±15.9	<0.0001 ***

2. 血中脂質の値の変化(1) 中性脂肪

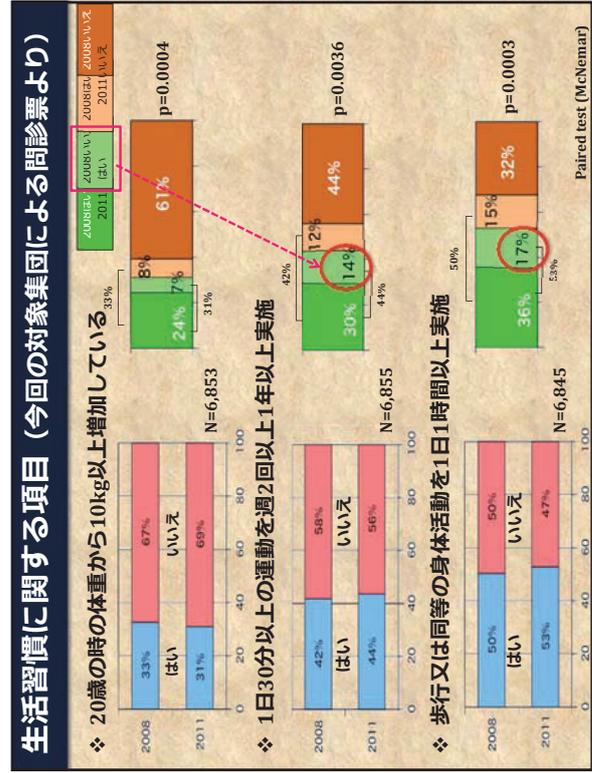
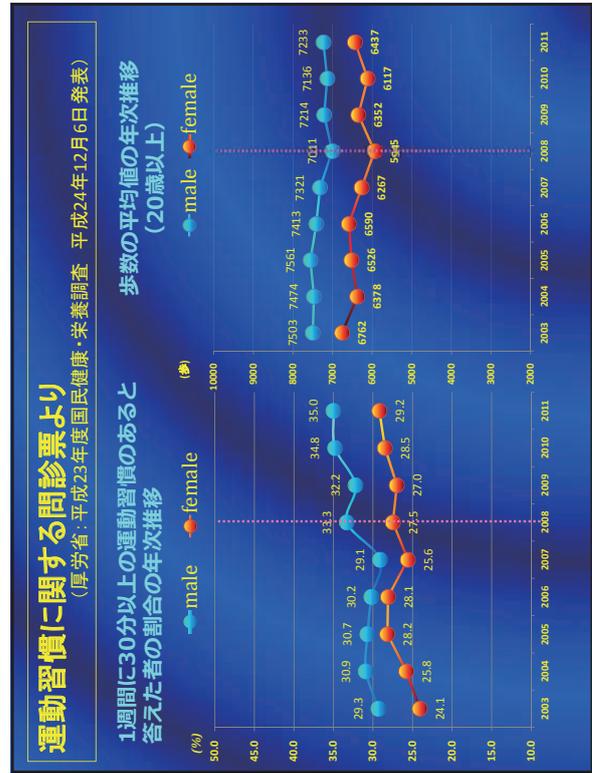
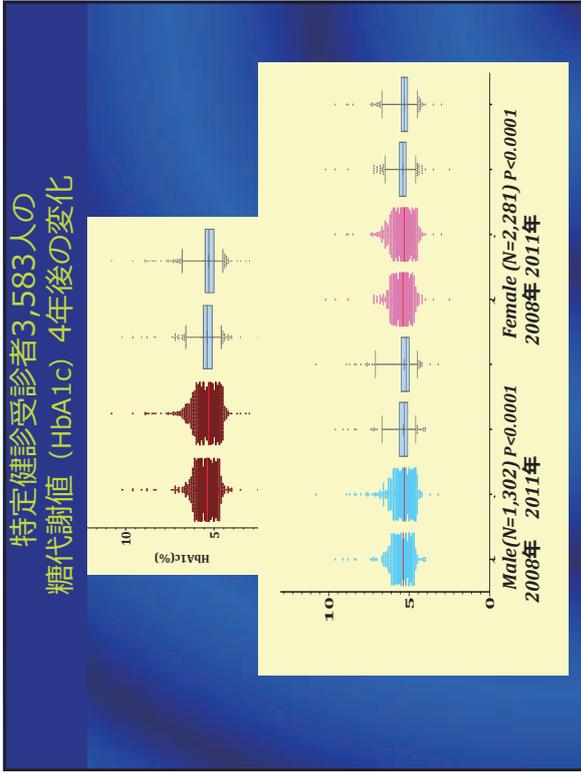
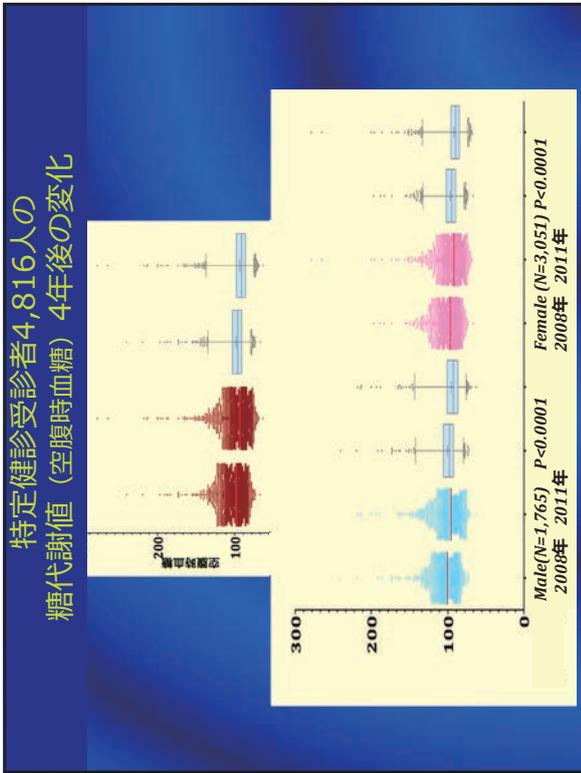


2. 血中脂質の値の変化(1) HDL-cho



特定健診受診者4,816人と3,583人の 糖代謝値(空腹時血糖、HbA1c)4年後の変化

	対象数	2008年度	2011年度	Paired p値
空腹時血糖 (mg/dl)				
Male	1,765	100.6±12.7	95.9±13.8	<0.001 ***
Female	3,051	96.8±10.6	92.1±12.1	<0.001 ***
Total	4,816	98.2±11.6	93.5±12.9	<0.001 ***
HbA1c(%)				
Male	1,302	5.37±0.46	5.31±0.53	<0.001 ***
Female	2,281	5.39±0.39	5.31±0.43	<0.001 ***
Total	3,583	5.38±0.41	5.31±0.46	<0.001 ***



血圧の改善に関連する要因

Multivariate linear regression

収縮期血圧、拡張期血圧の変化率(改善)に関連する要因について多変量解析により検討した。

変化率 = $\frac{2011\text{年測定値} - 2008\text{年測定値}}{2008\text{年測定値}}$

<検討要因>

- ・性別
- ・2008年度年齢(59歳以下、60~64歳、65~69歳、70歳以上)
- ・問診票の質問項目への回答状況
(2008年はい→2011年はい、はい→いいえ、いいえ→はい、いいえ→いいえ)
- * 20歳の時から体重が10kg以上増加している
- * 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施
- * 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施
- * この1年間で体重の増減が±3kg以上あった
- * 夕食後に間食(3食以外の夜食)をとることが週に3回以上ある
- * 朝食を抜くことが週に3回以上ある

血圧の改善に関連する要因

Multivariate linear regression

要因 血圧の改善と有意に関連している項目

要因	収縮期血圧減少	拡張期血圧減少
性別	-	-
年齢	-	60歳以上
20歳から体重10kg増加した	YN	YN, YY, NN
30分以上の運動習慣がある	NY, YY, NN	YY
歩行又は同等の身体活動	-	-
1年間に±3kg以上体重変化	-	-
夕食後の間食がある	-	-
朝食を抜く	-	-
(Model p-value)	P<0.0001	P=0.0001

YY:2008はい→2011はい、YN:2008はい→2011いいえ、
 NY:2008いいえ→2011はい、NN:2008 いいえ→2011いいえ
 -:有意差が認められなかった項目
 年齢は60~64歳、各項目はNNを基準群として解析した。

結果

2008年、2011年両年ともにも受診した集団検診受診者を抽出し、血圧、脂質、糖代謝値の変化、および生活習慣に関する項目を検討した結果、つぎの結果を得た。

1. 収縮期血圧および拡張期血圧の高値群は、4歳の加齢にも関わらず有意に減少した。
2. 血中脂質の中性脂肪値について、女性が有意に増加した。
3. 血中脂質のHDL-Cコレステロールについて、男女ともに有意に増加した。
4. 糖代謝の空腹時血糖値およびヘモグロビンA1cについては、男女ともに有意に減少を認めた。
5. 一日30分以上の運動を、週2回以上実施するようになった人の割合は、全体の14%であった。

19

結論

健診受診者の健診結果が集団として改善を認めた。健診受診者の生活場面でさまざまな行動変容が起こったと推測され、本健診は受診者の健康意識の向上に寄与している。

加齢という負の因子にも関わらず結果の改善を認めたことは、特定健診の受診率向上は、ポピュレーション全体においても更なる健康効果をもたらすと考えられる。

20

2. 特定保健指導介入効果の検証

2008～2011
N健康保険組合

【対象】 2008～2011 積極的支援対象者

階層化により
積極的支援

N=708(人) 平均年齢 51.0±6.0歳

積極的支援
利用者
(介入群 N=204
平均年齢 50.0±6.1歳)

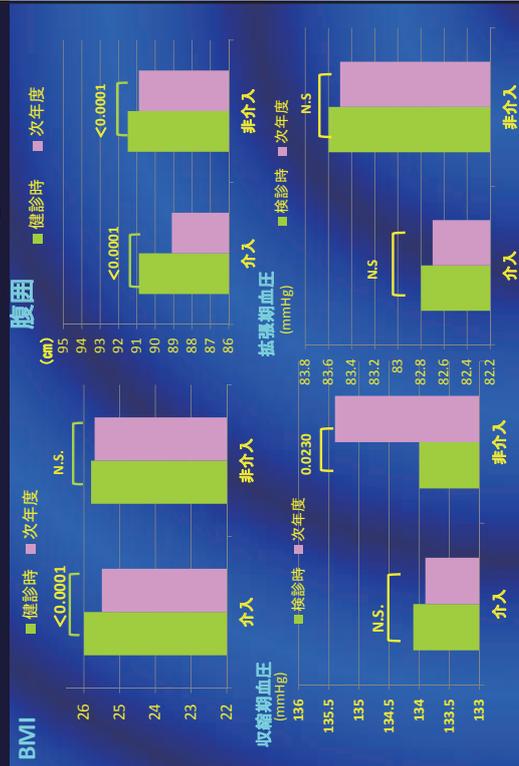
積極的支援
非利用者
(非介入群 N=504
平均年齢 51.9±6.3歳)

N健康組合における 特定保健指導介入群と非介入群の1年後の検診成績との比較

by J. Tanaka, Hiroshima Univ.

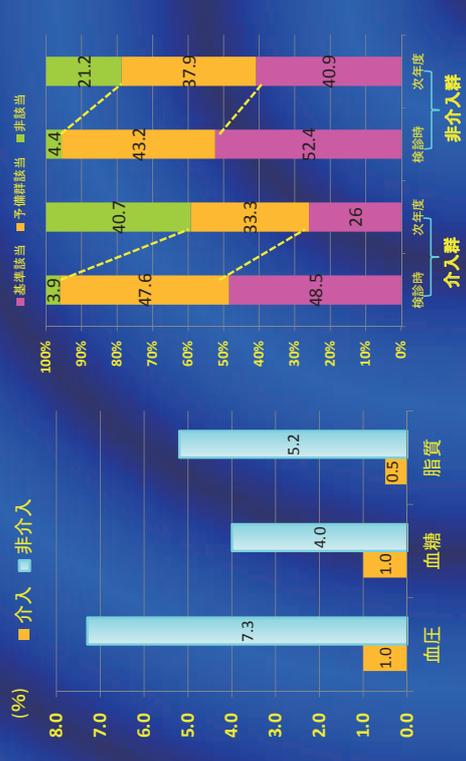
	介入群(N=204 編代額以外)		非介入群(N=504 編代額以外)		p値	
	健診時	次年度	健診時	次年度		
BMI	26.05±2.93	25.52±3.07	<0.0001	25.77±2.71	25.73±2.84	0.3523
腹囲	90.9±6.0	89.1±7.1	<0.0001	91.5±6.5	90.9±7.1	<0.0001
収縮期	134.1±12.4	133.9±13.7	0.7278	134.0±14.4	135.4±14.2	0.0230
拡張期	82.8±9.8	82.7±9.8	0.8346	83.6±10.2	83.5±10.4	0.6595
中性脂肪	190.7±138.6	167.5±123.9	0.0128	192.9±174.6	181.1±168.3	0.2012
HDL	50.8±13.5	52.6±14.6	0.0001	52.2±13.5	53.3±13.9	0.0012
LDL	128.4±29.1	127.4±28.4	0.4703	133.5±29.9	132.5±28.8	0.3441
GOT	25.8±11.7	25.5±15.2	0.6878	27.4±14.3	27.2±14.5	0.6115
GPT	33.5±19.2	30.2±19.0	0.0008	35.6±22.4	34.2±22.7	0.0889
γ-GTP	76.9±94.5	69.4±101.6	0.0497	85.8±111.2	82.7±111.9	0.2622
HbA1c	5.31±0.45 (N=139)	5.24±0.53	0.0001	5.51±0.58 (N=321)	5.53±0.56	0.5415
FBS	95.4±11.6 (N=147)	94.6±11.9	0.1936	99.1±14.3 (N=280)	99.1±14.7	0.9826

介入効果 結果 ①



介入効果 結果②

服薬開始率 メタボ判定

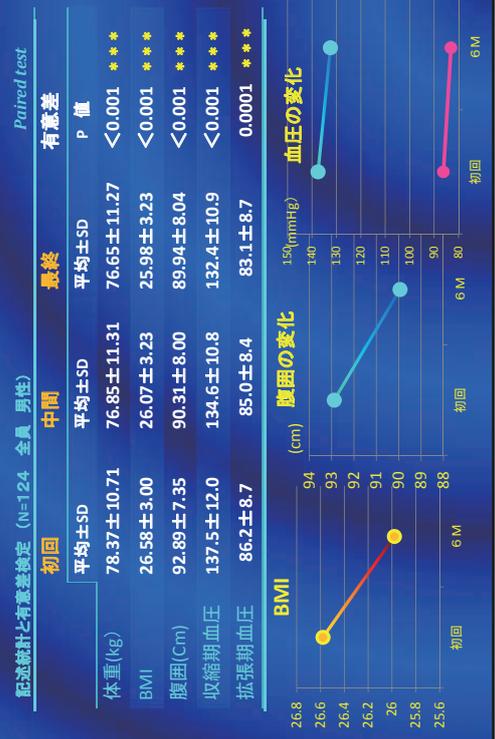


結論

市町健診受診者に比べてより若年で就労状況にある受診者を対象にした介入指導においても、顕著な疾患因子の改善が示された。健診受診者の生活場面で健全な行動変容が誘導されたと推測され、本健診は受診者の健康意識の向上に寄与している。

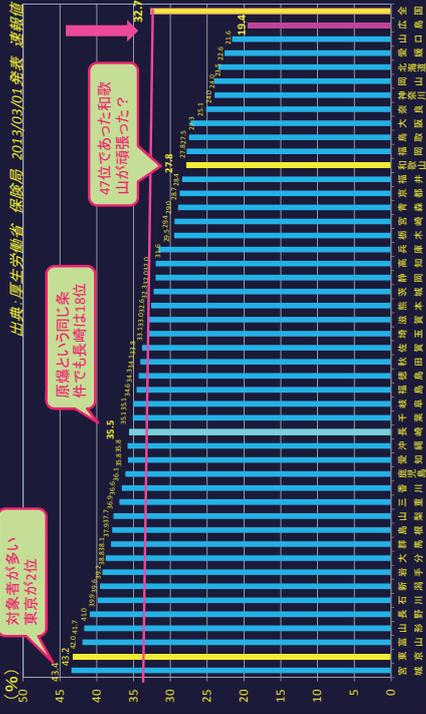
介入前後の有意差検定 結果③

2008～2010 積極的支援 by JTanaka Hiroshima Univ.

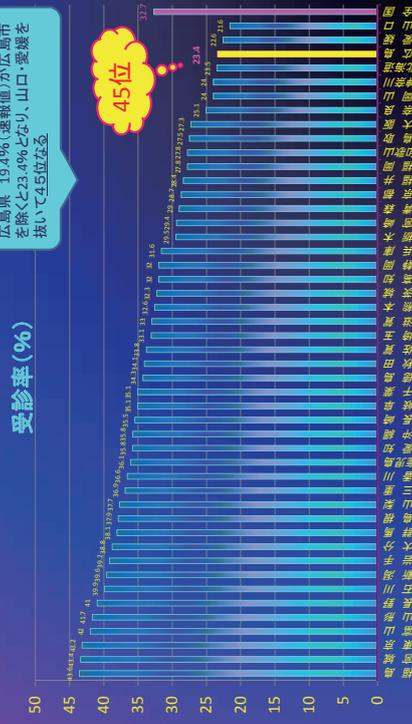


3. 広島県の現状

特定健診市町国保受診率(全国比) 広島県は連続全国最下位



広島市を除いても・・・ 除いたら？



結 語

特定健診・特定保健指導の検証結果は明らかに
県民の健康向上に寄与している。

一方、市町の一部において受診率が低調であ
り、県全体としては全国最下位に甘んじている。

健診を受診させ県民の行動変容を促すことは、
健康づくりの機運醸成と健康意識の向上に繋が
るため、受診率向上対策が広島県の緊急課題で
ある。

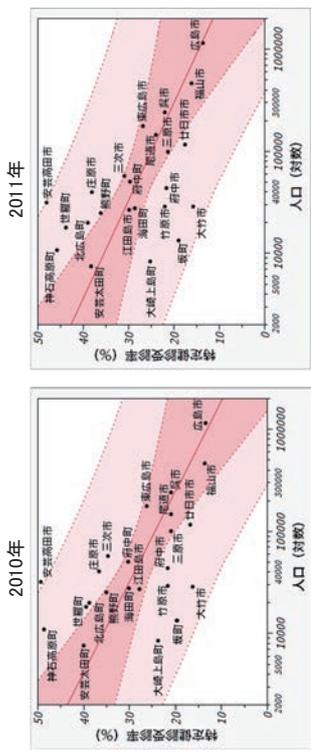
受診率(市町国保)の推移(全国比)



出典：厚生労働省 健康保険局 2013/03 (速報値)

4. 補足資料(現状打開へのヒント)

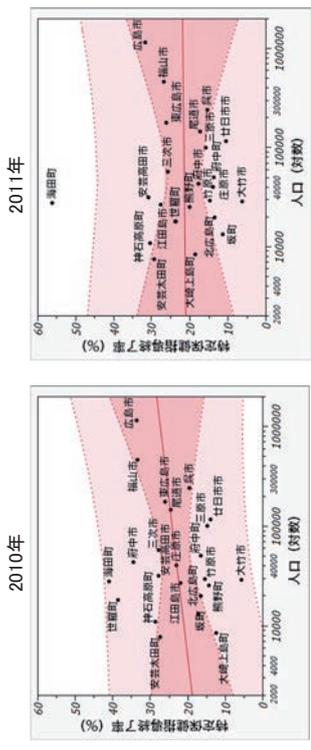
人口と特定健診受診率の関係(広島)



受診率 = 80.74 - 4.89*Log(人口)
R2=0.35, p=0.0030, N=23

受診率 = 77.19 - 4.53*Log(人口)
R2=0.33, p=0.0042, N=23

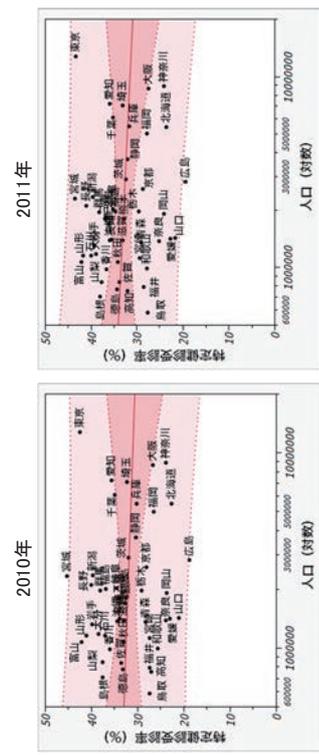
人口と特定保健指導終了率の関係(広島)



終了率 = 6.38 + 1.37*Log(人口)
R2=0.04, p=0.3842, N=23

終了率 = 20.24 + 0.12*Log(人口)
R2=0.00, p=0.9456, N=23

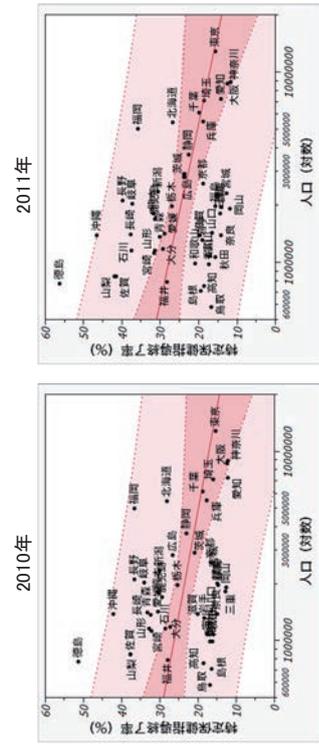
人口と特定健診受診率の関係(全国)



受診率 = 41.41 - 0.64*Log(人口)
R2=0.01, p=0.6039, N=47

受診率 = 45.43 - 0.86*Log(人口)
R2=0.01, p=0.4659, N=47

人口と特定保健指導終了率の関係(全国)

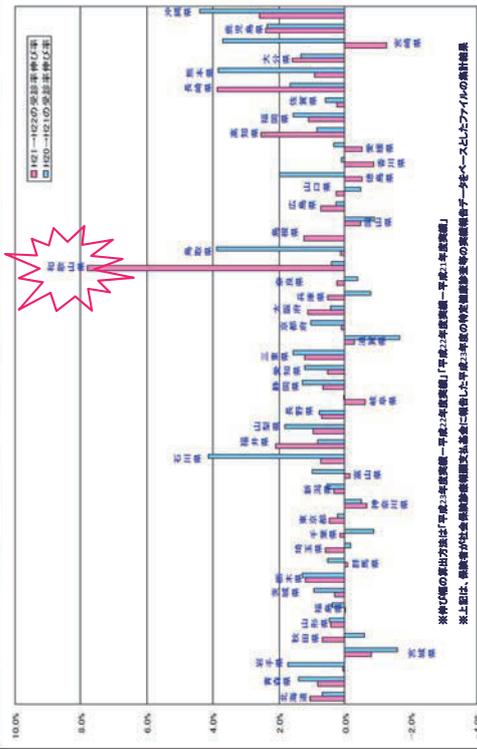


終了率 = 81.05 - 3.96*Log(人口)
R2=0.10, p=0.0286, N=47

終了率 = 90.95 - 4.57*Log(人口)
R2=0.11, p=0.0212, N=47

都道府県別にみた特定健診受診率の伸び幅

出典：国民健康保険中央会 平成23年度 市町村別 特定健診受診率 P.40



東京都受診率全国2位のわけ？

- 老人保健法(基本健康診査)のころから(平成19年度まで)検診受診率が高かった。
- 平成20年度特定健診になっても「項目は据え置き」「自己負担金無料化」を継続している。

【参考受診率】

市町国保:60~64歳 31.5% 65~69歳 50.1% 69~74歳 51.7%
 職域をあわせると:40歳以上74歳まで **66.9%**

和歌山県が47位から、急上昇？ 出来た理由

- 「和歌山市」が頑張った。(対象者数の割合が大きい)
- 自己負担金を無料化 + 検診項目を追加(老人保険法の基本検診項目であった貧血やクレアチニン、心電図など)

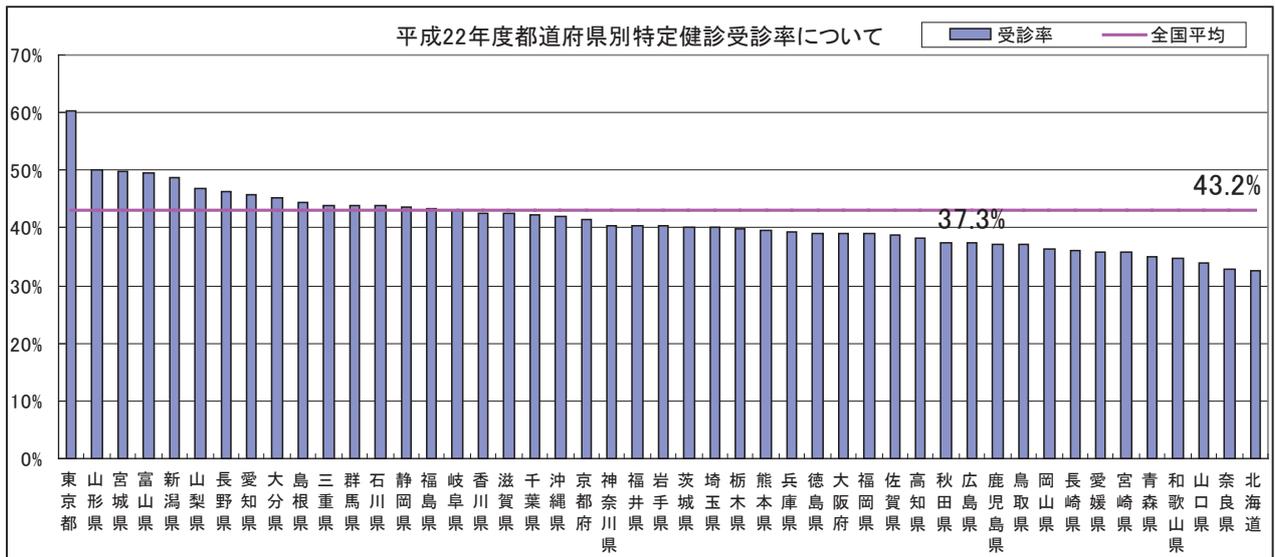
↑ **広島市を除いても、広島県は「45位」!**

全国の特定健診受診率について

H25 年 8 月 28 日 広島県健康対策課

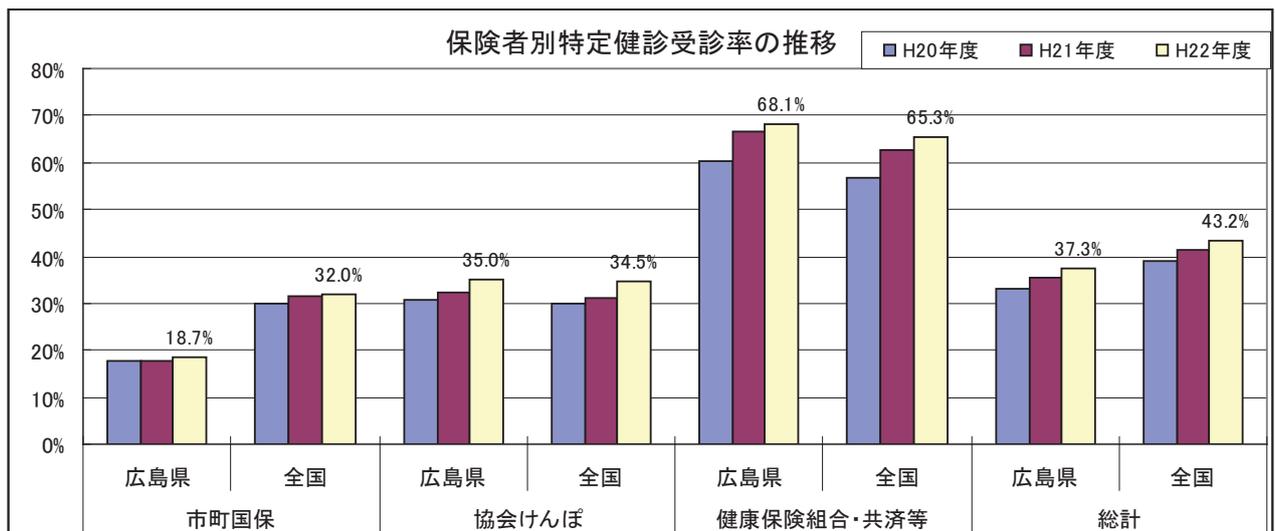
1 平成 22 年度都道府県別特定健診受診率

平成 22 年度全国の特定健診受診率は 43.2%で、広島県特定健診受診率は 37.3%と全国 36 位となっている。



2 医療保険者別特定健診受診率の推移

医療保険者別の特定健診受診率の推移を見ると、市町国保の受診率が他の医療保険者比べて低くなっており、特に広島県では市町国保の受診率が著しく低くなっている。

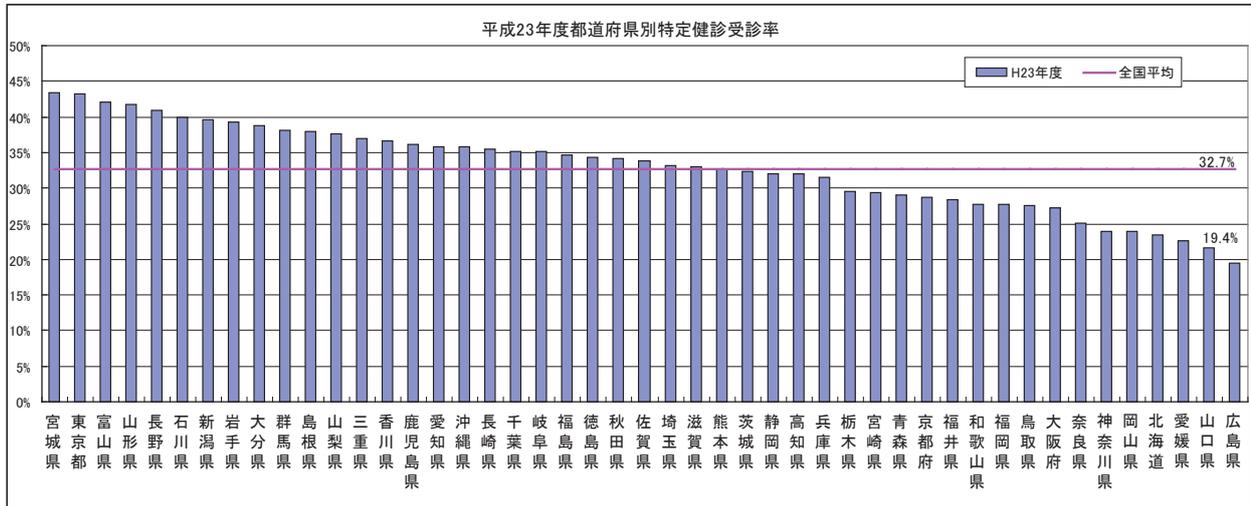


3 平成23年度都道府県別市町村国保特定健診受診率

広島県は19.4%で、3年連続全国最下位となっている。

市町村国保の特定健診受診率の全国平均は32.7%で、最も受診率が高いのは宮城県で43.4%、ついで東京都43.2%となっている。

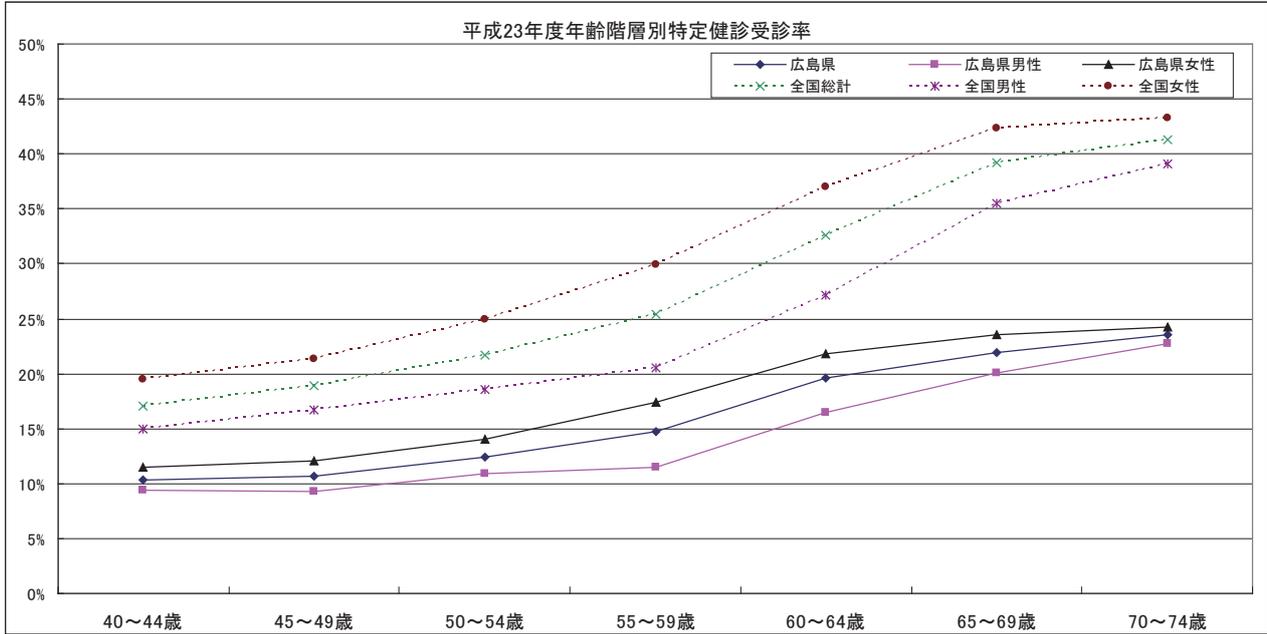
最も低いのは、広島県で、ついで山口県が21.6%となっている。



都道府県名	H23年度	都道府県名	H23年度
北海道	23.5%	滋賀県	33.0%
青森県	29.0%	京都府	28.7%
岩手県	39.2%	大阪府	27.3%
宮城県	43.4%	兵庫県	31.6%
秋田県	34.1%	奈良県	25.1%
山形県	41.7%	和歌山県	27.8%
福島県	34.6%	島根県	37.9%
茨城県	32.3%	鳥取県	27.5%
栃木県	29.5%	岡山県	24.0%
群馬県	38.1%	広島県	19.4%
埼玉県	33.1%	山口県	21.6%
千葉県	35.1%	徳島県	34.3%
東京都	43.2%	香川県	36.6%
神奈川県	24.0%	愛媛県	22.6%
新潟県	39.6%	高知県	32.0%
富山県	42.0%	福岡県	27.8%
石川県	39.9%	佐賀県	33.8%
福井県	28.4%	長崎県	35.5%
山梨県	37.7%	熊本県	32.6%
長野県	41.0%	大分県	38.8%
岐阜県	35.1%	宮崎県	29.4%
静岡県	32.0%	鹿児島県	36.1%
愛知県	35.8%	沖縄県	35.8%
三重県	36.9%	全 国	32.7%

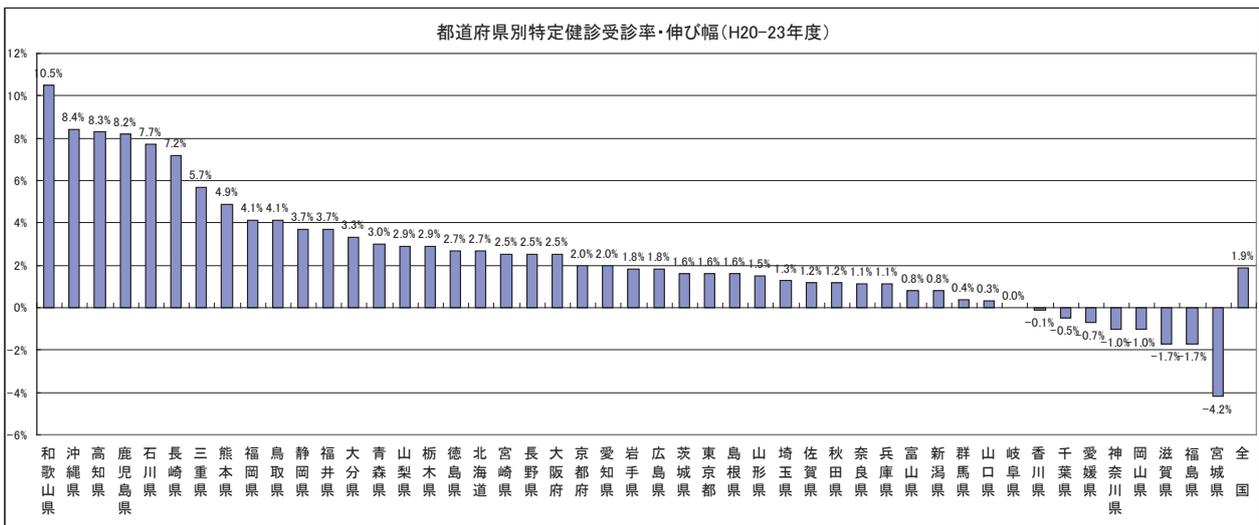
4 平成23年度年齢階層別市町村国保特定健康診査受診率

広島県は、すべての年齢階層で全国平均を下回っており、年齢が上昇するとともに、全国平均との差が広がっている。



5 都道府県別市町村国保特定健康診査受診率の伸び幅

平成20年度から平成23年度の受診率の伸び幅をみると、最も伸び幅が大きいのが、和歌山県で10.5%、ついで、沖縄県8.4%、高知県8.3%、鹿児島県8.2%となっている。



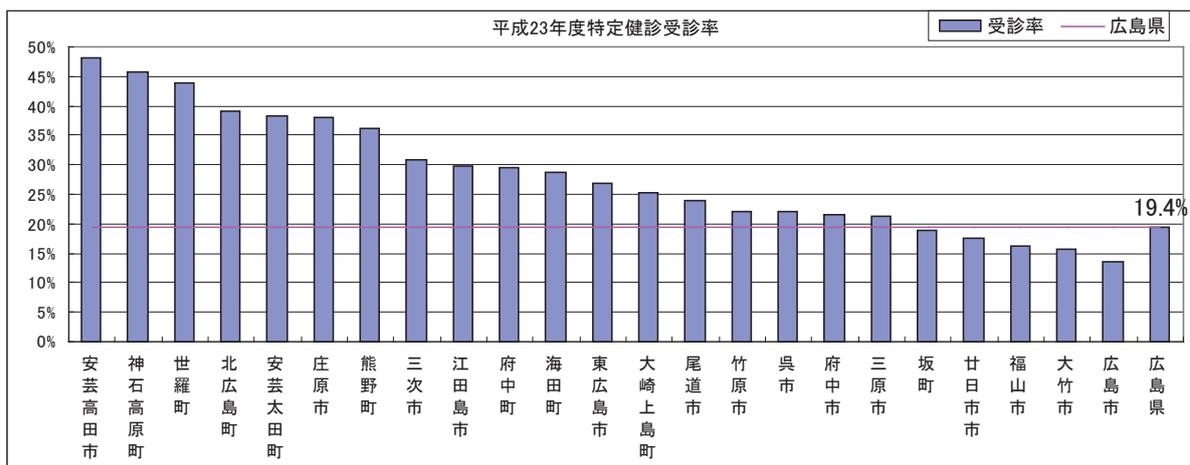
平成 23 年度広島県市町国保特定健診等実施状況について

H25 年 8 月 28 日 広島県健康対策課

1 平成 23 年度広島県市町国保特定健診の受診率について

(1) 平成 23 年度県内市町国保別の特定健診受診率について

広島県受診率は、19.4%で、最も高いのは安芸高田市 48.1%，ついで神石高原町 45.8%，世羅町 43.8%となっている。最も低いのは広島市 13.6%，ついで大竹市 15.8%，福山市 16.1%となっている。県平均を下回っている市町保険者は5市町となっている。



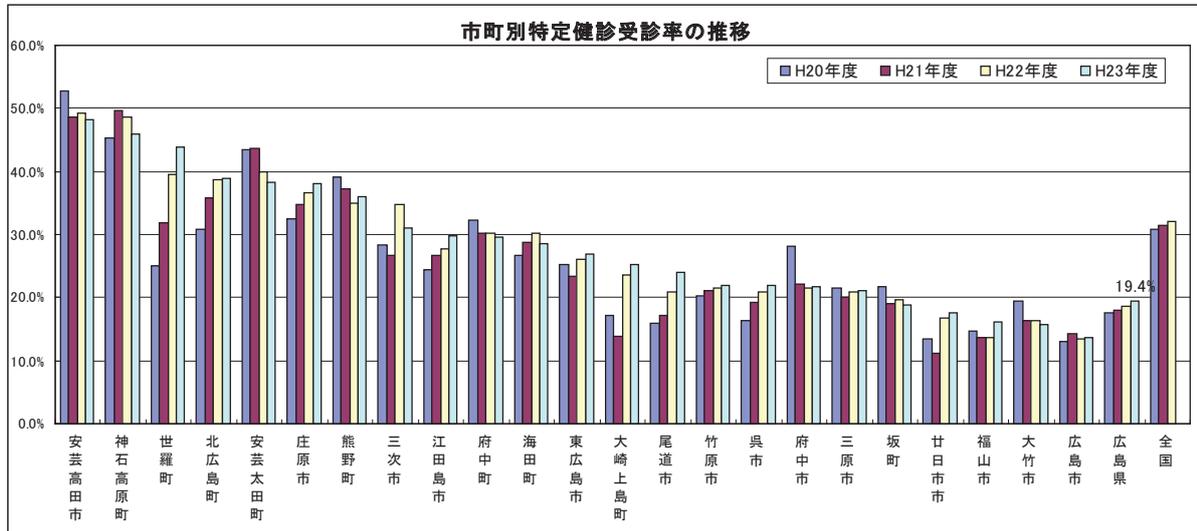
	対象者数	受診者数	受診率
広島市	183,441	24,977	13.6%
呉市	40,309	8,852	22.0%
竹原市	5,812	1,278	22.0%
三原市	17,218	3,643	21.2%
尾道市	26,885	6,460	24.0%
福山市	74,157	11,969	16.1%
府中市	7,701	1,667	21.6%
三次市	9,153	2,832	30.9%
庄原市	7,089	2,696	38.0%
大竹市	5,733	906	15.8%
府中町	7,851	2,326	29.6%
海田町	4,411	1,263	28.6%
熊野町	5,252	1,895	36.1%
坂町	2,318	438	18.9%
江田島市	5,886	1,753	29.8%
廿日市市	19,795	3,468	17.5%
安芸太田町	1,413	541	38.3%
北広島町	3,482	1,357	39.0%
安芸高田市	5,461	2,629	48.1%
東広島市	24,336	6,526	26.8%
大崎上島町	1,884	475	25.2%
世羅町	3,212	1,406	43.8%
神石高原町	1,987	911	45.8%
広島県	464,786	90,268	19.4%
全国	22,544,587	7,362,795	10,657,331

(2) 県内市町国保の特定健診受診率の推移

広島県の実施率は、平成 20 年度 17.6%、平成 21 年度 17.9%、平成 22 年度 18.7%、平成 23 年度 19.4%と微増している。

4 年連続受診率が向上している市町は、7 市町、4 年連続で減少している市町は 1 市町となっている。

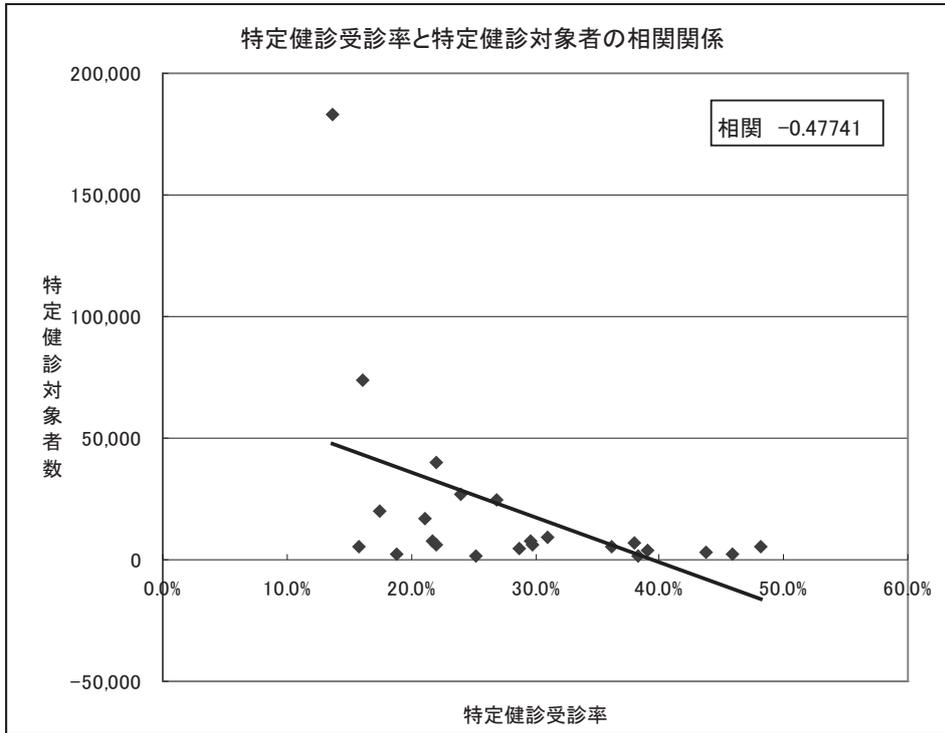
平成 20 年度から平成 23 年度の受診率の伸びを見ると、世羅町が 18.8 ポイントと最も伸びている。



	H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度	H22-23 年度 の伸び	H20-23 年度 の伸び
広島市	13.0%	14.2%	13.5%	13.6%	0.2%	0.6%
呉市	16.3%	19.2%	20.9%	22.0%	1.1%	5.7%
竹原市	20.3%	21.1%	21.5%	22.0%	0.5%	1.7%
三原市	21.5%	20.1%	20.8%	21.2%	0.3%	-0.4%
尾道市	15.9%	17.1%	20.9%	24.0%	3.1%	8.1%
福山市	14.6%	13.6%	13.6%	16.1%	2.6%	1.6%
府中市	28.2%	22.1%	21.5%	21.6%	0.1%	-6.6%
三次市	28.3%	26.7%	34.7%	30.9%	-3.8%	2.7%
庄原市	32.6%	34.8%	36.5%	38.0%	1.5%	5.5%
大竹市	19.4%	16.2%	16.3%	15.8%	-0.5%	-3.6%
府中町	32.2%	30.2%	30.2%	29.6%	-0.6%	-2.6%
海田町	26.6%	28.7%	30.1%	28.6%	-1.5%	2.0%
熊野町	39.0%	37.2%	34.9%	36.1%	1.1%	-3.0%
坂町	21.7%	19.1%	19.6%	18.9%	-0.7%	-2.9%
江田島市	24.3%	26.7%	27.7%	29.8%	2.1%	5.4%
廿日市市	13.5%	11.2%	16.7%	17.5%	0.8%	4.0%
安芸太田町	43.4%	43.6%	40.0%	38.3%	-1.7%	-5.1%
北広島町	30.9%	35.7%	38.7%	39.0%	0.3%	8.1%
安芸高田市	52.8%	48.7%	49.3%	48.1%	-1.2%	-4.6%
東広島市	25.2%	23.4%	26.1%	26.8%	0.7%	1.6%
大崎上島町	17.2%	13.9%	23.7%	25.2%	1.6%	8.0%
世羅町	25.0%	31.9%	39.4%	43.8%	4.4%	18.8%
神石高原町	45.2%	49.6%	48.5%	45.8%	-2.7%	0.6%
広島県	17.6%	17.9%	18.7%	19.4%	0.8%	1.8%
全国	30.9%	31.4%	32.0%	32.7%	0.7%	1.8%

(3) 平成 23 年度特定健診受診率と対象者の相関

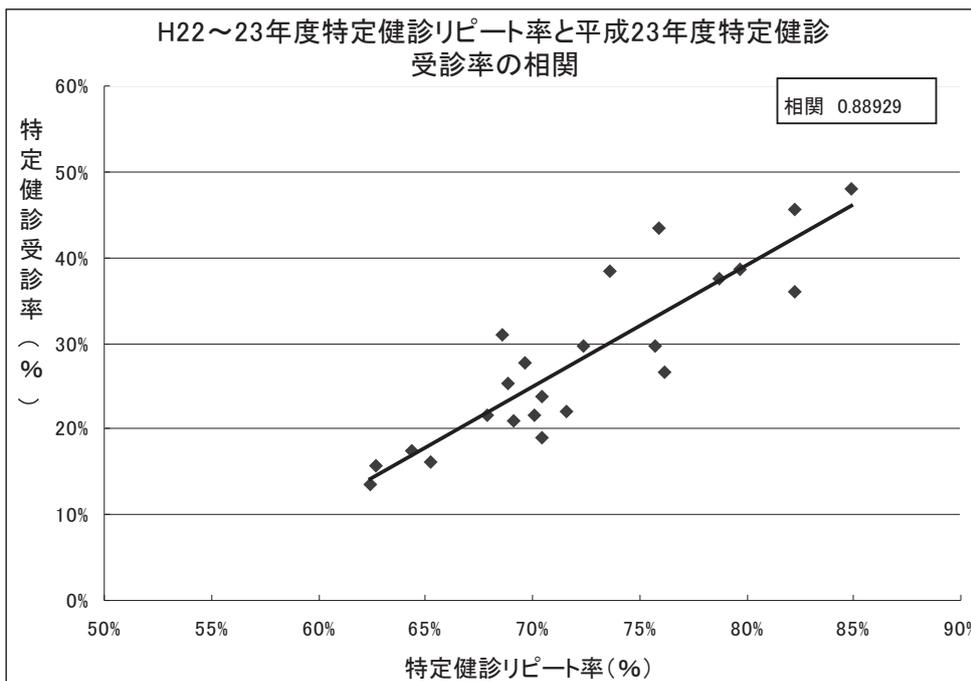
特定健診対象者が多い保険者のほうが受診率は低い傾向にある。



(4) 特定健診レポート率

平成 22 年度受診者で平成 23 年度特定健診受診したもの(健診をレポートした者)をみると、平成 22 年度特定健診受診者の約 3 割が、平成 23 年度の健診を受診していない。

健診をレポート率と平成 23 年度特定健診受診率の相関を見ると、レポート率の高い市町のほうが特定健診の受診率が高い傾向にある。



※ 広島県国民健康保険団体連合会が平成 24 年 6 月末作成した未受診者ツールのデータを活用して作成しているため、法定報告数とは異なる。

(5) 特定健診受診率に関する調査等の結果について

① 平成 22 年度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・特定保健指導における医療保険者の取組状況調査」から抜粋

平成 22 年 12 月～1 月実施

○ 国保保険者の特定健康診査受診率についての考え（低い要因・今後の方策）自由記載

① 啓発・個別勧奨・体制などの検討が必要

- ・健康診査に対する関心が低い。
- ・健診の必要性が理解されていない。
- ・若い人は「元気だから」「職場で受けるから」という未受診理由が聞かれる。
- ・治療中という理由で受診しない傾向がある。
- ・特定健診は、基本的項目の中に、心電図や眼底検査が含まれていないということも一因である

② 治療中の人の受診控えに対する対策が必要

- ・未受診の理由に、治療中または定期的に検査を受けている及びその他の健診を受けている方が多くその背景としては、体調が悪くなったらすぐ病院で見てもらおう。
- ・対象者の 40%近くが治療中で受診控えがある。
- ・未受診者のうち通院治療中の者が約 50%を占めており、通院中の者の受診を勧めない限り受診率の向上は見込めない。
- ・定期的に受診しているものは特定健診の必要性を認識していない。

② 平成 23 年度広島県保険者協議会特定健診等受診促進イベントアンケート

平成 23 年 5 月 14 日,6 月 5 日広島ビックアーチ, 5 月 22 日 MAZDA ZOO MZOO スタジアム

調査人数 750 人,有効回答 746 人うち国民健康保険被保険者 237 人

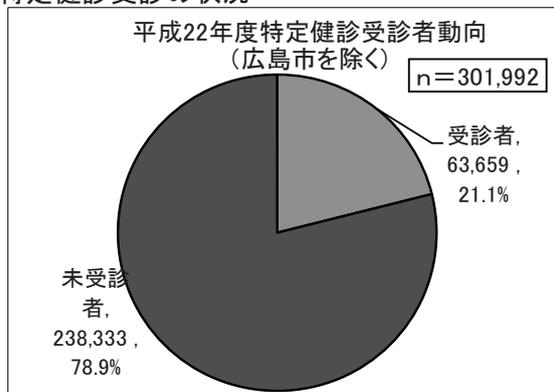
平成 22 年度に「健（検）診」を受けなかった理由

	総計 (n=209 人)	【再掲】国民健康保険 (n=96)
あることを知らなかった,受け方がわからなかった	31.1%	29.2%
都合があわなかった	40.7%	42.7%
健康に自信があった	10.0%	12.5%
定期的に医師にかかっていたから	11.0%	9.4%
検査項目が少ないから	1.4%	3.1%
費用が高かったから	3.8%	3.1%
その他	7.2%	6.3%

平成22年度特定健診受診者の動向

平成22年度特定健診結果(広島市を除く)と平成22年5月診療分レセプト(広島市を除く)を突合し、受診者の動向を分析した。(広島県国保連合会保健事業支援ツールによる分析)
 ※このデータは、平成22年度特定健診受診者すべて(資格異動者等を含む)で分析を行っているため、法定報告数とは異なる。

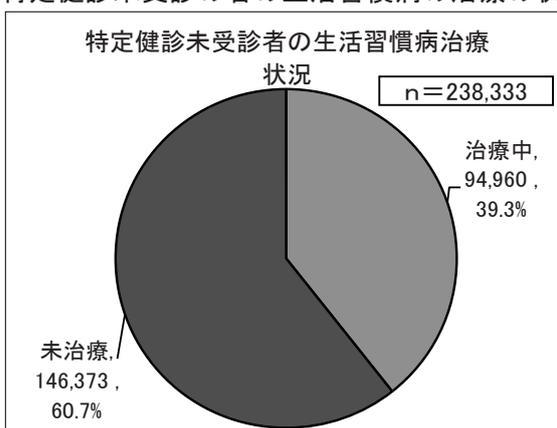
1 特定健診受診の状況



○広島県の市町国保(広島市を除く)の特定健診対象者数は、301,992人

○特定健診受診者は、21.1%(63,659人)
未受診者は、78.9%(238,333人)

2 特定健診未受診者の者の生活習慣病の治療の状況

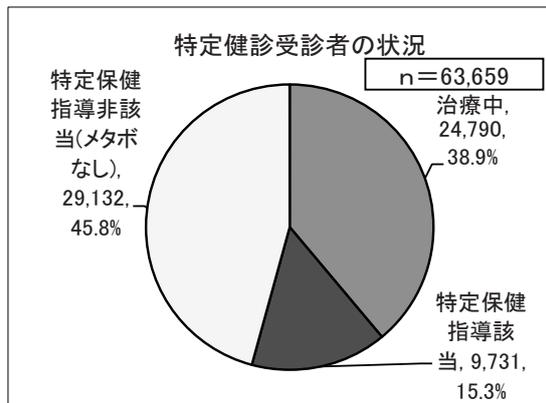
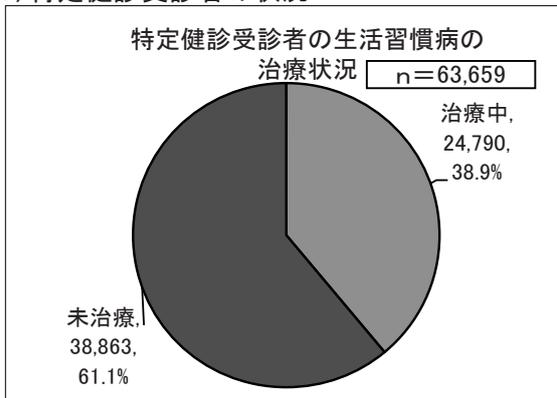


○特定健診未受診者で、生活習慣病で未治療の者は、60.7%(146,373人)で、**この方たちの健康状況が把握できていない。**

○特定健診未受診で、生活習慣病治療中の者は、39.3%(94,960人)となっている。

2 特定健診受診者の状況

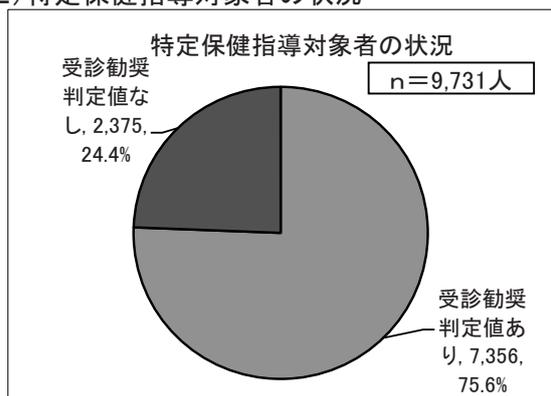
(1) 特定健診受診者の状況



○特定健診受診者の生活習慣病の治療状況を見ると、治療中の者が38.9%(24,790人)、生活習慣病治療中の者が61.1%(38,863人)であった。

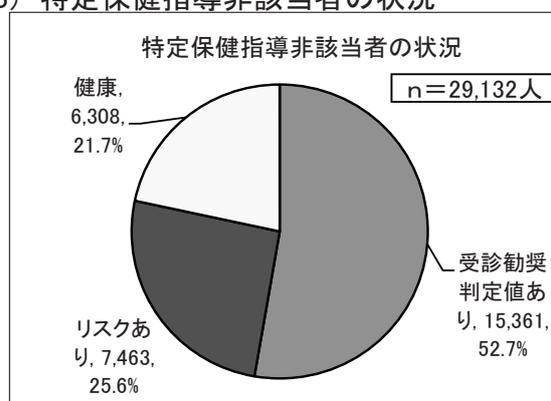
○特定健診受診者の受診結果を見ると、治療中の者は38.9%(24,790人)、特定保健指導対象者は15.3%(9,731人)、特定保健指導非該当者は45.8%(29,132人)であった。

(2) 特定保健指導対象者の状況



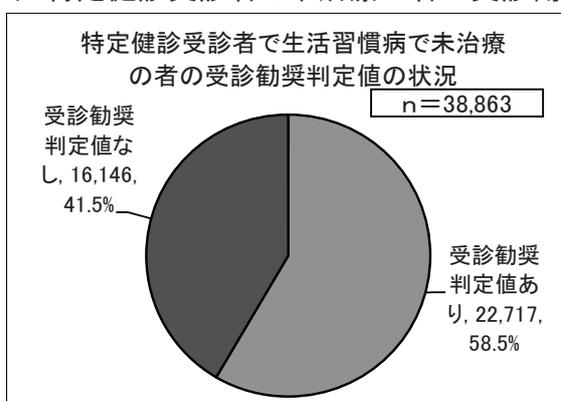
○特定保健指導対象者のうち、**75.6%に受診勧奨判定値があり**、医療機関への受診が必要とされていた。

(3) 特定保健指導非該当者の状況



○特定健診の結果、特定保健指導の対象とならなかった者のうち、**医療機関への受診が必要な受診勧奨判定値のあったものは、52.7%** (15,361人) で、生活習慣病のリスクのある者は25.6% (7,463人) で、健康な者は21.7% (6,308人) であった。

(4) 特定健診受診者で未治療の者の受診勧奨判定の状況



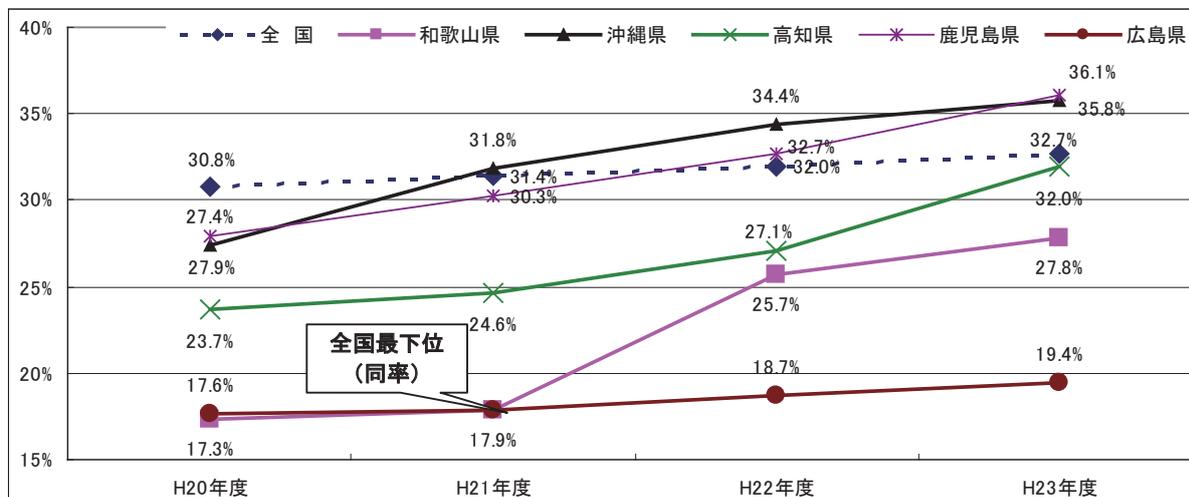
○特定健診受診者で生活習慣病の未治療の者のうち、医療機関への受診が必要な者は、**58.5%** (22,717人) であった。

3 課題

- 特定健康診査未受診者の39.3%の者が既に生活習慣病で治療中であった。
- 特定健診受診者で生活習慣病の未治療の者のうち、医療機関への受診が必要な者は、58.5% (22,717人) であった。
- 特定健診未受診者で未治療の者にも自覚症状はないが、生活習慣病が進んでいる者が同じ割合いる可能性がある。
- 特定保健指導の対象外とされたが、医療機関への受診が必要とされるものが52.7% (15,361人) おり、保健指導及び医療機関への受診勧奨が必要となっている。
- 特定保健指導対象者のうち、受診勧奨判定値がある者は75.6%おり、これらの者へ、医療機関の受診勧奨が必要となっている。

特定健診受診率が向上した県の取組状況

1 特定健診受診率（伸び率）の推移



2 特定健診受診率が向上した県の効果があったと思われる取組等

	受診率の推移			受診率向上の要因
和歌山県	H20年度	17.3%	全国最下位	<ul style="list-style-type: none"> 平成 22 年度和歌山市の受診率が大幅に向上（H21 年度 11.3%→22 年度 29.3%）、自己負担金の無料化・検査項目（血清クレアチニン・貧血・心電図等）の追加・未受診者への受診勧奨・回覧板・広報・マスメディアの活用等の実施している。 他市町村においても同様の取組を開始する市町村が増加し、受診率も向上している
	H21年度	17.6%	全国最下位（広島県と同率）	
	H22年度	23.7%	全国 40 位	
	H23年度	27.8%	全国 37 位	
沖縄県	H20年度	27.4%	全国 30 位	<ul style="list-style-type: none"> 市町村特定健診担当者の定期的な会議・研修により、取組情報を共有（事例集の作成） 当初、チラシ、受診勧奨に重点を置いていた。 現在は、特定健診健診結果の返却時に保健指導等を行い、リピート率の向上を図る市町村が増加している。
	H21年度	31.8%	全国 23 位	
	H22年度	34.4%	全国 18 位	
	H23年度	35.8%	全国 16 位	
高知県	H20年度	23.7%	全国 40 位	<ul style="list-style-type: none"> 平成 23 年度高知市の受診率が大幅に向上（H23 年度～無料化）、その他の市町村もすべて 1～2% 向上 地区組織を活用した受診勧奨、未受診者への受診勧奨などの充実、治療中の方については主治医に連絡し、医療機関での特定健診の受診を勧める等の取組を勧めている。
	H21年度	24.6%	全国 39 位	
	H22年度	27.1%	全国 37 位	
	H23年度	32.0%	全国 29 位	
鹿児島県	H20年度	27.9%	全国 28 位	<ul style="list-style-type: none"> H23 年度から医療機関で治療中の者の情報提供をすべての市町村で実施 H23 年度約 9 千件（特定健診対象者の約 3%） H24 年度約 11 千件を超える見込 ※ 各市町保険者が、鹿児島県国保連合会に情報提供業務を委託して実施
	H21年度	30.3%	全国 27 位	
	H22年度	32.7%	全国 25 位	
	H23年度	36.1%	全国 15 位	

2 広島県内の取組状況

(1) 自己負担金の軽減について

		22年度	23年度	24年度	25年度
無料（集団・個別）		2	2	5	5
集団	無料	0	0	0	1
	1,000円未満	2	3	2	2
	1,000～1,500円未満	14	13	11	12
	1,500円以上	5	5	5	3
個別	1,000円未満	1	2	2	3
	1,000～1,500円未満	10	9	8	10
	1,500円以上	10	10	8	5
課税状況による軽減措置の実施		18	18	15	13
年齢による軽減措置の実施		4	4	4	3

※ 軽減措置については、市町ごとに年齢、課税状況、集団・個別の別などによって基準が異なる。

(2) 健診体制について

- ① がん検診との同時実施（集団健診）市町数 23市町
- ② 被爆者健診との同時実施市町数
個別健診 14市町，集団健診 10市町
- ③ 受診しやすい体制の整備：
健診会場や回数の増加，土日の実施，健診会場への無料送迎バス，医療機関との連携強化，託児サービス，美肌チェック，スーパーマーケットなどでの健診の実施

(3) 検査項目の追加について

追加検査実施：18市町

追加検査項目	24年度	25年度
血清クレアチニン	11	16
e-GFR	—	10
HbA1c	5	7
尿酸	5	5
尿潜血	2	3
心電図	2	2
眼底検査	2	2
貧血検査	5	5
塩分摂取量	0	1

※ 集団健診・個別健診ともに追加実施，その他は集団健診のみ追加実施など市町によって異なる。

(4) 未受診者受診勧奨について

未受診者に対する受診勧奨実施：23市町

- ① 内容：パンフレットや案内の郵送，電話による勧奨，訪問による勧奨
- ② 方法：職員対応，在宅保健師等の雇い上げによる実施，委託実施（自動応答システム含む）
- ③ 対象者：未受診者全員に実施
未受診者の一部に実施

<ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病のレセプトが発生していない者， ・過去に健診を一度も受診していない者 ・前年度（過去）には受診したが，その後受診していない者 ・年齢・地区を絞って勧奨
--
- ④ 実施時期の工夫：集団健診申込期間中に勧奨を行う，集団健診終了後に個別健診の案内を行う
個別健診期間の終了の1ヶ月前

(5) 広報について

- ① 住民組織の活用：出前講座・地域での健康づくり事業の実施や補助など
- ② 効果を広報に活用：広報誌・チラシに利用者の感想や検査データの改善状況を掲載など
- ③ 健診の必要性の周知：講演会、バス車内ステッカー、HP、広報の活用、マスコミの活用など
- ④ その他・キャンペーンの実施（ポイント制による景品）、啓発品の配付
 - ・愛の便り事業（中学生からの両親等へのメッセージ）
 - ・職域団体(理美容組合・商工会)・関係団体（シルバー人材センター）等への啓発
 - ・継続受診者の自己負担金の軽減

(6) 治療中の者の情報提供について

① 治療中の者の情報提供とは

特定健診未受診者のうち、生活習慣病等で通院治療中の者の治療の一環で実施された医療データ（検査データ）の提供を医療機関から保険者が受領し、特定健診受診者とみなす仕組み。

【治療中の者の情報提供に取り組む理由】

- ・ 治療中の者も特定健診の健診対象者となっている。
- ・ 市町国保の特定健診未受診者の約 40%がすでに生活習慣病で治療を行っている。
- ・ 各市町保険者へのアンケートで特定健診未受診の理由の多くが、「既に治療中である」となっていた。
- ・ 治療中の者は定期的に医療機関において検査を実施しており、特定健診を新たに受診すると、受診者に身体的・経済的な負担が生ずる。
- ・ 主治医等と連携をとることで、保険者が対象者の状況に応じた保健指導を実施することができる。

② 県内での取組状況

平成 22 年度：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において検討し、治療中の者の情報提供システム及び様式例を作成

平成 23 年度：協会けんぽ広島支部でモデル実施、市町保険者へのアンケートを実施。

平成 24 年度：協会けんぽ広島支部、市町国保 8 保険者で実施

平成 25 年度：協会けんぽ広島支部、市町国保 9 保険者で実施、1 市町保険者が検討中

3 今後の特定健診受診率向上のための取組みに関する課題

(1) 特定健康診査受診の必要性等の広報・啓発

- ・ 広報・啓発の強化
- ・ 医療機関との連携による受診勧奨

(2) 特定健診を受けやすい環境づくりの整備

- ・ 健診の利便性のアップ
各種健診との同時実施，検査項目の追加，無料化などの自己負担額の軽減，休日の健診実施
- ・ 健診結果説明などによるリピート率の向上

(3) 治療中の者の情報提供（みなし受診）の推進

- ・ 医師会等との連携による情報提供を受ける体制の整備

(4) 生活習慣病の重症化予防について

- ・ 特定健診結果，医療機関への受診の必要なものへの受診勧奨のあり方の検討
- ・ 生活習慣病治療中のものへの受診勧奨のあり方の検討

【問合せ・ご提出先】

広島県地域保健対策協議会事務局
(広島県医師会地域医療課内)
〒733-8540 広島市西区観音本町1-1-1
TEL : 082-232-7211 **FAX:082-293-3363**

広島県医師会会員 (特定健診等実施機関) 各位

特定健診に関するアンケートへのご協力について

広島県地域保健対策協議会

会長 平松 恵 一
同特定健診受診率向上専門委員会
委員長 木原 康 樹

平素より本会諸事業に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。広島県における市町国保の特定健診受診率はご存じの通り4年連続全国最下位と低迷しております。当委員会では特定健診の受診率は全国最下位を脱出するべく、なぜ受診率が低迷しているのかを調査し、受診率の向上を目指しています。ご多忙のところ誠に恐縮ですが、本アンケート調査にご協力いただければ幸いです。**2月14日(金)までにFAXにて広島県医師会地域医療課 (FAX : 082-293-3363) までご返送下さい。**

なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか必要に応じて関係者等に公表する予定としております。(集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見等をお寄せ下さい。)

以下、該当するものにチェック(☑)を入れてください。

問1 ご所属についてお伺いします。

(1) 所属の医師会、市町をお答えください。

_____ 医師会、 _____ 市・町

(2) 特定健診・特定保健指導について、貴機関が委託を受けている項目を選んでください

1 特定健診のみ 2 特定健診・特定保健指導 3 特定保健指導のみ

問2 特定健診についてお伺いします。

(1) 特定健診を実施して困ったことはありますか。当てはまるものを全て選んで下さい。

1 契約・事務等が煩雑である 2 診療業務との両立が大変である
 3 検査項目が少ない 4 保険者からの健診に関する情報提供が少ない
 5 受診券を紛失している者が多い 6 健診データの電子化が煩雑である
 7 その他(_____)

(2) 広島県の特定健診の受診率が低迷している理由はなんだと思いますか。

当てはまるものを全て選んで下さい。

1 健診自己負担金が高いため 2 検査項目が少ないため
 3 治療中の患者が対象になるため 4 特定健診への関心が少ないため
 5 特定健診を知らないものが多いため 6 生活習慣病に関する理解が低い
 7 その他(_____)

→次ページへ続く

広島県地域保健対策協議会 特定健診受診率向上専門委員会

委員長 木原 康樹 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
委員 荒田 寿彦 大竹市医師会
木村 辰也 広島県国民健康保険団体連合会
久保田由美 廿日市市福祉保健部
桑原 正雄 広島県医師会
小池 英樹 広島県健康福祉局
菅田 巖 安芸地区医師会
田中 純子 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
田辺 靖昌 福山市保健福祉局保健部
土手 慶五 広島県医師会
豊田 秀三 広島県医師会
檜谷 義美 広島県医師会
布施 淳一 広島県健康福祉局
政岡 修 大竹市健康福祉部
松田 尚美 広島市健康福祉局保健医療課
松村 誠 広島市医師会
松本 春樹 佐伯地区医師会
森近 茂 福山市医師会
頼島 敬 安佐医師会

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

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

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

(平成 25 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

団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年に備え、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるように、医療・介護・保健・福祉・生活支援などが連携して高齢者などを支える地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている¹⁾。

広島県においても、県内 125 ヶ所の日常生活圏域を中心として、地域包括ケアシステムの構築に向けた体制を整備するため、医療、介護などの分野を越えた多職種連携の推進を図っている^{2),3)}。

当委員会では、平成 23 年度から薬物療法に係る医療関係者間の患者情報の共有ツールである「お薬手帳」や「地域連携クリニカルパス」に焦点を当て調査研究を行った。その結果、その効果的な活用のためには、薬局薬剤師の在宅医療への積極的な参加や他職種とのさらなる連携強化が必要であることが明らかとなった。

そこで、今年度は、地域包括ケアシステムにおいて、高齢者などの服薬管理における問題点およびその解決のための多職種連携の在り方について検討を行った。

II. アンケート調査

医療関係者および介護関係者を対象とし、在宅患者および施設入所者（以下、在宅患者などという。）の薬の使用状況と地域包括ケアシステムへの対応に関する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 25 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（ただし、歯科診療所については、広島県全地域）に所在する次の施設の関係者（施設）計 3,999 件

① 診療所	818 施設
② 歯科診療所	1,483 施設
③ 訪問看護ステーション	36 施設
④ 薬局	974 施設
⑤ 地域包括支援センター	57 施設
⑥ 居宅介護支援事業所	484 施設
⑦ 高齢者施設	147 施設

(内訳)

軽費老人ホーム（ケアハウス）	27 施設
有料老人ホーム	63 施設
サービス付き高齢者住宅	57 施設

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	
診療所	818	307	37.5%	
歯科診療所	1,483	287	19.4%	
訪問看護ステーション	36	22	61.1%	
薬局	974	696	71.5%	
地域包括支援センター	57	37	64.9%	
居宅介護支援事業所	484	280	57.9%	
高齢者施設	軽費老人ホーム	27	19	70.4%
	有料老人ホーム	63	29	46.0%
	サービス付き高齢者向け住宅	57	29	50.9%
計	3,999	1,706	42.7%	

2 調査結果および考察

(1) 在宅患者などの薬の使用状況

ア 在宅医療の実施状況

診療所および歯科診療所に対し、これまでに在宅医療を行った患者の有無を尋ねた。

診療所からの回答では、189件(62%)が「在宅医療を行った患者がいる」と回答した(図1)。この結果は、平成22年度の当委員会の調査における同様の設問に対する回答結果(在宅医療を行っている医師の割合:63%)と比較すると、変化はなかった。

一方、歯科診療所においては、188件(66%)が「在宅医療を行った患者がいる」と回答した。歯科診療所からの全体の回答率は19.4%と低いにもかかわらず回答者の66%が在宅医療に関与しているということは、歯科医師の在宅医療への関心度の二極化を示すものかもしれない。

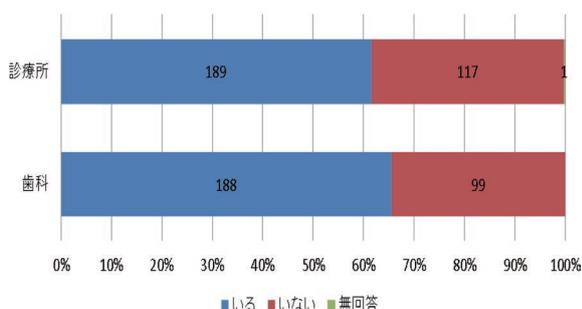


図1 在宅医療を行った患者の有無(診療所, 歯科)

一方、薬局に訪問薬剤管理指導の届出状況を尋ねたところ、「届出をしている」と回答した施設は475件(68%)であった(図2)。

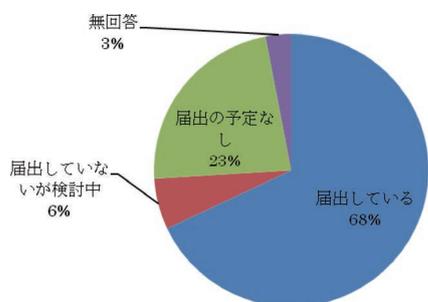


図2 訪問薬剤管理指導の届出状況(薬局)

しかし、「届出している」と回答した薬局に最近1年間(平成24年11月~平成25年10月)の訪問薬剤管理指導または居宅療養管理指導(以下、訪問薬剤管理指導などという。)の経験を尋ねたところ、平成22年度の当委員会の調査結果(訪問薬剤管理指導

に関与した薬剤師:18%)と比較すると、わずかに増加していたものの、「行ったことがある」と回答したのは167件(24%)のみで、7割近く(471件)の薬局が「行ったことはなく、予定もない」と回答した(図3)。

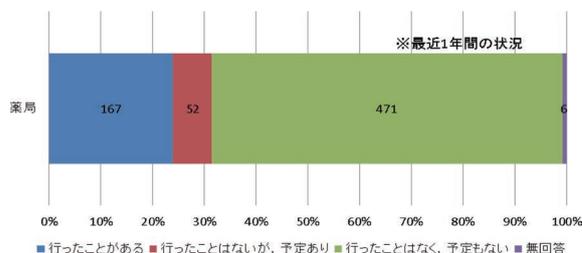


図3 訪問薬剤管理指導などの経験(薬局)

この結果は、人員などの問題で対応できない薬局も含まれているものと推察されるが、訪問薬剤管理指導する意欲はあるものの、その機会を得られないでいる薬局が相当数存在することを示している。

イ 在宅患者などの服薬管理上の問題点

(a) 薬の使用で不安や問題だと感じること

在宅医療の経験のある医療機関とすべての介護関係施設に、在宅患者などの薬の使用について不安や問題だと感じることを尋ねたところ、医療関係者・介護関係者ともに「飲み忘れたり、飲み間違える」、「勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする」と

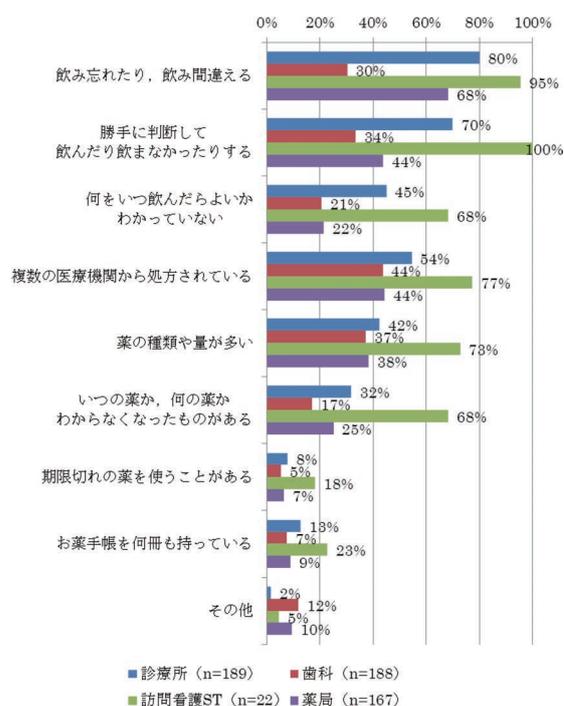


図4 在宅患者などの薬の使用における不安・問題(医療関係者)

回答した件数が最も多かった。高齢者施設以外の介護関係者と訪問看護ステーションは、そのほかに「複数の医療機関から処方されている」、「薬の種類や量が多い」という点を問題だと感じる施設が多く、医療機関と傾向が異なっていた。いずれにおいても医薬品に関し多くの問題点が指摘されており、専門家として薬剤師が関与することが肝要と思われる。

高齢者施設については、比較的不安や問題だと感じる事項が少なく、ほかの介護関係者と傾向が異なっていた。(図4, 図5)

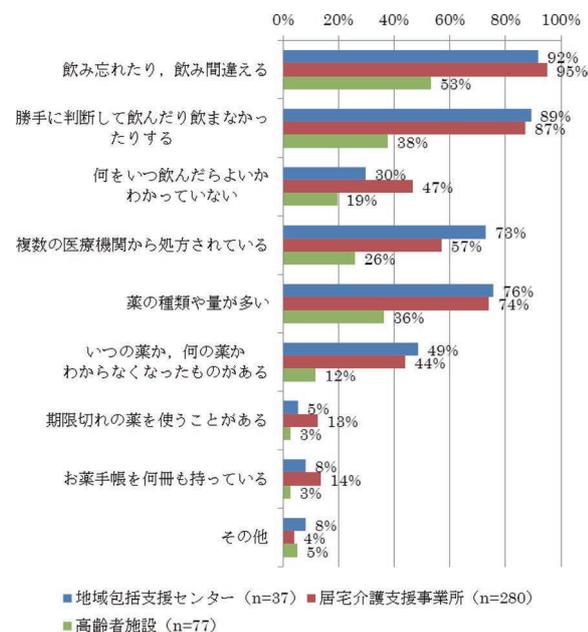


図5 在宅患者などの薬の使用における不安・問題 (介護関係者)

(b) 副作用の発生状況

在宅医療経験のある医療機関に、在宅患者の副作用の発生状況を尋ねたところ、副作用の発生が「ある」と回答した施設は、診療所47件(25%)、歯科診療所4件(2%)および薬局55件(33%)であった(図6)。

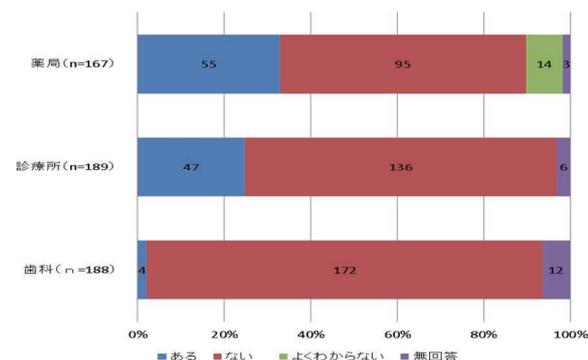


図6 在宅患者の副作用発生の有無

この結果から、断定はできないものの薬剤師の発見率の高さは、専門家としての観察が要因とも推察され、薬剤師が直接患者を観ることに必要性を示唆するものと考えられる。

ウ 薬局・薬剤師との連携

在宅医療経験のある医療機関とすべての介護関係施設に対し、在宅患者などの服薬管理を薬剤師に指示(依頼)したことがあるかを尋ねた結果を図7に示す。

「指示(依頼)したことがある」と回答した施設は、診療所の103件(55%)、歯科診療所の3件(0.2%)、訪問看護ステーションの12件(55%)、地域包括支援センターの20件(54%)、居宅介護支援事業所の136件(49%)および高齢者施設の20件(26%)であった(図7)。

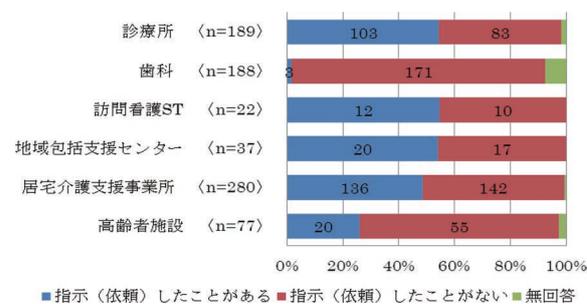


図7 薬剤師に服薬管理を指示(依頼)した経験

さらに、「指示(依頼)経験がある」と回答した施設に、薬剤師による服薬管理を指示(依頼)したことで患者の治療に有用だった事例の有無を尋ねたところ、「患者・利用者の治療に有用だった事例がある」と回答した施設が医療関係者の71%、介護関係者の62%であった(図8)。

また、その有用事例の内容を尋ねると、医療関係者では図9に、介護関係者では図10に示すとおり、いずれも残薬確認による飲み忘れの減少や薬の整理、患者(利用者)の状態に応じた処方変更にも有用であったとの回答が多かった。

薬剤師に服薬管理を指示している施設の割合は半数程度にとどまっているが、有用であったという評価は高く、薬剤師が連携して服薬管理に当たる必要性が示唆される。

そのほか、「他職種と連携しやすくなった」との回答も、件数は少ないが医療関係者と介護関係者に共通して挙げられていた。

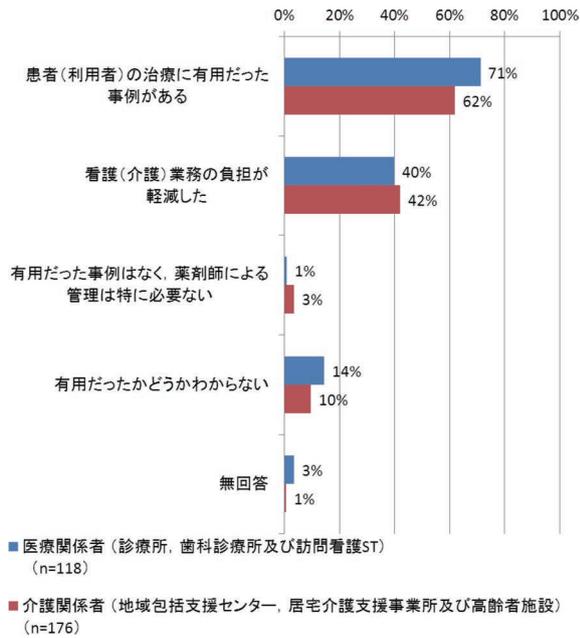


図8 服薬管理を薬剤師に指示(依頼)したことが有用だった事例があると回答した割合

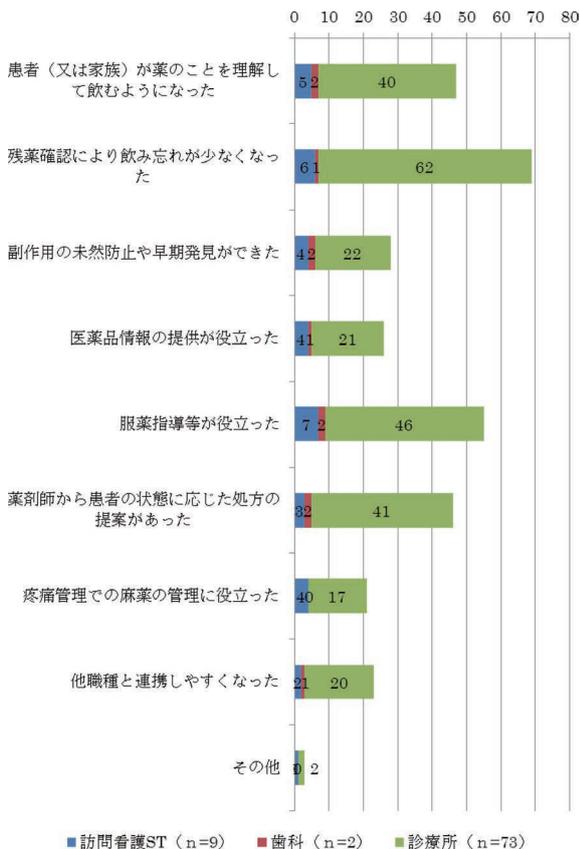


図9 有用事例の内容(医療関係者)

エ 薬剤師に期待する訪問薬剤管理指導などの業務
薬局を除く全施設を対象に、薬剤師が患者(利用者)のもとを訪問して行うことのできる訪問薬剤管理指導などの業務のうち、特に行ってほしいものを

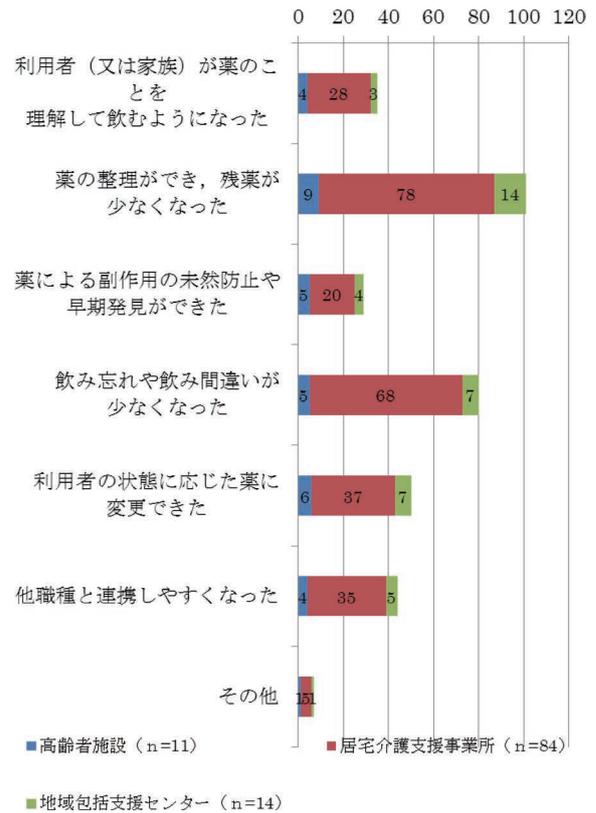


図10 有用事例の内容(介護関係者)

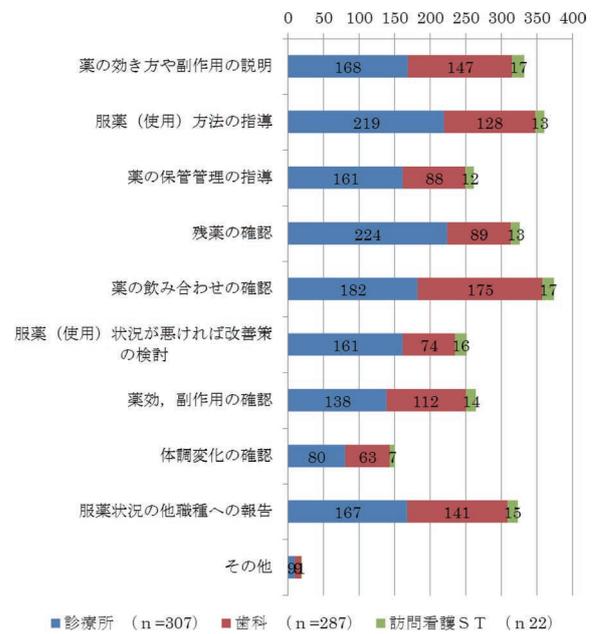


図11 薬剤師に期待する業務(医療関係者)

尋ねたところ、医療関係者は図11に、介護関係者は図12に示す結果となった。

医療関係者では「薬の飲み合わせの確認」「服薬(使用)方法の指導」「薬の効き方や副作用の説明」「残薬の確認」を求める施設が多かった。

介護関係者では「飲み忘れがないような改善策の

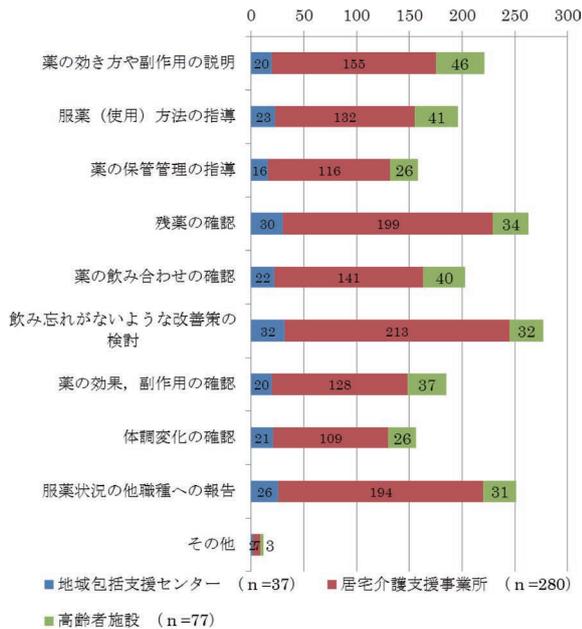


図 12 薬剤師に期待する業務（介護関係者）

検討」「残薬の確認」「服薬状況の他職種への報告」を挙げた施設が多かった。

オ 薬剤師による居宅療養管理指導の導入

居宅介護支援事業所および高齢者施設に、利用者のケアプランへの薬剤師による居宅療養管理指導の導入について尋ねたところ、「ぜひ入れたい」または「利用者の状況に応じて検討したい」と回答した施設は、居宅介護支援事業所の 262 件（94%）、高齢者施設の 56 件（73%）であった（図 13）。

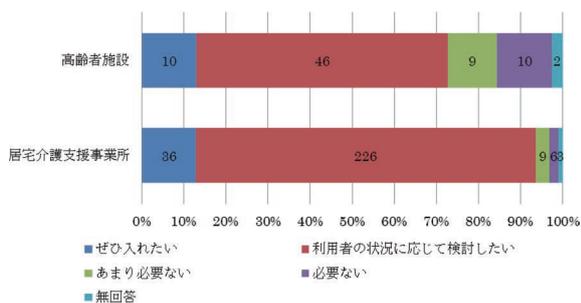


図 13 薬剤師による居宅療養管理指導の導入

以上の、殆どの施設が薬剤師との連携は望んでいるという結果は、現状と乖離しており、連携の方策について考慮する必要があることを示している。

(2) 地域包括ケアシステムへの対応状況

ア 居宅介護支援事業所との連携

診療所、歯科診療所および薬局に、居宅介護支援事業所との連携状況を尋ねた結果、「連携を密にして

いる」または「必要なとき連携している」と回答したのは、診療所 194 件（63%）、歯科診療所 74 件（26%）、薬局 165 件（24%）であり、診療所に比べて、薬局と歯科診療所は連携があまり進んでいない状況がうかがえた（図 14）。

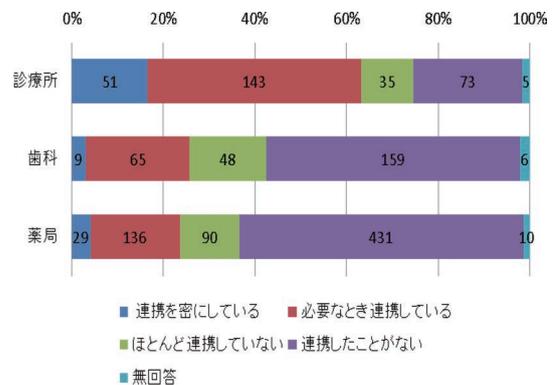


図 14 居宅介護支援事業所との連携状況

イ 地域包括支援センターとの連携

診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局および居宅介護支援事業所を対象に、地域包括支援センターとの連携状況を尋ねた結果を図 15 に示す。「連携を密にしている」または「必要な時に連携している」と回答した施設の割合が高かったのは、訪問看護ステーション 22 件（100%）、居宅介護支援事業所 279 件（99.6%）であり、次いで診療所が 174 件（57%）であった。歯科診療所（53 件、19%）と薬局（99 件、15%）については連携が進んでいなかった。

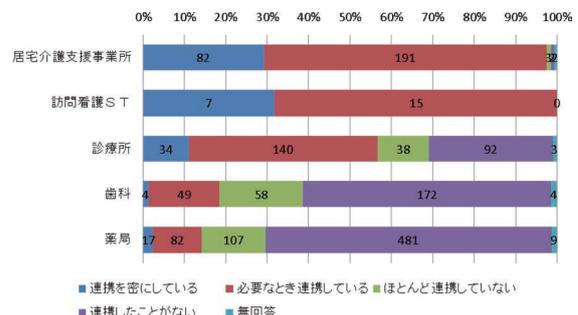


図 15 地域包括支援センターとの連携状況

ウ 地域ケア会議の実施状況

地域包括支援センターに、平成 25 年度以降の地域ケア会議の実施状況を尋ねたところ、「実施している」と回答した施設は 29 件（78%）、「実施を検討中」と回答した施設は 5 件（14%）、「実施は未定」と回答した施設は 3 件（8%）であった（図 16）。

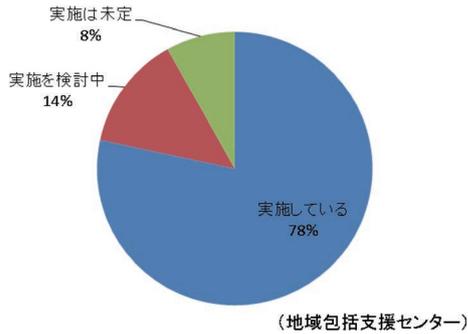


図 16 地域ケア会議の実施状況

また、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局および居宅介護支援事業所に、地域包括支援センターが開催する地域ケア会議への参加経験を尋ねたところ、「参加したことがある」と回答した施設は、訪問看護ステーションの 19 件（86%）、居宅介護支援事業所の 211 件（75%）と割合が高く、診療所 65 件（21%）、歯科診療所 42 件（15%）および薬局 41 件（6%）については割合が低かった。これは、地域包括支援センターとの連携状況（図 15）と同様の傾向であった（図 17）。

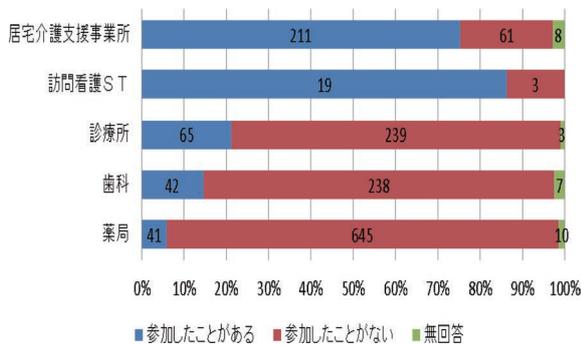


図 17 地域ケア会議への参加状況

エ 各種研修会の実施状況

(a) 地域包括ケアなどに関する研修会

地域包括支援センターに、地域包括ケアなどに関する研修会を開催しているか尋ねたところ、「開催している」と回答した施設は、地域包括支援センターの 14 件（38%）であった（図 18）。その参加職種は、介護支援専門員、社会福祉士、看護師およびヘルパーが多かった（図 19）。

(b) 薬に関する研修会

地域包括支援センターに、薬剤師が協力するとすれば、「薬に関する研修会」を開催してみたいか尋ねたところ、27 件（73%）の施設が「開催してみたい」と回答した（図 20）。

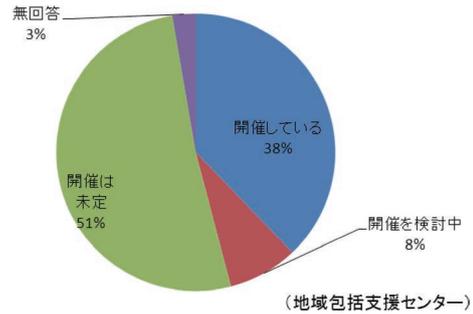


図 18 地域包括ケアに関する研修会の開催

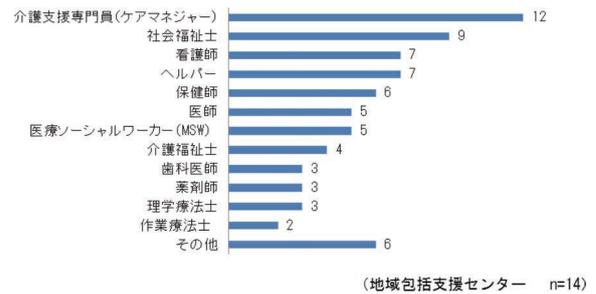


図 19 地域包括ケアなどに関する研修会への参加職種

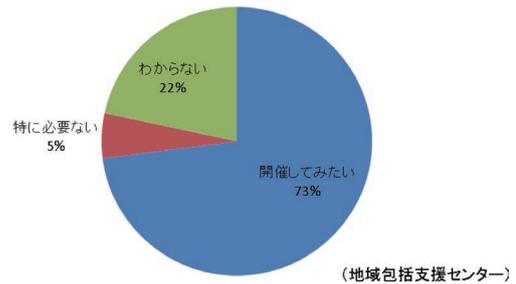


図 20 薬に関する研修会の開催について

オ 訪問薬剤管理指導など可能な地域の薬局の認知状況

薬局を除く全施設に対し、地域で訪問薬剤管理指導などを指示（依頼）できる薬局を知っているかを尋ねた結果を図 21 に示す。

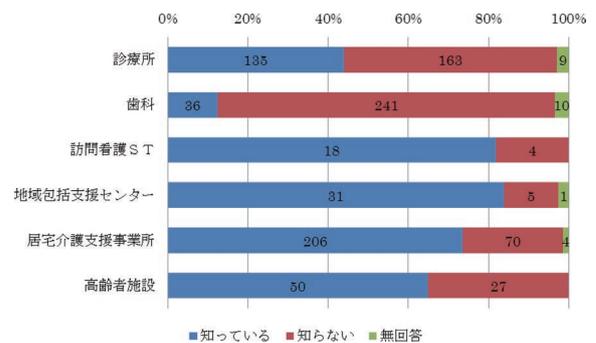


図 21 訪問薬剤管理指導などを行う薬局の認知状況

診療所の4割、訪問看護ステーションや介護関係者は6割から8割の施設が知っていると回答した。

さらに、薬剤師会が作成している訪問薬剤管理指導などを行う薬局のリストの認知および活用状況を尋ねたところ、いずれの施設においても半数以上が「知らない」と回答した（図22）。

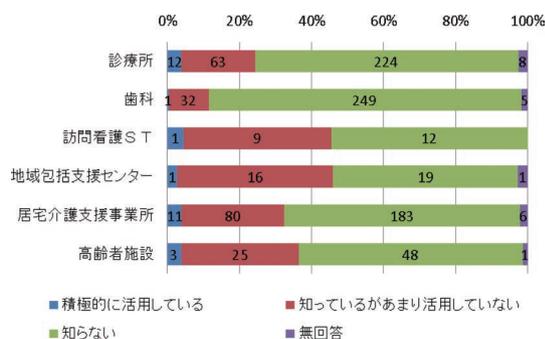


図22 薬局リストの認知および活用状況

カ 薬局および薬剤師に担ってほしい役割

薬局を除く全施設に、地域包括ケアを推進する中で、在宅医療のほかに特に薬局・薬剤師に担ってほしい役割について質問した。

「一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理」、「薬に関する研修会の実施」、「認知症・うつ病の早期発見」を挙げた施設が多く、次いで「医療・介護材料（口腔ケア用品を含む）などの提供」、「必要な患者を地域包括支援センターへ紹介」を挙げていた（図23）。

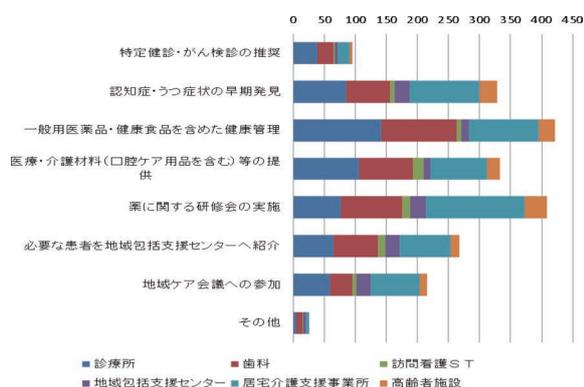


図23 薬局および薬剤師に担ってほしい役割

以上の結果から、薬局や薬剤師には「一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理」、「薬に関する研修会の実施」など多くの期待を寄せられていることが判明した。これらの要望に応えるためには、個々の薬局の取組はもとより薬剤師会として協力体制を能

動的に整備・広報していくことが必要であることを示唆している。

Ⅲ. 講演会の開催

1 日時および場所

平成26年2月14日（金）

サテライトキャンパスひろしま

2 参加者

112名（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員など）

3 演題および講師

演題 震災を乗り越えて—地域包括ケアの構築と少子高齢化に向けての地域再生—

講師 石木 幹人先生

（岩手県立高田病院 理事（兼）リハビリテーション科科长）

4 講演要旨

平成16年に岩手県陸前高田市の県立高田病院に赴任し、そこで地域の高齢者医療を取り巻くさまざまな問題の解決に取り組んできた。

その一つの今後の高齢化社会へ向けた対応として、平成18年から要介護の患者を対象に、病院、訪問看護ステーションおよび介護関係者が参加する地域連携パスの運用を開始した。

さらに、平成23年から在宅医療患者およびその家族がより安心して暮らせる地域を目指し、医療、福祉および介護関係者の連携をより密にするため、「気仙在宅療養を支える会」を発足させた。

しかし、その矢先であった、平成23年3月11日、東日本大震災に見舞われ、県立高田病院をはじめ、陸前高田市の人口密集地は壊滅状態となった。その後、当該病院は、平成24年2月までに入院機能をもつ仮設の病院として、復旧したが、被災した住民の多くが現在も仮設住宅で暮らしている。

仮設住宅では、うつ、認知症、生活不活発病および仮設住宅での介護など、さまざまな問題が山積している。

一方、被災によって、核家族化、高齢者の一人暮らし、老老介護および認知介護といった少子高齢化社会の抱える問題の襲来が加速した結果、それらを契機として、ADLに着目した患者情報の管理およびその活用、患者の状態に応じて必要な職種が同行する訪問診療の実施といった地域医療の充実に向けた取り組みが進んでいる。

今後も、気仙地域が日本のみならず、世界中で少子高齢化に直面した地域の先駆的な対応モデルとなるよう、医療、福祉および介護の協同的な仕組み作りを進めていきたい。



Ⅳ. ま と め

1 在宅医療の現状と服薬管理上の課題

在宅医療については、高齢化社会の到来、介護保険制度や地域包括ケアシステムの導入を背景に、その推進が図られている。当委員会が実施した平成22年度の調査と比較して、在宅医療の経験のある診療所・薬局の割合に変化はほとんどなかった。しかし、薬剤師に訪問薬剤管理指導を指示した経験があると回答した診療所は、全体の33%（平成22年度調査：17.3%）となっており、医薬分業を背景に、在宅医療の現場でも薬剤師に薬の管理指導を指示する医師が徐々に増えていることが推察される。このことは、在宅医療を行う薬局の割合に変化がないことから、在宅医療に熱心な特定の薬局に指示が集中していると考えられる。

在宅患者などの服薬管理については、医療機関、介護関係者ともに「飲み忘れてたり、飲み間違える」、「勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする」といった服薬コンプライアンスの問題があると認識しており、この点も平成22年度のアンケート結果と同様の傾向を示している。在宅患者などに対する薬剤師の関与は増えているものの全体として課題の解決には至っていないと考えられる。

また、介護関係者は「複数の医療機関から処方されている」「薬の種類や量が多い」「いつの薬か何の薬かわからなくなったものがある」といった薬の管理上の課題も多く指摘しており、この傾向は診療所

（歯科を含む。）や薬局と異なっていた。高齢者は多くの疾患を抱えており、慢性疾患になると長期処方によって薬の種類と量が多くなることから、介護の現場では薬の管理が難しいと感じられ、残薬が発生する背景にもなっていると考えられる。

一方、高齢者施設に関しては、こういった問題点を指摘する声は比較的少なかった。常駐する施設職員がある程度管理できる状態にあるのではないかと考える。

2 薬剤師による服薬管理の有用性

薬剤師による服薬管理を指示（依頼）した経験がある施設の約8割は、患者（利用者）の治療に有用だったと回答した。具体的な有用事例として、残薬確認による飲み忘れの減少や患者（利用者）の状態に応じた処方変更が挙げられ、薬剤師の職能が発揮された結果が現れていた。また他職種との連携の促進にも有用であったとする意見もあった。

このことから、薬剤師が在宅患者などの服薬管理を行うことは、適切な薬の管理に加え、患者（利用者）の服薬状況の把握と他職種への報告・連携という面から、より効果的な薬物治療に寄与することが期待される。

依然として残薬の問題が指摘される在宅患者などの服薬管理については、処方・調剤後に患者が指示どおりに飲んでいるかが重要なポイントであり、また、アンケート結果から居宅介護支援事業所および高齢者施設からも薬剤師による居宅療養管理指導の要望は高く、多職種協働の中で薬剤師は積極的にその役割を果たすべきである。

3 地域包括ケアシステムへの対応と薬剤師の活用

居宅介護支援事業所および地域包括支援センターとの連携については、歯科診療所と薬局を除く施設である程度進んでいる状況がうかがわれた。

地域ケア会議は、地域包括支援センターの約8割で、また、地域包括ケアなどに関する研修会は、同センターの約4割で実施されていたが、薬局・薬剤師の参加は、他職種に比べて十分ではなかった。このことは、昨年度当委員会が実施したアンケート調査による地域連携パスへの取組状況の傾向と同様である。地域包括ケアシステムに薬局は必要とされているにもかかわらず、現状では他職種との連携が進んでいない。

一方で、7割以上の地域包括支援センターが薬局の協力があるとすれば、薬に関する研修会を開催し

てみたいと回答しており、薬局と介護関係者との連携の糸口となることが期待される。

地域包括ケアシステムを推進する中で、在宅医療のほかに特に薬局・薬剤師に担ってほしい役割として、「一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理」や「薬に関する研修会」を挙げる回答が特に多かった。

そのほか、「認知症対策」、「医療・介護・口腔ケア用品の提供」についても期待する声が多かった。県内の薬局数は平成24年度末で1,617件であり、人口10万人対の薬局数は全国3位である。こうした数を生かした認知症患者の見守り施設や介護用品などの購入場所の増加は、患者（利用者）の利便性に繋がりを、ひいては在宅医療の推進に繋がるものと考えられる。

しかし、地域のケアカンファレンスや地域包括ケアなどの研修会への薬局薬剤師の参加は少ない。その背景として、医療・介護関係者には、「薬局薬剤師がその輪に入るべきだ」という意識が低く、薬局薬剤師の側にも「声が掛からないと入りにくい」という意識がある。この課題を乗り越えるためには、薬局・薬剤師の意識改革が是非、必要である。薬局は「薬を売るところ」ではない。「薬を通して地域の住民の健康管理に関与する施設」であり、地域住民を

見守る拠点の一つである。薬剤師は「薬を調合して販売する人」ではない。「薬の専門家としてその立場から地域住民を指導し、相談にのり、健康管理に関与する」役目を負う。地域の薬剤師会はまずこうした意識改革を進めることを社会に対して表明し、会員に対してはその方向を目指してリーダーシップをとるべきである。その上で、多職種との連携を図り、専門職としてのアピールを行っていただきたい。

一方で、薬局・薬剤師は地域包括ケアシステムを構成するチーム医療の一員としての自覚を持ち、地域の住民にとっては日常生活に欠くことができない存在であることを、日常の活動を通して地域に浸透させる努力が求められる。

地域包括支援センターを中心とした地域包括ケアシステムの構築はこれから急速に進んでいくことが予想される。こうした体制に薬剤師が積極的に参加し、薬の専門家としての役割を発揮していくことが重要である。

参 考

- 1) 第6期介護保険事業計画
- 2) 広島県保健医療計画〈平成25年3月策定〉
- 3) 広島県高齢者プラン〈平成24年3月策定〉

診療所・歯科診療所用

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

..... 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 【2013.11】

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・福祉・生活支援等が連携して高齢者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題です。
 広島県においても、「広島県保健医療計画」（平成25年3月策定）や「広島県高齢者プラン」（平成24年3月策定）に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目指しています。
 当委員会は、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってきました。（昨年度の調査結果については別紙のとおり。）
 今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれの職種がどう関わっていくべきかを検討しています。
 ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査にご協力いただければ幸いです。
 なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。
 （集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見を歓迎いたします。）

【記入上の注意事項】
 ・該当するものにチェック(☑)を入れてください。

【問合せ先】
 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
 (社)広島県医師会地域医療課内
 TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363

問1 貴診療所についてお聞かせください。

チェック欄	圏域名	圏域内市町
<input type="checkbox"/>	広島	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島町
<input type="checkbox"/>	広島西	大竹市、廿日市市
<input type="checkbox"/>	呉	呉市、江田島市
<input type="checkbox"/>	広島中央	東広島市、竹原市、大崎上島町
<input type="checkbox"/>	尾三	三原市、尾道市、世羅町
<input type="checkbox"/>	福山	福山市、府中市、神石高原町
<input type="checkbox"/>	備北	三次市、庄原市

問2 貴診療所の診療科について、該当するものを選んでください。（複数選択可）

- 1 内科
- 2 小児科
- 3 精神科・神経科
- 4 外科・整形外科
- 5 皮膚科
- 6 産科・婦人科
- 7 眼科
- 8 耳鼻咽喉科
- 9 歯科
- 10 その他

問2 在宅患者の薬の使用状況についてお聞かせください。

- (1) これまでに在宅医療を行った患者はいくらですか。
 1 いる … (2) へ 2 いない … (8) へ
- (2) (1) で「1 いる」と回答した方にお尋ねします。
 在宅患者の薬の使用について、認知症の有無に関わらず、不安や問題だと感じたことはどのようなことですか。（複数回答可）

- 1 飲み忘れたり、飲み間違える
 - 2 勝手に判断して飲んで飲み残す
 - 3 何をいって飲んでいたらわからなかった
 - 4 複数の医療機関から処方されている
 - 5 薬の種類や量が多い
 - 6 1つの薬が、何の薬かわからなくなったものがある
 - 7 期限切れの薬を使うことがある
 - 8 お薬手帳を何冊も持っている
 - 9 その他
- (3) 在宅患者の薬物療法で副作用が起きたことがありますか。
 1 ある 2 ない
- (4) (3) で「1 ある」と回答した方にお尋ねします。副作用はどのようなものでしたか。（複数回答可）
- 1 診察時に発見した
 - 2 薬剤師を介して発見した
 - 3 看護師を介して発見した
 - 4 介護者(家族を含む)を介して発見した
 - 5 その他
- (5) 在宅患者の服薬管理を、薬剤師に指示したことがありますか。
 1 指示したことがある … (6) へ 2 指示したことがありません
- (6) (5) で「1 指示したことがある」と回答した方にお尋ねします。
 ①服薬管理を薬剤師に指示したことで、有用だった事例はありますか。
 1 患者の治療に有用だった事例がある 2 ない

- 1 患者の治療に有用だった事例がある 2 必要ない
 - 3 有用だった事例は、薬剤師による管理は特に必要ない 4 有用だったかどうかわからない
- ②①で「1 患者の治療に有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。
 有用だった事例は、どのようなことですか。（複数回答可）
- 1 患者（又は家族）が薬のことを理解して飲むようになった
 - 2 投薬確認により飲み忘れが少なくなった
 - 3 副作用の未然防止や早期発見ができた
 - 4 医薬品情報の提供が役立った
 - 5 服薬指導等（一般用医薬品や食品との相互作用、薬剤服用時の注意点の説明等）が役立った
 - 6 薬剤師から患者の状態に応じた処方提案があった
 - 7 疼痛管理での麻薬の管理に役立った
 - 8 訪問看護師やケアマネジャー等と連携しやすくなった
 - 9 その他
- (7) (5) で「2 指示したことがありません」と回答した方にお尋ねします。
 指示したことがない理由は何ですか。
- 1 薬剤師が訪問できることを知らなかった
 - 2 利用したいが、どこへ指示してよいかわからない
 - 3 医師（歯科医師）、看護師が訪問している
 - 4 訪問を指示することで患者の負担が増える
 - 5 薬で困ったことがない
 - 6 その他

- (8) 薬剤師は患者の薬の管理を行いますが、どのような業務を行ってほしいですか。（複数回答可）
- 1 薬の処方や副作用の説明
 - 2 服薬（使用）方法の指導
 - 3 薬の保管管理の指導
 - 4 残薬の確認
 - 5 薬の飲み合わせの確認
 - 6 服薬（使用）状況が悪ければ改善策の検討
 - 7 薬効、副作用の確認
 - 8 体調変化の確認
 - 9 服薬状況の医師（歯科医師）、看護師、ケアマネジャー等への報告
 - 10 その他
- (9) 最近1年以内に、在宅での疼痛管理で医療用麻薬を使用した患者はいくらいますか。
 1 いる 2 いないが、必要な患者はいる 3 いないし、必要な患者もいない

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

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

【03.11】

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・保健・福祉・生活支援等が連携して高齢者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題です。

広島県においても、「広島県保健医療計画」（平成25年3月策定）や「広島県高齢者プラン」（平成24年3月策定）に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目指しています。

当委員会では、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってきました。（昨年度の調査結果については別紙のとおり。）

今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれの職種がどう関わっていくべきかを検討しています。

なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。

（集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見ををお願いします。）

【記入上の注意事項】

・該当するものにチェック(☑)を入れてください。

【問合せ先】

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
(社)広島県医師会地域医療課内
TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3383

問1 貴ステーションの所在地はどちらの区域ですか。広島県二次医療圏域の区分でお答えください。

チェック欄	圏域名
<input type="checkbox"/> 1	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島
<input type="checkbox"/> 2	広島西 大竹市、廿日市市
<input type="checkbox"/> 3	呉市、江田島市
<input type="checkbox"/> 4	広島中央 東広島市、竹原市、大崎上島町
<input type="checkbox"/> 5	尾三 三原市、尾道市、世羅町
<input type="checkbox"/> 6	福山・府中 福山市、府中市、神石高原町
<input type="checkbox"/> 7	備北 三次市、田原市

問2 貴ステーションに従事する訪問看護師の人数を教えてください。

1 1~5人 2 6~10人 3 11人~20人 4 21人以上

問3 貴ステーションの利用者を教えてください。（H25年10月末現在）

1 1~50人 2 51~100人 3 101人~150人 4 151人~200人 5 200人以上

(10) (9) で「1」いる、「2」いないが、必要な患者はいる」と回答した方にお尋ねします。薬剤管理上支障となっていないことは何ですか。

- 1 麻薬の保管管理 2 注射剤の調製 3 麻薬の廃棄 4 副作用の対応
- 5 麻薬の購入から使用、廃棄に関する記録 6 その他 ()

問3 地域包括ケアシステムへの対応についてお伺いします。

- (1) 現在、地域包括支援センターと連携をされていますか。
- 1 連携を密にしている 2 必要なとき連携している
 - 3 ほとんど連携していない 4 連携したことがない
- (2) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に参加されたことはありますか。
- 1 参加したことがある 2 参加したことがない
- (3) 現在、居宅介護支援事業所と連携をされていますか。
- 1 連携を密にしている 2 必要なとき連携している 3 ほとんど連携していない 4 連携したことがない
- (4) (3) で「3」ほとんど連携していない、「4」連携したことがない」と回答した方にお尋ねします。
- 今後、居宅介護支援事業所と連携を図る上で必要な取組は何だとお考えですか。（複数回答可）
- 1 地域の居宅介護支援事業所との顔合わせ 2 患者情報共有の方法等の意見交換
 - 3 在宅医療への居宅介護支援専門員の理解 4 ケアカンファレンスへの医師（歯科医師）の招集と参加
 - 5 その他 ()
- (5) 介護保険サービス利用者の担当者会議（ケアカンファレンス）に参加したことがありますか。
- 1 参加したことがある 2 呼ばれないので、参加したことがない
 - 3 呼ばれたことがあるが、参加しなかった
 - 4 参加したことがない 5 呼ばれたことがないが、今後参加したい 6 特に必要な
- (6) 地域包括ケアや在宅医療に関する研修会に参加したことがありますか。
- 1 参加したことがある 2 参加したことがない 3 知らない
- (7) 地域で訪問薬剤管理指導や居宅薬学管理指導を指示できる薬局を知っていますか。
- 1 知っている 2 知らない
- (8) 薬剤師会で訪問薬剤管理指導や居宅薬学管理指導を行う薬局のリストを公表していますか、知っていますか。
- 1 積極的に活用している 2 知っているがあまり活用していない 3 知らない
- (9) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特に薬局・薬剤師に担ってほしい役割はありますか。（複数回答可）
- 1 特定健診・がん検診の推奨
 - 2 認知症、うつ症状の早期発見
 - 3 一般用医薬品、健康食品を含めた健康相談
 - 4 医療・介護材料（口腔ケア用品を含む）等の提供
 - 5 薬に関する研修会の実施
 - 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介
 - 7 地域ケア会議への参加
 - 8 その他 ()

質問は以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がございましたら自由にお書きください。

***** ご協力ありがとうございました。*****

問2 在宅患者の薬の使用状況についてお伺いします。

- (1) 在宅患者の薬の使用について、不安や問題だと感じることほどどのようなことですか。(複数回答可)
- 1 飲み忘れたり、飲み間違える
 - 2 勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする
 - 3 何をいつ飲んだらよいかわかっていない
 - 4 複数の医療機関から処方されている
 - 5 薬の種類や量が多い
 - 6 いったん飲んだら、何の薬かわからなくなったりしたものがある
 - 7 期限切れの薬を使うことがある
 - 8 お薬手帳を何冊も持っている
 - 9 その他 ()
- (2) 在宅患者の服薬管理を薬剤師に依頼したことがありますか。
- 1 依頼したことがある
 - 2 依頼したことがない
- (3) (2)で「1 依頼したことがある」と回答した方にお尋ねします。
- ①服薬管理を薬剤師に依頼することで、有用だった事例はありますか。
- 1 患者の治療に有用だった事例がある
 - 2 看護業務の負担が軽減した
 - 3 有用だった事例はなく、薬剤師による管理は特に必要ない
 - 4 有用だったかどうかわからからない
- ②①で「1 患者の治療に有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。
- 1 患者 (又は家族) が薬のことを理解して飲むようになった
 - 2 残薬確認により飲み忘れが少なくなった
 - 3 副作用の未然防止や早期発見ができた
 - 4 医薬品情報の提供が役立った
 - 5 服薬指導等 (一般用医薬品や食品との相互作用、薬剤服用時の注意点の説明等) が役立った
 - 6 薬剤師から患者の状態に応じた処方の提案があった
 - 7 疼痛管理での麻薬の管理に役立った
 - 8 医師 (歯科医師) やケアマネジャー等と連携しやすくなった
 - 9 その他 ()

(4) (2)で「2 依頼したことがない」と回答した方にお尋ねします。

- 依頼したことがない理由は何ですか。
- 1 薬剤師が訪問できることを知らなかった
 - 2 利用したいが、どこへ依頼してよいかわからならない
 - 3 医師 (歯科医師)、看護師が訪問している
 - 4 訪問を依頼することで患者の負担が増える
 - 5 薬で困ったことがない
 - 6 その他 ()

(5) 薬剤師は患者のもとを訪問し、次のような服薬管理を行えますが、どのような業務を行ってほしいですか。(複数回答可)

- 1 薬の効き方や副作用の説明
 - 2 服薬 (使用) 方法の指導
 - 3 薬の保管管理の指導
 - 4 残薬の確認
 - 5 薬の飲み合わせの確認
 - 6 飲み忘れがないような改薬策の検討
 - 7 薬の効果、副作用の確認
 - 8 体調変化の確認
 - 9 服薬状況の医師 (歯科医師)、看護師、ケアマネジャー等への報告
 - 10 その他 ()
- (6) 現在、在宅での疼痛管理で医師用麻薬を使用している患者はいませんか。
- 1 いる
 - 2 いないが、必要な患者はいる
 - 3 いないし、必要な患者もいない
- (7) (6)で「1 いる」「2 いない」「3 いないが、必要な患者はいる」と回答した方にお尋ねします。
- その際、薬管理上支障となっていることは何ですか。
- 1 麻薬の保管管理
 - 2 注射剤の調整
 - 3 麻薬の廃棄
 - 4 副作用の対応
 - 5 麻薬の購入から使用、廃棄に関する記録
 - 6 その他 ()
- (8) 薬によっては、(特に高齢者において) 転倒が起り易くなるものがありますか。
- 1 知っている
 - 2 知らない
- (9) 薬によっては、口腔乾燥を起し嚥下機能を低下させるものがありますか。
- 1 知っている
 - 2 知らない
- (10) 口腔ケアに関して、歯科医師との連携をされていますか。
- 1 連携している
 - 2 連携していないが、必要である
 - 3 連携は必要ない

問3 地域包括ケアシステムへの対応についてお伺いします。

- (1) 現在、地域包括支援センターと連携をされていますか。
- 1 連携を断じている
 - 2 必要なく連携していない
 - 3 ほとんど連携していない
 - 4 連携したことがない
- (2) (1)で「3 ほとんど連携していない」「4 連携したことがない」と回答した方にお尋ねします。
- 連携していない理由は何ですか。
- 1 地域包括支援センターを知らない
 - 2 患者が地域包括支援センターを利用していない
 - 3 地域包括支援センターの役割がわからない
 - 4 その他 ()
- (3) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に参加されたことはありますか。
- 1 参加したことがある
 - 2 参加したことがない
 - 1 知っている
 - 2 知らない
- (4) 地域で訪問薬剤管理指導や居宅介護管理指導を依頼できる薬局を知っていますか。
- 1 薬剤師会で訪問薬剤管理指導や居宅介護管理指導を行う薬局のリストを公表していますが、知っていますか。
 - 1 積極的に活用している
 - 2 知っているがあまり活用していない
 - 3 知らない
- (5) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特に薬局の他に特に関心がある健康サービスはありますか。
- 1 特定健診・がん検診の推奨
 - 2 認知症・うつ症状の早期発見
 - 3 一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理
 - 4 医療・介護材料 (口腔ケア用品を含む) 等の飛送
 - 5 薬に関する研修会の実施
 - 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介
 - 7 地域ケア会議への参加
 - 8 その他 ()

質問は以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がありましたら自由にお書きください。

***** ご協力ありがとうございました。*****

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

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 【2013.11】

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・保健・福祉・生活支援等が連携して高齢者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題です。

広島県において、「広島県保健医療計画」(平成25年3月策定)や「広島県高齢者プラン」(平成24年3月策定)に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目指しています。

当委員会では、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってきました。(昨年度の調査結果については別紙のとおり。)

今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれの職種がどう関わっていくべきかを検討しています。

ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査にご協力いただければ幸いです。

なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。

(集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見を歓迎いたします。)

【記入上の注意事項】

- ・該当するものにチェック(✓)を入れてください。

【問合せ先】

広島県地域保健対策協議会事務局
〒783-8540 広島市西区観音木町1-1-1
(社)広島県医師会(地域医療圏内)
TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363

問1 貴薬局の所在地はどちらの区域ですか。広島県二次医療圏域の区分でお答えください。

チェック欄	圏域名
<input type="checkbox"/> 1	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島
<input type="checkbox"/> 2	広島西、大竹市、廿日市市
<input type="checkbox"/> 3	呉市、江田島市
<input type="checkbox"/> 4	広島中央、東広島市、竹原市、大崎上島町
<input type="checkbox"/> 5	尾三、三原市、尾道市、世羅町
<input type="checkbox"/> 6	福山・府中、福山市、府中市、神石高原町
<input type="checkbox"/> 7	備北、三次市、庄原市

問2 貴薬局に従事する常勤薬剤師の人数と訪問薬剤師管理指導を行っている薬剤師の人数を教えてください。

- ①常勤薬剤師の人数 1 1人 2 2人 3 3~5人 4 6人以上
- ②訪問薬剤師管理指導実施薬剤師数 1 1人 2 2人 3 3~5人 4 6人以上

問3 訪問薬剤師管理指導の届出をしていますが、

- 1 届出している 2 届出していないが検討中 3 届出の予定なし

問4 がん検診サポート薬剤師の認定を受けた薬剤師がいますか。

- 1 います 2 いません、今後研修受講予定 3 受講予定なし

問2 在宅患者の薬の使用状況についてお伺いします。

- (1) 最近1年間(平成24年11月~平成25年10月)で、訪問薬剤管理指導又は在宅薬管理指導を行ったことがありますか。
 1 行ったことがある 2 行ったことはないが、予定あり 3 行ったことはない、予定もない

(2) (1)で「1 行ったことがある」と回答した方にお尋ねします。

①行うことになったきっかけはどのようなことですか。(複数回答)

- 1 主治医(医師・歯科医師)の指示 2 訪問看護ステーションからの依頼
 3 介護支援事業所(ケアマネジャーを含む)からの依頼 4 地域包括支援センターからの依頼
 5 薬剤師が必要と考え、患者又は他職種に連絡 6 患者又は介護者(家族を含む)からの依頼
 7 その他()

②訪問薬剤管理指導や在宅薬管理指導を行った後、医師・歯科医師や訪問看護師、介護支援専門員に情報提供していますか。

- 1 医師・歯科医師にしている 2 訪問看護師にしている
 3 介護支援専門員にしている 4 その他()

③在宅患者の薬の使用について、不安や問題だと感じるとはどのようなことですか。(複数回答)

- 1 飲み忘れたり、飲み間違える 2 勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする
 3 何をいつ飲むかわからない 4 複数の医療機関から処方されている
 5 薬の種類や量が多い 6 いくつかの薬が、何の薬かわからなくなったものがある
 7 期限切れの薬を使うことがある 8 お薬手帳を何冊も持っている
 9 その他()

④在宅患者の薬物療法で副作用が起きたことがありますか。

- 1 ある 2 ない 3 よくわからぬ
 4 介護者(家族を含む)を介して発見した

⑤④で「1 ある」と回答した方にお尋ねします。

- それはどのようなタイミングで発見しましたか。
 1 訪問時に発見した 2 医師・歯科医師を介して発見した
 3 看護師を介して発見した 4 介護者(家族を含む)を介して発見した
 5 その他()

⑥訪問薬剤管理指導や在宅薬管理指導により、患者の薬物療法に有用だった事例はありますか。

- 1 有用だった事例がある 2 有用だった事例はない 3 有用だったかどうかかわからない

⑦⑥で「1 有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。

それはどのようなことですか。(複数回答可)

- 1 患者(又は家族)が薬のことを理解して飲むようになった
 2 残薬確認により飲み忘れが少なくなった
 3 副作用の未然防止や早期発見ができた
 4 医薬品情報の提供が役立った
 5 服薬指導等(一般用医薬品や食品との相互作用、薬剤服用時の注意点の説明等)が役立った
 6 患者の状態に合わせた処方の変更を行った
 7 疼痛管理での麻薬の管理が役立った
 8 医師(歯科医師)、訪問看護師やケアマネジャー等と連携しやすくなった
 9 その他()

(3) 他職種から在宅患者の服薬管理に関して相談されたことはありますか。

- 1 ある 2 ない

(4) (3)で「1 ある」と回答した方にお尋ねします。(複数回答可)

- ①相談されたことのあるのはどの職種からですか。(複数回答可)
 1 医師 2 歯科医師 3 薬剤師 4 保健師 5 看護師
 6 理学療法士 7 作業療法士 8 医療ソーシャルワーカー(MSW) 9 介護福祉士
 10 社会福祉士 11 介護支援専門員(ケアマネジャー) 12 ヘルパー
 13 その他()

②相談を受けた内容はどのようなことですか。(複数回答可)

- 1 薬の飲み方や副作用の説明・確認 2 服薬(使用)方法 3 薬の保管管理
 4 服薬状況の確認 5 薬の飲み合わせ 6 飲み忘れがないような改善策
 7 服薬状況の確認 8 その他()

(5) 現在、疼痛管理で医療用麻薬を使用している患者はいますか。

- 1 います 2 いません

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

広島県地域包括ケア推進協議会 医薬品の適正使用検討特別委員会 2023.11

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・保健・福祉・生活支援等が連携して高齢者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題です。
 広島県においても、「広島県保健医療計画（平成25年3月策定）や「広島県高齢者プラン」（平成24年3月策定）」に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目指しています。
 当委員会では、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってきました。（昨年度の調査結果については別紙のとおり。）
 今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれ多職種がどう関わっていくべきかを検討しています。
 ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査にご協力いただければ幸いです。
 なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。
 （集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見を歓迎いたします。）

【アンケートに回答していただく方】
 ・回答者は、貴センターの保健師又は看護師の方をお願いします。
【記入上の注意事項】
 ・該当するものにチェック(☑)を入れてください。
【問合せ先】
 広島県地域包括ケア推進協議会事務局
 〒738-8540 広島市西区観音木町1-1-1
 (社)広島県医師会地域医療課内
 TEL 082-232-7211 FAX 082-233-3363

問1 貴センターの所在地はどちらの区域ですか。広島県二次医療圏の区分でお答えください。

エリア	圏域名
<input type="checkbox"/> 1	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島
<input type="checkbox"/> 2	広島西、大竹市、廿日市市
<input type="checkbox"/> 3	呉、江田島市
<input type="checkbox"/> 4	広島中央、東広島市、竹原市、大崎上島町
<input type="checkbox"/> 5	尾三、三原市、尾道市、世羅町
<input type="checkbox"/> 6	福山市、府中市、神石高原町
<input type="checkbox"/> 7	備北、三次市、庄原市

- 問2 貴センターの設置主体を教えてください。**
 1 市町 2 医師会 3 看護協会 4 医療法人 5 社会福祉法人 6 その他（
問3 貴センターの職員数を教えてください。（H25年10月末日現在）
 1 1~5人 2 6~10人 3 11人~20人 4 21人以上
問4 貴センター内の要支援者数を教えてください。（H25年4月末日現在）
 1 1~199人 2 200~399人 3 400人~599人 4 600人~799人 5 800人以上

- (6) 在宅医療では緩和ケアでの薬局薬剤師の参画も期待されていますが、緩和ケアに関する研修会に参加したことがありますか。
 1 参加したことがある 2 参加したことはないが、興味がある
 3 参加したことがなく、参画も考えていない
(7) 口腔ケアに関して、歯科医師との連携をされていますか。
 1 連携している 2 連携していないが、必要である 3 連携は必要ない

- 問3 地域包括ケアシステムへの対応についてお伺いします。**
(1) 現在、地域包括支援センターと連携をされていますか。
 1 連携を密にしている 2 必要なとき連携している 3 ほとんど連携していない 4 連携したことがない
(2) (1)で「ほとんど連携していない」「4 連携したことがない」と回答した方にお尋ねします。
 連携していない理由は何ですか。
 1 地域包括支援センターの役割がわからない 2 患者が地域包括支援センターを利用しているか把握していない 3 その他（
(3) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議を知っていますか。
 1 知っている 2 聞いたことがある 3 知らない
(4) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に参加されたことはありますか。
 1 参加したことがある 2 参加したことがない 3 知らない
(5) 現在、居宅介護支援事業所と連携をしていますか。
 1 連携を密にしている 2 必要なとき連携している 3 ほとんど連携していない 4 連携したことがない
(6) 介護保険サービス利用者の担当者会議（ケアカンファレンス）に参加したことはありますか。
 1 参加したことがある 2 参加したことがない
(7) 地域包括ケアや在宅医療に関する研修会に参加したことがありますか。
 1 参加したことがある 2 参加したことがない
(8) 今後、地域包括ケアや在宅医療に関わる上で必要と考えられる研修内容（複数回答可）
 1 多職種連携 2 コミュニケーションスキル 3 介護保険制度内容 4 無糖剤の調製
 5 緩和ケアの知識 6 認知症の知識 7 その他（
(9) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特に薬局が担うべき役割は何だとお考えですか。（複数回答可）
 1 特定健診・がん検診の推奨 2 認知症・うつ症状の早期発見
 3 一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理 4 医療・介護材料（口腔ケア用品を含む）等の提供
 5 薬に関する研修会の実施 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介
 7 地域ケア会館への参加 8 その他（

質問は以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がございましたら自由にお書きください。

*****ご協力ありがとうございました。*****

問2 利用者の薬の使用状況についてお伺いします。

(1) 要支援の状態できちんと服薬できれば、要介護への移行を遅らせることが期待されます。一方、要支援者は要介護者に比べて残薬が多いなど服薬上の問題が多いことが指摘されお、要支援者の服薬管理は重要な課題と思われれます。

貴センターからみて、要支援者の服薬管理は総じてどのような状況だと感じられますか。(3つまで選択してください。)

- 1 利用者自身又は家族で服薬ができています
 - 2 訪問介護員(以下、「ヘルパー」という。)の介助により服薬できている
 - 3 ヘルパーが介助しているが、十分でない
 - 4 ヘルパーの決められた時間では薬のことで対応することは困難である
 - 5 薬のことは全く関与していない
 - 6 その他()
- (2) 服薬管理が十分でないと感じることがあるとすればどのようなケースがありますか。(複数回答可)
- 1 飲み忘れたり、飲み間違える
 - 2 勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする
 - 3 何をいつ飲んだらよいかわかっていない
 - 4 複数の医療機関から処方されている
 - 5 薬の種類や量が多い
 - 6 いくつかの薬が、何の薬かわからなくなったものがある
 - 7 期限切れの薬を使うことがある
 - 8 お薬手帳を何冊も持っている
 - 9 その他()

(3) 総合相談において、薬に関するどのような相談を受けられますか。(複数回答可)

- 1 薬の種類
 - 2 薬の効果・必要性
 - 3 薬の副作用
 - 4 薬の飲み方
 - 5 その他()
 - 6 薬の相談を受けることがない
- (4) 要支援者の服薬に関する管理(又は支援)をするとすれば、誰に依頼しますか。
- 1 医師(歯科医師)
 - 2 薬剤師
 - 3 看護師
 - 4 ヘルパー
 - 5 家族
 - 6 その他()
 - 7 ヘルパー

(5) これまでに利用者の服薬管理を、薬剤師に依頼したことがありますか。

- 1 依頼したことがある … (6) へ
- 2 依頼したことがない … (7) へ

(6) (5)で「1 依頼したことがある」と回答した方にお尋ねします。

①服薬管理を薬剤師に依頼することで、有用だった事例はありますか。

- 1 利用者の治療に有用だった事例がある
- 2 看護や介護業務の負担が軽減した事例がある
- 3 有用だった事例はなく、薬剤師による管理は特に必要ない
- 4 有用だったかどうかかわからない

②①で「1 利用者の治療に有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。

それはどのようなことですか。(複数回答可)

- 1 利用者(又は家族)が薬のことを理解して飲むようになった
- 2 薬の整理ができ、残薬が少なくなった
- 3 薬による副作用の未然防止や早期発見ができた
- 4 飲み忘れや飲み間違いが少なくなった
- 5 利用者の状態に応じた薬に変更できた
- 6 医師(歯科医師)や訪問看護師と連携しやすくなった
- 7 その他()

(7) (5)で「2 依頼したことがない」と回答した方にお尋ねします。

依頼したことがない理由は何ですか。

- 1 薬剤師が訪問できることを知らなかった
- 2 利用したいが、どこへ依頼してよいかかわからない
- 3 医師(歯科医師)、看護師が訪問している
- 4 訪問を依頼することで利用者の負担が増える
- 5 薬で困ったことがない
- 6 その他()

(8) 薬剤師が利用者のもとを訪問し、次のような服薬管理を行えますが、どのような業務を行ってほしいですか。(複数回答可)

- 1 薬の効き方や副作用の説明
- 2 服薬(使用)方法の指導
- 3 薬の保管管理の指導
- 4 残薬の確認
- 5 薬の飲み合わせの確認
- 6 飲み忘れないような改善策の検討
- 7 薬の効果、副作用の確認
- 8 体調変化の確認
- 9 服薬状況の医師(歯科医師)、看護師、ケアマネジャー等への報告
- 10 その他()

(9) 薬によっては、(特に高齢者において)転倒が起こり易くなるものがあることを知っていますか。

- 1 知っている
 - 2 知らない
- (10) 薬によっては、口腔乾燥を起こし嚥下機能を低下させるものがあることを知っていますか。
- 1 知っている
 - 2 知らない

(11) 口腔ケアに関して、歯科医師との連携をされていますか。

- 1 連携している
- 2 連携していないが、必要である
- 3 連携は必要ない

問3 地域包括ケアシステムへの対応についてお伺いします。

- 1 平成25年度以降、地域ケア会議を実施していますか。
 - 2 実施は予定
 - 3 実施は未定
 - 4 実施していない
- (2) (1)で「1 実施している」と回答した方にお尋ねします。
- ①地域ケア会議のメンバーはどのような職種の人ですか。

- 1 医師
- 2 歯科医師
- 3 薬剤師
- 4 保健師
- 5 看護師
- 6 理学療法士
- 7 作業療法士
- 8 医療ソーシャルワーカー(MSW)
- 9 介護福祉士
- 10 社会福祉士
- 11 介護支援専門員(ケアマネジャー)
- 12 ヘルパー
- 13 その他()

②地域ケア会議で、在宅患者等の服薬管理をテーマに検討されたことがありますか。

- 1 検討したことがある(内容:)
- 2 検討したことがないが必要なことだと思う
- 3 検討の必要はない

(3) 地域のケアマネジャーに対し、ケアプラン作成時の服薬管理について指導・助言をしていますか。

- 1 指導・助言をしている
 - 2 指導・助言はしていない
 - 3 指導・助言は必要だができない
 - 4 指導・助言は必要ない
- (4) 地域包括ケアに関する研修会を開催していますか。

- 1 開催している
 - 2 開催を検討中
 - 3 開催は未定
 - 4 開催していない
- (5) (4)で「1 開催している」と回答した方にお尋ねします。
- ①研修会の参加者はどのような職種の人ですか。

- 1 医師
- 2 歯科医師
- 3 薬剤師
- 4 保健師
- 5 看護師
- 6 理学療法士
- 7 作業療法士
- 8 医療ソーシャルワーカー(MSW)
- 9 介護福祉士
- 10 社会福祉士
- 11 介護支援専門員(ケアマネジャー)
- 12 ヘルパー
- 13 その他()

(6) 薬剤師が協力するとすれば、地域で薬に関する研修会を開催してみたいですか。

- 1 開催してみたい(聞きたい内容:)
- 2 開催しない
- 3 わからない

(7) 地域で訪問薬剤師指導や居宅服薬管理指導を依頼できる薬局を知っていますか。

- 1 知っている
- 2 知らない

(8) 薬剤師会で訪問薬剤師指導や居宅服薬管理指導を行う薬局のリストを公表していますか、知っていますか。

- 1 積極的に活用している
- 2 知っているがあまり活用していない
- 3 知らない

(9) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特に薬局・薬剤師に担ってほしい役割はありますか。(複数回答可)

- 1 特定健診・がん検診の推奨
- 2 認知症・うつ症状の早期発見
- 3 一般用医薬品・健康食品を含めた健康増進
- 4 医療・介護材料(口腔ケア用品を含む)等の提供
- 5 薬に関する研修会の実施
- 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介
- 7 地域ケア会議への参加
- 8 その他()

質問以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がありましたら自由にお書きください。

***** ご協力ありがとうございました。*****

居宅介護支援事業所用

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

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 【2013.11】

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・保健・福祉・生活支援等が連携して高齢者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題です。
 広島県において、「広島県保健医療計画」（平成25年3月策定）や「広島県高齢者プラン」（平成24年3月策定）に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目指しています。
 当委員会では、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってきました。（昨年度の調査結果については別紙のとおり。）
 今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれの職種がどう関わっていくべきかを検討しています。
 ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査にご協力いただければ幸いです。
 なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。
 （集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見を歓迎いたします。）

【アンケートに回答していただく方】

・回答者は、貴事業所の介護支援専門員の方をお願いします。

【記入上の注意事項】

・該当するものにチェック(✓)を入れてください。

【問合せ先】

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
 （社）広島県医師会地域医療圏内
 TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363

【問1 貴事業所についてお聞かせください。】

(1) 貴事業所の所在地はどちらの区域ですか。広島県二次医療圏域の区分でお答えください。

チェック欄	圏域名
<input type="checkbox"/> 1	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島
<input type="checkbox"/> 2	広島西
<input type="checkbox"/> 3	呉
<input type="checkbox"/> 4	広島中央
<input type="checkbox"/> 5	尾三
<input type="checkbox"/> 6	福山・府中
<input type="checkbox"/> 7	備北

- (2) 貴事業所の設置主体を教えてください。
 1 市町 2 医師会 3 看護協会 4 医療法人 5 社会福祉法人 6 その他 ()
 (3) 貴事業所の職員数を教えてください。(H25年10月末日現在)
 1 1～5人 2 6～10人 3 11人～20人 4 21人以上
 (4) 貴事業所の利用者数を教えてください。(H25年3月末日現在)
 1 1～50人 2 51～100人 3 101人～150人 4 151人～200人 5 200人以上

【問2 利用者の薬の使用状況についてお聞かせください。】

- (1) 利用者の薬の使用について、不安や問題だと感じることとはどのようなことですか。(複数回答)
 1 飲み忘れたり、飲み間違える 2 勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする
 3 何をいつ飲むかわからない 4 複数の医療機関から処方されている
 5 薬の種類や量が多い 6 1つの薬か、何の薬かわからなくなっているものがある
 7 期限切れの薬を使うことがある 8 お薬手帳を何冊も持っている
 9 その他 ()
- (2) これまでに利用者の服薬管理を、薬剤師に依頼したことがありますか。
 1 依頼したことがある。…(3)へ 2 依頼したことがない。…(4)へ
- (3) (2)で「1 依頼したことがある」と回答した方にお尋ねします。
 ①服薬管理を薬剤師に依頼することで、有用だった事例はありますか。
 1 利用者の治療に有用だった事例がある 2 看護や介護業務の負担が軽減した事例がある
 3 有用だった事例はなく、薬剤師による管理は特に必要ない 4 有用だったかどうかかわからない
- ②①で「1 利用者の治療に有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。
 それほどのことですか。(複数回答可)
 1 利用者(又は家族)が薬のことを理解して飲むようになった 2 薬の整理ができ、残薬が少なくなった
 3 薬による副作用の未然防止や早期発見ができた 4 飲み忘れや飲み間違いが少なくなった
 5 利用者の状態に応じた薬に変更できた 6 医師(歯科医師)や訪問看護師と連携しやすくなった
 7 その他 ()
 8 その他 ()
- (4) (2)で「2 依頼したことがない」と回答した方にお尋ねします。
 依頼したことがない理由は何ですか。
 1 薬剤師が訪問できないことを知らなかった 2 利用したいが、どこへ依頼してよいかわからない
 3 医師(歯科医師)、看護師が訪問している 4 訪問を依頼することで利用者の負担が増える
 5 薬で困ったことがない 6 その他 ()
- (5) 薬剤師が利用者のもとを訪問し、次のような服薬管理を行えますが、どのような業務を行ってみたいですか。(複数回答可)
 1 薬の効き方や副作用の説明 2 服薬(使用)方法の指導
 3 薬の保管管理の指導 4 残薬の確認
 5 薬の飲み合わせの確認 6 飲み忘れがないような改訂薬の確認
 7 薬の効果、副作用の確認 8 体調変化の確認
 9 服薬状況の医師(歯科医師)、看護師、ケアマネジャー等への報告
 10 その他 ()
- (6) 現在、疼痛管理で医療用麻薬を使用している利用者はいませんか。
 1 いる 2 いない 3 わからない
- (7) (6)で「1 いる」と回答した方にお尋ねします。
 その際、薬剤管理で困っておられることは何ですか。
 1 麻薬の保管管理 2 注射剤の調製 3 麻薬の廃棄 4 副作用の対応
 5 困っていない 6 その他 ()
- (8) 今後、利用者のケアプランに薬剤師による居宅服薬管理指導を入れてみたいと思いますか。
 1 ぜひ入れたい 2 利用者の状況に応じて検討したい
 3 あまり必要ない 4 必要ない
- (9) 薬によっては、(特に高齢者において)転倒が起こり易くなるものがあることを知っていますか。
 1 知っている 2 知らない
 3 知らない
- (10) 薬によっては、口腔乾燥を起こし嚥下機能を低下させるものがあることを知っていますか。
 1 知っている 2 知らない
 3 知らない
- (11) 口腔ケアに関する、歯科医師との連携をされていますか。
 1 連携している 2 連携を検討中 3 連携は必要ない

地域包括ケアと服薬管理に関するアンケート調査票

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 〔2013.11〕

将来の急激な高齢化の進展に備え、医療・介護・保健・福祉・生活支援等が連携して高齢者の生活を支える地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題です。
 広島県においても、「広島県保健医療計画」（平成25年3月策定）や「広島県高齢者プラン」（平成24年3月策定）に明記し、県内125箇所の日常生活圏域の地域包括ケア体制を構築することとしており、地域の医療・介護連携を推進し、多職種が各々専門性を発揮し、協力して患者本位の治療・生活支援を行う体制の確保を目的としています。
 当委員会では、平成23年度から、薬物療法に係る医療関係者間の患者情報共有と多職種連携をテーマに検討を行ってまいりました。（昨年度の調査結果については別紙のとおり。）
 今年度は、地域包括ケア体制が構築される中で、在宅患者や介護施設の入居者等の薬物療法にそれぞれの職種がどう関わっていくべきかを検討しています。
 ご多忙のところ誠に恐縮ですが、アンケート調査にご協力いただければ幸いです。
 なお、調査結果は、当委員会における検討資料とするほか、必要に応じて関係者、県民等に公表する予定としております。
 （集計結果の公表であり、個別の情報は公表しませんので、忌憚のないご意見ををお願いします。）

【アンケートに回答していただく方】
 ・回答者は、単施設の看護師又は介護支援専門員の方をお願いします。
 看護師又は介護支援専門員の方がおられない場合は、利用者の薬を管理している方をお願いします。

（回答者の職種： ）

【記入上の注意事項】
 ・該当するものにチェック（）を入れてください。

【問合せ先】
 広島県地域保健対策協議会事務局
 〒733-8510 広島市西区観音本町1-1-1
 ((社)広島県医師会地域医療課内)
 TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363

問1 貴事業所についてお伺いします。

(1) 貴事業所の所在地はどちらの区域ですか、広島県二次医療圏の区分でお答えください。

エリア/圏	圏域名	圏域内市町
<input type="checkbox"/> 1	広島	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島
<input type="checkbox"/> 2	広島西	大竹市、廿日市市
<input type="checkbox"/> 3	呉	呉市、江田島市
<input type="checkbox"/> 4	広島中央	東広島市、竹原市、大崎上島町
<input type="checkbox"/> 5	尾三	三原市、尾道市、世羅町
<input type="checkbox"/> 6	福山・府中	福山市、府中市、神石高原町
<input type="checkbox"/> 7	備北	三次市、庄原市

(2) 貴施設の種別を教えてください。

1 藍草老人ホーム 2 有料老人ホーム 3 サービス付き高齢者向け住宅

(3) 貴施設の職員数を教えてください。(2015年10月末日現在)

1 1~5人 2 6~10人 3 11人~20人 4 21人以上

(12) 利用者のお薬手帳を確認していますか。
 1 している 2 時々している 3 ほとんどしていない 4 したことがない

問3 地域包括ケアシステムへの対応についてお伺いします。

(1) 現在、地域包括支援センターと連携をされていますか。
 1 連携を密にしている 2 必要とき連携している 3 ほとんど連携していない 4 連携したことがない

(2) (1)で「3」ほとんど連携していない、「4」連携したことがない」と回答した方にお尋ねします。
 連携していない理由は何ですか。
 1 地域包括支援センターを知らない 2 利用者との接点がない 3 地域包括支援センターの役割がわからない 4 その他（ ）

(3) 地域包括支援センターが開催する地域ケア会議に参加されていますか。
 1 参加したことがある 2 参加したことがない

(4) 地域で訪問薬剤管理指導^{※1}や居宅療養管理指導を依頼できる薬局を知っていますか。
 1 知っている 2 知らない

(5) 薬剤師会で訪問薬剤管理指導を行う薬局のリストを公表していますか、知っていますか。
 1 積極的に活用している 2 知っているがあまり活用していない 3 知らない

(6) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特二薬局に担ってほしい役割はありますか。
 1 特定健診・がん検診の推奨 2 認知症・うつ症状の早期発見 3 一般用医薬品、健康食品を含めた健康相談 4 医療・介護材料（口腔ケア用品を含む）等の提供 5 薬に関する研修会の実施 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介 7 地域ケア会議への参加 8 その他（ ）

質問は以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がありましたら自由にお書きください。

***** ご協力ありがとうございました。*****

※注1：訪問薬剤管理指導
 医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料として算定される対象業務。薬剤師が在宅患者の服薬管理指導を行う。

- (8) 薬によっては、(特に高齢者において)転倒が起こり易くなるものがあることを知っていますか。
 1 知っている 2 知らない
- (9) 薬によっては、口腔乾燥を起こし嚥下機能低下させるものがあることを知っていますか。
 1 知っている 2 知らない
- (10) 口腔ケアに関して、歯科医師との連携をされていますか。
 1 連携している 2 連携を検討中 3 連携は必要ない
- (11) 今後、利用者のケアプランに薬剤師による居宅薬管理指導^{※1}を入れてみたいと思いませんか。
 1 ぜひ入れたい 2 利用者の状況に応じて検討したい
 3 あまり必要ない 4 必要ない
- (12) 地域で訪問薬剤管理指導^{※2}や居宅薬管理指導を依頼できる薬局を知っていますか。
 1 知っている 2 知らない
- (13) 薬剤師会で訪問薬剤管理指導や居宅薬管理指導を行う薬局のリストを公表していますが、知っていますか。
 1 積極的に活用している 2 知っているがあまり活用していない 3 知らない
- (14) 地域包括ケアを推進する中で、在宅医療の他に特に薬局に担ってほしい役割はありますか。
 1 特定健診・がん検診の推進 2 認知症・うつ症状の早期発見
 3 一般用医薬品・健康食品を含めた健康管理 4 医療・介護材料(口腔ケア用品を含む)等の提供
 5 薬に関する研修会の実施 6 必要な患者を地域包括支援センターへ紹介
 7 地域ケア会議への参加 8 その他()

質問は以上です。その他、地域包括ケアシステムや在宅医療、服薬管理の問題についてご意見等がありましたら自由にお書きください。

***** ご協力ありがとうございました。*****

※注1：居宅薬管理指導
介護保険の居宅療養管理指導費として算定される対象業務。薬剤師は利用者の居宅で服薬管理指導を行う。

※注2：訪問薬剤管理指導
医療保険の在宅患者訪問薬剤管理指導料として算定される対象業務。薬剤師が在宅患者の服薬管理指導を行う。

- (4) 貴施設の利用者数を教えてください。(H25年5月末日現在)
 1 1～50人 2 51～100人 3 101人～150人 4 151人～200人 5 200人以上
- (5) 現在、提携している医療機関はありますか。
 1 ある 2 ない
- (6) 現在、提携している訪問看護ステーションはありますか。
 1 ある 2 ない

問2. 利用者の薬の使用状況についてお伺いします。

- (1) 貴施設の薬の使用状況は総じてどのような状況だと感じられていますか。(3つまで選択してください。)
- 1 利用者自身又は家族で服薬ができていない
- 2 施設職員又は訪問介護員(以下、「ヘルパー」という。)の介助により服薬できている
- 3 施設職員又はヘルパー等が介助しているが、十分でない
- 4 施設職員又はヘルパー等の決められた時間では薬のことで対応することは困難である
- 5 薬のことは全く関与していない
- 6 その他()
- (2) 服薬が十分でないと感じることがあるとすれば、どのようなケースがありますか。(複数回答可)
- 1 飲み忘れたり、飲み間違える 2 勝手に判断して飲んだり飲まなかったりする
- 3 何をいつ飲んだらよいかわかっていない 4 複数の医療機関から処方されている
- 5 薬の種類や量が多い 6 いくつかの薬か、何の薬かわからなくなったものがある
- 7 期限切れの薬を使うことがある 8 お薬手帳を何冊も持っている
- 9 その他()

- (3) 利用者の服薬に関する管理(又は支援)をするとすれば、誰に依頼しますか。
- 1 医師(歯科医師) 2 薬剤師 3 看護師 4 ヘルパー 5 家族 6 その他()

- (4) 利用者の服薬管理を、薬剤師に依頼したことがありますか。
 1 依頼したことがある … (5)へ 2 依頼したことがない … (6)へ

- (5) (4)で「1. 依頼したことがある」と回答した方にお尋ねします。
 ①服薬管理を薬剤師に依頼することで、有用だった事例はありますか。
 1 利用者の治療に有用だった事例がある 2 看護や介護業務の負担が軽減した事例がある
 3 有用だった事例はなく、薬剤師による管理は特に必要ない 4 有用だったかどうかかわからない
- ②①で「1. 利用者の治療に有用だった事例がある」と回答した方にお尋ねします。
 それはどのようなことですか。(複数回答可)

- 1 利用者(又は家族)が薬のことを理解して飲むようになった 2 薬の膨らみができ、残薬が少なくなった
- 3 薬による副作用の未然防止や早期発見ができた 4 飲み忘れや飲み間違えが少なくなった
- 5 利用者の状態に応じた薬に変更できた
- 6 医師(歯科医師)や訪問看護師と連携しやすくなった
- 7 その他()

- (6) (4)で「2. 依頼したことがない」と回答した方にお尋ねします。
 依頼したことがない理由は何ですか。
 1 薬剤師が訪問できることを知らなかった 2 利用したいが、どこへ依頼してよいかかわからない
- 3 医師(歯科医師)、看護師が訪問している 4 訪問を依頼することで利用者の負担が増える
- 5 薬で困ったことがない 6 その他()

- (7) 薬剤師は利用者のもとを訪問し、次のような服薬管理を行えますが、どのような業務を行ってほしいですか。(複数回答可)
- 1 薬の効き方や副作用の説明 2 服薬(使用)方法の指導
- 3 薬の保管管理の指導 4 残薬の確認
- 5 薬の飲み合わせの確認 6 飲み忘れがないような改管策の検討
- 7 薬の効果、副作用の確認 8 体調変化の確認
- 9 服薬状況の医師(歯科医師)、看護師、ケアマネジャー等への報告
- 10 その他()

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 有田 健一 広島県医師会
石口 房子 広島県地域包括ケア推進センター
石田 栄作 広島県歯科医師会
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
才野原照子 広島県看護協会
佐々木 博 広島市医師会
竹内 宏文 広島市健康福祉局
豊見 敦 広島県薬剤師会
海嶋 照美 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
井上 映子
重森 友幸
谷川 正之
豊見 敦
中川 潤子
理事 串田 慎也
副会長 木平 健治 (オブザーバー)

精神疾患専門委員会

目 次

平成 25 年度精神疾患専門委員会報告書

- I. は じ め に
- II. アンケート調査 その1 児童思春期
精神医療の現状と意識調査
- III. アンケート調査 その2 地域連携の現状
- IV. 各サブグループの現状と課題
- V. 課題解決のための提言（中間報告）
- VI. 26 年度の活動計画
—提言の具体化にむけて—

精神疾患専門委員会

(平成 25 年度)

平成 25 年度精神疾患専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 精神疾患専門委員会

委員長 山脇 成人

I. はじめに

厚生労働省は、精神疾患を、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に次いで、5大疾患と位置づけ、平成 25 年度からの医療計画では、5 疾病・5 事業として、都道府県は、各疾病ごとに、必要となる医療機能を定めた上で、それぞれの医療機能を担う医療機関を明示し、地域の医療連携体制を構築することが義務づけられた。

精神疾患の中で、社会的要請の強いものとして、認知症、うつ病、児童思春期精神疾患、アルコール・薬物依存、身体合併症問題など多岐にわたるが、広島県においては、広島県地域保健対策協議会（地对協）の精神疾患専門委員会を立ち上げ、平成 25 年度では、児童思春期精神医療検討ワーキングにおいて、医療計画と連動して対策を検討することになった。

本ワーキングでは、課題別に「児童虐待」「不登校・ひきこもり」「発達障害」「地域連携」のサブグループにわかれ、各分野の現状を把握し課題を明確にするために、アンケート調査を行い、それぞれの課題と今後の対策を取りまとめたので、以下に報告する。

II. アンケート調査 その1 児童思春期精神医療の現状と意識調査

1 対象と方法：

県下の精神科医および精神科医療機関に対して、郵送でアンケート用紙を送付し、返信用の封筒で回収した。

2 時期：平成 25 年 12 月～平成 26 年 2 月

3 内容：

医師、医療機関に対して、それぞれ下記の内容に関する、選択肢形式と自由記述形式で答える形のアンケートを行った。

- 1) 医師に対して：児童思春期（未成年）患者の診療に対する意向、考え
- 2) 機関に対して：診療担当医師や診療の現状・業務量の把握、今後の在り方、専門医の育成への意向

4 結果：

1) 回収率と内訳：

「医師」については、203/409 名の 49.6%の回収率で、設問により、数例の無効回答があった。経験年数別の内訳では、5 年未満が 15 名、6～10 年が 16 名、11～20 年が 56 名、21～30 年が 53 名、31 年以上が 59 名であった（図 1）。所属機関は、単科精神病院が 84 名、精神科クリニックが 60 名、総合病院が 12 名、福祉行政機関が 8 名、大学病院が 7 名であった（図 2）。

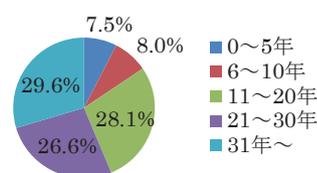


図 1 精神科医としての経験年数

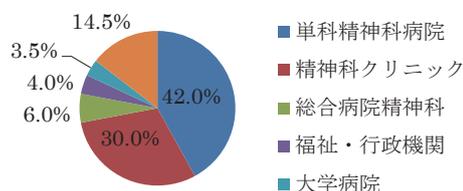


図 2 所属医療機関

「医療機関」については、103/284 機関の 36.3%の回収率で、設問により数例の無効回答があった。機関種別での内訳は、単科精神病院が 12、クリニックが 45、総合病院その他が 44、であった（図 3）。所属医師会のエリアは、広島市が 51、（広島市を除く）県西部が 22、県東部が 21、県北部が 2 であった（図 4）。

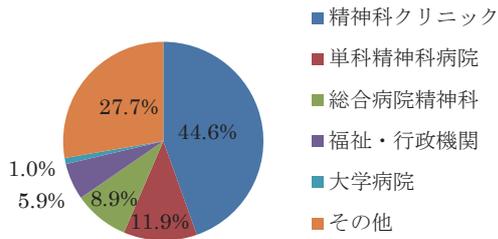


図3 機関の形態

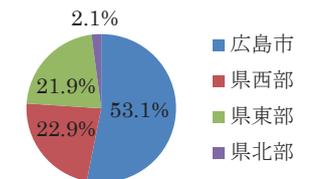


図4 所属市郡地区医師会

2) 結果の概要：

(1) 「医師」へのアンケート

① 児童思春期患者の診療の意向について

有効回答 199 名中、引き続き、あるいは条件が整えば携わりたい医師が 73 名 (36.7%)、(条件が整えば) 中卒以降の患者限定で携わりたい医師が 35 名 (17.6%) であり、両者を合わせた 108 名 (54.3%)、すなわち、回答医師の約半数が、児童思春期領域への関与の意向を持っている (図 5)。

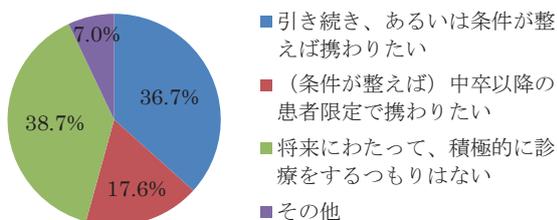


図5 児童思春期(未成年)患者の診療をする事についての意向

② 新たな診療関与のための条件

将来における、新たな関与の意向を持つ医師 (70 名) にとっての必要条件は、生涯学習での勉強 (44 名)、事例検討会 (34 名)、専門機関での診療機会 (28 名) などである。

③ 児童思春期患者の診療を回避する理由

診療の意向の無い医師 (77 名) が掲げる回避の理由は、知識・技術への不安 (60 名)、エネルギー負担の大きさ (48 名) などである。

④ 経験年数別の意向

経験年数で、a.0~10 年 (31 名)、b.11~20 年 (56

名)、c.21 年以上 (112 名) の 3 群に分けると、a. の若手では、現時点での実務者は少ない (5 名, 16.1%) が、将来的な関与の回避も少なく (9 名, 29.0%)、 「条件が整えば」と考えている人が多い (13 名, 41.9%) (図 6)。一方、c. のベテランでは、実務者も多い (27 名, 24.5%) が、将来的な関与の回避の意向も多く (48 名, 43.6%) (図 8)、b. の中堅は、両者の中間だが、約半数 (29 名, 51.8%) が、条件整備次第での将来的な診療の意向を持っている (図 7)。

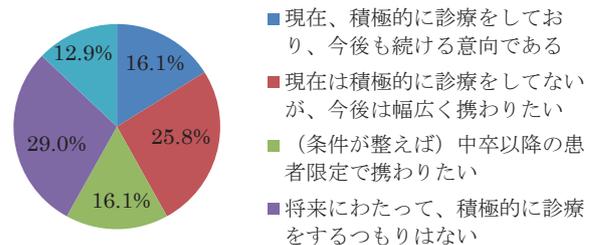


図6 児童思春期(未成年)患者の診療をする事についての意向
精神科医としての経験年数: 0~10 年

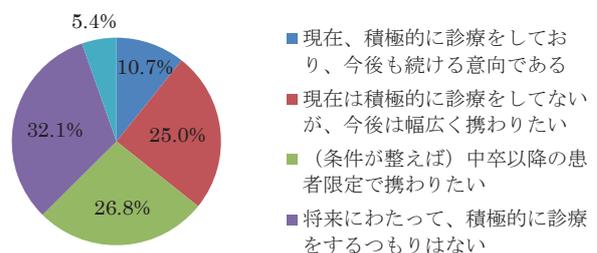


図7 精神科医としての経験年数: 11~20 年

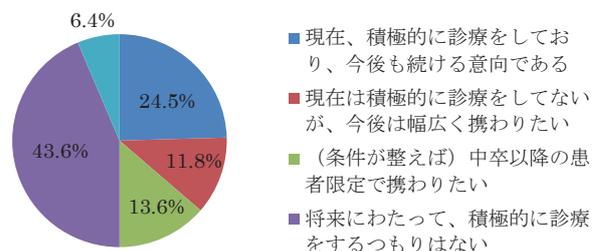


図8 精神科医としての経験年数: 21 年~

(2) 「医療機関」へのアンケート

① 初診の現状

回収数 103 機関中、無回答を除いた 89 機関のうち、65 機関 (73.0%) で、平成 24 年度の一年間に、1 名以上の未成年患者の初診があった。この 65 機関のうち、0~5 歳の初診があるのが、12 機関 (18.5%)、6~12 歳の初診があるのが 33 機関 (50.8%)、13~

15歳の初診があるのが42機関（64.6%）、16～19歳の初診が64機関（98.5%）と、初診の対象年齢が上がるにつれ、新患の診療実績のある機関数が増えている。

② 児童思春期の診療業務量の実情

回収数103機関中、無回答を除いた84機関のうち、児童思春期の初診・再診の実際の診療業務量については、0回が16機関（19.0%）、月平均1回（年間のべ1～12回）未満が12機関（14.3%）、月平均5回まで（年間13～60回）が16機関（19.0%）、月平均10回まで（年間61～120回）が10機関（11.9%）、月平均20回まで（年間121～240回）が11機関（13.1%）、月平均50回まで（年間241～600回）が10機関（11.9%）、それ以上が10機関（10.7%）であった（図9）。

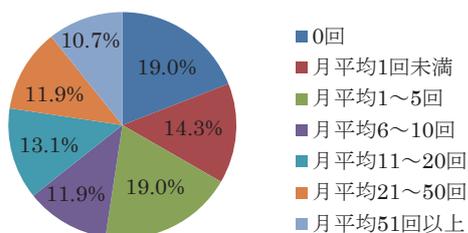


図9 児童思春期の診療業務量

③ 診療への意向

回収数103機関中、無回答を除いた97機関のうち、現在・将来の積極的診療の意向を持つ機関が23機関（23.7%）、条件次第で診療の意向の機関が19機関（19.6%）である一方、将来に亘って診療回避の意向を持つ機関が44機関（45.4%）にも上る（図10）。

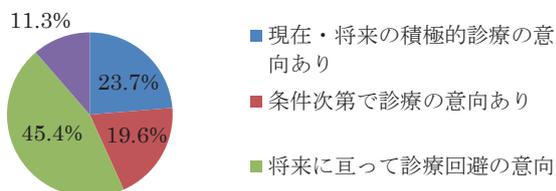


図10 診療への意向

④ 児童精神科医の育成への協力の意向

回収数103機関中、63機関（61.2%）が、何らかの形で育成への協力の意向を持っている。また、回収数103機関がその「必要条件」として捉えているのは、「指導医の増加」が69（67.0%）、「専門機関への派遣研修」が56（54.4%）、「座学の学習機会」

が46（44.7%）、である。

⑤ 児童思春期精神医療科の中で、今後の必要な医療資源

回収数103機関中、児童精神科医の充実65（63.1%）、専門クリニック62（60.2%）、専門入院機関39（37.9%）、専門デイケア38（36.9%）、である。

⑥ 役割分担、機能分担に対する捉え方

回収数103機関中、特定の医療機関への集約49（47.6%）、成人機関への対応拡大48（46.6%）、小児科との積極連携43（41.7%）、教育でのインフラ整備43（41.7%）と、捉え方はさまざまである。

⑦ 地域別の差異（特色）

県北部では、絶対的に医療機関数が少ない。広島市域では低年齢児童への対応機関が多い。県東部では、児童思春期の診療回避をする機関が少なく、また、小児科との連携を志向する機関が多い。県西部では入院機関へのニーズが高い。

5 考察：

条件を整えば、児童思春期の精神医療に、新たに携わっても良いという意向を持つ医師が、回答者の半数を占めている。ただし、その必要条件として、座学や実務での学習・研修機会が求められている。そのための現実課題としては、「指導者」としての「専門医」の不足や、現存の専門医療機関の多忙や過負担が懸念されており、早急に、専門医を育成する場や、支援システムを作る必要がある。各医療機関も、そのための協力の意向を示している。

専門医、診療医の育成を図る一方で、児童精神科医療とその近接領域との機能分担、役割分担についても検討していく必要がある。

Ⅲ. アンケート調査 その2 地域連携の現状

1 対象と方法：

本ワーキンググループ委員の所属する精神科医療機関に対して、郵送でアンケート用紙を送付し、返信用の封筒で回収した。

その内訳は、広島大学病院精神科、広島県立総合精神保健福祉センター、広島県西部こども家庭センター、広島市精神保健福祉センター、広島市こども療育センター、広島市立舟入病院小児心療科、医療法人翠星会松田病院の計7機関である。

2 時期：平成25年7月～25年8月

3 内容：下記3項目について、最近1年間の実際を自由記述形式で回答

- 1) 紹介元
- 2) 紹介先
- 3) 連携のための支援会議や事例検討会の開催および参加実績

4 結果：アンケート調査の回収率は100%であった。

- 1) 紹介元としては、総合病院精神科、精神科病院、精神科診療所、小児科診療所、他科診療所、発達障害者支援センター、青少年総合相談センター、ほかの相談機関、養護施設、市町、学校、警察、弁護士、親類縁者、知人などであり多岐にわたっている。
- 2) 紹介先としては、精神科病院、精神科診療所、相談機関、施設などであった。
- 3) 連携のための支援会議・事例検討会・研修会などを開催した場所は、精神科病院、教育委員会ひきこもり事例検討会、家庭相談員等事例検討会、広島市内中高対象思春期精神保健専門研修、県保健所、市保健所、広島学園、要保護児童対策地域協議会、警察・家庭裁判所との連携会議、広島県児童思春期精神保健事例検討ワークショップ、少年司法と思春期精神医療の対話・懇話会、広島児童思春期研究会、HASCAP 事例検討会、広島市学校保健会「こころの健康対策委員会」、中学校、高校、児童相談所などである。

以上の結果から、児童思春期精神科専門医療機関への紹介元は多岐にわたっているが、調査医療機関の異なった性質上それぞれ関連の強い紹介元や連携機関があることが推察された。

5 考察：

- 1) 紹介元に対する情報提供が必要である。
例えば、各児童思春期精神科専門医療機関が対応可能な曜日・時間帯、通院・入院体制の有無、電話相談の有無、児童思春期デイケアや児童思春期デイサービスの有無、連携（連絡）方法、受け入れ困難な事例などを明確にする必要がある。情報発信の方法として広報（紙媒体、インターネットなど）を検討する必要がある。
- 2) 児童思春期精神科専門医療機関が連携する機会、医療・教育・福祉・司法関係諸機関などとの連携の機会が必要である。そのためには、モデル事業として定期的な連携会議を設置す

ることが必要である。

- 3) 連携の場合は、報告的・形式的にならないような事例検討の方法と処遇検討も含め、参加者や会議の進行方法に関する工夫が必要である。
- 4) 県内に1ヵ所または複数箇所の子どもの心の問題に関する拠点専門機関の設置が必要である。
- 5) 専門的人材育成のための研修プログラム（医師、看護師、心理技術者、精神保健福祉士、作業療法士など向け）の作成と研修専門機関として引き受ける体制が必要である。

IV. 各サブグループの現状と課題

各サブグループの現状と課題として次のものが考えられた。

1 児童虐待グループ

- 1) 児童虐待相談件数の増加とそれに伴う心理的ケア・医学的ケアが必要な児童の増加。行動化の著しいケースの増加・低年齢化。
- 2) 児童思春期精神科医の不足。特に情緒障害を生じている子どもやトラウマケアを専門的に行える医療機関・研修の不足。
- 3) 児童虐待についての啓発不足。
児童自身に対する影響だけでなく、保護者への精神医学的治療や精神疾患のある保護者への対応、法的対応や各機関の役割について精神科医が学ぶ機会がない。
- 4) 関係機関（教育、司法、保健、福祉）の連携の中で、医療機関が果たすべき役割が未整理。
- 5) 診療実績のある、あるいは診療意欲のある医療機関情報の不足。

2 不登校・ひきこもりグループ

- 1) 受診児の増加と児童思春期精神科医の不足。
不登校から引きこもりになると、治療期間が長引く。その結果として、初診までの待機時間の長期化。
- 2) 多種多様な機関との連携体制が未整備。
不登校では学校との連携は欠かせないが、教育（教諭、スクールカウンセラー）と医療の連携が難しい。
小・中学生を対象としたアウトリーチ（訪問支援：移動支援、学習支援、児童デイサービス、メンターなど）の活用、中学卒業以上を対象とした社会資源（通信高校、サポート校、

オープンスペースなどの自立・就労支援)の活用が不十分。重症例では引きこもりは当事者が支援の場になかなか現れないことに加え、医療以外の支援も必要とするため、教育・家庭・医療・福祉などの連携を要すが、その要となるスクールソーシャルワーカーなどを活用した支援体制の未整備。

3) 診療意欲のある医療機関情報の不足。

3 発達障害グループ

1) 受診者の増加と児童思春期精神科医の不足。
結果としての予約受付から初診までの待機期間の延長。

治療終了の目途が立たない事での再診外来の患者の堆積。

思春期以降で行動上の問題が発生した時の対応入院病棟の不足。

2) 医療分野における役割分担と連携

① 児童精神科臨床と一般精神科臨床の不連続性
発達障害は、生涯に亘って問題が連続するが、臨床的な支援に際しては、児童思春期と成人期の精神医療での不連続性や断絶がある。

② 小児科臨床と児童精神科臨床の役割分担の未整理

発達障害は「早期発症」の問題であり、小児科が現実的に関与する部分も大きい精神科との役割分担や、担当科のスイッチングの問題が解決されていない。

3) 医療の近接領域との役割分担と連携

① 医療、教育、福祉、司法の間での役割分担の未整理と連携の未整備。

② 医療への近接領域からの過度の期待。

発達障害は、診断がすべての支援のスタートになる現状があるため、近接領域での支援が遅れ遅れになりがちである。また、障害そのものは不可逆性であるにも関わらず、問題の継続や解決の困難さゆえ

に、医療に対する過度の期待や依存が、近接領域からなされる傾向にある。

V. 課題解決のための提言（中間報告）

1 人材育成

1) 専門医の育成：大学病院などの研修制度に組み込む。

現在専門医のいる施設に研修医のポストを作り、外来陪審、症例の担当、事例検討会やスーパーヴィジョンへの参加を行う。

2) 診療医の育成：系統的な研修会を一般臨床医が参加しやすい日時に行う。

2 支援システムの構築

1) 医療機関同士の連携：各児童思春期専門医療機関の実態把握（対応可能な曜日・時間帯、通院・入院体制の有無、電話相談の有無、児童思春期デイケア・デイサービスの有無、連絡方法、受け入れ困難事例などの明確化）と情報発信

2) 近接領域（小児科、教育、福祉、司法など）との連携：定期的な連携会議（事例・処遇検討会を含む）の設置

VI. 26年度の活動計画

—提言の具体化にむけて—

1 広島県の専門医、診療医の必要人数と現状把握
2 各児童思春期精神科専門医療機関の診療、相談、サービス機能の実態把握と情報発信方法の検討
3 現在ある研修会の実態把握（主催者、参加資格、会費の有無、開催場所や日時、内容など）と広報による情報共有

4 診療医育成のための研修会の試行

5 事例（処遇）検討会を含むネットワーク会議の試行

広島県地域保健対策協議会 精神疾患専門委員会

委員長	山脇 成人	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
委員	小笠原英敬	広島県医師会
	岡本 泰昌	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	桑原 正雄	広島県医師会
	高畑 紳一	全国自治体病院協議会
	佐伯真由美	広島県立総合精神保健福祉センター
	坂尾 良一	賀茂精神医療センター
	瀬川 芳久	千代田病院
	谷山 純子	広島市精神保健福祉センター
	土手 慶五	広島県医師会
	豊田 秀三	広島県医師会
	西田 篤	広島市こども療育センター
	檜谷 義美	広島県医師会
	布施 淳一	広島県健康福祉局
	細田 益啓	広島市健康福祉局障害福祉部
	安常 香	広島県西部こども家庭センター
	山崎 正数	広島県精神神経科診療所協会
	若林 拓	広島県健康福祉局 高齢者支援課
	和田 健	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. 拠点病院について
- III. がん医療ネットワークについて
- IV. 5大がん以外の医療体制について
- V. お わ り に

がん対策専門委員会

(平成 25 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 杉山 一彦

I. はじめに

本委員会の役割のひとつは、国の方針であるがん対策基本法のもとで、質の高いがん医療を広島県内の居住地にかかわらずどこでも受けられるようにするために設けた「がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）」について、各医療機関の調査を行い評価し、その機能強化を図ることにある。

また、拠点病院がその機能を十分に発揮するためには、広島県内のがん医療に関わるすべての医療機関が、がんの種別毎にネットワークを形成して、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づくりも必要と考えてきた（図1）。そこで、本委員会の下にがんの種別毎に専門家を糾合し特別委員会またはワーキンググループをつくり、ネットワークを構築に取り組み、平成 24 年度に 5 大

がんすべてのネットワーク構築が完了し、実際に機能することを目指し、構築したネットワークが実際に機能しているかについての検証などに取り組んだ。

また、平成 25 年度から「第 2 次広島県がん対策推進計画」がスタートし、医療分野の推進方策についても協議した。

II. 拠点病院について

県内には国指定の 11 医療機関のほかに県独自の指定で 5 つの医療機関が指定され、広島県のがん医療の拠点としての役割を果たしている。

平成 26 年 1 月に拠点病院の新たな整備指針と指定のスケジュールが国から示され、平成 26 年度は、現行の要件で 1 年間指定延長することとなったため、新要件を受けての広島県の今後のがん医療体制を来年度協議する必要がある。

がん医療ネットワークの構築

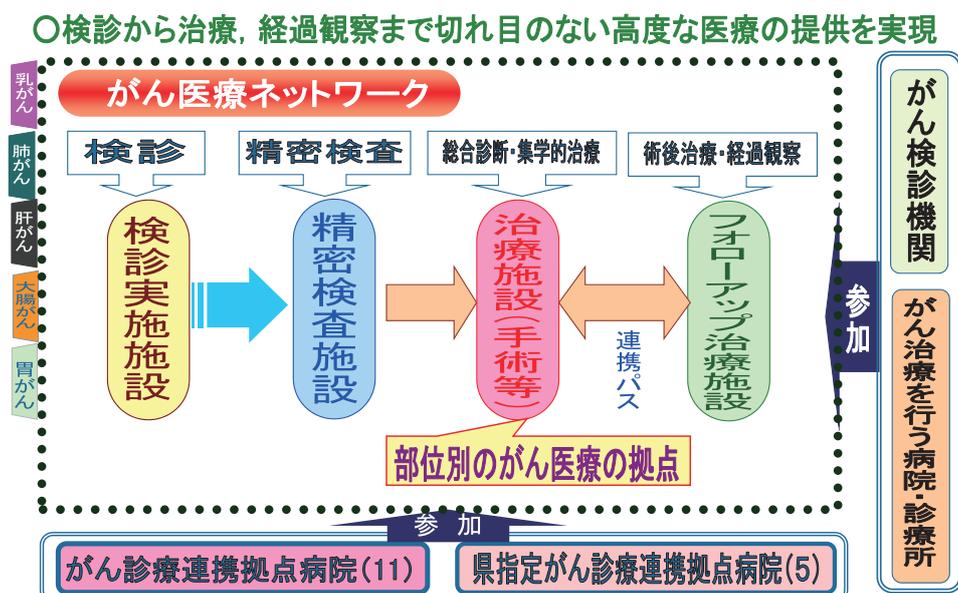


図1 広島県におけるがん医療ネットワークの構築

Ⅲ. がん医療ネットワークについて

検診から治療、経過観察までを、一定の医療水準が保たれた切れ目ない医療を実現するために、がん医療ネットワークの構築を進めてきた。広島県内では、平成21年（2009年）度の“乳がんネットワーク”，平成22年（2010年）度の“肺がんネットワーク”につづいて平成24年度（2012）に“肝がんネットワーク”，“大腸がんネットワーク”，“胃がんネットワーク”が構築され、いわゆる5大がんについてのネットワークが完成した（表1）。そして、各ネットワークの各医療機関と患者をつなぐツールとして作成している「私の手帳」も5がんすべてで整備した。

表1 広島県における5大がんの医療ネットワーク

	発足年度	委員長
乳がんネットワーク	平成21年（2009年）	檜垣 健二
肺がんネットワーク	平成22年（2010年）	岡田 守人
肝がんネットワーク	平成24年（2012年）	茶山 一彰
大腸がんネットワーク	平成24年（2012年）	岡島 正純
胃がんネットワーク	平成24年（2012年）	岡島 正純

今年度は、先行してスタートした、乳がんおよび肺がんについて、拠点病院での「私の手帳」の活用状況調査とフォローアップ施設に対するネットワークの運用状況のアンケート調査を実施した。ネットワークは完成したものの、その本格的な運用はこれからであり、拠点病院の医師の意識の変化や多職種連携の推進が必要であるとの意見があった。

また、これらの結果などを受けて、乳がん医療連

携推進ワーキンググループと、肺がん医療連携推進ワーキンググループを開催した。

乳がん医療連携推進ワーキンググループでは、乳がん専門医および認定医の育成状況の報告やネットワーク各施設群の医療基準の確認などについて協議された。

肺がん医療連携推進ワーキンググループでは、ネットワーク各施設群の医療基準の確認と調査票の内容について協議したほか、啓発を継続しネットワークの充実に取り組むこと、低線量CT検診によりがんを早期に発見する体制構築について協議された。

Ⅳ. 5大がん以外の医療体制について

今年度、甲状腺がんおよび前立腺がんについて、クリニカルパス検討ワーキンググループを立ち上げ、医療体制の検討と患者と医療者をつなぐ「私の手帳」の検討を行った。

Ⅴ. おわりに

第2次広島県のがん対策推進計画がスタートしたが、実際の成果として、がんの年齢調整死亡率の低下などを示していく必要がある。広島県の医療の強みである地対協の枠組みを活用し、医療ネットワークをより効果的なものにする必要がある。これに寄与する取り組みとして、広島県医師会による“がん対策サポートドクター”（がんよろず相談医）の認定事業進んでいる。この制度は、かかりつけ医によるがん検診の受診勧奨やがん医療の情報提供をはかる上で有用であり、がん対策の大きな力になると思われる。

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	杉山 一彦	広島大学病院
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保健学研究院
	岡島 正純	広島市民病院
	岡田 守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	笠松 淳也	広島県健康福祉局
	鎌田 七男	広島原爆被爆者援護事業団
	菊間 秀樹	広島県健康福祉局
	桑原 正雄	広島県医師会
	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	篠崎 勝則	県立広島病院
	臺丸 尚子	広島市健康福祉局保健部
	茶山 一彰	広島大学
	豊田 秀三	広島県医師会
	永田 靖	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	檜垣 健二	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

肺がん早期発見体制ワーキンググループ

目 次

広島県の肺がんの早期発見体制の構築に向けて

- I. は じ め に
- II. 低線量 CT による肺がん検診のための講習会
- III. 県内 CT 検診実施施設の実態調査
- IV. 今 後 の 方 針

肺がん早期発見体制ワーキンググループ

(平成 25 年度)

広島県の肺がんの早期発見体制の構築に向けて

広島県地域保健対策協議会 肺がん早期発見体制ワーキンググループ

委員長 栗井 和夫

I. はじめに

平成 22 年の広島県のがん登録によると、部位別のがん罹患数において、肺がんは男性の 3 位、女性の 4 位であるが、がん死亡数では男女とも 1 位である。また、広島県の肺がんの 5 年相対生存率は 35% 程度であり、すべてのがんのうち下から 4 番目に生存率が低いものである。我が国では、肺がんの発見のために胸部 X 線写真による検診が広く普及しているが、他府県とほぼ同様に、広島県においても 2000 年から 2010 年の間、肺がんの 75 歳未満年齢調整死亡率の減少傾向は見られず、胸部 X 線検診の効果が十分にあるとは言いがたい状況である。

一方、2011 年に米国より全米肺検診臨床試験 (National Lung Screening Trial: NLST) の結果が発表され、胸部 X 線検診と比較して低線量 CT 検診で肺癌死亡率が 20% 減少したことが明らかにされた¹⁾。この結果から、世界的に低線量 CT により肺がん検診を行おうとする試みが活発になっている。

このような状況を受けて、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では、平成 24 年に肺がん早期発見体制ワーキンググループ (以下、WG と略) を組織し、県内における低線量 CT 検診の普及に関する検討を始めた。平成 24 年度は、1) 県内 4 病院および 2 自治体 (1 市、1 町) における CT 検診の実態調査 (結果は、広島医学 66 巻 3 号；

174-180, 2013 年に掲載)、2) 低線量 CT 検診の普及のためのマニュアル作成、3) 低線量 CT 検診の最新情報の収集・分析、4) 低線量 CT 検診の費用対効果比分析 (現在、英語論文作成中) などを実施した。

平成 25 年度は、1) 初年度に作成した低線量 CT 検診マニュアルをテキストとした講習会、2) 県内 34 施設を対象に CT 検診の実態調査、などを実施した。

II. 低線量 CT による肺がん検診のための講習会

平成 25 年 9 月 25 日から 11 月 18 日の間、広島市 (北部および中央)、福山市、呉市、三原市、三次市の計 6 ヶ所において、同一内容の講習会を実施した。講師は、WG の委員が順番に担当した。参加者の内訳を表 1 に示すが、合計 372 人の県内の医療関係者が多数参加し、各地の講演後には活発な質疑応答が行われた。

講習会は、臨床編および技術編に分けて行われた。前半の臨床編では、①広島県における肺がんの状況、② NLST 試験の結果についての解説、③ そのほかの低線量肺がん検診のデータに関する解説、④ CT 検診の適応、⑤ CT 検診画像の読み方および経過観察の仕方、⑥ CT 検診の利益リスク分析 (X 線被ばくのリスク) などが述べられた。後半の技術編では、1) 低線量 CT の画像の特性、2) アーチファクトの

表 1 低線量 CT による肺がん検診のための講習会の参加人数

	9月25日	10月2日	10月16日	11月6日	11月7日	11月18日	合計
	広島市北部	広島	福山	呉	三原	三次	
医師	8	25	11	17	7	8	76
診療放射線技師	9	48	65	33	58	22	235
その他 (行政・看護師等)	0	2	1	2	17	0	22
関係者	6	8	8	6	6	5	39
合計	23	83	85	58	88	35	372

成因とその対策、3) 最近の低線量技術などについて講義が行われた。

講習会では、前年度に作成した「低線量 CT 検診マニュアル」がテキストとして配布された。講習会当日に実施されたアンケートの集計では、223 人の回答者中 212 人から「低線量 CT 検診マニュアルは実際の CT 検診の実施にあたって有用である」との回答を得た。

また、講習会後の質疑応答では、「なぜ低線量で CT 検診を行う必要があるのか」、「低線量 CT 検診は、通常の CT 装置でも実施できるのか」「低線量で CT を実施するためにはどのようにすればよいか」といった質問内容が多かった。

Ⅲ. 県内 CT 検診実施施設の実態調査

平成 25 年 8 月に、CT 検診に関するアンケートを県内 37 施設に郵送した。そのうち、25 施設より回答があり、うち実際に CT 検診を実施している施設は 18 施設であった。アンケートは、技術指標、体制指標、プロセス指標の 3 点について実施した。CT 検診を実施している 18 施設についての結果を、表 2～4 に示す。

1) 技術指標 (表 2)

CT 装置としては、18 施設中、17 施設で 4 列以上

の多列検出器型 CT 装置が使用されていた。また 7 施設にて、64 列以上の高スペック CT 装置が使用されていた。

CT 画像のスライス厚は 13 施設で 5 mm 以下であり、いずれの施設でも小結節の検出を心がけていることが伺われた。また、推定実効線量は、記載のあった 16 施設中の 5 施設で 2 mSv より多かった。この結果から、未だ低線量で CT 検診が行われていない施設が 1/3 程度存在すると考えられ、今後も、低線量で CT 検診を実施することの重要性を啓蒙しなければならないと考えられた。

2) 体制指標 (表 3A および B)

表 3A に、CT 検診に従事する医師、診療放射線技師の内訳を示す。

CT 検診に従事する医師の 123 人中、「日本 CT 検診認定機構」の認定を受けている医師数は 11 人 (9%) であった。これに対して、CT 検診に従事する診療放射線技師 166 人のうち、「日本 CT 検診認定機構」の認定を受けているものは 7 人 (4%) であった。これらの結果は、CT 検診に十分な教育を受けていない医師・診療放射線技師が従事している可能性が示唆される。今後は、WG が開催する研修会でも、CT 検診に従事する医師や放射線技師に「日本 CT 検診認定機構」の認定を受けることを啓蒙する

表 2 広島県内 18 施設における肺がん CT 検診の集計結果 - 技術指標

施設	CT 列数	撮影管電流 (mAs)	可変式の場 合設定最大 管電流	撮影管 電圧 (kVp)	管球回 転速度 (秒)	ヘリカル ピッチ	スライ ス厚 (mm)	スライ ス間隔 (mm)	平均撮 影範囲 (cm)	平均 CTDIvol (mGy)	推定実 効線量 (mSv)	データ 保存法
A	16	50		120	0.6	1.375	5	5	35	1.8	0.9	D
B	16	40		130	0.5	1	10	10	33	3.1	1.4	D
C	4	—	220	120	0.75	5.5	3	5	30	17.1	7.2	D
D	64	30		120	0.5	0.984	7.5	7.5	32	2.0	0.9	D
E	64	—	100	120	0.5	1.531	5	5	30	2.1	0.9	D
F	4	30		120	0.75	2	5	5	30	1.2	0.5	D
G	16	25		120	0.8	1.1	10	10	33	1.3	0.6	D
H	16	100		120	0.5	1	10	10	32	5.6	2.5	F
I	16	200		120	0.5	1.375	5	5	38.9	2.5	1.4	D
J	4	300		120	不明	5.5	5	5	30	8.7	3.7	D
K	16	100		120	0.5	23	5	不明	30	1.8	0.8	D
L	16	—	50	120	0.5	15	3	3	30	不明	不明	D
M	1	50		120	1	不明	10	0	30	不明	不明	D
N	64	500		120	0.5	53	5	5	37	15.0	7.8	D
O	64	—	330	120	0.4	1.375	5	5	28	1.0	0.4	D
P	128	—		120	0.28	1.2	5	5	28	7.0	2.7	D
Q	64	50		120	0.4	1.375	5	5	35	1.1	0.5	D
R	128	100		120	0.5	1.05	5	5	30	2.4	1.0	D

D：デジタルデータとして保存

F：フィルムとして保存

表 3A 広島県内 18 施設における肺がん CT 検診の集計結果－体制指標 (1)

施設	医師の従事人数				診療放射線技師の従事人数			
	常勤 (人)	非常勤 (人)	このうち「日本 CT 検診認定機構」の認定を受けている医師数		常勤 (人)	非常勤 (人)	このうち「日本 CT 検診認定機構」の認定を受けている技師数	
			常勤 (人)	非常勤 (人)			常勤 (人)	非常勤 (人)
A	—	—	—	—	—	—	—	—
B	4	3	0	0	7	1	0	0
C	10	20	0	0	11	5	0	0
D	4	1	0	0	27	2	1	0
E	1	—	0	—	—	—	1	—
F	1	1	0	0	4	0	0	0
G	1	8	1	7	1	0	1	0
H	—	—	—	—	3	1	0	0
I	2	—	1	—	10	—	1	—
J	4	2	0	1	10	0	0	0
K	10	23	0	0	5	1	0	0
L	5	—	—	—	12	2	—	—
M	8	6	0	0	14	8	0	0
N	—	—	—	—	11	1	0	0
O	1	—	0	0	9	0	1	0
P	3	—	—	—	5	1	—	—
Q	3	0	1	0	—	—	1	0
R	2	—	0	—	11	4	1	0
合計	59	64	3	8	140	26	7	0

表 3B 広島県内 18 施設における肺がん CT 検診の集計結果－体制指標 (2)

施設	読影の方法	二重読影		検診形式 ※)			対象者の基準	
	フィルムまたはモニタ	行っている	いない	住民検診	職域検診	人間ドック	決めている	いない
A	—	—	—	—	—	—	—	—
B	モニタ	いる			●	●		いない
C	モニタ	いる		●	●	●		いない
D	モニタ	いる				●		いない
E	モニタ	いる				●		いない
F	モニタ	いる				●		いる
G	モニタ	いる			●			いない
H	フィルム	いる				●		いない
I	モニタ	いる				●		いる
J	モニタ	いる		●	●	●		いない
K	モニタ	いる		●	●	●		いない
L	モニタ	いる			●	●		いる
M	モニタ	いる		●	●			いない
N	モニタ	いる			●			—
O	モニタ	いる				●		いない
P	モニタ	いる				●		いない
Q	モニタ	いない				●		いない
R	モニタ	いる				●		いない
合計	モニタ 16 フィルム 1	いる 16 いない 1		4	8	14	いる 3 いない 13	

必要があると考えられた。

表 3B に、読影方法、検診形式、対象者基準設定の内訳を示す。読影はほとんどの施設においてモニタで読影が行われ、1 施設以外ではすべて二重読影

が行われていた。病変の見落としを防止するためには、すべての施設で二重読影を行うことが望まれる。対象者の基準は、回答があった 16 施設中 13 施設で決めていなかった。CT 検診の被ばくなどのリスク

を考慮し、利益リスク比を最大とするためにはCT検診の対象者の基準を明確に決める必要があると考えられた。

3) プロセス指標 (表 4A および B)

表 4A に CT 検診の受診者の年齢分布を示す。40 歳未満の CT 検診の受診者は、729 人で全体の 9.6% あり、肺がんの好発年齢より若年の受診者が多い傾向があった。この結果からは、CT 検診の対象者の年齢基準を明確に示すことが重要と思われた。

発見肺がん数は、全受診者 7,583 人中 4 人 (人口 10 万人対 52.7 人) であった。この発見率は、米国の NLST 試験における人口 10 万人対 645 人などに比べてかなり少ないが、この理由は、本調査における受診者の年齢層が低いこと、受診者の中に非喫煙者

も多く含まれているからではないかと推察される。この結果からも、CT 検診の利益リスク比を最大とするために、対象者の基準を明確に示すことが喫緊の課題と思われる。また、精検受診率が 28.3% ということは、CT 検診で何らかの異常を指摘されても、3/4 の者は放置されているということであり、CT 検診のフォローアップ体制の構築を早急に行うとともに、CT 検診の受診者に対して啓蒙活動を行うことの重要性が示唆される。

IV. 今後の方針

アンケートの結果をもとに、今後は WG から、① CT 検診の対象者の基準、② CT 検診の体制モデルの提示 (読影体制、フォローアップ体制など)、③ 低線量 CT の撮影プロトコルなどを、ホームページなどで発信してゆく予定である。また、低線量 CT 画像の読影法、判定法については、平成 26 年度に、広島市と福山市で 2 回程度、講習会を開催する予定である。低線量 CT の撮影の仕方については、診療放射線技師を対象とする技術ワークショップを県内 4 カ所 (広島市、呉市、三原市、福山市) で実施する予定である。

表 4A 広島県内 18 施設における肺がん CT 検診の集計結果 - プロセス指標 (1)

年齢	男		女	
	(人)	(%)	(人)	(%)
40 歳未満	575	9.7	154	9.2
40-49 歳	1,591	26.9	358	21.5
50-59 歳	2,011	34	511	30.7
60-69 歳	1,435	24.3	471	28.3
70 歳以上	304	5.1	173	10.4

表 4B 広島県内 18 施設における肺がん CT 検診の集計結果 - プロセス指標 (2)

施設	総受診者 (人)	要精検者 (人)	要精検率 (%)	精検受診者 (数)	精検受診率 (%)	発見肺がん (人)	切除肺がん (人)	I 期肺がん (人)
A	984	87	8.8	8	9.2	1	1	
B	231	29	12.6	0	0	0	0	0
C	1,290	49	3.8	—	—	—	—	—
D	271	1	0.4	1	100	0	0	0
E	206	27	13.1	10	37.0	0	0	0
F	427	23	5.4	21	91.3	0	0	0
G	241	20	8.3	11	55.0	1	1	1
H	1,449	1	0.1	1	100	0	0	0
I	128	10	7.9	10	100	0	0	0
J	301	17	5.6	10	58.8	0	0	0
K	155	23	14.8	—	—	—	—	—
L	740	19	2.6	7	36.8	0	0	0
M	770	51	6.6	17	33.3	0	0	0
N	45	0	0	0	0	0	0	0
O	118	5	4.2	5	100	0	0	0
P	2	0	0	—	—	—	—	—
Q	177	9	5.1	3	33.3	2	1	0
R	48	0	0	1	*	0	0	0
計	7,583	371	4.9	105	28.3	4	3	1

広島県地域保健対策協議会 肺がん早期発見体制ワーキンググループ

委員長 栗井 和夫 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
委員 芦澤 和人 長崎大学大学院
有田 健一 広島県医師会
飯沼 武 放射線医学総合研究所
奥崎 健 三原市医師会病院
木口 雅夫 広島大学病院
菊間 秀樹 広島県健康福祉局
桑原 正雄 広島県医師会
武田 直也 広島県健康福祉局がん対策課
富安真紀子 広島市安佐南区厚生部
豊田 秀三 広島県医師会
檜谷 義美 広島県医師会
藤高 一慶 広島大学病院
松浦 明子 広島市立広島市民病院
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
森本 章 呉共済病院
山下 芳典 呉医療センター・中国がんセンター

放射線治療連携推進ワーキンググループ

目 次

広島県における放射線治療体制の在り方

- I. は じ め に
- II. 平成 25 年度の成果
- III. 今 後 に む け て

放射線治療連携推進ワーキンググループ

(平成 25 年度)

広島県における放射線治療体制の在り方

広島県地域保健対策協議会 放射線治療連携推進ワーキンググループ

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 27 年度には広島駅新幹線口に「広島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重要な課題である。

なお、本委員会は昨年までは「放射線治療連携推進特別委員会」であったものが名称変更して、「放射線治療連携推進 WG」となったものである。

いよいよ平成 27 年に迫った「広島高精度放射線治療センター（仮称）」開院に向けて、県、広島市、県医師会、広島市立広島市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院、広島大学病院の 7 者はもとより、県内のすべてのがん診療連携拠点病院間の連携構築が重要となってきた。

II. 平成 25 年度の成果

平成 25 年度には、平成 26 年 2 月 5 日に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、がん放射線療法看護認定看護師、医師会委員、県市事務方から委員が会合を行い、2009-2012 年の放射線治療に係る県内実態調査結果をより詳細に解析し、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放射

線治療にかかわる医師数は横ばいであったが、医学物理士、常勤放射線技師数はわずかながら増加に転じた。

なお、地域がん診療連携拠点病院の指定要件が変更され、放射線治療医は専従となり、放射線診断医も専任の常勤医となった。

また、がん放射線療法看護認定看護師の配置も提示された。

昨年度の提言に盛り込まれた医学物理士の定員化、放射線治療技師の専任化および専任放射線治療担当看護師の配置が重要課題として、再確認された。特に医学物理士については、広島大学病院を始めとした県内の公的病院では未だ定員化や正式雇用されてはいない。今後の定員化に向けて、さらなる取り組みの重要性が考えられる。

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、広島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再構築を図る必要がある。

今後に向けては、平成 25 年度にワーキンググループ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（放射線腫瘍医、医学物理士、診療放射線技師、看護師）、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患者紹介のあり方の検討を行う必要がある。

また県内の患者に最適な医療を提供できる仕組みのあり方について、関連する診療科の医師や地域の医療関係者とも連携しながら、臓器別ワーキンググループの形成を含めて、引き続き検討を行う必要がある。

県内の放射線治療の一層の充実と質の向上に向け、広島高精度放射線治療センター（仮称）が果たすべき機能について、事業の関係者と連携して具体的な検討を行うことも重要である。最終的には、本委員

会による提言が今後、県、広島市、県医師会、大学などの関係者が具体的な取組みを行うにあたり有効な示唆を与えることを期待している。

放射線治療分野の医療資源

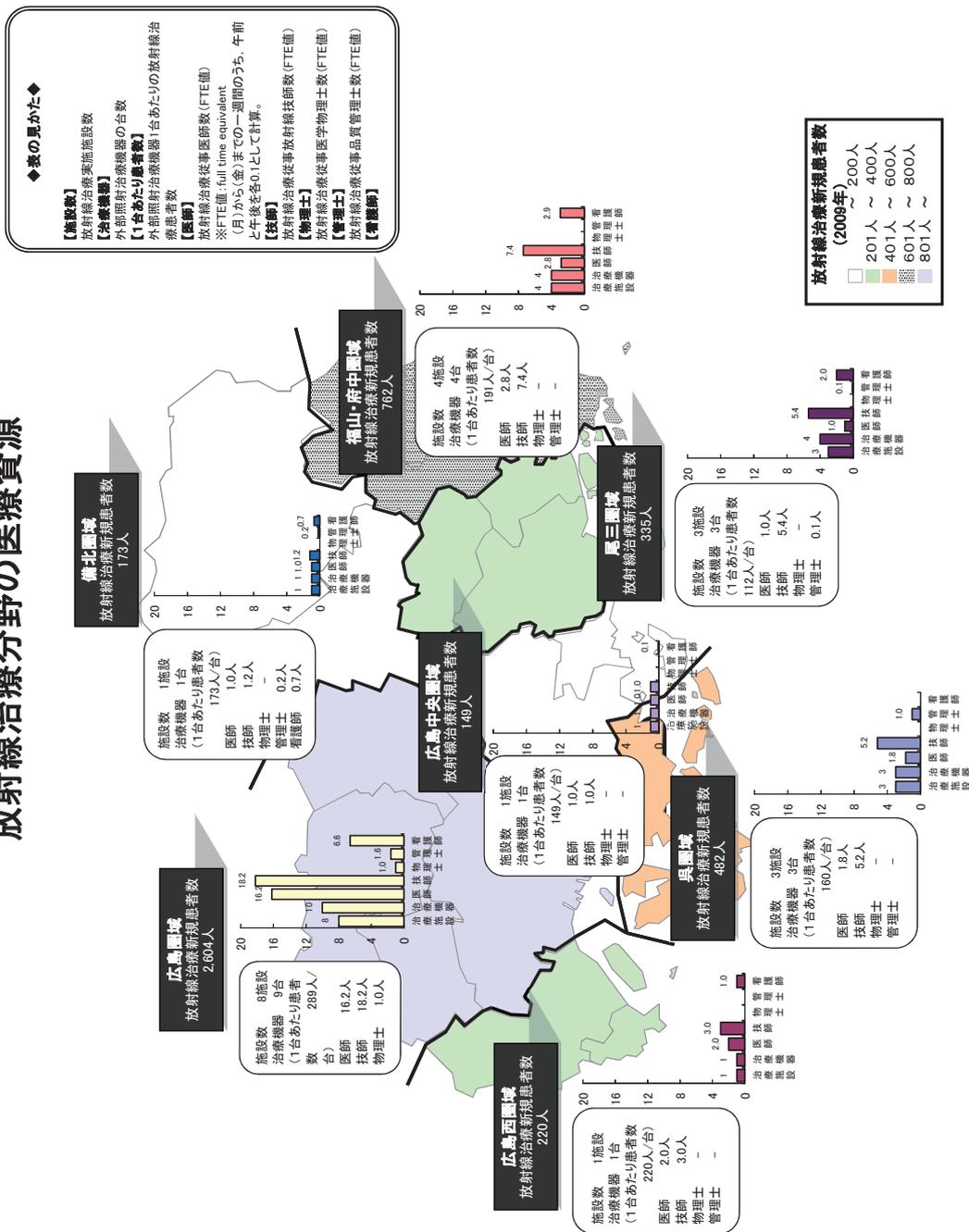


図1 参考資料：2009年における放射線治療分野の医療資源

放射線治療部門の原発巣別新規患者(2009)

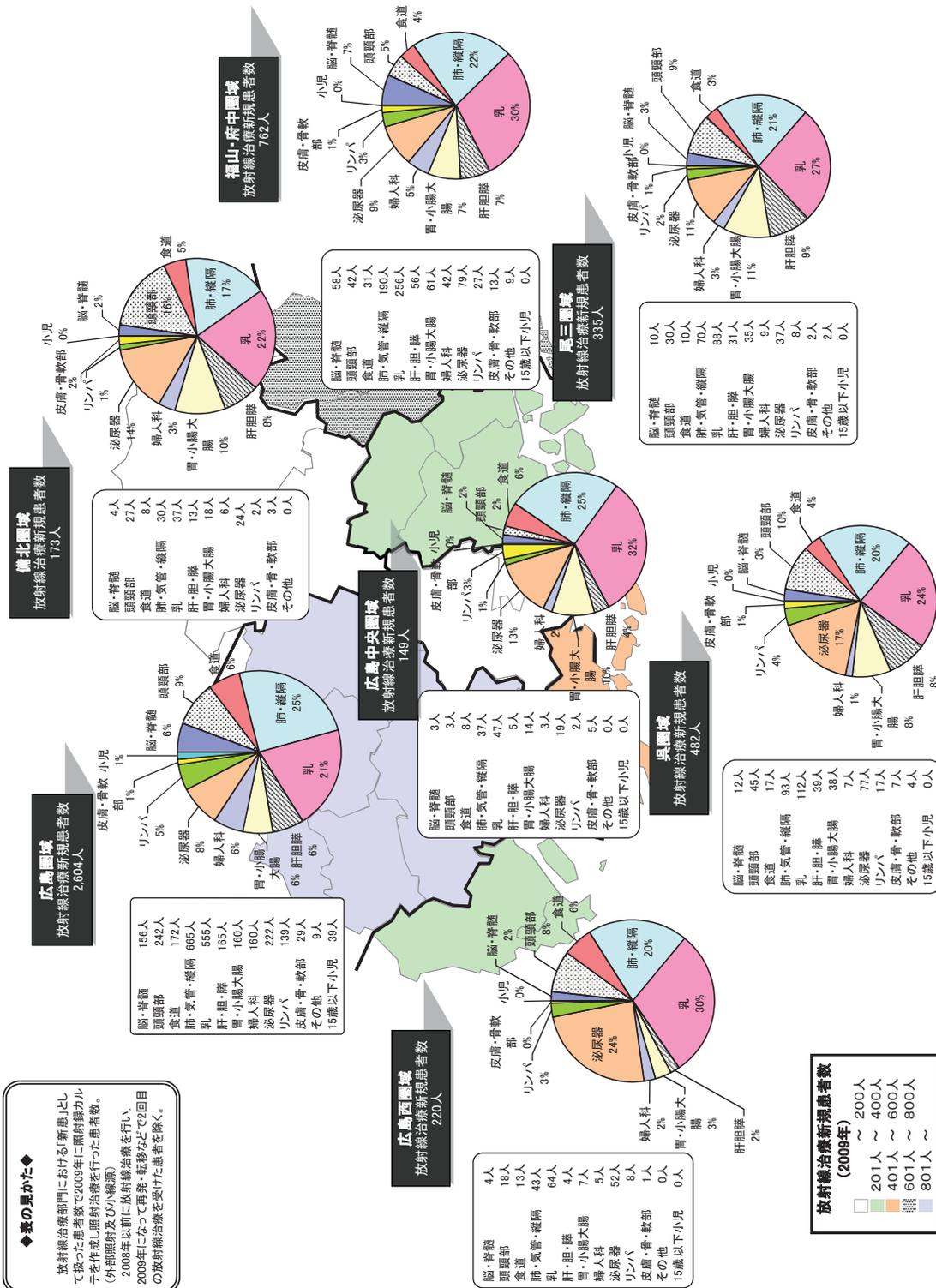


図2 参考資料：2009年における放射線治療部門の原発巣別新規患者

広島県地域保健対策協議会 放射線治療連携推進ワーキンググループ

委員長	永田 靖	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
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
	小澤 修一	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	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
	菊間 秀樹	広島県健康福祉局
	桐生 浩司	JA 広島総合病院
	桑原 正雄	広島県医師会
	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
	武田 直也	広島県健康福祉局がん対策課
	豊田 秀三	広島県医師会
	中島 健雄	広島大学病院
	長村 博之	広島市健康福祉局保健医療課
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤田 和志	東広島医療センター
	松浦 寛司	広島市民病院
	吉崎 透	広島市民病院
	和田崎晃一	県立広島病院

終末期医療のあり方検討特別委員会

目 次

終末期医療のあり方検討特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 委員会およびワーキング会議
- III. 終 わ り に

終末期医療のあり方検討特別委員会

(平成 25 年度)

終末期医療のあり方検討特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 終末期医療のあり方検討特別委員会

委員長 本家 好文

I. はじめに

平成 25 年一年間に死亡した日本人が 126 万人だったのに対し、新たに生まれた日本人は 103 万人で、わが国の人口は 20 数万人減少した。団塊の世代が高齢者の仲間入りをして、本格的な「少子高齢化社会」を迎えているが、次におとずれるのは「超高齢化・多死社会」である。

がん医療は凄まじい進歩を遂げて、治癒率が格段に向上したにもかかわらず、高齢化にともなうがん患者数は増加し、がん死亡者数の増加傾向も続いている。がんが不治の病と考えられていた時代には、がん告知はタブーで正しい病状説明が行われることは少なかった。しかし、そうした時代にあっても、自分の将来に不安を感じる人のなかには「むやみな延命治療は受けたくない」と意思表示をする「リビングウィル」や、自分の考えを「事前指示書」として文書に書き残す人もあった。

近年、「患者の意向に添った医療の実施」ががん医療においても重要な考え方として示されるようになった。なかでも終末期患者に提供される医療については、患者の価値観や人生観を尊重したうえで医療を提供することが求められている。しかし、現実には患者一人一人の価値観を大切に治療法の選択を、具体的にどのようにして進めていくかについては、解決できていないのが現状である。

そこで地対協「終末期医療のあり方検討特別委員会」では、一人一人の価値観や人生観などについて、元気なうちから家族や医療者と話し合っておく「アドバンス・ケア・プランニング」(ACP: Advance Care Planning) を普及させる取り組みを実施することとした。平成 25 年度は、広島県版 ACP 普及啓発のために必要なツールを作成するとともに、具体的な普及方法についても検討を行った。

II. 委員会およびワーキング会議

第 1 回 委員会 (平成 25 年 6 月 17 日)

- ・県内のがんを中心とした終末期医療の現状について、委員長より報告した。
- ・木澤義之教授(神戸大学緩和医療学分野)より、ACP について説明があり、参加委員でその基本的な概念について共有した。
- ・広島県版の ACP プログラム開発において留意すべき点や地域全体で取り組むこと、長期的展望も視野に入れて普及する必要性などの意見があった。
- ・今後、WG を設置して、患者の価値観や人生観を引き出すためのツール作成を目指すことで了解された。

第 1 回 ワーキング会議 (平成 25 年 8 月 7 日)

- ・ACP 普及啓発のためのツール作成に向けた具体的な取り組みについて意見交換を行った。
以下の点を踏まえたものを作成することを確認した
- ・医療に患者の意思が適切に反映されるようなツールを作成する
- ・がんに限らず、終末期にも限定しないものとする
- ・当面の対象は、主にかかりつけ医とする。
- ・患者と医師が対話するきっかけとなるようなツールにする。
- ・患者と医療者が信頼関係を構築するためのプロセスであること。

第 2 回 ワーキング会議 (平成 25 年 9 月 4 日)

- ・小早川委員よりカナダアルバータ州エドモントンでの緩和ケア研修の報告を受けた。

- ・エドモントンですでに使用されているアセスメントツールの紹介があり、それを参考にしながら広島県版ツールのたたき台を作成することとした。
そのためエドモントンのツールを日本語訳する。
- ・「もしものときに備えて…（仮題）」は、A4版を基本とする。
- ・かかりつけ医にACPの理解を深めるためにDVDを作成する。そのためのシナリオ作りを行う。
- ・患者自身が人生観や医療に対する要望を書き込むためのシートを作成する。
上記について、WG員で役割分担して作業を進めることとした。

第3回 ワーキング会議（平成25年10月2日）

- ・WG員で分担した作業内容について意見交換を行った。
- 1) 広島県版ACPツール『「もしも」の時のガイドブック』（案）
- 2) 患者の価値観の意見聴取用書式（案）
- 3) DVDシナリオ（案）
 - ・ツールの名称は「もしも…の時に備えて アドバンス・ケア・プランニング」とする。
 - ・DVDとともに、医療者向けのDVD解説ツールも作成する。
 - ・「アドバンス・ケア・プランニング」の日本語訳について意見交換したが、当面「アドバンス・ケア・プランニング：ACP」のまま使用する。

第4回 ワーキング会議（平成25年11月13日）

- ・WG員の担当項目とともに、ポスター・チラシ（案）についても検討した。
- ・「ACPツールの手引き」は、タイトルとして以下のように修正した。
『豊かな人生とともに…』
～もしもの時のために伝えておきたいこと～
- ・DVDは手引書の内容に準じ、各ステップが分かりやすいように工夫する。

第5回 ワーキング会議（平成25年12月11日）

- ・広島県版ACPツールの手引き（案）、DVDシナリオ（案）、医師向けDVD取扱説明書（案）、医療機関掲示用ポスター（案）などの各項目につ

いて、担当した委員から報告。

- ・細かい文言の訂正や、統一感を持たせるための意見交換を行った。
- ・広島県医師会会員への説明方法や配布方法、今後の普及啓発方法について意見交換を行った。

第2回 終末期医療のあり方検討特別委員会 （平成25年12月18日）

- ・開催した5回のWG会議での協議内容を報告し、成果物について協議した結果、以下のような意見があった。
- 1) 成果物について、委員から字体の大きさ、横文字を少なくすることや、DVDのシナリオについて、やや誘導的であるため修正が必要との指摘があった。
- 2) ツールの周知方法について、モデル地区を指定して普及を行うことが提案された。
- 3) 文化づくりという側面もあるので、長期的に考える必要があるという意見があった。
- ・年度内にWGを開催して成果物の内容を再検討したうえで、広島県医師会速報への掲載を通じて全会員への周知を行うことを提案し了承された。

第6回 ワーキング会議（平成26年1月27日）

- ・第2回終末期医療のあり方検討特別委員会での意見を受け、ACPの手引き、心づもり（質問用紙）、DVDシナリオ、DVD取扱説明書、ポスターについて最終的な修正を行った。
- ・配布先は、広島県医師会全会員、がん診療連携拠点病院、緩和ケアチーム、がんよろず相談院などとする。
- ・モデル地区を選定し、実際に使用した感想や意見を集約して評価する必要がある。

第3回 終末期医療のあり方検討特別委員会 （平成26年2月19日）

- ・修正したACP成果物を呈示して最終確認を行った。
- ・今後の周知方法について意見交換を行い、以下のような意見があった。
- 1) ACPを理解してもらうためには、長い目で見ていく必要がある。
- 2) モデル事業を実施可能な地区にお願いして検証

する必要がある。

- 3) 県民への周知も必要だが、情報が一人歩きして主治医の認識がないという状況を作らないようにする必要がある。
- 4) ACPが医療の差し控えと混同されないように留意すること。
 - ・配布先については、地区医師会、がんよろず相談医、がん診療連携拠点病院などを予定。
 - ・次年度、医療者への周知と地域でモデル事業を行って評価する必要がある。

Ⅲ. 終 わ り に

リビングウィルや事前指示書、蘇生しないことを確認するDNAR (Do Not Attempt Resuscitate)などは、いずれも患者が亡くなることを前提にした取り決めであるため、患者・家族・医療者が話し合うきっかけになりにくいという問題があった。それに

対してアドバンス・ケア・プランニング (ACP: Advance Care Planning) という考えは、元気なうちから自分の健康に関する心配や、日頃から気がかりに思っていること、これまでの人生で大切にしてきたことや、これからの人生設計といったことを、家庭のなかやかかりつけ医と話し合っておこうという取り組みである。このACPが患者のQOL向上のために有力な手段であることは、すでに文献的にも確認されている。また健康なときに判断しても、時間の経過とともに価値観や人生の目標は変わってくる。定期的に話し合うのを前提としていることや、見直す手順を決めているのもACPの特徴である。

ACPは一人一人の人生をより豊かなものにするのが最終目標だが、日本の社会や日本人の死生観に添えるかどうか、そのまま利用できるかどうかについては、今後の課題であり検証していく必要がある。

私の心づもり

①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、あるいは医師と話し合いを持ちましょう。



あなたの希望や思いについて考えましょう

- 1) あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながる可能性があること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
- 2) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合や、その様な状態にまで病気が悪化した場合の治療の目標は、以下のどこにおきたいとお考えですか？（一つ選んでください。）
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> なるべく迷惑をかけずに自宅で生活すること | |
| <input type="checkbox"/> 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活すること | |
| <input type="checkbox"/> 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送れるようになること | |
| <input type="checkbox"/> 病院や施設でも良いので、とにかく長生きすること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |
- 3) 将来、自分のことを決められないような病気になった場合、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？
- | | | | |
|-----------------------------|--|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> 自宅以外（ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> その他（ | ） | <input type="checkbox"/> わからない |
|-----------------------------|--|---|--------------------------------|



あなたの健康について学びましょう

- 1) 今、あなたは病気で治療中ですか？それはどのような病気ですか？（
- 2) あなたの病気の治療法について医師から説明を受けていますか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|
- 3) あなたの病気がこれからどのような経過をたどるか、医師から十分な説明を受けていますか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|
- 4) これからどのような経過をたどるか、もっと詳しい説明を受けたいですか？
- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------|------------------------------|

5) 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。(いくつ選んでも結構です)

- 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
 その他()

6) あなたの病気が悪化して、もしもの時が近くなった時に“延命治療^(*)”を希望しますか？

- はい いいえ わからない

*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。



あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？

- はい いいえ

1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします

2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？

- はい いいえ

3) その方は、複雑で困難な状況でもよく考えて判断ができますか？

- はい いいえ

自由記載欄 (その他、あなたの思いがあればお書きください)

.....

・ 記載年月日 20 年 月 日

・ 本人氏名 _____

・ 代理人氏名 _____

・ 主治医と話し合った日 20 年 月 日

豊かな人生と共に…

もしもの時のために伝えておきたいこと Advance Care Planning (ACP)

アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ケア・プランニング（ACP）とは、事故や病気などで自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、あなたの人生観や思い、考え方などを文書に残し、これから受ける医療やケアについて思いを表明していく手順のことです。あなたに代って意思を伝えてくれる人や医療者にあなたの希望や思いを前もって伝えておきましょう。

もしも…の時に備えて ACPの5つのステップ

- | | |
|---|---|
| Step 1
あなたの希望や思いについて考えましょう | 生活の質の良し悪しや命に関わる病気になった時の延命治療についてあなたの希望や思いを考えてみましょう。日頃の生活の中でのあなたの判断基準を示すことになり、将来周りの人が推測することに役立つでしょう。 |
| Step 2
あなたの健康について学びましょう | 主治医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。何らかの病気がある場合には、あなたはその病状が将来どうなるか、今後どういう治療ができるのか、それらの治療でどういったことが期待できるのかを知ることができます。 |
| Step 3
あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう | 予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。あなたに代わって意思を伝えてくれる人を選んでおくことが大切です。 |
| Step 4
医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう | あなたの希望や思いを周りの人に理解してもらうために最も重要なことは、あなたと代理人と医療者が、時間をかけて話し合うことです。それは、きっと将来、役に立ちます。 |
| Step 5
あなたの考えを文書にしましょう | 医療やケアに関する希望や、自分の思いに関するどんな情報でも結構ですから書いておいてください。あなたが医療やケアについて意思決定ができなくなった時に役立ちます。 |

広島県地域保健対策協議会

豊かな人生と共に。。。

～もしもの時のために伝えておきたいこと～

アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP)

広島県地域保健対策協議会とは

県民の皆さんの健康保持増進に寄与する
目的で設置され、広島大学・広島県・広島市・
広島県医師会の四者で構成されています。

目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・
福祉に関する調査・研究、協議等を行って
います。

その調査研究結果は具体的な提言として
県民の皆さんに提供されています。

●制作

広島県地域保健対策協議会 終末期医療のあり方検討特別委員会

〒733-8540 広島県広島市西区朝霞本町1丁目1-1
TEL:082-232-7211 FAX:082-293-3363
ホームページ <http://ctaikyjo.jp/>

発行：平成26年3月

配布元

広島県地域保健対策協議会

アドバンス・ケア・プランニングとは？

人はそれぞれ人生観や思いに基づき人生設計を持って将来のことを考えています。それは、医療についても同じことが言えると思います。これから受ける医療やケアについてあなたの考えを家族や医療者に説明し、文書に残す手順をアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) と呼んでいます。

どんな利点があるのでしょうか？

あなたが自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療に対する希望を、家族や医師に伝えておくことは重要なことです。明日がどうなるかわかりませんが、将来の健康がどうなるかを予測することもできません。しかし、将来自分自身で判断できなくなっても、こうして準備しておけば、受ける医療に対するあなたの希望をみんなに知ってもらうことができます。ACPは、あなた自身だけでなく、あなたの家族、あなたに代わって医療の選択をしなければならぬ人にとっても、安心をもたらす手段となるのです。

いつ始めるのが良いのでしょうか？

今から始めましょう。あなたの判断能力に影響するような災害に直面したり、重い病気にかかる前に、ACPについて話しあうことが重要です。あなたが受けるかもしれない医療について、あなたがどう考えているのかわかってもらうことは、将来あなたの代わりに意思決定をしなければならぬ人にとって、混乱や迷いを起こさなくすむ可能性があるのです。

家族や医師は、あなたの希望を知っていますか？

たとえば次のような将来の場面を想像してみましょう。あなたは病院の集中治療室に取込まれ、意識はありますが、心臓と呼吸は人工的な器械や救急処置によって動いていますが、医師は回復する見込みは少ないと思っています。家族や医師はこうした治療や今後の対応についてあなたの希望を知っていますか？また、別の例として、認知症のために自分で意思決定する能力がなくなってきたあなたを想像してください。こうした状況であなたは介護施設で暮らしています。自分で食事を取ることもできず、自分や家族のこともわからなくなっていて、これから何が起ころうとおおしくありません。家族や医師は、今後の生活や受けるかもしれない医療についてあなたの希望を知っていますか？

以下のStep1～5を読んで「私の心づもり」に記入してみましょう。

Step1 あなたの希望や思いについて考えましょう

あなたをめぐる生活の質の良し悪しや、命に関わる病気になった時の延命治療についてあなたの希望や思いを考えてみましょう。日頃の生活の中でのあなたの判断基準を示すことになり、将来周りの人があなたに代わって判断する時に役立つでしょう。

- あなたの希望、思い、治療の目標は何でしょうか？
- あなたにとって、何が大切か考えてみましょう。
- いろいろな治療の中で、して欲しいこと、して欲しくないことがありますか？
- どこで治療やケアを受けたいですか？

Step2 あなたの健康について学びましょう

主治医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。もし何らかの病気がある場合には、あなたはその病状が将来どうなるか、今後どういう治療ができるのか、それらの治療でどういったことが期待できるのかわかることができます。

医師と話し合う際にはステップ1で考えたあなたの希望や思いを伝えてみましょう。例えば……



- 私の希望は、治療の結果、どのような状態で療養を続けることになって一日でも長く生きることです。私の願いは、苦痛を和らげることに焦点を当てた治療をしてもらうことです。苦痛がとれて自分の置む生活ができる（生活の質を保つ）ことを目指した治療をしてもらいたいです。
- 私は病気を治す治療は受け入れています。それによって良くなるなら、生活の質が保たれなかったりする場合にも、自然な死を迎える方向に切り替えていきたいと思っています。
- どのような状況であっても、延命につながるだけの蘇生術や集中治療などの処置は避けたいと思っています。

Step3 あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなってしまう場合、病気の種類によっては、医療やケアについての希望を伝える、選択する能力が少しくなくなることもあるでしょう。あなた自身で意思決定できなくなった時に、あなたに代わって意思を伝えてくれる人を選んでおくことが大切です。家族でも親しい友人でも構いませんが、その代理人にあなたの希望や思いをしっかりと伝えておきましょう。代理人は、信頼して任せられることができる人をお願いしましょう。



- あなたが意思決定できなくなったときに、代理人として医療者と話し合い、あなたの代わりに判断してくれる人を選びましょう。
- 複雑で困難な状況でもよく考えて判断できる人を選びましょう。

Step4 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう

あなたの希望や思いを周りの人に理解してもらうために最も重要なことは、あなたと代理人と医療者が、時間をかけて話し合うことです。それは、きっと将来、役に立ちます。その一方で、あなたの希望や思いは時間とともに変化したり、健康状態につれて変わる可能性があります。その時には、考えが変わったことを伝えられるように話し合いを続けて下さい。

Step5 あなたの考えを文書にしましょう

医療やケアに関する希望や、自分の思いに関するどんな情報でも結構ですから書いておくください。あなたが医療やケアについて意思決定ができなくなった時に役立ちます。もちろんその内容は、いつでも見直すことができますので、何らかの理由で希望や思いが変わったときには、書き換えてもらって良いのです。



広島県地域保健対策協議会 終末期医療のあり方検討特別委員会

委員長 本家 好文* 広島県緩和ケア支援センター
委員 有田 健一* 広島県医師会
上杉 文彦 東広島医療センター
上田久仁子 広島市東区厚生部
岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
鎌田 七男 広島原爆被爆者援護事業団
桑原 正雄 広島県医師会
古口 契児* 福山市民病院
小原 弘之* 県立広島病院
小早川 誠* 広島大学病院
白川 敏夫* 安芸地区医師会
砂田 祥司 呉医療センター・中国がんセンター
武田 直也 広島県健康福祉局がん対策課
豊田 秀三 広島県医師会
名越 静香 NPO法人広島県介護支援専門員協会
檜谷 義美* 広島県医師会
札埜 和美 広島赤十字・原爆病院
本多 元陽 尾道市医師会
吉田 良順 安佐医師会
若林 拓 広島県健康福祉局高齢者支援課

* 地対協 終末期医療のあり方検討特別委員会WG委員

肝疾患医療連携推進専門委員会

目 次

肝疾患患者フォローアップシステムの検証と 肝がん地域連携クリティカルパスについて

- I. は じ め に
- II. お わ り に

肝疾患医療連携推進専門委員会

(平成 25 年度)

肝疾患患者フォローアップシステムの検証と 肝がん地域連携クリティカルパスについて

広島県地域保健対策協議会 肝疾患医療連携推進専門委員会

委員長 茶山 一彰

I. はじめに

我が国の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。

本事業は、肝疾患医療連携推進特別委員会として引き継がれ、平成24年度、「病態に応じた適切な肝炎医療の提供」による肝炎ウイルス検査後のフォローアップ体制の充実と、「肝がん医療ネットワークの構築」による各施設間の連携を目指し、肝疾患患

者フォローアップシステムの構築と、広島県版肝がん地域連携クリティカルパスの作成や肝炎ウイルス陽性者に対する指導を行うための肝炎患者支援手帳の作成が行われた。

本年度は、肝疾患患者フォローアップシステムの検証と肝がん地域連携クリティカルパスについての検討がされた。

1. 肝疾患患者フォローアップシステムの検証について

肝炎ウイルス検査の結果、診療が必要とされたB型およびC型肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)が医療機関を受診していない、あるいはたとえ医療機関を受診していても適切な肝炎医療が提供されていない、などの問題点が指摘されており、肝炎ウイルスキャリアを「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」における専門医療機関へつなげる必要がある。本年度は、現在、運用されている広島県肝疾患患者フォローアップシステム(図1)の課題を検証した。その結果、すでに肝炎ウイルス検査を受けているが、

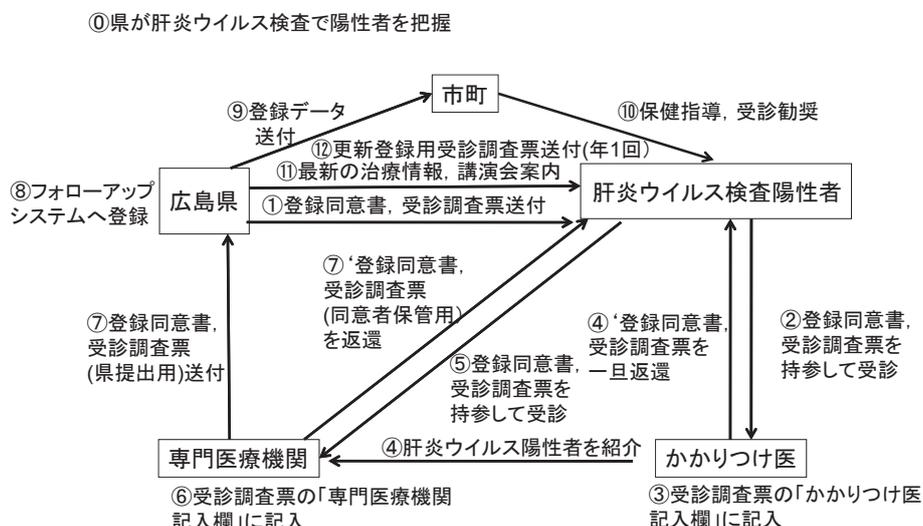


図1 広島県肝疾患患者フォローアップシステム受診フロー図

自身では認識していない受検者が多数いることが判明した。

また、厚生労働省が実施した平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業から、手術や献血前に肝炎ウイルス検査を受けているが自身では認識していない「非認識受検者」の割合がB型肝炎ウイルス検査は39.8%、C型肝炎ウイルス検査は30.4%と多く存在していることが判明している。

これを受けて広島県は、肝炎ウイルス検査を受検したことを常に認識しておくことが大切であるとして、非認識受検者を含めた肝炎ウイルス検査受検者に対し、検査日を記録、保存するための肝炎ウイルス検査記録カードを作成した(図2)。同カードは平成25年10月末から12月末までに啓発用チラシと合わせ医療機関、市町、保健所などに40,000部が配付されている。

さらに、本システムの登録対象者を拡大するため、県内に居住するキャリアで登録に同意した者すべてを登録対象とし、登録者情報の取り扱いについては、閲覧の制限を広げるとした。また、受診調査票の様式については、B型・C型のウイルス型の記載欄の追加、3剤併用療法に対応するための選択肢の修正、また既存の4枚複写から5枚複写に変更し、提出作業の簡素化を図ることとした(図3)。

広島県肝疾患診療支援ネットワークでは、肝炎ウイルス陽性者／患者が医療機関を受診し、検査・治

療を継続して行うため、肝炎の病態、治療方法、肝疾患に関する制度などの情報を記載した携帯可能な手帳を作成している。この手帳は、1. 患者自身の健康管理に役立てる、2. 広島肝疾患コーディネーターなどによる肝炎ウイルス陽性者(キャリア)への保健指導において、キャリアへの受診勧奨を促す、3. 継続的で適切な受療の動機づけ、などを目的としている。本手帳は、①保健所、市町による肝炎ウイルス陽性者への保健指導時、②肝疾患専門医療機関における肝炎患者の診療時、③産業医による肝炎ウイルス陽性者への保健指導時、などに交付される。本年度、さらに、C型肝炎に対する新たな治療であるシメプレビルを含む3剤併用療法にも対応可能となるよう、「わたしの手帳」の記載内容を変更し、修正した(図4)。

2. 広島肝がん医療ネットワークと肝がん地域連携クリティカルパスについて

広島県では、5大がん(胃がん、肺がん、大腸がん、肝がん、乳がん)の医療連携体制の構築を目指した段階的な取り組みが行われている。肝がん医療連携体制の構築にあたっては、肝がん患者の多くが肝炎ウイルスキャリアであり、肝疾患患者フォローアップシステムとの連携をはかることが重要であるため、肝疾患医療連携推進特別委員会において検討が重ねられ、平成23年度に広島肝がん医療ネットワークが策定された(図5)。本ネットワークでは、

肝臓は「沈黙の臓器」

自覚症状がないまま肝障害が進行します。現在、C型肝炎の治療効果が飛躍的に進歩しています。またB型肝炎の治療は、肝がんへの進行を抑えることが可能になっています。

身近な方にも、是非、肝炎ウイルス検査をお勧めください。

検査を受けるには↓



広島県

検査や医療に関する相談は

肝疾患相談室 (医療に関する専門的な相談) 相談に係る費用は無料です。
 広島大学病院: 広島市南区霞1-2-3 電話: 082-257-1541 (専用)
 福山市民病院: 福山市蔵王町5-23-1 電話: 084-941-5151 (内1160)
 ※各相談室の相談日は、土、日、祝日及び年末年始の日は除きます。

肝炎ウイルス検査の記録



広島大学肝炎・肝癌対策プロジェクト研究センター
 広島県地域保健対策協議会肝疾患医療連携推進専門委員会

検査日	検査場所	メモ
年 月 日		

❖ 自分で記録しておきましょう。

おなまえ _____

治療には医療費の助成も受けられます



広島県

- ❖ 県及び市町の実施する、B型肝炎ウイルスの検査はHBs抗原検査、C型肝炎ウイルスの検査は国の検査手順に従った抗体検査とNAT検査(核酸増幅検査)の組み合わせで判定します。
- ❖ 陰性と判定されていても、だるさ、食欲不振などの自覚症状がでた時には、あらためて検査することをお勧めします。
- ❖ 陽性と判定された場合は、早急に専門医に肝臓の状態を診てもらいましょう。

図2 肝炎ウイルス検査記録カード

様式第2-1号

広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票 (新規登録用)

- 1 かかりつけ医県提出用
- 2 専門医療機関県提出用
- 3 かかりつけ医保存用
- 4 専門医療機関保存用
- 5 同意者保管用

【患者連絡先】〒 _____

住 所 _____
 ふりがな _____
 氏 名 _____ (男・女)
 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
 電話番号 _____

保 険 区 分 (_____)
(該当区分に〇) 健保組合・協会けんぽ・船員・共済組合
 国保・後期高齢者・その他
 保 険 者 名 _____
 被保険者氏名 _____
 記 号 ・ 番 号 _____

<かかりつけ医記入欄> 【記載年月日：平成 年 月 日】

医療機関名 所在地 担当医師名	ウイルス型 (該当区分に〇)	血液検査 (検査日：平成 年 月 日)
	B型・C型	AST (_____ IU/1) ALT (_____ IU/1) 血小板数 (_____ ×10 ⁴ /μl)

<専門医記入欄> 【記載年月日：平成 年 月 日】

検査所見 (該当する方に〇を記入してください。)	1 B型肝炎ウイルスマーカー HBs抗原 (+・-) (検査日：平成 年 月 日) HBe抗原 (+・-)，HBe抗体 (+・-) (検査日：平成 年 月 日) HBV-DNA 定量 (_____ LogIU/mL) (検査日：平成 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) HCV-RNA 定量 (_____ LogIU/mL) ウイルス型 セログループ (1 ・ 2) 又は ジェノタイプ (1b ・ 2a ・ 2b ・ その他 [_____])		
診断結果 (該当する方は欄に〇を記入してください。)		初 診 時 (平成 年 月 日)	直 近 (平成 年 月 日)
	無症候性キャリア	B型・C型	B型・C型
	慢性肝炎	B型・C型	B型・C型
	代償性肝硬変	B型・C型	B型・C型
	非代償性肝硬変	B型・C型	B型・C型
治療内容 (該当する治療方法等に〇を記入してください。)	インターフェロン治療 (該当する番号及び製剤に〇を記入してください。)	1 インターフェロン単独 (α製剤・β製剤・ペグ) 2 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 3 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 4 3剤併用療法 (プロテアーゼ阻害剤の名称： _____) 5 その他 (_____)	
	治療 (予定) 期間	_____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)	
	核酸アナログ製剤治療 (該当する番号に〇を記入してください。)	1 エンテカビル単独 2 ラミブジン単独 3 アデホビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他 (_____)	
	治療開始日	平成 年 月 日	
	その他	治療方法 (_____)	
	治療開始日	平成 年 月 日	
経過観察			
治療上の問題点	※自由記入		
専門医療機関	医療機関名 所在地 担当医師名	印	

※ (県・市町記入) 検査事業名： _____

※ (県記入) ID番号： _____

様式第2-2号

広島県肝疾患患者フォローアップシステム医療機関受診調査票 (更新登録用)

- 1 かかりつけ医県提出用
- 2 専門医療機関県提出用
- 3 かかりつけ医保存用
- 4 専門医療機関保存用
- 5 同意者保管用

【患者連絡先】〒 _____

住 所 _____

ふりがな _____

氏 名 _____ (男・女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

電話番号 _____

保 険 区 分 (健保組合・協会けんぽ・船員・共済組合)
(該当区分に〇) (国保・後期高齢者・その他)

保 険 者 名 _____

被保険者氏名 _____

記号・番号 _____

<かかりつけ医記入欄> 【記載年月日：平成 年 月 日】

医療機関名 所在地 担当医師名 印	ウイルス型 (該当区分に〇)	血液検査 (検査日：平成 年 月 日)
	B型・C型	AST (_____ IU / 1) ALT (_____ IU / 1) 血小板数 (_____ × 10 ⁴ / μℓ)

<専門医記入欄> 【記載年月日：平成 年 月 日】

検査所見 (該当する方に〇を記入してください。)	1 B型肝炎ウイルスマーカー HBs抗原 (+・-) (検査日：平成 年 月 日) HBe抗原 (+・-)，HBe抗体 (+・-) (検査日：平成 年 月 日) HBV-DNA 定量 (_____ LogIU / mL) (検査日：平成 年 月 日) 2 C型肝炎ウイルスマーカー (検査日：平成 年 月 日) HCV-RNA 定量 (_____ LogIU / mL) ウイルス型 セログループ (1 ・ 2) 又は ジェノタイプ (1b ・ 2a ・ 2b ・ その他 [_____])	
診断結果 (該当する方は欄に〇を記入してください。)		直 近 (平成 年 月 日)
	無症候性キャリア	B型 ・ C型
	慢性肝炎	B型 ・ C型
	代償性肝硬変	B型 ・ C型
	非代償性肝硬変	B型 ・ C型
治療内容 (該当する治療方法等に〇を記入してください。)	インターフェロン治療 (該当する番号及び製剤に〇を記入してください。)	1 インターフェロン単独 (α製剤・β製剤・ペグ) 2 ペグインターフェロン製剤+リバビリン製剤 3 インターフェロンβ製剤+リバビリン製剤 4 3剤併用療法 (プロテアーゼ阻害剤の名称： _____) 5 その他 (_____)
	治療 (予定) 期間	_____ 週 (平成 年 月 ~ 平成 年 月)
	核酸アナログ製剤治療 (該当する番号に〇を記入してください。)	1 エンテカビル単独 2 ラミブジン単独 3 アデホビル単独 4 ラミブジン+アデホビル 5 その他 (_____)
	治療開始日	平成 年 月 日
	その他	治療方法 (_____)
	治療開始日	平成 年 月 日
経過観察		
治療上の問題点	※自由記入	
専門医療機関	医療機関名 _____ 所在地 _____ 担当医師名 _____ 印	

※ (県記入) ID番号： _____

図3 受診調査票

もくじ

◆はじめに	02
◆この手帳の使い方	04
◆C型慢性肝炎インターフェロン（IFN）治療 クリティカルパス	05
◆インターフェロンの副作用	06
◆「広島県肝疾患診療支援ネットワーク」とは	07
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス①～	08
参考資料	
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス IFN治療前チェックシート	26
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス一覧表	28
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス一覧表（記入例）	30
◆C型慢性肝炎IFN治療 クリティカルパス（記入例）	32



図4 肝炎患者支援手帳「わたしの手帳」

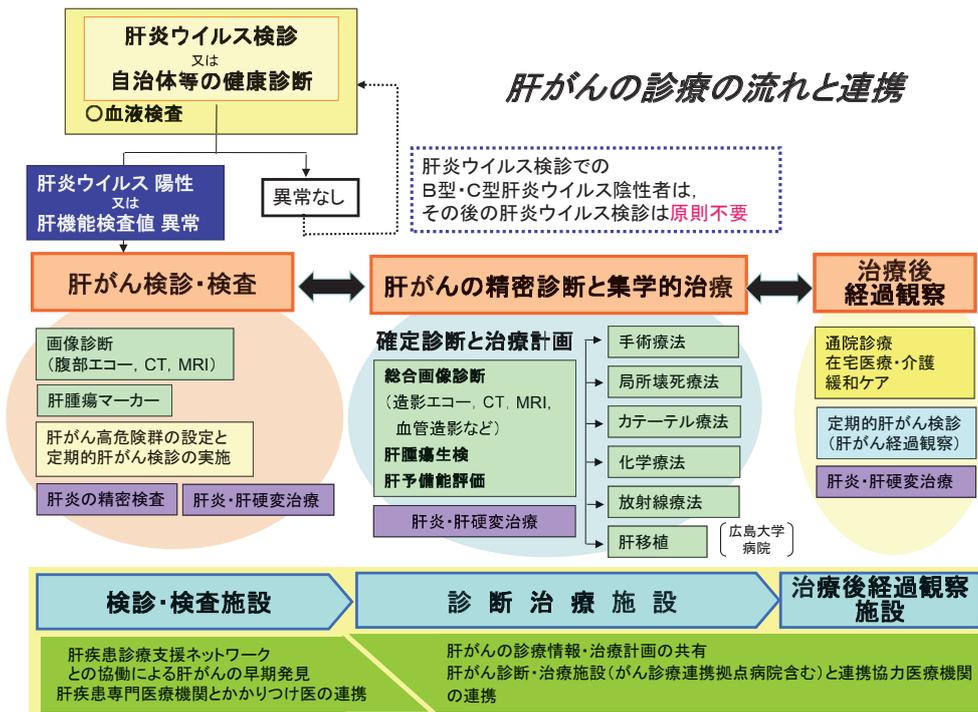


図5 広島県肝がん医療ネットワーク

各医療機関を、①【検診・検査施設】、②【診断・治療施設】、③【治療後経過観察施設】に分類し、各施設の連携体制がはかられている。

広島肝がん医療ネットワークにおける各医療機関の連携のための肝がん地域連携クリティカルパス(図6)が現在、運用されているが、このうち、「診断・治療施設」の19施設に配付した同パスの利用状況について検証した。回答のあった17施設では9月から12月の肝がんの新患者数371人に対し、パスを配付した患者数は20名であった。さらなる普及啓発とともに、医療機関の日常診療における利便性、患者側における検査記録などの保存しやすさなどの利

便性、有益性も考慮し、既存のファイルにマチ付きポケットファイルを追加することとした。

II. おわりに

B型肝炎、C型肝炎に対する新規抗ウイルス薬が次々上市されている。肝炎ウイルスキャリアの拾い上げと適切な抗ウイルス療法、肝がんスクリーニングと肝がんの集学的治療には、肝疾患患者フォローアップシステムや肝がん地域連携クリティカルパスに基づいた、かかりつけ医と肝疾患専門医療機関との連携が重要である。今後も引き続き、これらのシステムの継続的な検証と改良が望まれる。

肝細胞がん地域連携パス

患者ID	専門医療機関名		連絡先						
フリガナ	医師名		() () -						
患者氏名	連携医療機関名		連絡先						
	医師名		() () -						
合併症 ・糖尿病 ・高血圧 ・脂質異常 ・脳神経疾患 ・心疾患 ・他 ()	背景疾患		TACE	RFA	肝切除	肝性脳症	無	有	治療後
	HBV HCV NBNC 他()		治療法	年	月	日	食道・胃静脈瘤	無	有
Child-pugh score	A	B	C	Stage	TMN分類	腹水	無	有	治療後

連携医療機関での日常診療	1年と						2年と			3年と			4年と	
	退院時	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月	6ヶ月	12ヶ月
術後経過年月	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
入院受診日	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無
CBC	<input type="checkbox"/>													
生化学	<input type="checkbox"/>													
AFP/PIVKA II	<input type="checkbox"/>													
腹部超音波検査	<input type="checkbox"/>													
腹部CTまたはMRI	<input type="checkbox"/>													
上部消化管内視鏡検査	<input type="checkbox"/>													
バリアンス	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無

*連携医療機関での検査は、必要時に適宜行います。
*患者さんの状態によっては、上記以外の検査を行うこともあります。

【患者さまへ】
『連携ファイル』は、患者さん自身で管理し、受診時には必ず持参してください。

図6 肝がん地域連携クリティカルパス

広島県地域保健対策協議会 肝疾患医療連携推進専門委員会

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	松石病院
	荒木 康之	広島市民病院
	板本 敏行	県立広島病院
	大段 秀樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	大林 諒人	JA尾道総合病院
	奥野 博文	中区厚生部
	海嶋 照美	広島県健康福祉局業務課
	柿沢 秀明	広島赤十字・原爆病院
	菊間 秀樹	広島県健康福祉局
	北本 幹也	県立広島病院
	吉川 正哉	吉川医院
	吉良 臣介	済生会広島病院
	桑原 正雄	広島県医師会
	高野 弘嗣	呉医療センター・中国がんセンター
	小林 道男	小林医院
	坂口 孝作	福山市民病院
	高橋 祥一	高陽ニュータウン病院
	田代 裕尊	広島大学病院
	武田 直也	広島県健康福祉局がん対策課
	田中 純子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
	豊田 秀三	広島県医師会
	中西 敏夫	市立三次中央病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	舛田 一成	舛田内科・消化器科
	山田 博康	広島県医師会
	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 25 年度報告書

健康危機管理対策専門委員会

(平成 25 年度)

健康危機管理対策専門委員会 平成 25 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

平成 25 年度は本委員会 2 年間活動の初年度にあたるために、委員が重複している広島県医師会感染症対策委員会（新田康郎委員長）と本委員会との現時点での役割や業務を明確にするために、両委員会の活動開始前に委員長間での意見交換を行った。役割として、感染症対策委員会は県医師会会員の感染症診療支援を、他方、本委員会は広島県や市町の感染症対策の運用、支援や検証、特に流行している感染症の施策などの対応や検証を行うことを確認した。

一般に健康危機管理が求められる感染症の対策としては、流行時には対象となる病原体の情報から実施すべき対策を決定し、医療提供体制や感染拡大防止などを地域の感染拡大の状況に応じて進めることになるが、平時からのワクチンや个人防护具（PPE）などの感染予防対策、サーベイランス、情報提供や共有、医療提供体制の構築が重要とされている。他方、広島県は平成 25 年 4 月に広島県感染症・疾病管理センター（ひろしま CDC）を開設し、感染症パンデミックを視野に感染対策を強化した。

そこで、本委員会の 2 年間の活動目標を「感染流行のための整備」として、下記の事業を行っている。

A 事業

1 感染症情報提供体制について

インフルエンザ（H1N1）2009 の流行時において、情報過多、同一情報の重複配信、情報の遅れなど情報提供に関して医療機関から多くの課題が示された。このために、広島県医師会では、「新たな広島県医師会感染症情報提供体制」を構築した（2013/11/5 広島県医師会速報（第 2208 号）にて既報）。これにより、行政や日本医師会から県医師会に入った感染症情報は、情報選択を行いながら適正に県医師会から地区医師会へ伝達されることになった。

一方で、国から情報が直接入る広島県、広島市、

福山市、呉市と県内各保健所との情報提供体制の整理も、県医師会や地区医師会が混乱しないためにも必要であることから、効率的な行政間の感染症情報提供体制の検討を行うことにした。体制については次年度報告することになり、下記の委員で主にメールで検討している。

【情報提供体制検討 WG】

日下仁彦（チーフ）、桑原正雄、阪谷幸春、下江俊成、内藤雅夫、永田 忠、村尾正治、横山 隆、渡邊弘司、事務局（日下）

2 広島県新型インフルエンザ等対策行動計画について

広島県は新型インフルエンザ等対策特別措置法（特措法）の規定により、政府が定める「政府行動計画」に基づき、平成 21 年度に策定した「広島県新型インフルエンザ等対策行動計画」の改定を行った。この行動計画では、新型インフルエンザなどが発生した場合、対策については、行政機関のみならず関係機関などの連携が求められている。対策の基本方針では、感染を防止するための医療実施の要請・指示や施設の使用制限など、法令に基づき行動などに一定の制限を加えることなどが盛り込まれている。さらに、医療提供、社会機能維持などを実施する指定（地方）公共機関、登録事業者が業務の継続などを実施するための「業務計画」（指定（地方）公共機関に作成を義務付け）と「業務継続計画（BCP）」（特定接種の登録事業者が作成する）を作成することが求められている。新型インフルエンザワクチンの優先的な接種（特定接種）を希望する病院や診療所は BCP を事前に作成しなければならないために、本委員会では、医療機関に対して特措法、BCP の説明をおこなうとともに、参照できる BCP を作成して、各医療機関へ示すこととした。

なお、本件については、11月21日に開催の都道府県医師会感染症危機管理担当事連絡協議会において説明された様式作成を参考にした。

【新型インフルエンザ等対策検討WG】

大毛宏喜（チーフ）、桑原正雄、諫見康弘、市川徹、日下仁彦、楠岡公明、中島浩一郎、増田裕久、横崎典哉、横山 隆、渡邊弘司、事務局（岡山）

1) 新型インフルエンザ等特別措置法に基づく診療継続計画作成に関する説明会

①市郡地区医師会感染症担当事連絡協議会（県医師会）

平成25年12月19日：広島医師会館

- ・新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく医療機関の役割などについて
- ・特定接種に係る医療機関の事前登録について
- ・医療機関における診療継続計画について

- ・事前登録に係る留意点などについて
- ②新型インフルエンザ等対策研修会（県病院協会）
平成26年2月20日：広島医師会館

・「特措法に伴う登録申請」の基本的な事項の説明

広島県感染症・疾病管理センター（ひろしまCDC）

・「診療継続計画（BCP）」作成のために

県立広島病院 院長 桑原正雄

医療安全管理部 感染管理認定看護師

今崎 美香

広島共立病院医療安全管理部 感染管理

認定看護師 山本 聡美

ヒロシマ平松病院 事務長 西田 良一

感染対策委員 外来看護師長 住田 敏江

③平成25年度新型インフルエンザ実地訓練

下表の通り

地域	日 時	開催場所	内 容	参加者数
福山	平成25年11月28日	中国中央病院	「感染防止対策チームが提案するノロウイルス対策及びインフルエンザ対策」 中国中央病院感染防止対策チーム	165名
東広島	平成25年12月5日	広島県東広島庁舎	「広島県新型インフルエンザ等対策行動計画の概要について」 広島県感染症・疾病管理センター 「最近の感染症トピックス」 講師：広島大学病院感染症科教授 大毛宏喜 「患者発生時の対応実地訓練～疑い事例の相談から医療機関受診まで～」	78名
尾道	平成26年1月9日	広島県尾道庁舎	「新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく特定接種の登録申請について」 広島県感染症・疾病管理センター 「新型インフルエンザの臨床と対応」 講師：広島大学准教授・検査部長 横崎典哉	127名
廿日市	平成26年2月4日	廿日市市総合健康福祉センター	「西部保健所管内の感染症発生状況等について」 広島県西部保健所 「広島県新型インフルエンザ等対策行動計画及び特定接種に係る医療関係機関の登録等について」 広島県感染症・疾病管理センター 「インフルエンザ対策の実際」 講師：広島大学病院感染症科教授 大毛宏喜 演習「鳥インフルエンザ（H7N9）疑い患者発生に伴う対応について」	97名
芸北	平成26年2月20日	JA吉田総合病院	「話題の感染症」 講師：JA吉田総合病院感染管理認定医師 丹治 英裕 「新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく特定接種の登録申請について」 広島県感染症・疾病管理センター	66名

地域	日時	開催場所	内容	参加者数
備北	平成 26 年 2 月 20 日	市立三次中央病院	「広島県新型コロナウイルス等対策行動計画及び特定接種について」 広島県感染症・疾病管理センター 「新型コロナウイルスの臨床と対応」 講師：広島大学准教授・検査部長 横崎典哉	126 名
呉	平成 26 年 2 月 24 日	広島県呉庁舎	「広島県新型コロナウイルス等対策行動計画と特定接種に係る医療機関登録について」 広島県感染症・疾病管理センター 「新型コロナウイルスの臨床と対応」 講師：広島大学准教授・検査部長 横崎典哉	116 名
海田	平成 26 年 3 月 6 日	サンピア・アキ	「話題の感染症」 講師：広島大学病院感染症科教授 大毛宏喜 「新型コロナウイルス等対策特別措置法に基づく特定接種登録申請について」 広島県感染症・疾病管理センター	48 名

2) BCP 作成モデル

①大規模病院用（広島大学病院より提供）：資料 1

②中小規模病院用（委員会作成）：資料 2

③診療所用（日本医師会作成版）：資料 3

日本医師会「新型コロナウイルス等発生時における診療継続計画（案）」より転載

3 感染症症候群サーベイランスについて

感染症におけるサーベイランスの目的のひとつに、発症者の状況を早期に探知し、集団感染や二次感染などの感染拡大を防ぐための的確な対策を迅速に行うことができることである。

「症候群サーベイランス」とは、学校・園などが毎日、発熱、下痢などの症状を呈した欠席者数を入力することにより、感染拡大の早期察知が可能となる国立感染症研究所が開発したシステムで、利用施設が全国に拡大している。広島県でも、各市町での症

候群サーベイランスの導入を推進して、全県的なサーベイランスを可能にすることが必要であり、本委員会が 2 年間をかけて県内施設へ協力を要請していく予定である。

【サーベイランス検討 WG】

永田 忠（チーフ）、桑原正雄、日下仁彦、坂口剛正、田中純子、近末文彦、新田康郎、藤上良寛、横山 隆、渡邊弘司、事務局（西川）

B 委員会の開催

下記の委員会を開催した。

1 健康危機管理対策専門委員会

第 1 回 平成 25 年 11 月 11 日

C 委員

169 ページの通り

広島大学病院 新型インフルエンザ等 発生時における診療継続計画

【前文】

【第 1 章 総論】

- 1-1 診療継続計画策定・運用の目的
- 1-2 基本方針
- 1-3 定義と用語

【第 2 章 未発生期における準備】

- 2-1 新型インフルエンザ等対策の体制整備
- 2-2 職員の健康管理と啓発
- 2-3 病院機能の維持及び業務継続
- 2-4 医療資器材の確保
- 2-5 施設利用者の安全確保と広報

【第 3 章 対策本部】

- 3-1 対策本部

【第 4 章 海外発生期から地域発生早期における対応】

- 4-1 外来診療体制
- 4-2 入院診療体制
- 4-3 職員の健康管理等
- 4-4 各部門における対応

【第 5 章 地域感染における対応】

- 5-1 外来診療体制
- 5-2 入院診療体制
- 5-3 入院中患者で新型インフルエンザ等が発生した場合の対応
- 5-4 職員の健康管理等

【第 6 章 患者数が大幅に増加した場合の対応】

- 6-1 外来診療体制
- 6-2 入院診療体制
- 6-3 各部門における対応
- 6-4 地域全体での医療体制の確保について

【第 7 章 新型インフルエンザ等対策関連情報】

【第 8 章 用語集】

【前文】

新型インフルエンザは、毎年流行を繰り返しているインフルエンザウイルスとウイルスの抗原性が大きく異なる新型のウイルスが出現することにより、およそ 10 年から 40 年の周期で発生している。ほとんどの人が新型のウイルスに対する免疫を獲得していないため、世界的な大流行（パンデミック）となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらすことが懸念されている。

また、未知の感染症である新感染症の中でその感染力の強さから新型インフルエンザと同様に社会的影響が大きいものが発生する可能性がある。これらが発生した場合には、国家の危機管理として対応する必要がある。

平成 21 年（2009 年）4 月に発生した新型インフルエンザ（A/H1N1）に対する対策を通じて得られた多くの知見や経験等を踏まえ、病原性が高い新型インフルエンザと同様の危険性のある新感染症も対象とする危機管理の法律として、新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成 24 年法律第 31 号。以下「措置法」）が制定された。

平成 25 年（2013 年）4 月に特措法が施行されたことを受け、同年 6 月、新型インフルエンザ等対策の実施に関する基本的な方針や国が実施する措置法を示す「新型インフルエンザ等対策政府行動計画」（以下「政府行動計画」）及び具体的な内容・実施方法等を示す「新型インフルエンザ等ガイドライン」（以下「ガイドライン」）が示されたところである。政府行動計画・ガイドラインの対象とする感染症（以下「新型インフルエンザ等」）は、以下のとおりであり、「広島大学病院 新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画」（以下、「本計画」）においても「新型インフルエンザ等」を対象とする。

- ・感染症法第 6 条第 7 項に規定する新型インフルエンザ等感染症（以下「新型インフルエンザ」）
- ・感染症法第 6 条第 9 項に規定する新感染症で、その感染力の強さから新型インフルエンザと同様に社会的影響が大きいもの

現段階では新型インフルエンザ等の発生は確認されていないが、新型インフルエンザ等が発生した際、継続して医療を提供するためには、事前に計画を作成し、対策の準備を行う必要があることから、平成

20年12月12日に策定した「新型インフルエンザ対応マニュアル」を改定し、新感染症も含めた新型インフルエンザ等を対象として本計画を策定した。当院は、広島県より特措法第2条第7項に規定する指定地方公共機関の指定を受けており、また特措法第28条第1項の規定に基づく登録事業者としての登録を受けることから、本診療継続計画は、指定地方公共機関としての「業務計画」及び特定接種の登録の際に提出する「事業継続計画（BCP）」に基づき作成したものである。

当院は、指定地方公共機関及び特定接種の登録事業者としての責務を負うとともに、地域における当院の役割に従い必要な医療を行う。

本計画は、政府行動計画・ガイドライン・広島県行動計画に基づき策定したものであり、新型インフルエンザ等が発生した際には、本計画に基づき、対応を行うことになるが、発生する事態は必ずしも予測されたように展開するものではないため、本計画についても、情勢の変化に応じ、適時見直し、必要な修正を加えるものである。

【第1章 総論】

1-1 診療継続計画策定・運用の目的

- (1) 職員の健康管理に十分配慮し、その上で診療業務を効果的に維持・継続する。
- (2) 未発生期に適切な準備を行う。
- (3) 新型インフルエンザ等発生後に適切な対応を行う。
- (4) 地域感染期において医療需要が増加した際においても、地域の医療体制の維持に貢献する。

1-2 基本方針

- (1) 新型インフルエンザ等発生時においても、地域における当院の役割に従い、地域住民に対し必要な医療の提供を行う。
- (2) 海外発生期及び地域発生早期に、「帰国者・接触者外来」を設置しない。
- (3) 地域感染期においても、救急医療・高度先進医療を継続的に提供するとともに、新型インフルエンザ等以外の入院治療を要する患者を他病院から積極的に受け入れる。
- (4) 地域の中核病院として、他病院での治療が困難な新型インフルエンザ等の重症患者の受け入れを行う。

1-3 定義と用語

(1) 法律、政府行動計画、ガイドラインで定められた定義を使用する。

(2) 用語の詳細については第8章を参照とする。

【第2章 未発生期における準備】

当院における新型インフルエンザ等対策の立案・実施に関しては以下のとおりとする。

- (1) 未発生期においては感染症対策委員会により、新型インフルエンザ等対策の立案及び院内感染対策の強化を図る。
- (2) 未発生における対策立案は、感染制御チーム（Infection Control Team：ICT）が行うこととするが、必要に応じ、新型インフルエンザ等対策ワーキンググループを別途設置する。
- (3) 発生期においては、新型インフルエンザ等対策本部を設置し、新型インフルエンザ等対策を実施する。

2-1 新型インフルエンザ等対策の体制整備

院内感染対策マニュアルに基づき平時から院内感染対策を徹底するとともに、新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画を策定し、職員間での情報共有と事前訓練を実施する。

1. マニュアル等の整備

- (1) 院内感染対策マニュアルの整備・改訂
- (2) 新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画（本計画）の策定・検討及び改訂
- (3) 本計画に基づき、各部署において、業務継続計画及び必要な手順書等の策定・検討及び改訂
- (4) 職員への最新マニュアルの情報提供と業務の周知
- (5) 新型インフルエンザ等患者（疑いを含む）診療時の対応方針（PCR検査の実施の要否等）に関し、広島市南保健センターとの調整

2. 訓練の実施

- (1) 広島県及び広島市主催の訓練への参加
- (2) 主要職員を対象とした、机上・実地訓練の実施

3. 報告

- (1) 本計画のうち必要事項について、特措法第9

条の規定に基づく「業務計画」として広島県に提出する。

- (2) 本計画のうち必要事項について、特措法第28条第1項の規定に基づく登録事業者としての登録を受ける際に厚生労働省に提出する。

2-2 職員の健康管理と啓発

新型インフルエンザ等発生時における職員の健康管理及び職員の意識向上に必要な措置を行う。

1. 教育と研修

新型インフルエンザ等発生時においても適切な診療を提供できるよう、以下の教育及び研修を実施する。

- (1) 新型インフルエンザ等に関する基礎知識について
- (2) 発生段階に応じた新型インフルエンザ等患者に対する診療体制について
- (3) 院内感染対策、個人防護具の適切な使用法、職員の健康管理について
- (4) 部署別の業務継続計画（人員計画、優先業務の把握）について

2. 特定接種

(1) 特定接種の登録について

特定接種の登録に関して、行政機関から示される申請手続きに基づき、登録事業者として登録を行う。医療分野には「新型インフルエンザ等医療型」と「重大・緊急医療型」の2類型が設けられており、職員の業務内容に応じて特定接種の対象となる人数を以下の通り登録する。

- ・「重大・緊急医療型」で登録する場合は、重大・緊急の生命保護に従事する有資格者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、救急救命士、歯科衛生士、歯科技工士、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、言語聴覚士、栄養士）を対象とする。
- ・非常勤職員については、常勤換算する（非常勤職員の人数分は登録されない）。
- ・当院に常駐して業務を行う外部事業者の職員のうち、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する者（窓口職員等）については、全従業員数の母数に含むこととする。

(2) 特定接種の接種順位等について

実際に特定接種を行う際には、登録した人数分のワクチンが提供されない場合があること、また順次ワクチンが提供される可能性があり、登録した職員の中でも接種対象者の絞込みや、接種順位を検討する必要があることを、登録の際に職員に説明する。特定接種を行う際に、職員の中でも接種対象者の絞込みや接種順位の決定を円滑に実施できるよう、登録の際に年齢、職種、部署（診療科、病棟別）等の基本情報の他、以下の事項を調査する。

(A：新型インフルエンザ等医療の提供)

- A1. 通常インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事しており、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性がある。
 - a. 外来診療、b. 入院診療、c. 宿直業務
- A2. 通常、インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事していないが、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性がある。
- A3. 通常、新型インフルエンザ等の感染症の医療の提供に従事しておらず、新型インフルエンザ等が発生した際、新型インフルエンザ等医療の提供に従事する可能性はない。

(生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供)

- B1. 通常、生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供に従事している。
- B2. 通常、生命・健康に重大・緊急の影響がある医療の提供に従事していない。

(患者との接触頻度)

- C1. 通常業務において、主として患者と接する。
- C2. ときどき患者と接する。
- C3. ほとんど患者と接することはない。

(勤務形態)

- D1. 常勤である。
- D2. 非常勤である。（週当たりの勤務時間を記入）

(ワクチン接種の希望の有無)

- E1. 新型インフルエンザ等発生時にワクチン接種を希望する。

E2. 新型インフルエンザ等発生時にワクチン接種を希望しない。

2-3 病院機能の維持及び業務継続

1. 診療継続計画（外来）

地域感染期において外来診療が必要な患者への医療提供を継続するための計画を策定する。

- (1) 地域感染期において新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加し、新型インフルエンザ等対策本部長（病院長）が外来制限をする必要があると判断した場合は、外来診療を段階的に縮小する。
- (2) 新型インフルエンザ等対策本部長より各診療科長宛に外来診療縮小の依頼を发出する。具体的には以下の対応を行う。

- ・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、病状が比較的安定している患者に対して長期処方を行うなど受診回数を減らす。
- ・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、電話による診療により慢性疾患の状況について診断できた場合に定期処方薬の処方箋をファクシミリ等で送付する。
- ・症状がない段階で同意を得た定期受診患者や再診患者に対して、電話による診療により新型インフルエンザ等への感染の診断ができた場合に抗インフルエンザウイルス薬等の処方箋をファクシミリ等で送付する。
- ・緊急以外の外来受診は避けるよう広報を行う。

2. 診療継続計画（入院）*別添資料のとおり

地域感染期において入院診療が必要な患者への医療提供を継続するための計画を策定する。

- (1) 地域感染期において新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加し、新型インフルエンザ等の重症患者のための病床を確保するため、新型インフルエンザ等対策本部長が入院診療を制限する必要があると判断した場合は、入院診療を段階的に縮小する。
- (2) 未発生期の段階において、地域感染期に待機的入院・待機的手術を控える必要が生じた場合に入院診療を制限するための計画を策定する。具体的には、各診療科における代表的疾患・病態を以下の基準をもとにA群、B群、C群の3群にグループ分けを行う。

A群の疾病・病態：早急な措置を要する患者
B群の疾病・病態：A群とC群の中間の患者
C群の疾病・病態：予定入院、予定手術で1ヶ月程度の猶予がある患者
(循環器内科の一例)

A群の疾患・病態：急性心筋梗塞
B群の疾病・病態：労作性狭心症
C群の疾病・病態：経過良好な冠動脈形成術後の確認造影検査

- (3) 地域感染期において、新型インフルエンザ等対策本部長が待機的入院・待機的手術を控える必要があると判断した場合は、事前に策定したグループ分けをもとに診療制限を行う。

3. 各部署における業務継続計画

*別添資料のとおり

地域感染期において出勤可能な職員が減少する中でも各部署の業務が継続して行えるよう、以下の手順により部署毎に業務継続計画を策定する。

- (1) 職員情報の確認：緊急連絡先・通勤経路・通勤方法、学校・保育施設に通う子供の有無、要介護の家族の有無、その他支援の必要性の有無等を把握する。
- (2) 人員計画の策定：職員が欠勤した場合の代替要員を検討する。特に、学校・保育園の休校・休園や家族の看病等で欠勤する可能性のある職員を予め把握し人員計画を策定するほか、在宅勤務について検討する。時差出勤の採用、自家用車での通勤の許可等も検討する。
- (3) 優先業務の把握：多くの職員が欠勤した場合においても継続すべき優先業務と縮小すべき業務をリストアップした上で、通常業務の縮小する目安を検討する。
- (4) 代替要員がない部署への対応：部署内で代替要員の確保が難しい場合は、部署を超えた応援体制を検討する。
- (5) 緊急連絡網の整備：部署の職員間の緊急連絡の体制を整備する。また、行政や関連業者などの緊急連絡先及び担当者名簿を作成する。

4. 臨時職員の募集・採用

欠勤率が40%を越えた場合の対応として臨時職員の募集を検討する。募集する人数については、臨時職員への研修が可能な範囲とし、勤務可能な職員数

を定期的に把握した上で臨時職員の募集を行うこととする。

(1) 募集する職員：

- ・臨時アルバイト職員
- ・臨時ボランティア職員

(2) 業務内容：基本的に新型インフルエンザ等の患者との接触が少ない以下のような業務を中心とする。

- ・総務・会計部門
- ・コールセンターでの対応
- ・清掃・物品管理
- ・新型インフルエンザ等以外の患者に対する補助的業務及び安全区域における雑務等

なお、医師・看護師等の有資格者の募集（他の医療機関への協力要請）については、広島県と調整の上、実施することとする。

2-4 医療資器材の確保

災害時に備蓄している医療資器材（マスク・ガウン・手袋・簡易ベッド等）や非常食（患者用・職員用）等を確認し、新型インフルエンザ等対策で共用できる物資をリスト化しておく。

(1) 個人防護具等の確保について

以下の個人防護具及び速乾性手指消毒薬等の使用状況・在庫状況を把握するとともに、必要に応じて、備蓄あるいは在庫量を増やす。

- ・ゴーグル・フェイスシールド
- ・マスク（N95 マスク・外科用マスク・シールド付マスク）
- ・ガウン・エプロン
- ・手袋
- ・速乾性手指消毒剤
- ・石鹸
- ・ペーパータオル等

(2) 医薬品・検査薬の確保について

以下の医薬品・検査薬の使用状況・在庫状況を把握する。

- ・抗インフルエンザウイルス薬
- ・インフルエンザ迅速診断キット

(3) 医療機器の確保について

以下の医療機器の使用状況を把握する。

- ・輸液ポンプ・シリンジポンプ
- ・人工呼吸器

- ・血液浄化装置
 - ・心肺補助装置
- 等

2-5 施設利用者への安全確保と広報

発生段階に対応した施設利用者への啓発・広報活動を行う。

1. 未発生期

(1) 手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。

2. 海外発生期及び国内発生早期

- (1) 手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。
- (2) 新型インフルエンザ等の流行状況及び診療に関する当院での対応方針につき、ポスターやホームページなどで情報提供を行う。

3. 国内感染期

- (1) 手洗い・咳エチケットなどの感染対策について、ポスターなどにより啓発を行う。
- (2) 新型インフルエンザ等の流行状況及び診療に関する動員での対応方針につき、ポスターやホームページなどで情報提供を行う。
- (3) 面会に関する当院の方針につき、ポスターやホームページなどで情報提供を行う。

【第3章 対策本部】

3-1 対策本部

1. 設置

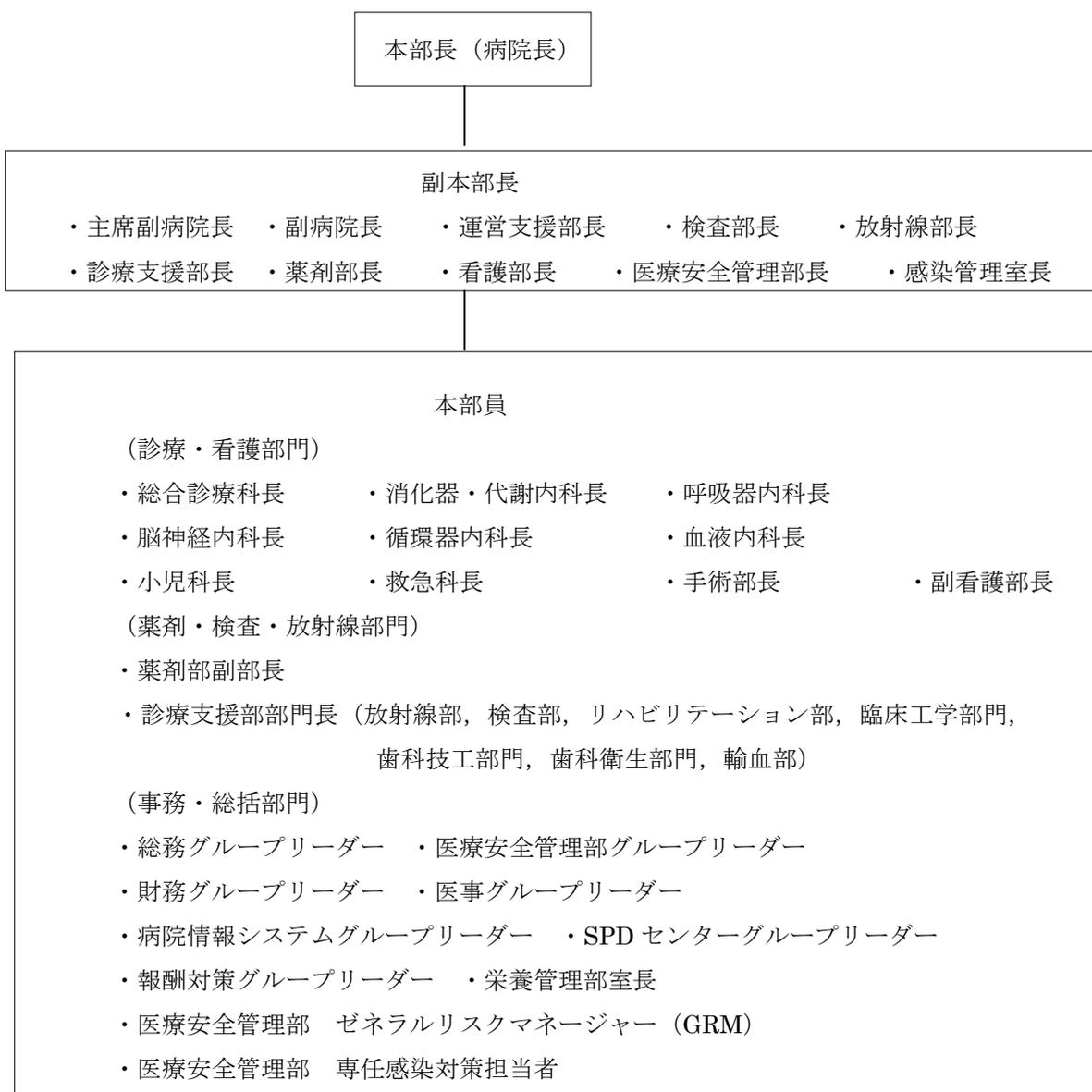
当院では、新型インフルエンザ等が発生した際、病院長を本部長とする新型インフルエンザ等対策本部（以下「対策本部」）を院内に設置し、広島県、広島市との連携を図り、新型インフルエンザ等対策を実施する。なお、対策本部は、平時の感染症対策委員会を発展させたものとして、対策の実施にあたっては、ICTは対策本部を補佐するものとする。

2. 構成

本部長は病院長とする。

その他、構成員として、下図に掲げる副本部長、本部員を置き、本部員を補佐する。

・対策本部の構成（一例）



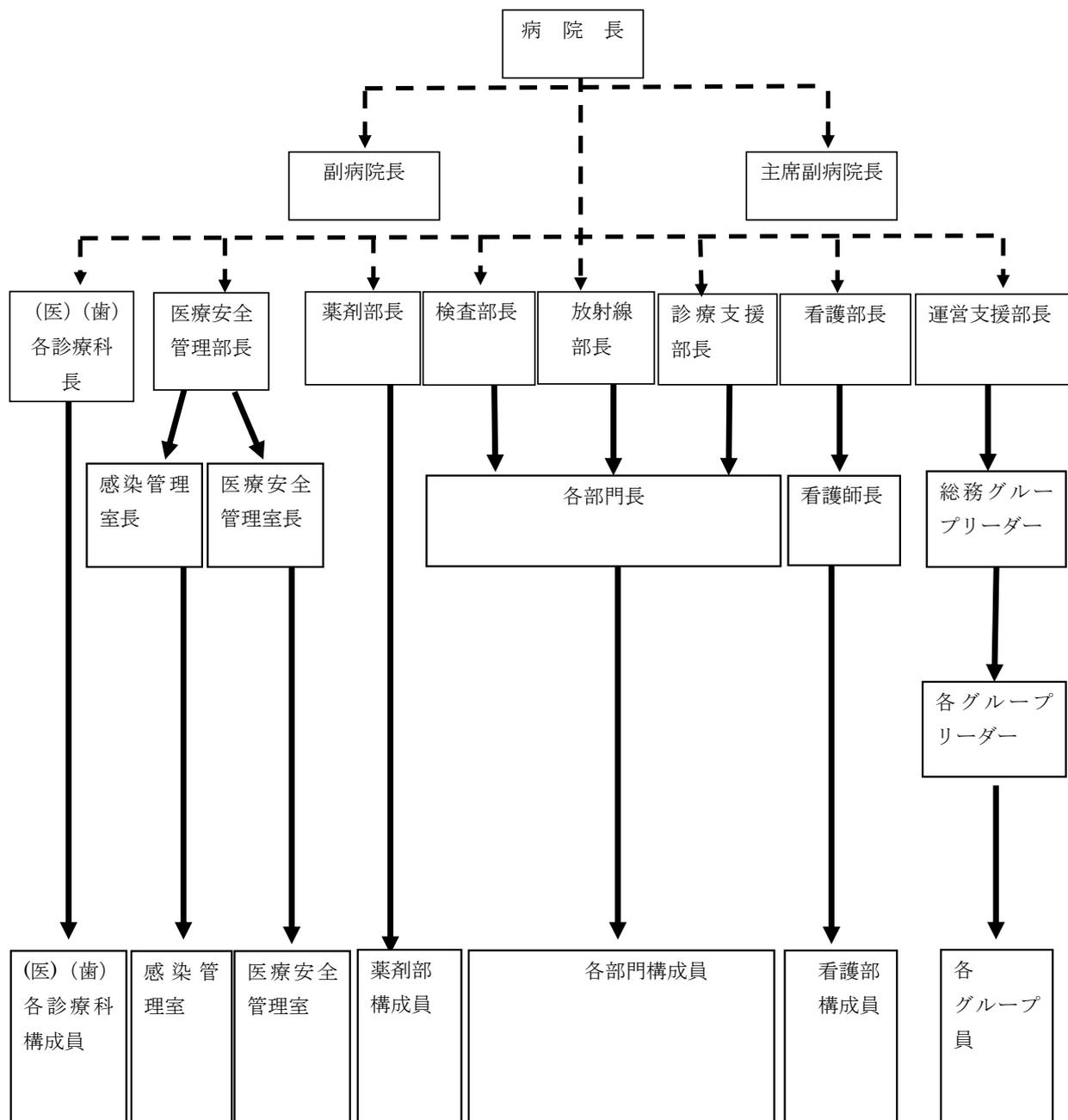
3. 対策本部の機能

- (1) 対策本部を設置後，本部長は対策本部会議を開催する。新型インフルエンザ等の発生状況に応じ，開催頻度を決定する（月1回，週1回，毎月など）
- (2) 対策本部においては，情報の共有に努める。
- (3) 本部長，副本部長を中心に病院全体の対応を協議する。本部員は各部門での対応を検討する。
- (4) 対策本部長は，必要に応じ，職員を召集する。病院職員は対策本部の指示に従う。

4. 各部門における検討事項

部 門	担 当 者	対 応 事 項
診療・看護部門	副病院長 総合診療科長 消化器代謝内科長 呼吸器内科長 脳神経内科長 循環器内科長 血液内科長 小児科長救急科長 手術部長 看護部長 副看護部長	医療体制の確保に関すること ・(総診・内科・小児科) 通常診療を行うチーム、新型インフルエンザ等の外来チーム、入院診療チームの編成等医師の人員の計画 ・(救急科) 一般の救急患者や他施設の重症患者の受け入れの調整 ・(手術部) 手術の緊急度のランクづけ、待機的手術の延期の調整 ・(看護部) 入院、外来、手術における看護師の人員計画
薬剤・検査・放射線部門	薬剤部長 薬剤部副部長 検査部長 放射線部長 診療支援部長	医薬品・検査体制・医療機器の確保に関すること ・(薬剤部) ワクチン、抗インフルエンザウイルス薬、抗菌薬等の確保・在庫管理、払い出し方法の検討、薬剤師の人員計画 ・(検査部・放射線部) 検査のランクづけ、待機検査の延長の調整、臨床検査技師・診療放射線技師の人員計画 ・(臨床工学部) 人工呼吸器等の医療機器の確保、保守・点検、臨床工学士の人員計画
事務部門	運営支援部長 総務グループリーダー 医療安全管理部グループリーダー 財務グループリーダー SPD センターグループリーダー 医事グループリーダー 報酬対策グループリーダー 病院情報システムグループ 栄養管理部室長	医療事務体制の確保(人員計画)と関係部署との調整に関すること ・(総務グループ) 職員の健康管理、広報、防犯 ・対策本部の運営・記録 ・(財務グループ・SPD センター) 個人防護服の在庫管理、必要物品の調達・管理 ・(医事グループ) 患者対応 ・(報酬対策グループ・病院情報システムグループ) 災害時カルテの運用 ・(栄養管理部) 患者・職員の栄養管理危機管理
統括部門	病院長 運営支援部長 総務グループリーダー 医療安全管理部グループリーダー 専任リスクマネージャー 感染管理室長 専任感染対策担当者	・総合的な方針・対策の立案、調整及び対策本部の運営に関する こと ・病院全体の情報収集、情報伝達に関すること ・行政や他の医療機関との連絡・調整に関すること (感染管理室長・専任感染対策担当者) ・感染対策の方針の検討 ・特定接種の実施方法の検討

5. 緊急連絡網の作成（一例）



6. 相談窓口の設置

患者からの問い合わせ数が増加した場合は、専用ダイヤル（自動音声対応による24時間対応）を設置する。音声対応の内容は、広島県と相談の上、決定する。

- (1) インターネットによる情報発信案内
- (2) 帰国者・接触者相談センター，広島県（コールセンター），広島市の相談窓口
- (3) 最寄りの保健所の案内

7. 報道機関への対応

報道機関への対応窓口を設置する。報道機関からの電話での問い合わせが、交換台、初診窓口・救急外来受付等にかかってきた場合は、総務グループに転送する。

*原則として、報道機関への対応は、総務グループリーダーが全て一括して取り扱う。

8. 対策本部の廃止

政府対策本部，都道府県対策本部が廃止されたときは、対策本部を廃止する。

【第4章 海外発生期から地域発生早期における対応】

(注) 新型インフルエンザ等患者に対する感染対策については、発生した感染症が飛沫感染対策・接触感染対策を基本とするインフルエンザであることを前提で記載している。空気感染する新感染症が発生した場合は、患者と接する際にN95マスクの着用が必要となる場合が考えられる。

実際に新型インフルエンザ等が発生した際には、公的機関から出される推奨等をもとに各医療機関において、個人防護具着用の基準等を定める必要がある。

新型インフルエンザ等が海外で発生または広島県において発生しているが全ての患者の接触歴が追える時期である。発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者に対しては、「帰国者・接触者相談センター」を通じて、「帰国者・接触者外来」において外来診療を行う。診察の結果、新型インフルエンザ等と診断された場合は、感染症法に基づき感染症指定医療機関等において入院措置を行うこととなる。

4-1 外来診療体制

当院は、海外発生期から地域発生早期において、「帰国者・接触者外来」を設置しない。外来診療は通常の診療体制とする。帰国者又は患者との濃厚接触者に該当する患者への対応は以下のとおりとする。

1. 手順書の作成等

(1) 掲示物

・一般外来・救急外来に新型インフルエンザ等の流行状況や咳エチケット励行などのポスターの掲示

(2) 手順書等

・患者対応についてのフローチャート・連絡網の作成
・電話交換における対応の手順書の作成・周知
・受付担当・患者案内者の対応の手順書の作成・周知

2. 新型インフルエンザ等が疑われる患者に対する電話交換・受付等での対応

・帰国者又は患者との濃厚接触者に該当する患者から電話連絡があった場合は、「帰国者・接触者相談センター」へ連絡するよう伝える。
・帰国者又は患者との濃厚接触者に該当する患者であることが受付等で判明した場合は、「帰国者・接触者相談センター」を通じ、「帰国者・接触者外来」を受診させる。

3. 新型インフルエンザ等が疑われる患者を診察した場合の対応

・診察中に新型インフルエンザ等が疑われると判断した場合は、確定検査の可否を含め、対応方針につき広島市南保健センターと相談する。
・当院にて診療を行う場合は、鳥インフルエンザ対応マニュアル（新型インフルエンザ対応マニュアルフェーズ3-）に準じた対応を行う。

4-2 入院診療体制

当院は新型インフルエンザ等と診断された患者の入院診療は行わない。入院診療は通常の診療体制とする。

4-3 職員の健康管理等

1. 新型インフルエンザ等患者と濃厚接触した職員への対応

- (1) 抗インフルエンザウイルス薬の予防投与
- ・十分な感染防止策を行わずに、新型インフルエンザ患者に濃厚接触した職員に対し抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を検討する。
- (予防投与例)

① オセルタミビルリン酸塩（商品名：タミフル）

1回 75mg 1日1回、10日間経口投与

② ザナミビル水和物（商品名：リレンザ）

1回 10mg（5mg ブリスターを2ブリスター）

1日1回、10日間専用の吸入器を用いて吸入

(2) 積極的疫学調査

- ・地域発生早期において十分な感染防止策を行わずに、新型インフルエンザ等の患者と濃厚接触した職員は、積極的疫学調査の対象となり得るため、対象となった場合は、保健所の指示に従う。

2. 特定接種

(1) 特定接種対象者の選定

- ・特定接種の登録の際に行った調査を参考に、職員を対象に特定接種対象者の調査を行う。
- ・ワクチンの納入日・納入量が判明した時点で、年齢・職種・部署・業務内容・勤務形態を勘案し、特定接種対象者の選定を行う。

(2) 特定接種の実施

- ・10mlバイアル等供給されるワクチンのサイズに対応して、1日あたりの接種対象者数を決定し、対象者に通知する。
- ・10ml等のマルチバイアルの場合は、薬剤部のクリーンベンチ内でシリンジの充填を行う。
- ・部署単位でワクチン接種可能な場合は、薬剤部から必要本数を払い出す。
- ・部署単位でワクチン接種が行えない部署に対しては、集团的接種会場を設け、ICTがワクチン接種を担当する。
- ・ワクチン接種実施の詳細については、厚生労働省から示される特定接種に関する実施要領に沿って対応する。

3. 職員の出張について

- ・不要・不急の海外出張は原則禁止する。

4-4 各部門における対応

地域感染期以降、新型インフルエンザ等の患者が大幅に増加する場合に備え、対策本部及び各部署において準備を開始する。

1. 診療部門

- (1) 患者数が大幅に増加した場合の診療体制の検討
- ・通常診療を行うチーム、新型インフルエンザ等の外来診療チーム。入院診療チームの編成、他の医療機関への応援体制等医師の人員計画
- (2) 救急患者受け入れの調整
- ・一般の救急患者や他施設の重症患者の受け入れの調整
- (3) 診療継続のための検討
- ・外来患者数を縮小する方法の検討
 - ・待機的入院・待機的手術を控えるための未発生期に検討したグループ分けの確認
 - ・待機的入院・待機的手術を控える時期・縮小規模の検討

2. 看護部門

- ・患者数増加、職員の欠勤に伴う看護師応援体制の調整
- ・患者数が大幅に増加した場合の看護師の人員計画の検討

3. 薬剤部門

(1) ワクチン

- ・ワクチン納入の調整
- ・特定接種実施の調整

(2) 抗インフルエンザウイルス薬等

- ・抗インフルエンザウイルス薬、抗菌薬等の確保・在庫管理、払出し方法の検討
- ・患者数が大幅に増加した場合の薬剤師の人員計画の検討

4. 検査部門

- ・インフルエンザ迅速診断キット等の検査薬の使用状況・在庫状況の確認
- ・専用外来や各科外来における検査体制の検討
- ・未発生期に検討した検査縮小計画の確認
- ・患者数が大幅に増加した場合の臨床検査技師の人員計画の検討

5. 放射線部門

- ・新型インフルエンザ等患者に対するレントゲン検査の運用方法の確認
- ・未発生期に検討した検査縮小計画の確認
- ・患者数が大幅に増加した場合の診療放射線技師の人員計画の検討

6. 臨床工学部門

- ・人工呼吸器等の医療機器の稼働状況の確認、保守・点検
- ・患者数が大幅に増加した場合の臨床工学技士の人員計画の検討

7. 事務部門

(1) 運営支援部長、総務グループ

- ・広報の検討・各種ポスター、案内の掲示
- ・職員の健康管理の体制整備
- ・防犯・警備体制の検討
- ・患者数が大幅に増加した場合の事務職員の人員計画の検討

(2) 財務グループ・SPD センター

- ・災害用に備蓄している医療資器材・非常食等の確認
- ・个人防护具の在庫管理、必要物品の調達、管理（必要に応じ在庫量を増やす）

(3) 医事グループ

- ・患者対応

(4) 栄養管理部

- ・非常時における患者・職員の食糧確保など栄養管理方法の検討

(5) 病院情報システムグループ・報酬対策グループ

- ・災害時のカルテの運用

8. 総括部門

- ・総合的な方針・対策の立案、調整及び対策本部の運営・記録
- ・行政や他の医療機関との連携、情報収集の実施
- ・職員への情報伝達
- ・感染対策の方針の検討
- ・特定接種の実施方法の検討

9. すべての部門未発生期の段階で策定した部署毎の業務継続計画の検討

(1) 職員情報の確認

- ・職員の緊急連絡先、通勤経路・通勤方法の確認
- ・学校・保育施設に通う子供の有無、要介護の家族の有無、その他支援の必要性の有無等の確認

(2) 人員計画の策定

- ・職員が欠勤した場合の代替要員の検討（特に、学校・保育園の休校・休園や家族の看病等で欠勤する可能性のある職員を予め把握し人員計画を策定）

- ・部署内で代替要員の確保が難しい場合は、部署を超えた応援体制の検討

- ・在宅勤務、時差出勤の採用、自家用車等での通勤の許可等の検討

(3) 優先業務

- ・多くの職員が欠勤した場合においても継続すべき優先業務と縮小すべき業務のリストアップ
- ・通常業務を縮小する目安の検討

(4) 緊急連絡網の整備

- ・部署の職員間の緊急連絡体制を整備
- ・行政や関連業者などの緊急連絡先及び担当者名簿の作成

【第5章 地域感染期における対応】

広島県において新型インフルエンザ等の患者が発生し接触歴が疫学的に追えなくなった時期である。新型インフルエンザ等の初診患者の診察を原則行わない医療機関を除き、一般の医療機関において、新型インフルエンザ等患者の診療を行うこととなり、入院治療は重症者を対象とし、それ以外の患者に対しては在宅療養を行うこととなる。

患者数が大幅に増加した場合、自宅で治療が可能な入院中の患者については、病状を説明した上で退院を促し、新型インフルエンザ等の重症患者のための病床を確保する必要がある。

5-1 外来診療体制

当院は原則として新型インフルエンザ等の初診患者の外来を行わない。ただし、当院に定期通院中の患者に対しては、必要に応じ外来診療を行う。外来診療は通常の診療体制とする。

1. 手順書の作成等

(1) 掲示物

- ・一般外来・救急外来に新型インフルエンザ等の流行状況や咳エチケット励行などのポスターの

掲示

- ・発熱，呼吸器症状を呈するなど新型インフルエンザ等が疑われる場合は，マスクを着用した上で，受付でその旨を伝えるようポスター掲示

(2) 手順書等

- ・患者対応についてのフローチャート・連絡網の作成・周知（各科外来）
- ・受付・診察・会計までの一連の患者導線の作成
- ・電話交換における対応の手順書の作成・周知
- ・受付担当・患者案内者の対応の手順書の作成・周知
- ・検査部，放射線部等の部門別の対応の手順書の作成・周知

(3) 診察室の準備

- ・個人防護具・速乾性手指消毒剤・石鹼・ペーパータオル等の設置（確認）
- ・診療に用いる物品（体温計，血圧計，聴診器，駆血帯，SpO₂モニター，筆記用具等）の設置（確認）
- ・医療用廃棄物・ゴミ箱等の設置（確認）
- ・対応フローチャート，連絡先一覧（検査部・放射線部・医事グループ等の関係部署，ICTメンバー，広島市南保健センター）を診察室に掲示

(4) その他

- ・清掃の手順書の作成・清掃業者との調整

2. 新型インフルエンザ等が疑われる初診患者への対応

- ・新型インフルエンザ等が疑われる初診患者から電話連絡があった場合は，近隣の医療機関を受診するか，広島市の相談窓口へ相談するよう伝える。
- ・新型インフルエンザ等が疑われる初診患者が直接外来を受診した場合は，マスクを着用の上，新型インフルエンザ等の診療を行っている他の医療機関を受診を勧める。

3. 新型インフルエンザ等が疑われる当院通院中患者への対応

- ・新型インフルエンザ等が疑われる患者は，マスクを着用の上，できるだけ一般患者との接触を避けて待機させ，早めに診察する。外来混雑時に患者を待機させる場合，各科の状況に応じ，空いている診察室等を利用することを基本とす

る。空いている部屋がない場合は，診療棟1階ロビーに隔離スペースを設ける。

- ・各科で対応できない場合は，感染症科にて対応を行う。
- ・患者対応を行う職員は外科用マスクを着用する。患者と直接接触する職員は，接触する可能性に応じ適宜ガウン・手袋等を着用する。咽頭ぬぐい液の採取の際は，ゴーグル・N95マスク・ガウン・手袋を着用する。
- ・咽頭ぬぐい液採取・血液検査を実施する場合は，各外来で行う（中央採血室では実施しない）。
- ・胸部X線検査（CT検査を含む）が必要な場合は，放射線部に連絡する（ポータブル撮影又はできるだけ他の患者との接触を避けるようにして放射線検査室に移動する）。
- ・診察の結果，新型インフルエンザ等と診断した場合，入院治療が必要な患者のみを入院治療とし，軽症者は在宅療養とする。

5-2 入院診療体制

当院は通常の入院診療の継続に努める。ただし，当院通院中の患者が新型インフルエンザ等を発症し入院が必要な場合や，他病院で治療が困難な新型インフルエンザ等の重症患者が発生した場合は受け入れを行う。

1. 入院病室

- ・新型インフルエンザ等と診断された患者は，各病棟の陰圧個室又は一般病棟へ入院させる。
- ・CHDF，ECMO，PCPS等の集中治療を必要とする場合は，ICUの陰圧個室へ入院させる。

2. 入院診療

- ・外来や他病院から入院する際には，できるだけ他の患者との接触を避けるようにして病室へ誘導する。
- ・診療は各科の医師が担当する。
- ・患者に対しては，飛沫感染予防策・接触感染予防策を適用する。患者のケア・診察の際は，外科用マスク（必要に応じN95マスク）・ガウン・手袋を着用する。エアロゾルを発生する可能性のある手技（心肺蘇生・期間挿管・気管吸引・咽頭ぬぐい液の採取等）の際には，ゴーグル・N95マスクを着用する。

- ・胸部X線検査はポータブル撮影とする。CT検査等が必要な場合は、夜間に行うなどできるだけ他の患者との接触を避ける。患者の移動の際は、外科用マスクを着用させる。

5-3 入院中患者で新型インフルエンザ等が発生した場合の対応

- ・多床室に入院中の患者が新型インフルエンザを発症した場合、同室者に外科用マスクの着用を勧め、必要に応じて抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を実施する。
- ・基礎疾患のない医療従事者に対しては、原則、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与は行わない。
- ・病棟内でインフルエンザの集団発生を認める場合には、対策本部に連絡し対応を協議する。

5-4 職員の健康管理等

1. 職員が新型インフルエンザ等に罹患した場合の対応

- ・職員が、発熱等の症状を認める場合は、早めに医療機関を受診する。
- ・勤務中に症状を認めた場合は、当院の感染症科を受診する。職員が受診する場合は、医療安全管理部感染管理室へ連絡する。
- ・職員が新型インフルエンザ等と診断された場合、各部署の上司に連絡する。連絡を受けた上司は、医療安全管理部感染管理室へ連絡する。
- ・新型インフルエンザ等に罹患した場合、解熱後2日間の自宅療養の後、職場に復帰する（注：インフルエンザを想定して記載している）。
- ・家族が新型インフルエンザ等と診断された場合でも、本人に体調不良がなければ、外科用マスク着用の上、通常勤務可能とする。

2. 職員の出張について

- ・不要・不急の海外・国内出張は原則禁止する。

【第6章 患者数が大幅に増加した場合の対応】

地域感染期において、患者数の大幅増加及び勤務可能な職員数の減少により、診療制限をする必要性が生じた場合は、事前の計画に基づき、段階的に外来診療・入院診療の制限を開始する。また、各部署

は、事前に策定した業務継続計画に基づき、職員の減少に応じた対応をとる。

必要に応じ、臨時職員を募集する。また、他の医療機関への応援体制も検討する。

6-1 外来診療体制

地域感染期において、新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、対策本部長の指示に基づき、外来診療を段階的に縮小する。

(1) 外来診療業務を減らす方策

対策本部長は、各診療科長に外来診療縮小について、以下の依頼を发出する。

- ・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、病状が比較的安定している患者に対して長期処方を行うなど受診する回数を減らす。
- ・慢性疾患等を有する定期受診患者のうち、電話による診療により慢性疾患の状況について診断できた場合に定期処方薬の処方箋をファクシミリ等で送付する。
- ・症状がない段階で同意を得た定期受診患者や再診患者に対して、電話による診察により新型インフルエンザ等への感染が診断できた場合に抗インフルエンザウイルス薬等の処方箋をファクシミリ等で送付する。

(2) 外来診療体制について

- ・(1)での対応に伴う外来受診患者の減少及び勤務可能な職員数の減少に応じて、外来診療枠を縮小する。
- ・必要に応じ、新型インフルエンザ等患者の外来診療を行うチームを編成する。

(3) 広報

- ・緊急以外の外来受診は避けるようホームページ、ポスター掲示等で広報を行う。
- ・外来診療制限を行っている旨、ホームページ、ポスター掲示等で広報を行う。

6-2 入院診療体制

地域感染期において、新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、新型インフルエンザ等の重症患者及びその他入院診療が必要な緊急性の高い患者のための病床を確保するため、対策本部長の指示に基づき、段階的に待機的入院・待機的手術を控える。

- (1) 入院中の患者への対応
- 入院中の患者のうち、病状が安定しており、自宅での治療が可能な患者について、十分に説明を行った上で退院を促す。
- (2) 新規入院患者への対応
- 入院予定患者のうち、事前計画に基づき一定程度の猶予がある疾病・病態の患者の新規入院を延期する（例：事前計画のC群：予定入院、予定手術で1ヶ月程度の猶予がある患者について入院を延期する）。
 - 早急な措置を要する患者や増加する新型インフルエンザ等患者に対する入院診療のため対応できなくなった他の医療機関の重症患者等については、受け入れを行う。
- (3) 新型インフルエンザ等患者への対応
- 新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合は、稼働率の低いいずれかの病棟を新型インフルエンザ等患者専用の病棟とする。
 - 人工呼吸器の稼働状況を確認し、人工呼吸器治療を要する患者の受け入れ可能人数を確認する。
 - CHDF、ECMO、PCPS等の集中治療を要する患者は、ICU入室とする。CHDFによる治療が可能な患者は最大5名、ECMO、PCPSによる治療が可能な患者は最大4名。
- (4) 入院診療体制について
- 入院対象となる患者の変更、職員の欠勤状況に応じ、入院担当医を再調整する。
 - 必要に応じ、新型インフルエンザ等患者の入院診療を行うチームを編成する。

- (5) 広報
- 入院診療制限を行っている旨、ホームページ、ポスター掲示等で広報を行う。

6-3 各部門における対応

未発生期及び海外発生期以降検討した業務継続計画に基づき、優先業務を継続できるよう業務量の調整、人員配置を行う。

6-4 地域全体での医療体制の確保について

地域感染期において、患者数の大幅増加及び勤務可能な職員数の減少により、診療制限をする必要性が生じる事態においては、一医療機関での対応は困難となる。

地域全体で医療体制が構築されるよう、広島県等との協議を行い、当院の役割を確認する。

(1) 病床の確保について

- 既存の病床が満床となった場合でも、広島県の要請により、さらに新型インフルエンザ等の患者の入院の受け入れ要請があった場合には、臨時の病室の確保を検討する。
- その際は、臨時の医療チームを構成する。また、不足する医療従事者の派遣を広島県に要請する。

(2) 医療従事者の確保について

- 他医療機関や広島県が設置する臨時の医療施設への応援要請があった場合、対策本部長は、各部署の長に対し、応需可能か確認する。
- 住民に対する予防接種のため広島市が実施する予防接種への応援要請があった場合、対策本部長は、各部署の長に対し、応需可能か確認する。

【第7章 新型インフルエンザ等対策関連情報】

World Health Organization (WHO)	http://www.who.int/en/
内閣官房 新型インフルエンザ等対策	http://www.cas.go.jp/jp/influenza/
厚生労働省 感染症・予防接種情報	http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/index.html
厚生労働省検疫所	http://www.forth.go.jp/
国立感染症研究所 感染症疫学センター	http://idsc.nih.go.jp/index-j.html
広島県感染症・疾病管理センター（ひろしま CDC）	http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/hcdc/
広島市 感染症情報センター	http://www.city.hiroshima.lg.jp/eiken/center.html
広島市保健所	http://www.city.hiroshima.lg.jp
日本感染症学会	http://www.kansensho.or.jp/
日本環境感染学会	http://www.kankyokansen.org/

【第8章 用語集】

○インフルエンザウイルス

インフルエンザウイルスは抗原性の違いから、A型、B型、C型に大きく分類される。人でのパンデミックを引き起こすのはA型のみである。A型はさらに、ウイルスの表面にある赤血球凝集素（HA）とノイラミニダーゼ（NA）という、2つの糖蛋白の抗原性の違いにより亜型に分類される。（いわゆるA/H1N1、A/H3N2というのは、これらの亜型を指している。）

○新型インフルエンザ

感染症第6条第7項において、新たに人から人に感染する能力を有することとなったインフルエンザウイルスを病原体とするインフルエンザであって、一般に国民が当該感染症に対する免疫を獲得していないことから、当該感染症の全国的にかつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいうとされている。毎年流行を繰り返す季節性のインフルエンザに対する免疫を獲得していないため、ウイルスが人から人へ効率よく感染し、急速かつ大規模なまん延を引き起こし、世界的な大流行（パンデミック）となるおそれがある。

○新感染症

感染症法第6条第9項において、人から人に伝染すると認められる疾病であって、既に知られている感染症の疾病とその病状又は治療の結果が明らかに異なるもので、当該疾病にかかった場合の病状の程度が重篤であり、かつ、当該疾病のまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあると認められるものをいう。

○新型インフルエンザ等

感染症法第6条第7項に規定する「新型インフルエンザ等感染症」と感染症法第6条第9項に規定する「新感染症」（ただし、全国的かつ急速なまん延のおそれがあるものに限定）をいう。

○鳥インフルエンザ

一般に、鳥インフルエンザは鳥の感染症であるが、稀に、鳥インフルエンザのウイルスが人に感染し、人の感染症を引き起こすことがある。元来、鳥の感染症である鳥インフルエンザのウイルスが種差を超えて、鳥から人へ感染するのは、感染した鳥又はその死骸やそれらの内臓、排泄物等に濃厚に接触した場合に限られるとされる。また、人から人への感染

は極めて稀であり、患者と長期間にわたって感染防止策をとらずに濃厚に接触した家族内での感染が報告されている。

○帰国者・接触者外来

発生国からの帰国者や患者との濃厚接触者であって、発熱・呼吸器症状等を有するものを対象とした外来。病原性が高い場合に（病原性が低いことが判明していない限り）設置される。新型インフルエンザ等が海外で発生した場合に設置され、各地域における発生段階が地域感染期に至った場合に中止される（設置期間は、海外発生期から地域発生期まで）。概ね人口10万人に1か所程度、都道府県等が地域の实情に応じて対応する医療機関を決定する。

○帰国者・接触者相談センター

発生国から帰国した者又は患者への濃厚接触者であって、発熱・呼吸器症状等を有する者から、電話で相談を受け、帰国者・接触者外来に紹介するための相談センターであり、設置期間は、帰国者・接触者外来と同様に海外発生期から地域発生早期まで。

一般に相談窓口であるコールセンターとは役割が異なる（情報提供・共有（リスクコミュニケーション）に関するガイドライン p28 参照）。

○積極的疫学調査

患者や、その家族及びその患者や家族を診療した医療機関関係者等に対し、質問又は必要な調査を実施し、情報を収集し分析を行うことにより、感染症の発生の状況及び動向、その原因を明らかにすること。感染症法第15条に基づく調査をいう。

○濃厚接触者

新型インフルエンザ等の患者の濃密に、高頻度又は長期間接触した者（感染症法において規定される新型インフルエンザ等にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者）が該当。発生した新型インフルエンザ等の特性に応じ、具体的な対象範囲が決まるが、例えば、患者と同居する家族等が想定される。

○標準予防策

感染症の有無に関わらず、すべての患者に対して標準的に行う疾患非特異的な感染対策である。すべての患者の湿性生体物質（血液、体液、排泄物、汗を除く分泌物）、傷のある皮膚、粘膜は感染の可能性がある対象として対応する。

○空気感染予防策

空気媒介性飛沫核（5 μ m以下の微粒子で長時間中

を浮遊し、空気の流れにのり、広範囲に拡散する)によって伝播される病原体に感染している(あるいは感染の疑いのある)患者に適応される。患者は、空気感染隔離室(陰圧室)に隔離する。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者に外科用マスクを着用させる。患者の診察等にあたる医療従事者はN95マスクを着用する。

○飛沫感染予防策

飛沫(5 μ m以上の水分を含んだ粒子)によって伝播される病原体に感染している(あるいは感染の疑いがある)患者に適応される。飛沫は咳、くしゃみ、会話又は気管吸引などの処置により発生し、約1m以内の範囲で飛散する。患者は原則として個別収容する(コホート隔離)。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者に外科用マスクを着用させる。患者の診療等のあ

たる医療従事者は原則として外科用マスク、必要に応じて手袋・ガウンを着用する。

○接触感染予防策

手や皮膚による直接接触、あるいは環境表面や患者に使用した物品との間接接触によって伝播しうる病原体に感染している(あるいは感染の疑いのある)患者に適用される。患者の原則として個室収容する。個室が利用できない場合は、同じ病原体に感染した患者を1つの部屋に収容する(コホート隔離)。患者の移動は必要不可欠な場合のみに限定する。患者の移動が必要な場合は、患者の感染部位や保菌部位が覆われていることを確認する。患者あるいは患者に隣接し汚染の可能性のある環境表面や器材に接触することが予想される場合は、手袋・ガウンを着用する。聴診器、体温計など患者に接触するものは可能な限り患者個人用とする。

＜広島県版：厚労科研の小～中規模病院に おける計画作成例より改編＞

新型インフルエンザ等発生時における診療継続
計画（例）

（注）下線部分は各施設で特に書き換えが必要な箇
所を想定

医療機関名： ○○病院

第 I 章 総論

1 基本方針

広島県新型インフルエンザ等対策行動計画における医療提供体制の維持・確保対策に基づき、あらかじめ当院の役割を確認し、発生段階や役割分担に応じた適切な医療を提供できるよう体制を整備する。

(1) 当院の役割

○ 新型インフルエンザ等（「新型インフルエンザ等対策特別措置法」（以下「特措法」という）第 2 条第 1 号）が国内でまん延した場合に、当院においても、職員（業務委託会社の職員を含む）及び職員の家族が罹患して治療や看護ならびに学校の臨時休業のために勤務できない職員が多数発生することが予想される。さらに、ライフラインや物流等の社会機能も低下する可能性もある。

○ 新型インフルエンザ等流行時において、当地域における急性期医療を担う当院の役割を踏まえ、地域住民が安心して治療をうけられる体制を確保することを目的に本診療継続計画を作成し、必要な対策を実施する。

(2) 各発生段階における基本的な対応方針

○ 海外発生期、県内未発生期及び県内発生早期においても、新型インフルエンザ等の患者が当院に受診する可能性があることを踏まえて対応する。

○ 県内感染期には住民のため、新型インフルエンザ等の患者の外来・入院診療を行いながら、当院の診療機能の維持に努め、地域医療を担う医療機関としてその役割と責任を果たす。

○ 診療に従事する当院の職員の安全と健康に十分に配慮し、感染予防に努める。

(3) 新型インフルエンザ等発生時に優先すべき診療業務

○ 当院の役割を鑑み、当院の診療業務を優先度に応じて以下のとおり、一定の水準を維持し診療を継続する。なお、県内感染期における被害想定・欠勤率は 40%で検討する。これらは流行状況や新型インフルエンザ等対策本部の対策に応じ、流行段階に応じて適宜決定する。

A<高 い>：県内感染期でも通常時と同様に継続すべき診療業務

B<中程度>：県内感染期には一定期間又はある程度の規模であれば縮小できる診療業務

C<低 い>：県内感染期には、緊急の場合を除き延期できる診療業務

2 本診療継続計画の策定・変更・周知について

(1) 策定と変更

○ 本計画は院内のメンバーで構成する「○○○（委員会または会議）」により作成された（別紙参照）。

○ 構成員は別紙のとおりとする（別紙参照（メンバー表））。

○ 海外発生期以降は、最新の科学的根拠、地域の医療継続計画に基づく地域での当院の施設機能の役割分担を元に、○○○（委員会または会議）で適宜本計画を変更する。

(2) 地域における当院の役割確認

○ 当院の役割を踏まえて、未発生期、海外発生期、県内未発生期及び県内発生早期、県内感染期の 3 段階を見据えた診療継続計画を策定する。また、地域の医療体制に関する対策会議等において当院の役割を確認し、診療継続計画の修正等を図る。

(3) 職員への周知

○ 本計画に記載された各対応を新型インフルエンザ等対策に従事する職員が理解するとともに、全職員の協力の下で診療体制が構築できるよう、○○○（委員会または会議）は研修会等の企画・実施を通じて職員に本計画を周知徹底する。

3 意志決定体制

(1) 意志決定者

- 新型インフルエンザ等の発生における診療体制及びその縮小等については〇〇〇（委員会または会議）で検討し、〇〇〇（委員長又は議長）である〇〇が決定する。

(2) 代理

- 委員長または議長である〇〇が事故などで不在の時は、〇〇がその代理を務める。

4 意志決定に必要な最新情報の収集・共有化

(1) 情報収集部門の設置

- 平時より新型インフルエンザ等に関する情報を収集し、かつ情報の一元化を図る。
- 情報収集責任者は〇〇とし、感染対策チームのメンバー及び看護部門、事務部門から専任の担当者を配置する。
- 新型インフルエンザ等に関する疫学・流行情報については、平時より国、広島県、医師会の通知等や各種のホームページ情報を元に、当該疾患の診療に関する最新情報や地域での発生状況、地域の休校状況などを含めて把握する。

- 情報入手先リスト（別紙参照）

(2) 情報の周知

- 収集した情報は、速やかに感染対策チームの〇〇により院内LANの掲示版等で共有し、職員に通知するとともに、何らかの対策行動が必要な点については〇〇〇（委員会または会議）で共有し、各部門の責任者が職員に周知する。
- 対策本部の情報は各職員が逐次確認できる体制とする（例：メーリングリスト・電子カルテ掲示版の活用等）。
- 当院に通院中の患者、地域住民に対しては、当院のホームページや当院の玄関、院内掲示版等を通じて情報提供する。

第Ⅱ章 未発生期の対応

1 新型インフルエンザ等発生時の診療体制確保の準備

(1) 優先診療業務の決定と流行への備え

- 新型インフルエンザ等発生時を想定して、当院の優先業務の絞り込みと見直しを行い、業

務効率化を図ることのできる診療業務を検討する。

- 当院における診療業務について優先順位を下記のように決定（準備）する。

- 日頃から職員が様々な業務を行えるようクロストレーニングを行う。

(2) 診療に確保できる人員と対応能力の評価

- 出勤可能な職員数について、各部門や病棟で検討し、可能な範囲で職員の確保を行う。

- 職員が不足した場合の応援体制と応援要請のタイミングについて、先に定めた優先順位（第Ⅱ章1（1））に基づき、それぞれの診療部門での対処方針を検討する。

(3) 入院可能病床数と人工呼吸器の稼働状況（別紙参照）

- 当院の役割を鑑みて、新型インフルエンザ等の入院診療継続に必要な病床数、人工呼吸器数などを見積もり、リストを作成する。・新型インフルエンザ等患者の入院に備えた入院可能病床数を、全病床の5%（〇床）を目安とする。

- ・ 新型インフルエンザ等の患者の入院が必要な場合は、〇〇病棟（個室〇室、2人部屋〇室、4人部屋〇室）を新型インフルエンザ等患者用の病棟とし、最大〇名まで受け入れることとする。

(4) 連絡網の整備

- 各部門の連絡体制・連絡網を整備し、流行時の出勤可否に関連する情報のリストを各部門で作成し、対策本部に提出する。

- 院内の連絡体制を別紙のとおりとする。

- 各職員（非常勤含む）の通勤経路を確認し、リスト等を作成する（別紙参照）。

(5) その他の準備

① 外来診療対応能力の確認

- 患者からの電話に対応できる回線の数やファックス、外来診療に必要な資材（パーテーションや採痰ブース等）について県内感染期を想定して十分な数や機能が維持できるか検討しておく。

- 入り口、待合室・診察室において新型インフルエンザ等の患者とその他の患者とを可能な限り時間的・空間的に分離するなどの対策を検討しておき、併せて必要な施設改修・機器整備を行っておく。

②検査部門

- 新型インフルエンザ等発生時の各検査の需要について、先に定めた優先順位（第Ⅱ章1(1)）に基づき、診療業務に従って必要数や優先度を作成する。
- 検査キットの在庫数の確認、各流行時期に応じた必要な準備を行う。

③在宅診療部門

- 在宅診療について連携している〇〇病院、〇〇医院と往診患者のリストを共有し、地域における在宅診療を継続できる診療体制作りに努める。

④委託業者との連携

- 病院に出入りする委託業者の把握及び複数の委託業者との連携方法について検討する。

2 感染対策の充実

(1) 感染対策マニュアルの整備

- 通常時の院内感染対策の徹底と発生時における外来・入院診療等が効率的に運用できるように、既存の院内感染対策マニュアルを活用し、新型インフルエンザ等に対応できるよう整備する。

- マニュアルは適宜見直しを行い、改訂する。

(2) 教育と訓練

- 平時より、新型インフルエンザ等の発生時に何よりも守るべきは患者及び地域住民であることを認識し、患者の安全確保と職員の危機意識の向上に必要な研修を〇〇（例：感染対策チーム（ICT））が中心となって企画し、定期的実施する。

例：院内感染対策の基本、新型インフルエンザ等に対する基礎知識、個人防護具の適切な使用法、新型インフルエンザ等患者に対する対応方法（外来受診者）、自己の健康と安全の確保方法等

- 平時より、診療継続計画に基づく訓練を実施し、その結果を持って見直しを行い、実践的な計画となるよう随時更新する。

(3) 特定接種への登録

- 院長は、病院が特定接種の登録事業者になる場合は、所定の手続きを行い、厚生労働省へ登録する。

3 在庫管理

- 平時より実施している医薬品・診療材料等の在庫管理に加え、当院の医薬品・医療資材取り扱い業者の〇〇会社と連携し、新型インフルエンザ等発生時の必須医薬品、感染対策用品のリストを作成し、年間/月間使用見込みや入手方法等を検討しておく（別紙参照）。

－ 医薬品：抗インフルエンザウイルス薬、インフルエンザ迅速診断キット、抗菌薬等

－ 感染対策用品：マスク、手袋、ガウン、ゴーグル、手指消毒剤等

第Ⅲ章 海外発生期以降の対応

1 対策本部

(1) 対策本部の設置

- 当院は新型インフルエンザ等の海外発生期後、〇〇に対策本部を設置する。

(2) 組織構成

- 対策本部の本部長は〇〇とし、構成員は、〇〇〇及び、必要と認める者とする（別紙参照）。

(3) メンバーの招集

- 対策本部メンバーの招集は〇〇とする。〇〇が事故・欠勤等により招集できない場合は、次の順に代理者が招集する。

第1順位：〇〇、第2順位：〇〇、

第3順位：〇〇

2 患者への対応

(1) 外来診療

[海外発生期から県内発生早期]

<新型インフルエンザ等が疑われる患者への対応>

- 当院の全般的な診療体制については、当院のホームページ、掲示物やポスター及び電話メッセージ等で地域住民に周知する。

- 院内感染拡大防止のため、受診者の時間的・空間的分離対策について検討し、職員に周知するとともに、当院での受診の流れ（入り口を分ける）など来院者向けにわかりやすく院内の入り口に掲示する。

- 新型インフルエンザ等の疑い患者は帰国者・接触者外来を開設している病院（帰国者・接触者相談センターを紹介することとし、原則、新型インフルエンザ等の疑い/確定例の外来

- 診療は行わない。
- 新型インフルエンザ等に感染している可能性が高いと考えられる患者を診療した場合は△△保健所に連絡し、対応について確認する。

<通常受診している患者への対応>

- ① 県内感染期を想定した準備
- 平時より外来通院している患者について、振り分け方針を決定し、各科毎に受診の必要性をランク付けする。その際、各診療科で以下の疾患群別にA～Cの対応疾患の目安をつけ、診療が継続できるような体制を確保する。
A<高い>の診療業務に該当する疾患、病態：早急な措置を要する患者
B<中程度>の診療業務に該当する疾患、病態：A群とC群の中間の患者
C<低い>の診療業務に該当する疾患、病態：予定入院、予定手術でひと月程度の猶予がある患者
 - 慢性疾患患者をリストアップし、(a) 従来通りの頻度で診療すべき患者、(b) 県内感染期において受け入れ能力を調整する必要が生じた際に診療間隔を延期できる患者、に区分する。
 - ○○○(委員会又は会議)は流行状況に応じて長期処方を行う方針を決定し、外来担当医師に周知し、受診回数を減らす努力を開始する。
- ② 抗インフルエンザウイルス薬のファクシミリ処方の準備
- 慢性疾患等を有する定期受診患者が受診した際には、新型インフルエンザ様症状を呈した場合にファクシミリ処方抗インフルエンザウイルス薬を希望するかあらかじめ聴取し、患者の希望を診療記録に記載する。

[県内感染期]

<全体方針>

- 新型インフルエンザ等の患者の診療を行う。重症度が高い患者については、地域連携している医療機関である_____病院に相談し対応方針を決めておく。
- 外来人員をチーム編成「新型インフルエンザ等診療担当チーム」「通常診療担当チーム」「支援チーム(他部門の応援)」の3つに分けて対応する。

- チームの設置時期と構成員については対策本部が決定する。
- 通常の院内感染対策に加え、予め検討されていた新型インフルエンザ等の患者とその他の患者とを可能な限り時間的・空間的に分離するなどの対策を確実に(別紙参照)。

<新型インフルエンザ等の患者への対応>

- ① 受付
- 電話で受診の打診を受けた場合、軽症者はできるかぎり病病連携、病診連携により地域の開業医などへの受診を勧める。
 - 病診連携病院から当院受診の連絡を受けた場合、受診する時刻と受診入り口、来院や受診方法を伝える。
- ② 診療
- 診察は新型インフルエンザ等診療担当チームが行う。
 - 新型インフルエンザ等の患者の専門外来を○○○に設置する。
 - 感染対策チームの指示に従い、診察の順序、職員が装備する个人防护具の選択、受付と待合室の時間的空間的分離を行う。
 - 多数の患者が予想される場合は受診の流れの見直しを行う。
 - 患者の状態により、自宅待機・診療・入院の可否の判断をする。受入可能病床数に応じて、入院の可否を判断する。
- ③ 処方
- 新型インフルエンザ等が疑われる患者への処方と服薬指導を行う場所を通常患者と空間的に区分する。処方量が増加する場合は近隣の○○○薬局と連携をし、効率的な処方方法を検討する。

<通常受診している患者への対応>

- 当院は、県内感染期にも、新型インフルエンザ等が疑われる患者以外の定期通院患者への医療提供を確保する。
- ① 受付
- 継続受診している患者の急性期は通常診療とするが、定期受診については長期処方などにより受診者数を減らす努力を行う。
 - 在宅診療に変更できる患者は、在宅診療に切

り替え、できる限り受診しなくても診療が行える対応法を検討する。

② 診療

○ 診察は「通常診療担当チーム」が行う。

③ 処方

○ 継続受診している患者を電話による診療でインフルエンザと診断した場合には、ファクシミリ等により抗インフルエンザウイルス薬等を処方する。

○ かかりつけの慢性疾患患者に対して医薬品が必要な場合、電話による診療でファクシミリ処方を行う。

(2) 入院診療

[海外発生期から県内発生早期]

○ 新型インフルエンザ等患者の入院時の種々の対応方法（食事、排泄、清掃、リネン、面会方針など）の詳細について、対策本部で検討し周知する。

○ 県内感染期で新型インフルエンザ等の入院患者が増加することを想定し、縮小できる診療業務について、対策本部で検討し、決定事項を院内に周知する。

○ 面会の制限について検討する。

<新型インフルエンザ等が疑われる患者への対応>

○ 原則、新型インフルエンザ等の疑い/確定例の入院治療は行わない。

○ 入院治療が必要な患者については、原則として〇〇病院に搬送の方針とする。

○ 入院中の患者が新型インフルエンザ等に感染した疑いがある場合は、〇〇病室に転室し、対策本部の指示をおおぎつつ、保健所に連絡する。

<一般入院患者への対応>

○ 空き病床を常に〇〇%確保できるように努める。

○ 現在の入院患者の状態を評価し、退院可能な患者については退院を促す。

[県内感染期]

<全体方針>

○ 入院対応人員を「新型インフルエンザ等診療担当チーム」「通常診療担当チーム」「支援チーム（他部門の応援）」の3つに分けて対応

する。

○ 「新型インフルエンザ等診療担当チーム」は事前の訓練を受けた者から構成する。

○ 「支援チーム」は①患者と直接、間接的に接する放射線技師・検査技師等、②患者と接触の可能性のある事務員、看護助手、清掃員等とし、新型インフルエンザ等の患者への診療支援や入院療養に関わる支援を行う。

○ チームの設置と構成員については対策本部が決定する。

○ 対策本部は、職員欠勤状況や地域での流行状況から、最小人数で運営できる病棟管理体制を検討する。

○ 新型インフルエンザ等の患者の入院に必要な医薬品、感染対策用品、医療器材を試算し、前室・病室での必要物品の準備、病室の必要物品、輸液ポンプ等のリストを感染対策チームの指示のもと準備する。

○ 面会は基本的に制限する。

<新型インフルエンザ等の患者への対応>

○ 当院では新型インフルエンザ等疑いで入院治療を要する場合、受け入れる。しかし、人工呼吸器管理を必要とする患者の受け入れ能力が不足した場合、また対応が困難な重症患者は病病連携している〇〇病院または〇〇病院に搬送する。

○ 入院患者が一定数を超えた場合、新型インフルエンザ等専用の病棟（〇〇病棟）を設定し、新型インフルエンザ等の入院患者とそれ以外の疾患の患者とを空間的に離し、院内感染対策に十分配慮する。

○ 副院長の〇〇は新型インフルエンザ等の入院患者数を定期的に把握し、□□保健所に報告する。

<一般入院患者への対応>

○ 新型インフルエンザ等の患者数が大幅に増加した場合にも対応できるように、原則として待機可能な入院や手術を控え、重症者は入院、軽症者は在宅療養に振り分ける。

(3) 外来・入院以外の重要診療（救急診療、透析診療、緊急入院等）

[海外発生期から県内発生早期]

- すべての段階において通常通りの診療を維持する。

[県内感染期]

- 対策本部の指示に従う。
例：救急診療は基本的に維持する。
例：透析診療は基本的に維持するが、新規受け入れは中止する。透析診療を中止せざるを得ない状況になった時は〇〇病院に対応を依頼する。

(4) 検査部門

[海外発生期から県内発生早期]

<新型インフルエンザ等の患者への対応>

- 新型インフルエンザ等の疑い患者全数にPCR検査が必要とされることから、保健所と調整をはかり、検体容器の準備、検体の採取などの体制を整える。
- 新型インフルエンザ等の疑い患者がMRIやCT検査室を利用する際には、利用後の消毒の方法、担当者の个人防护具の選択、時間的・空間的分離策を検討のうえ、利用方針を協議しておく。
- ※ なお、原則、患者は「帰国者・接触者外来」を受診するため、例外的な対応である。
- 検査試薬などの在庫を定期的に確認し、必要最低限の保管数として、不要な在庫を持たない。

[県内感染期]

- 対策本部の指示に従う。

(5) 在宅診療部門

[海外発生期から県内発生早期]

- 新型インフルエンザ等流行時には在宅診療を強化、充実して、外来・入院診療などの医療需要を減らす方針とする。

[県内感染期]

- 在宅診療を強化充実する。

(6) 薬剤部門・物品管理部門

[海外発生期から県内発生早期]

- ① 在庫管理の見直し

- 新型インフルエンザ等の発生後、医薬品の在庫を見直し、必要な物品を確保する（別紙参照）。

② 委託業者との連携

- 事務部門と連携し、新型インフルエンザ等対策に必要な医薬品、医療材料等の物品管理業務を委託している〇〇会社を通じて、確保する（別紙参照）。

[県内感染期]

- 対策本部の指示に従い、在庫管理、委託業者との連携が現状でよいか再検討する。

3 職員への対応

(1) 職員体制の見直し

(参考：それぞれの病院の状況、地域での役割に合わせて検討する)

[海外発生期から県内発生早期]

- ① 職員連絡網、通勤経路の見直し（別紙参照）。
- 海外発生期以降、職員連絡網、通勤経路などを見直す。
- ② 職員体制の見直し
- 県内発生期以降の診療機能維持のため、職員の兄の学校の臨時休校・要支援者発生時等の職員欠勤時対応について、現在の職員配置状況を検討する。
- 県内発生早期以降、地域の流行状況や重症患者の割合に応じて検討される優先診療業務にしたがって（別紙参照）、当院の職員体制を見直す。
- 現在の人員で最大限の能力が発揮できるよう、緊急を要しない業務の延期を検討する。

[県内感染期]

① 職員出勤状況の確認

例：定例朝会議で職員の出勤状況を確認する。

例：〇〇ミーティングで来週の予定、代替者の必要性、診療内容の変更を検討する。

② 欠勤者増加の際の対応

- 原則として欠勤率が増えたとしても、当院は対応可能な職員数で診療を継続する方針とする。しかし、対策本部において、優先業務が院内の職員のみでは対応できないと判断された場合は、地域医師会や〇〇からの派遣医師など応援依頼を検討する。

- 欠勤率が〇〇30%を超えた場合は、対策本部で検討し、勤務継続に関する意思確認を開始する。

(2) 職員の感染対策

- ① 標準予防策、感染経路別予防策の徹底
- 職員は手指衛生をはじめとして標準予防策を基本とした適切な感染予防対策を行い、感染予防には万全を期す。
- 新型インフルエンザ等の感染経路に応じた(a)飛沫感染対策、(2)接触感染対策などの感染経路別予防策を徹底する。
- ② 個人防護具の準備と教育
- 職員が新型インフルエンザ等の感染が疑われる患者と接触する場合には、職業感染予防のためその診療・処置状況に合わせた個人防護具を選択し、適切に使用する。
- 職員研修に必要な内容、対象者、時期、研修方法については感染対策チームが検討し、対策本部が決定する。
- ① 抗インフルエンザウイルス薬とワクチン接種
- 対策本部は、十分な感染防止策を行わずに患者に濃厚接触した者に、必要に応じて抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を行う。また特定接種開始後速やかに、対象職員にワクチン接種を行う。
- ④ ハイリスク職員への対応
- 事務部門（職員健康管理担当）は妊婦、慢性心疾患、COPD、免疫抑制剤を服用中等、感染症罹患時には重症化する可能性のある職員のリストを作成し、当該職員へ周知と対応方法について感染対策チームと検討する。
- ⑤ 職員感染時の対応
- 職員等が新型インフルエンザ等に感染したと疑われる場合は、速やかに所属長等に連絡することとする。本人が感染した場合は原則として病気休暇（〇〇日以下は有給休暇の利用での対応）として取り扱う。家族等が感染した場合で本人への感染が強く疑われる場合は、院長の判断で職務に専念する義務の免除を行う。
- 新型インフルエンザ等に罹患した職員の復帰のタイミングは別途（又は流行した新型インフルエンザ等に応じて都度検討）定める。

(3) 職員の健康管理

① 職員の過重労働防止

- 職員の安全健康管理を最優先し、過重労働を避けるシフト表の作成、適切な労働時間管理、休日・休暇の付与を適切に行う。週に一日は完全休日の日を設ける。当直明けは〇時までには帰宅するようにする。
- 特定の職員（医師、看護師、事務担当等）に業務が重ならないように、業務のローテーションの工夫、複数担当者制などを検討する。
- ひと月あたりの残業が80時間を超えたものは産業医の面談を行い、健康状態等へ助言指導する。

③ 職員のこころの健康管理等

- 新型インフルエンザ等の流行に際し、職員やその家族に心理的ケアが必要な事案が発生することを想定し、日頃の声掛けやコミュニケーションを大切にし、心の不調者が出ないように健康管理室が対応する。

③ 労災保険の適用周知

- 当院で雇用している正規、非正規、アルバイト等の雇用条件に関わらず、雇用契約が結ばれている職員にはすべて労災の適用であることを周知する。

4 地域/通院患者への情報周知

(1) 通院患者への情報周知

① 啓発・広報

- 当院においては流行期に対応した啓発・広報活動を行う。特に、新型インフルエンザ等に罹患した際の療養方法、手指衛生、咳エチケット、感染対策用品（マスク、手袋）の使い方等、感染拡大防止のために個人や家庭ができることについて、通院患者に周知する。
- 海外発生期以降、当院ホームページ内に新型インフルエンザ等に関する項目を追加し、随時更新する（必ず更新日を記載）。
- 当院における新型インフルエンザ等患者の診療方針を院内ポスター、張り紙等により周知する。

5 総務機能の維持

(1) 事務部門（総務機能）

- 各種物品の調達や医療機器の整備・修繕、一

般電話対応等，診療業務を継続する上で必要な業務を優先的に行う。

- 臨時職員，業務委託会社の職員も含めた全職員及びその家族の健康状況等を把握するとともに，予防接種等，職員の業務継続に必要なことを優先的に実施する。

(2) 委託業者との連携

- 医事，給食，警備，清掃，物品管理，リネンなど委託している業務について，診療継続計画に基づき当該業務委託業者と打ち合わせを行う。
- 医療廃棄物の保存場所と感染性廃棄物の処理の方法を確認する。

(3) 業者連絡先リスト

- 医薬品取扱業者リスト（別紙参照）
- 委託業者（清掃，廃棄物処理，警備，施設メンテナンス等）リスト（別紙参照）

第IV章 地域における連携体制

(1) 地域の連絡会議等に参加

- 当院は地域の保健所，病病連携病院，転院可能な長期療養施設などを協力して地域医療に貢献する。そのため，未発生期，海外発生期以降においても必要な地域連携を行う。
- 未発生期に△△保健所/〇〇市町村医師会等の地域医療体制に関する対策会議に参加し，地域における各医療機関の外来・入院に関する方針，当院の役割を連携病院と確認する。
- あらかじめ県内感染期以降の入院可能病床数

を協議する。

- 在宅診療の地域での支援体制についても確認する。
- 新型インフルエンザ等を想定した病診連携，病病連携の構築を進める。

(2) 病診連携，病病連携

- 連携機関リスト（行政機関・医療機関等）（別紙参照）。
- 県内発生早期には，新型インフルエンザ等疑い患者について病診連携している〇〇病院（呼吸器科，感染症診療担当の▲▲先生）と密に連絡をとり，帰国者・接触者外来への紹介方法，〇〇病院への受診方法について確認する。
- 県内感染期には，軽症者の診察を積極的に受け入れるが，重症患者や入院が必要な患者紹介の方法，病床の空き状況，受け入れ状況を病診連携病院と都度確認する。

(3) その他

- 本診療継続計画の一覧表を作成し活用する（別紙参照）。発生段階に応じた診療継続計画が現状でよいか，適宜見直す。

以上

新型インフルエンザ等に関する院内対策会議

策定〇〇年〇月〇日

改定〇〇年〇月〇日

平成〇〇年〇月〇日

院長 □□ □□

別紙

- 別紙・新型インフルエンザ等に関する院内対策会議メンバー
- 別紙・新型インフルエンザ等感染症に関する情報確認先リスト
- 別紙・当院の受け入れ能力の事前評価
- 別紙・院内連絡網（自宅電話番号，携帯電話番号・メール等含む）
- 別紙・各職員（非常勤含む）の主な通勤経路一覧
- 別紙・新型インフルエンザ等発生時の必須医薬品及び感染対策用品リスト
- 別紙・当院における時間的・空間的分離対策（案）
- 別紙・医薬品取り扱い業者リスト
- 別紙・委託業者リスト（清掃，廃棄物処理，警備，施設メンテナンス等）
- 別紙・連携機関リスト（行政機関・医療機関等）
- 別紙・発生段階に応じた診療継続計画及び地域連携等の概要

別紙1 新型インフルエンザ等に関する院内対策会議メンバー及び対策本部組織図

※新型インフルエンザ等発生前は〇〇〇（委員会または会議），海外発生期以降は対策本部とする

○対策会議（新型インフルエンザ等の未発生期）

会議・議長：院長 ○○ ○○

副議長：副院長 ○○ ○○

委員：

感染対策チーム ○〇〇子，○〇〇男，○〇〇雄，○〇〇美，○〇〇子

事務部門 ○〇〇美，○〇〇雄

外来部門 ○〇〇雄

診療部門 ○〇〇子

看護部門 ○〇〇男

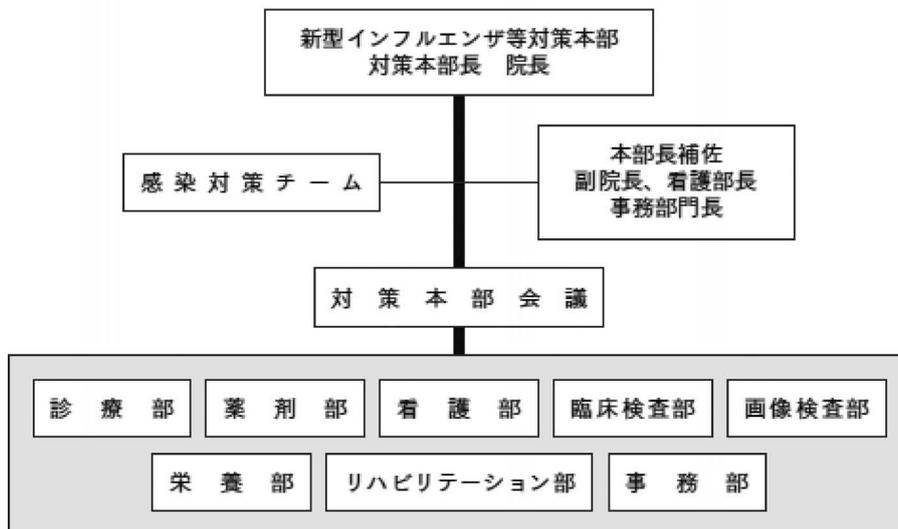
・・・

・・・

○対策本部（新型インフルエンザ等，海外発生期以降）

〇〇医療法人〇〇病院
新型インフルエンザ対策本部 組織図

平成〇年〇月〇日現在



別紙2 新型インフルエンザ等に関する情報確認先リスト

1 情報収集責任者：副院長 ○○○

新型インフルエンザ等の発生時には、副院長○○○が責任をもって情報を周知する。感染対策チームのメンバーが必要に応じて支援する。

2 主な情報入手先リスト

内閣官房・新型インフルエンザ等対策	http://www.cas.go.jp/jp/influenza/
外務省海外安全ホームページ	http://www.anzen.mofa.go.jp/
厚生労働省感染症・予防接種情報	http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/index.html
国立感染症研究所感染症疫学センター	http://www.nih.go.jp/niid/ja/from-idsc.html
日本医師会インフルエンザ総合対策：	http://www.med.or.jp/jma/influenza/
広島県感染症・疾病管理センター	http://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/hcdc/
△△保健所	http://www.

3 その他

保健所名等	連絡先
広島県西部保健所	(0829) 32-1181
広島県西部保健所広島支所	(082) 228-2111
広島県西部保健所呉支所	(0823) 22-5400
広島県西部東保健所	(082) 422-6911
広島県東部保健所	(0848) 25-2011
広島県東部保健所福山支所	(084) 921-1311
広島県北部保健所	(0824) 63-5181
広島市中保健センター	(082) 504-2528
広島市東保健センター	(082) 568-7729
広島市南保健センター	(082) 250-4108
広島市西保健センター	(082) 294-6235

保健所名等	連絡先
広島市安芸保健センター	(082) 821-2808
広島市佐伯保健センター	(082) 943-9731
広島市保健医療課	(082) 504-2622
	FAX 504-2622
	休日・夜間 245-2111
福山市保健所	(084) 928-1127
	FAX 921-6012
	夜間 921-2130
呉市保健所	(0823) 25-3525
	FAX 24-6826
	夜間 25-3590

別紙3 当院の受け入れ能力の事前評価

1 病院基本情報

- 病院名称：〇〇医療法人〇〇病院
- 病院住所：〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3
- 認可病床数：190床（一般）
- 職員数：常勤医師15名，非常勤医師5名，看護師120名，薬剤師8名，検査技師9名，診療放射線技師9名，事務21名ほか，全職員235名
- 名，等，総数
- 診療科：内科，循環器内科，消化器内科，呼吸器内科等9診療科
- 救急指定：指定二次救急医療機関
- 関連施設：総合健診センター

2 入院可能病床数

- 感染症病床：なし
- ICU/CCU：2床
- 新型インフルエンザ等の呼吸器疾患患者の最大受入病床数：8床
※研修を受けた医師4名，看護師12名の確保が必要
- 県内感染期において〇〇病棟を新型インフルエンザ等入院治療専用にした場合：16床
※研修を受けた医師8名，看護師24名の確保が必要
※専用病棟にあてる〇〇病棟は，4人部屋3室（〇〇号室，〇〇号室，〇〇号室，），2人部屋2室（〇〇号室，〇〇号室）への廊下通路に仮設の入り口を設け，空間的に隔離する。

3 人工呼吸器管理

- 同時に維持管理可能な人工呼吸器数：4台
- 新型インフルエンザ等の人工呼吸器管理ができる医師数：4名（うち呼吸器内科1名）
- 人工呼吸器管理下における専門的看護ができる看護師数：12名
- 臨床工学技師：1名
-

4 通常の診療継続に必要な職員の数

- 業務代行者がいない診療科・部門：呼吸器外科，皮膚科
- 新型インフルエンザ等の診療対応に必要な職員の数：
- 新型インフルエンザ等感染症の診療が可能な医師数：常勤医師8名
- 通常外来維持のため必要な医師数：10名
- 電話対応について教育を受けた事務職数：2名
-

5 被害想定：欠勤率40%の場合の推計値

- 新型インフルエンザ等の流行ピーク時
- 出勤不能者，職務遂行不能者合わせて40%の場合

○ 全職員	235名×0.6=	141名
○ 医師（常勤）	15名×0.6=	9名
○ 看護師	120名×0.6=	72名
○ 看護補助者	24名×0.6=	15名
○ 薬剤師	8名×0.6=	4名
○ 臨床検査技師	9名×0.6=	5名
○ 診療放射線技師	8名×0.6=	4名
○ 理学療法士	15名×0.6=	9名
○ 事務職員	21名×0.6=	12名
○ 医療相談員	1名×0.6=	0名
○ 管理栄養士	2名×0.6=	1名
○ 厨房委託業者	9名×0.6=	5名
○ 清掃委託業者	3名×0.6=	1名

<日頃より少ない人員で対応する場合>

- 日頃の感染対策の知識と技術を学び、自分自身の感染を防ぎ、自身が感染しても同僚や患者に感染させないように、発熱エチケット、標準予防策の実践を行う。
- 看護業務はストップすると予想以上の診療継続体制の困難を生じるため、看護業務への支援は特に力を入れる。
- 各部門の担当者が多くの業務をできるように、日頃からクロストレーニングを行う。
- 診療継続を最優先とする業務の分担を検討する。
- 事務作業は、県内感染期（流行のピーク時）には積極的に延期または中止する。

別紙 4 院内連絡網（自宅電話番号，携帯電話番号・メール等含む）

<院長・副院長>

院長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****
副院長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****

<総務部>

事務長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****
事務員1 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****

<診療部>

内科部長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****
外科医長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****

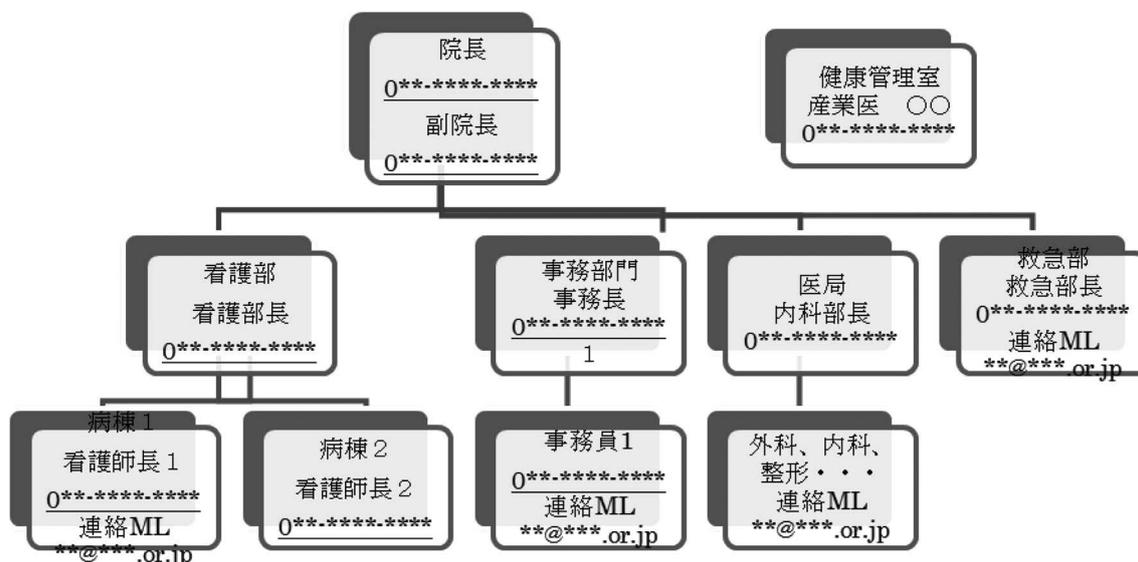
<救急部>

救急部長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****

<看護部>

看護部長 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****
看護師長1 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****
看護師長2 ○○ ○○ 自宅電話番号 0***-**-**** 携帯番号 0**-*****-****

<緊急連絡網>20**年4月現在



別紙5 各職員（非常勤含む）の主な通勤経路一覧（家族状況含む）
（各部門毎で作成）

1 徒歩30分以内で登院可能な職員リスト

役職	氏名	家族構成	住所	連絡先（電話等）
看護師長	〇〇〇美	夫、子（12、15才）	〇〇県△△市〇〇123-4 自宅～当院 徒歩約30分、自家用車7分	0×0-0000-0000
看護師1	〇〇〇子	単身	看護師寮（〇〇号室） 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3	0×0-0000-0000
看護師2	〇〇〇子	夫	〇〇県△△市〇〇567-8 自宅～当院 徒歩約10分、自家用車3分	0×0-0000-0000

2 徒歩30分～1時間内で登院可能な職員リスト

役職	氏名	家族構成	住所	連絡先（電話等）
看護師2	〇〇〇美	夫、子（15才） 要介護者1名	〇〇県△△郡△△町〇〇123-4 自宅～〇〇駅～〇〇駅～当院 徒歩60分、自家用車15分 電車利用20分、最寄り駅〇〇駅	0×0-0000-0000
看護師3	〇〇〇子	単身	〇〇県▲▲市〇〇123-4 自宅～〇〇駅～〇〇駅～当院 徒歩45分、自家用車なし 電車利用15分、最寄り駅〇〇駅	0×0-0000-0000
看護師4				

3 徒歩1時間以上で登院可能な職員リスト

役職	氏名	家族構成	住所	連絡先（電話等）
看護師5	〇〇〇雄	夫、子（5才）	〇〇県△△市〇〇123-4 自宅～〇〇駅～〇〇駅～当院 徒歩4時間、自家用車なし 電車利用45分、最寄り駅〇〇駅	0×0-0000-0000
看護師6	〇〇〇子	夫、子（16才、18才）	〇〇県△△市〇〇123-4 自宅～〇〇駅～〇〇駅～当院 徒歩2時間、自家用車なし 電車利用30分、最寄り駅〇〇駅	0×0-0000-0000

別紙6 新型インフルエンザ等発生時の必須医薬品及び感染対策用品リスト（使用期限・入手方法含む）

項目	商品名	定数在庫	使用期限	取扱業者
必須医薬品				
抗インフルエンザ ウイルス薬	タミフル			
	リレンザ			
	イナビル			
	ラビアクタ			
迅速検査キット				
感染対策用品				
サージカルマスク				
N95 マスク				
手袋（プラスチック）				
手袋（ニトリル）				
擦式手指消毒剤				
フェイスシールド				
ガウン				
・・・				
・・				

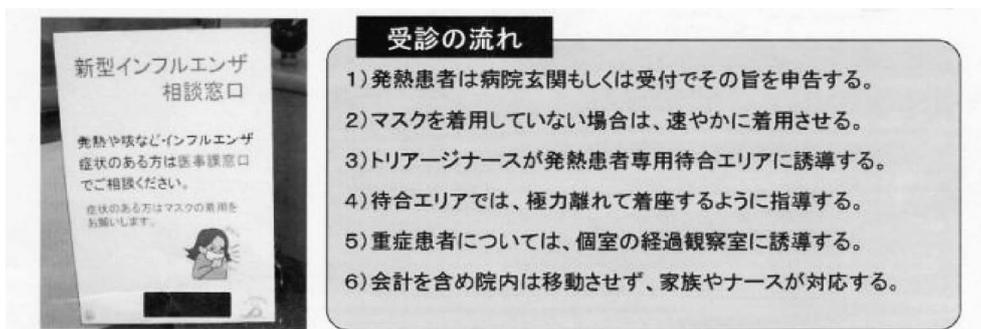
別紙7 当院における時間的・空間的分離対策（案）

<全体的な方針>

- 当院は救急外来を含めて、発熱患者の受診を時間的にコントロールすることが不可能であり、空間的に発熱患者をその他の患者と分離する方針とする。
- 外来入り口で担当者（看護師等トリアージナース）が症状を聞き取り、新型インフルエンザ等の患者か否か判断し、外来診察待合場所で誘導する。

1 外来入り口への掲示内容

- 県内発生早期以降、外来入り口に受診方法の案内を掲示する。



2 空間的分離対策の具体案

- 県内発生期以降、空間的分離策を行う。基本的には新型インフルエンザ等疑い患者と通常の患者の受診入り口を変更する（4. 参照）。
- 運用にあたって、流行期には、外来の一部にガラス戸により分離できるエリアを設置する。



3 診察終了後の処方、服薬指導

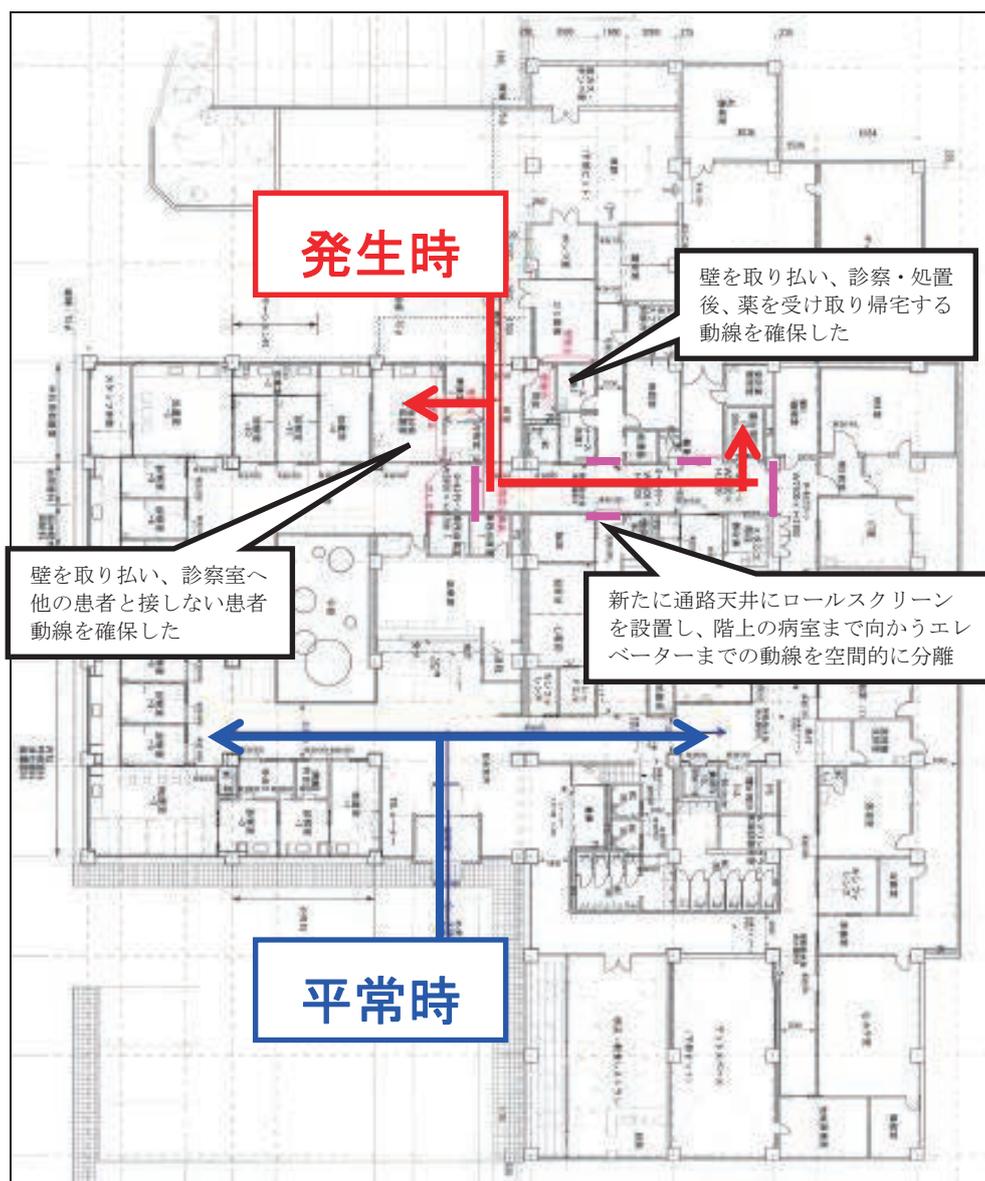
- 診察終了後、薬剤師が服薬指導を行う場合は、新型インフルエンザ等患者用の待合場所に出向き、指導する。

4 県内発生期以降の空間的分離対策

(ここに挙げた事例は、実際に新型インフルエンザ等が診療できるように、空間的分離対策として、従来の施設の構造を改築したものです)

(1) 病院例 1

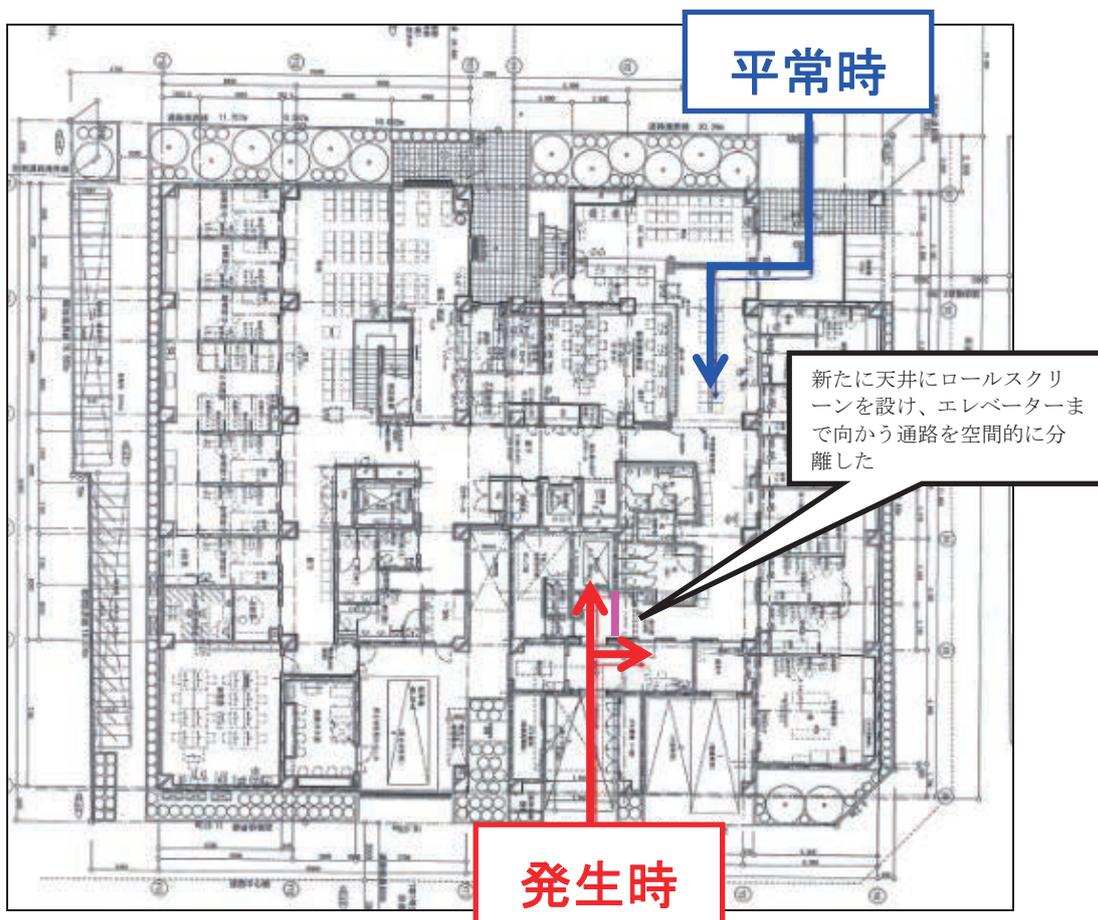
- 発生時には新型インフルエンザ等の患者の受診入りを下図の矢印のように変更する。
- 青矢印は通常の入り口、赤矢印は県内発生期以降の受診の入り口と患者動線。
- ピンクの書き込みは、実際に仕切りを設け、動線を考慮して壁を取り払い、発生時に空間的分離対策が行えるようにした。



(資料協力：東京都福祉保健局)

(2) 病院例 2

- 発生時には新型インフルエンザ等の患者の受診入り口を下図の矢印のように変更する。
- 青矢印は通常の入入口，赤矢印は県内発生期以降の受診の入入口と患者動線。
- ピンクの手書きは、実際に仕切りを設け、動線を考慮して壁を取り払い、発生時に空間的分離対策が行えるようにした。



(資料協力：東京都福祉保健局、前田秀雄先生)

別紙 8 医薬品取扱業者リスト

項目	会社名	担当者	電話	他
感染対策用品	〇〇社	〇〇	0***-**-****	
医薬品▲▲会社△△				

別紙 9 委託業者リスト（清掃，廃棄物処理，警備，施設メンテナンス等）

項目	会社名	契約方法	連絡先	他
エレベーター保守管理	〇〇ビルメンテナンス	年間契約	0***-**-****	
警備関係		年間契約		
清掃業務		年間契約		
感染性廃棄物運搬				
リネンリース				
電気，排水設備		年間		
滅菌関係		月1回		
医療用ガス		3月一回		
テレビ，床頭台		半年一回		
空調				
冷蔵庫				
自動販売機				
売店				
食堂				
調理（厨房）				
検査（外部委託）				
コインランドリー				
・・・				
・・・				

別紙 10 連携機関リスト（行政機関・医療機関等）

	電話番号	取り次ぎ先
□県健康福祉局	0***-**-****	担当：〇〇（新型インフルエンザ等対策室）
△△保健所	0***-**-****	担当：◇◇（保健指導課）
〇〇病院	0***-**-****	呼吸器科 ◎◎先生，ICD ◎◎先生
〇〇病院	0***-**-****	内科 ◆◆先生
〇〇診療所	0***-**-****	院長 ◆◆先生
〇〇透析病院	・・・	・・・
・・・		

別紙 11 発生段階に応じた診療継続計画及び地域連携等の概要の見出し

第I章 総論			
大項目	小項目	主な内容	
1 基本方針	(1) 当院の役割 (2) 段階別対応方針 (3) 優先診療業務の区分	<input type="checkbox"/> △△地域における新型インフルエンザ等の診療における当院役割 <input type="checkbox"/> 発生段階別における当院の基本的対応方針 <input type="checkbox"/> 優先診療業務 (A 高い, B 中程度, C 低い)	
2 診療継続計画	(1) 策定と変更 (2) 当院の役割確認 (3) 職員への周知	<input type="checkbox"/> 対策会議の目的とメンバー <input type="checkbox"/> 診療継続計画を策定する前提条件を記載 <input type="checkbox"/> 本計画の職員への周知徹底方法	
3 意志決定体制	(1) 意志決定者 (2) 代理	<input type="checkbox"/> 当院の診療体制の検討場面と決定者の決定 <input type="checkbox"/> 決定者が事故などで不在の時の代理	
4 情報収集	(1) 情報収集部門設置 (2) 情報の周知	<input type="checkbox"/> 情報の一元化のための部門の設置とメンバー決定 <input type="checkbox"/> 職員への情報周知方法, 組織としての情報管理	
第II章 未発生期の対応			
大項目	小項目	主な内容	
1 診療体制確保	(1) 優先診療業務決定 (2) 対応能力評価 (3) 入院可能病床数 (4) 連絡網 (5) その他	<input type="checkbox"/> 優先診療業務の具体的検討 <input type="checkbox"/> 当院の人員・受け入れ能力評価, 欠勤率 40%時の診療能力 <input type="checkbox"/> 入院可能病床数と稼働可能な人工呼吸器の見積もり <input type="checkbox"/> 連絡網, 職員の通勤経路・家族構成, 欠勤可能性評価 <input type="checkbox"/> 外来部門, 検査部門, 在宅診療部門など診療継続課題	
2 感染対策充実	(1) 感染対策マニュアル (2) 教育と研修 (3) 特定接種への対応	<input type="checkbox"/> 既存の感染対策マニュアルの見直し <input type="checkbox"/> 教育研修内容の確認 <input type="checkbox"/> 特定接種の登録事業者登録と手続き	
3 在庫管理		<input type="checkbox"/> 医薬品・医療材料の在庫管理	
第III章 海外発生期以降の対応			
大項目	小項目	海外発生期, 県内未発生期及び県内発生早期	県内感染期以降
1 対策本部	(1) 対策本部の設置 (2) 組織構成 (3) メンバーの招集 (4) 業務・議題	<input type="checkbox"/> 設置, 構成, 招集 <input type="checkbox"/> 第1回会議の議題	<input type="checkbox"/> 継続
2 患者対応	(1) 外来診療	新型インフルエンザ等患者の診療なし <新型インフルエンザ等患者> <input type="checkbox"/> ____病院へ紹介 <input type="checkbox"/> 空間的分離策開始 <通常患者> <input type="checkbox"/> ①県内感染期を想定した準備 <input type="checkbox"/> ②ファクシミリ処方準備など	新型インフルエンザ等患者の診察あり, 重症転院 ①受付, ②診察, ③処方 <input type="checkbox"/> 空間的分離策強化
	(2) 入院診療	新型インフルエンザ等患者の入院なし <新型インフルエンザ等患者> <input type="checkbox"/> 感染期以降の対応方針を検討 <通常患者> <input type="checkbox"/> 入院診療需要を減らす努力 <input type="checkbox"/> 空き病床の〇〇%確保	新型インフルエンザ等患者の入院あり <input type="checkbox"/> 診療チーム分け <input type="checkbox"/> 入院診療 <input type="checkbox"/> 入院可能病床数把握 <input type="checkbox"/> 空き病床の確保
	(3) 重要診療業務	<input type="checkbox"/> 救急外来, 透析診療等維持 <input type="checkbox"/> 検診・人間ドック継続	<input type="checkbox"/> 救急外来, 透析診療等維持 <input type="checkbox"/> 検診・人間ドック延期・中止
	(4) 検査部門	<input type="checkbox"/> PCR 検体採取業務の開始 ^{**} <input type="checkbox"/> 検体の保健所への搬送 ^{**}	<input type="checkbox"/> 検査業務の継続
	(5) 在宅診療	<input type="checkbox"/> 在宅・訪問看護にシフト	<input type="checkbox"/> 在宅・訪問看護の強化
	(6) 薬剤部門・医薬品部門	<input type="checkbox"/> 在庫管理見直し, 安定供給 <input type="checkbox"/> 業者連携	<input type="checkbox"/> 在庫管理見直し, 安定供給 <input type="checkbox"/> 業者連携
	(1) 職員体制見直し (2) 職業感染予防 (3) 職員の健康管理	<input type="checkbox"/> 通勤経路・連絡網見直し <input type="checkbox"/> 人員確認, 情報共有等	<input type="checkbox"/> 欠勤者増加時の対応 <input type="checkbox"/> 標準予防策, ワクチン <input type="checkbox"/> 過重労働防止, 労務管理

4 情報周知	(1) 患者へ情報周知	○ 啓発・広報	○ 啓発・広報
5 総務機能	(1) 総務機能維持 (2) 委託業者連携 (3) 業者連絡先	○ 事務体制の効率化 ○ 委託業者と連携, 機能維持	○ 事務体制の効率化 ○ 委託業者と連携, 機能維持
第 IV 章 地域連携			
	(1) 地域連絡会議 (2) 病診・病病連携	○ 当院役割確認	○ 当院役割見直し

※原則、患者は「帰国者・接触者外来」を受診する。例外的な対応であることに留意。

新型インフルエンザ等発生時における診療継続計画（案）

〇〇医院

* 空欄および下線部は各医療機関の実情に応じて記載・変更。

本計画は当院「新型インフルエンザ等に関する院内対策会議」により●年●月●日に作成されたものである。

I 基本方針（未発生期からの対応）

1. 新型インフルエンザ等発生時の診療継続方針

新型インフルエンザ等の海外発生期及び地域未発生期，地域発生早期においても，新型インフルエンザ等の患者が当院にも受診する可能性があることを認識する。

また，地域医療を担う当院の役割を踏まえ，地域住民が安心して治療をうけられる体制を確保し，診療を継続するために本診療継続計画を作成し，必要な対策を実施する。

流行時には，最新の科学的根拠や行政・地域医師会からの要請をもとに適宜本計画を変更する。

なお，診療に従事する当院職員の安全と健康に十分に配慮する。

2. 新型インフルエンザ等対策に関する院内対策会議の設置

新型インフルエンザ等に関する院内対策会議メンバー

議長 職種： 氏名	副議長 職種： 氏名
職種： 氏名	職種： 氏名

3. 意志決定体制

- 新型インフルエンザ等の発生時における診療体制及びその縮小等については，対策会議で検討し議長である院長が決定する。
- 院長が事故などで不在のときは，〇〇がその代理を務める。
- 意思決定に必要な最新の情報については，市町村，医師会等からの通知などを参考にする。
- 入手した情報は速やかに職員に周知する。

4. 業務優先度（新型インフルエンザ等発生時の縮小・休止業務，重要業務の継続方針）

A<高 い>：地域感染期でも通常時と同様に継続すべき診療業務

B<中程度>：地域感染期には一定期間又はある程度の規模であれば縮小できる診療業務

C<低 い>：地域感染期には緊急の場合を除き延期できる診療業務

A	<u>外来診療，在宅診療</u>
B	<u>緊急を要しない検査等</u>
C	<u>健診，健康教育等</u>

※院長が新型インフルエンザ等に罹患し診療業務に従事できない期間は，休診とする

5. 地域感染期における対応可能な職員リスト作成（具体的継続業務を勘案）

職種	氏名	住所	連絡先（電話等）	通勤経路	徒歩通勤の可否

6. 院内職員連絡網の作成

職種	氏名	住所	連絡先（電話等）

7. 必須医薬品，感染対策用品等のリスト作成（在庫管理の徹底）

項目	商品名	定数在庫	使用期限	取扱業者	備考 購入日，使用頻度， 優先度など
<u>必須医薬品</u>					
<u>抗インフルエンザウイルス薬</u>	<u>タミフル</u>				
	<u>リレンザ</u>				
	<u>イナビル</u>				
	<u>ラピアクタ</u>				
<u>迅速診断キット</u>					
<u>感染対策用品</u>					
<u>サージカルマスク</u>					
<u>N95 マスク</u>					
<u>手袋（プラスチック）</u>					
<u>手袋（ニトリル）</u>					
<u>擦式手指消毒剤</u>					
<u>フェイスシールド</u>					
<u>ガウン</u>					

8. 感染対策

- 新型インフルエンザ等対策を踏まえ、院内感染対策マニュアルを見直す。
- 患者と職員の安全確保のため、新型インフルエンザ等に対する知識、個人防護具の正しい使用方法等の研修を行う。

II 海外発生期および地域発生早期の対応

1. 診療体制

- 当院の診療体制をホームページ、院内掲示物等で地域住民に周知する。
- 院内感染防止のため、受診者・利用者の時間的・空間的分離対策について検討し、職員に周知するとともに、当院での受診の流れ（入り口を分ける）など来院者向けにわかりやすく院内の入り口に掲示する。

2. 新型インフルエンザ等が疑われる患者への対応

(1) 外来等での対応

- 新型インフルエンザ等が疑われる患者から問い合わせがあった場合、帰国者・接触者相談センター（電話_____）を紹介する。
- 受付で帰国者・接触者外来を受診すべき患者だと判断した場合は、帰国者・接触者相談センターを通じて帰国者・接種者外来を受診するよう伝える。
- 新型インフルエンザ等に感染している可能性が高いと考えられる患者を診療した場合は△△保健所に連絡し、追加の確定検査の要否について確認する。
- 新型インフルエンザ等に感染している可能性が高いと考えられる患者は、可能な範囲で他の患者と接しない状況下で待機させ、感染症指定医療機関へ搬送する手続きをとる。

(2) 通院患者

① 慢性疾患患者への対応準備

- 慢性疾患患者をリストアップし、(a) 従来通りの頻度で診療すべき患者、(b) 地域感染期において受け入れ能力を調整する必要がある際に診療間隔を延期できる患者に区分する。

② 抗インフルエンザウイルス薬のファクシミリ等処方準備

- 慢性疾患等を有する定期受診患者が受診した際には、新型インフルエンザ様症状を呈した場合にファクシミリ処方抗インフルエンザウイルス薬を希望するかあらかじめ聴取し、患者の希望を記録しておく。

III 地域感染期の対応

1. 新型インフルエンザ等患者への対応

- 軽症者を中心に、新型インフルエンザ等の患者の診療を行う。重症化が考えられる患者については、早急に△△病院を紹介する。
- 通常の院内感染対策に加え、待合室・診察室において新型インフルエンザ等の患者とその他の患者とを可能な限り時間的・空間的に分離するなどの対策を行う。
- 新型インフルエンザ等が疑われる患者を空間的・時間的に分離する。

2. 定期通院患者への医療提供の確保

① 慢性疾患患者の地域感染期における診療

- 病状が安定し長期処方が可能な患者への長期処方を実施する。
- 在宅診療継続のための訪問頻度や回数を調整する。
- 在宅診療について連携している〇〇医院と往診患者のリストを共有し、地域における在宅診療の継続について努める。

- ファクシミリ処方を開始する。
- ② その他
- 優先業務を決定する。

3. 職員への対応

(1) 職員の健康管理と安全確保

- 職員への感染予防のため、必要に応じ個人防護具を適切に使用する。
- 手指衛生をはじめとして科学的根拠に基づく適切な感染対策を行い、万全を期す。
- 職員等が新型インフルエンザ等に感染したと疑われる場合は、速やかに院長に連絡する。
(原則として職員本人が感染した場合は病気休暇(病休)として取り扱う。家族等が感染した場合で本人への感染が強く疑われる場合は、院長の判断で休ませる。)
- 院長は、十分な感染防止策を行わずに患者に濃厚接触した職員に、必要に応じて抗インフルエンザウイルス薬の予防投与を行う。
- 特定接種開始後速やかに、対象職員にワクチン接種を行う。

(2) 職員体制の見直し

* 下記はあくまでも参考として表示。

- 診療所の機能維持のために、職員の児の学校の臨時休校・要看護者発生時等の職員欠勤時対応について逐次検討する。
- 地域発生早期以降、地域の流行状況や重篤度に応じて優先診療業務(A～C)について検討し、当院の職員体制を見直す。

(3) 地域住民/通院患者への情報周知

① 通院患者への情報周知

- 新型インフルエンザ等に罹患した際の療養方法、手指衛生、咳エチケット、感染対策用品(マスク、手袋)の使い方等、感染拡大防止対応を通院患者に周知する。
- 当院における新型インフルエンザ等患者の診療方針を院内掲示等により周知する。

(4) 事務機能の維持

- 各種物品の調達や医療機器のメンテナンスの確認、一般電話対応等、診療業務を継続する上で必要な業務を優先的に行う。
- 臨時職員、業務委託会社の職員も含めた全職員及びその家族の健康状況等を把握するとともに、予防接種等、職員の業務継続に必要な対応を優先的に行う。
- 外部委託している業務については、新型インフルエンザ等の地域感染期の対応について当院の受託業者と事前に対応を打ち合わせする。

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, 広島県医師会
委員 諫見 康弘 尾道市医師会
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保健環境センター
大毛 宏喜 広島大学病院
日下 仁彦 広島県感染症・疾病管理センター
楠岡 公明 安芸地区医師会
坂口 剛正 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
阪谷 幸春 広島市健康福祉局保健部保健医療課
下江 俊成 福山市民病院
田中 純子 広島大学大学院医歯薬保健学研究院
近末 文彦 広島県保健所長会
豊田 秀三 広島県医師会
内藤 雅夫 呉市保健所
中島浩一郎 庄原赤十字病院
永田 忠 広島市医師会
新田 康郎 新田小児科医院
檜谷 義美 広島県医師会
藤上 良寛 広島県臨床検査技師会
布施 淳一 広島県健康福祉局健康対策課
増田 裕久 安佐医師会
村尾 正治 福山市保健所
二部野 肇 福山市保健所
横崎 典哉 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 広島県医師会

平成 25 年度広島県地域保健対策協議会役員名簿

	氏名	所属および役職（平成 25 年度時）
会 長	平松 恵一	広島県医師会会長
副 会 長	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬保健学研究院長
副 会 長	笠松 淳也	広島県健康福祉局長
副 会 長	糸山 隆	広島市健康福祉局長
常任理事	越智 光夫	広島大学大学院医歯薬保健学研究院整形外科学教授・学長特命補佐
常任理事	河野 修興	広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子内科学教授・学長特命補佐
常任理事	茶山 一彰	広島大学理事・副学長（医療担当）広島大学病院長
常任理事	平川 勝洋	広島大学副学長（地域医療担当）
常任理事	菊間 秀樹	広島県健康福祉局医療・がん対策部長
常任理事	棚多 里美	広島県健康福祉局働く女性・子育て支援部長
常任理事	豊後 晴一	広島県健康福祉局地域ケア部長
常任理事	坂上 隆士	広島県健康福祉局医療政策課長
常任理事	臺丸 尚子	広島市健康福祉局保健部長
常任理事	近本 澄夫	広島市こども未来局次長
常任理事	阪谷 幸春	広島市健康福祉局保健部保健医療課長
常任理事	松田 尚美	広島市健康福祉局保健医療課保健指導担当課長
常任理事	檜谷 義美	広島県医師会副会長
常任理事	豊田 秀三	広島県医師会副会長
常任理事	有田 健一	広島県医師会常任理事
常任理事	土手 慶五	広島県医師会常任理事
理 事	大段 秀樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院消化器・移植外科学教授
理 事	梯 正之	広島大学大学院医歯薬保健学研究院健康情報学教授
理 事	片岡 健	広島大学大学院医歯薬保健学研究院成人健康学教授
理 事	神谷 研二	広島原爆放射線医科学研究所長広島大学副学長（復興支援・被ばく医療担当）
理 事	川真田聖一	広島大学大学院医歯薬保健学研究院生体構造学教授
理 事	河本 昌志	広島大学大学院医歯薬保健学研究院麻酔蘇生学教授
理 事	木原 康樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院循環器内科学教授
理 事	木平 健治	広島大学病院薬剤部教授薬剤部長
理 事	工藤 美樹	広島大学大学院医歯薬保健学研究院産科婦人科学教授
理 事	坂口 剛正	広島大学大学院医歯薬保健学研究院ウイルス学教授
理 事	田中 純子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院疫学・疾病制御学教授
理 事	田中 信治	広島大学病院内視鏡診療科教授
理 事	谷川 攻一	広島大学大学院医歯薬保健学研究院救急医学教授・高度救命救急センター長
理 事	秀 道広	広島大学大学院医歯薬保健学研究院皮膚科学教授
理 事	松本 昌泰	広島大学大学院医歯薬保健学研究院脳神経内科学教授
理 事	安井 弥	広島大学大学院医歯薬保健学研究院分子病理学教授
理 事	安永 裕司	広島大学大学院医歯薬保健学研究院人工関節・生体材料学教授
理 事	山脇 成人	広島大学大学院医歯薬保健学研究院精神神経医学教授
理 事	武田 直也	広島県健康福祉局がん対策課長
理 事	布施 淳一	広島県健康福祉局健康対策課長
理 事	近末 文彦	広島県保健所長会長広島県西部保健所長
理 事	山根 守市	広島県西部厚生環境事務所長
理 事	衣笠 正純	広島県西部こども家庭センター所長
理 事	池田 彰夫	広島県教育委員会豊かな心育成課長
理 事	田中 秀雄	広島市健康福祉局保健部次長

理事	岩崎 幸治	広島市健康福祉局衛生研究所長
理事	橋場 聡子	広島市こども未来局こども・家庭支援課長
理事	柳田 実郎	広島県医師会常任理事
理事	温泉川梅代	広島県医師会常任理事
理事	中西 敏夫	広島県医師会常任理事
理事	水野 正晴	広島県医師会常任理事
理事	山田 博康	広島県医師会常任理事
理事	渡邊 弘司	広島県医師会常任理事
理事	小笠原英敬	広島県医師会常任理事
理事	松村 誠	広島市医師会長（広島市連合地区地域保健対策協議会長）
理事	原 豊	呉市医師会長（呉地域保健対策協議会長）
理事	森近 茂	福山市医師会長
理事	宮野 良隆	尾道市医師会長（尾三地域保健対策協議会長）
理事	戸谷 和夫	三原市医師会長
理事	弓場 通正	因島医師会長
理事	菅田 巖	安芸地区医師会長（海田地域保健対策協議会長）
理事	松本 春樹	佐伯地区医師会長（広島西部地域保健対策協議会長）
理事	伊藤 仁	安佐医師会長
理事	江川 恵基	山県郡医師会長（芸北地域保健対策協議会長）
理事	山崎 正数	東広島地区医師会長（広島中央地域保健対策協議会長）
理事	浅野 稔	竹原地区医師会長
理事	橋高 英之	松永沼隈地区医師会長（福山・府中地域保健対策協議会長）
理事	池田 純	府中地区医師会長
理事	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会長（備北地域保健対策協議会長）
理事	桑原 正雄	県立広島病院長・広島県医師会副会長
理事	横山 隆	広島市医師会運営・安芸市民病院名誉院長
理事	山口 昇	広島県老人保健施設協議会長
理事	荒川 信介	広島県歯科医師会長
理事	山崎 健次	広島県歯科医師会常務理事
理事	前田 泰則	広島県薬剤師会長
理事	渡邊 英晶	広島県薬剤師会副会長
理事	板谷美智子	広島県看護協会会長
理事	菊田 晴美	広島県看護協会副会長
理事	近光 章	広島県環境保健協会理事長
理事	本永 史郎	広島県老人福祉施設連盟副会長
理事	高木 節	広島県作業療法士会長
理事	松原 知子	広島県栄養士会長
理事	横田 正治	広島県民生委員児童委員協議会副会長
理事	宇根 孝治	広島県社会福祉協議会常務理事（兼）事務局長
理事	沖田 一彦	広島県理学療法士会長（県立広島大学保健福祉学部教授）
理事	宇都宮 健	広島県国民健康保険団体連合会常務理事
監事	烏帽子田彰	広大大学院医歯薬保健学研究院公衆衛生学教授
監事	鈴木 宏	広島市健康福祉局保健医療課課長補佐（事）保健医療係長
監事	久保 康行	広島県健康福祉局健康福祉総務課参事
監事	新本 稔	広島県医師会監事

（順不同・敬称略）

あ と が き

平成 25 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調査研究報告書をお届けいたします。

平成 25 年度の広島県地域保健対策協議会は、1 委員会（永続性のある事業を行う）、8 専門委員会（事業年限 2 年間）、2 特別委員会（事業年限 1 年間）という組織構成とし、事業を推進してまいりました。25 年度から委員会を集約し、任期 2 年の専門委員会を中心とすることにより、より有機的な運営を目指しました。

各委員会それぞれが活発なご協議をいただき、大きな成果が得られたものと確信しております。本協議会活動の大きな目的である県民の健康保持増進への寄与のため、本報告書の活動の成果をご活用いただき、広島県のあり方をともに考えていただければ幸いです。

さて、国は「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となる 2025 年を見据え、国民が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう、改革を進めています。

限られた医療・介護資源を効率的かつ効果的に活用するため、平成 26 年度は、医療法などの改正による制度面での対応に併せ、新たな財政支援制度の創設や病床機能報告制度の開始、平成 27 年度からは都道府県単位での地域医療構想の策定が本格稼働します。

このような情勢に応じて、本協議会でも医療従事者確保に向けた対策や地域包括ケアの推進、終末期医療のあり方など継続して検討しているところです。本協議会は、過去にもさまざまな課題に取り組み活動し、救急医療情報ネットワークやへき地医療、ウイルス肝炎対策、さらに小児救急電話相談事業などは全国へ展開するなど、多様な取組の出発点となった歴史があります。今後も県内のあらゆる医療介護関係団体により構成される本協議会ならではの活動を行っていきたく存じます。

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 26 年 10 月

広島県医師会（地对協担当理事）

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	中	西	敏	夫
常任理事	山	崎	正	数

広島県地域保健対策協議会
調査研究報告書

通刊 第 45 号

平成26年10月20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