

平成 17 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

(通刊第37号)

広島県地域保健対策協議会

序

広島県地域保健対策協議会は、県内における保健・医療・福祉に関する事項を総合的に調査、研究、協議し、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。その間多くの提言を行政等の関係機関に対し発信し、多大の成果を挙げており、発足以来37年目を迎え、ますますその重要性が増してきております。

全国的な医師不足、新型インフルエンザの脅威、あるいは世界各地で発生している大規模災害や、テロ事件等わが国の保健・医療を取り巻く環境は厳しさを増しており、これら状況に的確に対応し、「健康で、幸せな一生をこの地で過ごしたい」と願う広島県民の期待に応えるためにも今まで以上に県地对協は活発な活動を行っていく必要があると考えます。

このため、本年度は保健医療基本問題検討委員会において僻地等の医師確保対策や、医療機関の集約化や重点化について検討し、県等関係機関に提言してまいりました。

一方、アスベストによる健康被害や、新型インフルエンザの脅威に対応するため専門医を養成するための研修会や講習会の実施、更にはノロウイルス等の集団院内感染対策として相談体制のあり方について検討してまいりました。

また、大規模集団災害への適切な対応や、県内の救急医療情報ネットワークの充実を図るため集団医療救護訓練の実施や、それに基づく災害マニュアルの検証と改定、救急ネットのリニューアルに向けた検討も行いました。

その他、在宅ケアや緩和ケアの推進、子育て環境整備に関する支援策、がん検診等の生活習慣病対策等についても協議・検討を行っております。

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

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

平成18年11月

広島県地域保健対策協議会

会長 確 井 静 照

目 次

序	碓井 静照	i
平成 17 年度広島県地域保健対策協議会組織図		1
保健医療基本問題検討委員会		
保健医療基本問題検討委員会報告書		3
WG-1. 医師不足実態調査結果		4
WG-2. 大学と県が一体となった医師確保システムの構築		12
WG-3. 医療機関の役割分担と重点化、連携		19
救急医療・災害医療体制専門委員会		
救急医療・災害医療体制専門委員会活動報告		33
救急・災害医療情報検討部会		
救急・広域災害時の活動評価機能を盛り込んだ次世代救急支援情報システムの企画評価		39
地域ケア促進専門委員会		
地域包括支援センターと地域包括ケアシステム		
——ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ——		45
訪問看護推進部会		
病院・診療所における訪問看護の実態・ニーズについて		55
緩和ケア推進専門委員会		
緩和ケア推進専門委員会事業報告書		65
子育て環境整備専門委員会		
子育て環境整備専門委員会報告書		69
小児に対する安全で効率的な予防接種システム検討部会		77
小児救急医療体制検討特別委員会		
広島県内のより良い小児医療提供体制の構築に向けて		93
発達障害者支援特別委員会		
発達障害者支援特別委員会報告書		115
乳幼児聴覚障害対策特別委員会		
乳幼児聴覚障害対策特別委員会報告書		127
アトピー性皮膚炎対策特別委員会		
アトピー性皮膚炎に対するシャワー浴の効果に関する調査		
——予備調査結果報告——		139
がん診療専門委員会		
がん診療連携拠点病院の申請に向けて		145
検診精度管理部会		
調査研究報告書		179
健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会		
広島県民の健康食品に関する意識調査		191
メンタルヘルスケア対策特別委員会		
職場のメンタルヘルスケアの推進（第 4 報）		
——地域自殺予防対策への展開——		203
生活習慣病予防専門委員会		
生活習慣病対策専門委員会の報告書について		209
糖尿病予防対策部会		
糖尿病予防対策部会報告		211
慢性肝疾患の疫学専門委員会		
献血を契機に見出された HCV キャリアの肝病態とその経年的推移		215
感染症対策特別委員会		
広島県下における肺炎球菌およびインフルエンザ菌の耐性状況調査報告書		221
臓器移植体制専門委員会		
臓器移植体制専門委員会調査研究報告書		231
あ と が き		233

平成17年度広島県地域保健対策協議会組織図



※印は一部委託事業を含む

保健医療基本問題検討委員会

目 次

地域医療臨床研修部会・医療従事者確保検討部会報告

WG-1. 医師不足実態調査結果

- I. は じ め に
- II. 調 査 方 法
- III. 調 査 結 果
- IV. 考 察 お よ び 結 語

WG-2. 大学と県が一体となった医師確保システムの構築

- I. 検 討 課 題
- II. 各事業の実施状況
- III. 現行体制の問題点とその改善方策の検討
- IV. ドクタープール事業，ドクターバンク等
による医師確保システムのあり方

WG-3. 医療機関の役割分担と重点化，連携

- I. 検討課題とその視点
- II. 自治体病院の役割分担と重点化，連携
- III. 産科・小児科の機能集約による重点化の必要性
- IV. 女性医師の高比率化による医師不足への影響と課題

保健医療基本問題検討委員会 地域医療臨床研修部会・医療従事者確保検討部会報告

(平成 17 年度)

広島県地域保健対策協議会保健医療基本問題検討委員会
部会長 松浦雄一郎

近年その善し悪しはさておき、新医師臨床研修制度の発足や大学大学院化等を含むさまざまな原因に端を発し、ことに医師の都心集中・偏在、中山間地域における不足が大きな社会問題となっている。

しかし、この問題は新しいようで古いものであり、当広島県においてもこの課題についての取り組みは 1969 年の広島県地域保健対策協議会（地对協）発足当初に遡ることができる。つまり、1970 年にかけてその第 6 専門部で医療過疎地における救急医療にまつわる医療過疎を課題として筆者も末席を汚しながら取り組まれている。

以後一時中断したが、1999 年より再び広島県地对協の活動の一環としてへき地医療確保という観点から、看護師を含む医療従事者確保に関わる検討が再開され、名称こそその都度主題により変わりはしたが、へき地医療確保についてこれまで検討が続けられてきた。

周知のように平成 16 年 3 月 31 日付け厚生労働省、総務省、文部科学省の連名による通知で都道府県単位等による「地域における医療対策協議会」の設置が要請された。

そこで広島県においては、広島県地对協活動の中でへき地医療確保対策を検討する保健医療基本問題検討委員会を親委員会として、その子委員会として設置された地域医療臨床研修部会・医療従事者確保検討部会に「地域における医療対策協議会」が付託される形となった。

子委員会としての地域医療臨床研修部会・医療従事者確保検討部会が何度か開催され、先ず検討すべき課題として、3つの主要な課題が浮き彫りにされたので、3ワーキング・グループを組織し、それぞれの課題に取り組むこととした。

つまり、その 1 として広島県における医師不足の実態調査を実施するワーキング・グループ (WG-1)、その 2 として大学と県が一体化となった医師確保システムの構築に関し検討するワーキング・グループ (WG-2)、その 3 として医療機関の役割分担と重点化、連携に関し検討するワーキング・グループ (WG-3) の 3 ワーキング・グループを組織した。

これまで各ワーキング・グループがそれぞれに調査、検討を重ね、それぞれの結果を総合的に意見交換、検討すべく子委員会としての全体会議を開催し、以下のように報告を纏めることとなった。

WG-1. 医師不足実態調査結果

班長 竹内 啓祐

班員 福田 康伸・松浦雄一郎・溝岡 雅文

I. はじめに

新医師臨床研修や大学院の充実等、種々原因に端を発した医師不足・偏在は日増しに深刻さを増している。へき地等の地域別偏在のみならず、最近では診療科の分野別偏在も指摘されている。厚生労働省・総務省・文部科学省の3省はこの事態を重く受け止め、平成16年2月に「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」という報告書を取りまとめ、県単位での医療対策協議会設置を要請した。広島県地域保健対策協議会では、平成15年度に「過疎地等における医師確保対策アンケート調査」を実施し検討を開始したところである。平成16年度においては、保健医療基本問題検討委員会に医療従事者確保検討部会を設置し、より根本的な医師不足・偏在への対応を検討することとなった。検討を開始するにあたり、医師不足の実態や対応策について県内全病院長を対象にアンケート調査させていただいた。本調査結果を基に、今後二つのワーキンググループにおいて対策が検討される予定である。

II. 調査方法

1. 調査対象

精神科を主体とする病院を除く広島県内の全221病院を対象とした。

2. 調査内容

調査用紙（資料2）を各病院に郵送し、各病院長に記名式で記載を依頼した。

3. 回収および集計

172病院より回答いただいた（回収率77.8%）。二次保健医療圏別、立地地区別、経営母体別、病床規模別にクロス解析した（表1）。なお、医師数が他の病院に比し膨大な広島大学病院に関しては、医師数が関係する解析の対象からは外させていただいた。また、経営母体別の「国」とは労災、通信病院および独立行政法人国立病院機構とし、「公的医療機関」

表1 領域別回答病院数

二次保健医療圏	回答病院数	対象病院数	回収率
広島地域	75	89	84.3%
広島西地域	7	10	70.0%
広島中央地域	13	17	76.5%
呉地域	20	28	71.4%
福山・府中地域	37	46	80.4%
尾三地域	15	22	68.2%
備北地域	4	9	44.4%
計	171	221	77.4%
立地地区別	回答病院数	対象病院数	回収率
広島市	65	77	84.4%
福山市・呉市	46	60	76.7%
その他市	37	52	71.2%
町村	12	17	70.6%
過疎指定町村	11	15	73.3%
計	171	221	77.4%
経営母体別	回答病院数	対象病院数	回収率
国立病院機構	6	7	85.7%
県	4	5	80.0%
市町村	14	17	82.4%
公的医療機関	13	14	92.9%
民間	134	178	75.3%
計	171	221	77.4%
病床規模別	回答病院数	対象病院数	回収率
20～49床	30	40	75.0%
50～99床	54	67	80.6%
100～199床	53	73	72.6%
200～299床	15	15	100.0%
300～399床	13	18	72.2%
500床～	6	8	75.0%
計	171	221	77.4%

とは厚生連、済生会、共済組合および赤十字病院とした。

III. 調査結果

1. 標榜診療科別医師数（表2）

院長が運営上理想と思う医師数(A)、常勤換算現員医師数(B)の差 $\{(A) - (B)\}$ が正の病院を不足病院、負の病院を充足病院とした。標榜診療科別に、不足病院数/全病院数を不足病院率とし、 $(B)/(A)$ を現員率とした。

表2 診療科別不足病院率・現員率・絶対必要率

標榜診療科名	不足病院率	全体の現員率	不足病院の現員率	「絶対必要」と回答した割合
内科	59.6%	89.1%	80.6%	59.4%
外科	41.5%	95.4%	86.9%	50.0%
整形外科	64.5%	77.5%	61.3%	58.6%
小児科	52.1%	79.6%	64.3%	66.7%
産婦人科	42.9%	86.2%	66.8%	58.8%
麻酔科	67.8%	71.6%	58.7%	77.1%
眼科	62.5%	70.4%	56.1%	65.5%
全体	65.4%	90.9%	82.5%	

① 内科

内科全体での不足病院率59.6%、現員率は89.1%であった。不足病院における現員率は80.6%であった。二次医療圏別では広島西、尾三地域が、経営母体別では国立、市町村立が、病床規模別では100～299床においてそれぞれ不足病院率が高かった。基幹科であるためか、不足病院のうち約60%において内科は絶対必要と回答していた。

② 外科

外科全体での不足病院率41.5%、現員率は95.4%、不足病院における現員率86.9%であり、医師不足状況はそれほど深刻ではないと思われる。500床以上の病院において不足病院率が高かった。不足病院のうちの約50%において外科は絶対必要と回答し、理由として手術件数の多さを挙げていた。

③ 整形外科

整形外科全体での不足病院率64.5%、現員率は77.5%、不足病院での現員率は61.3%と低値であった。二次医療圏別では広島西、福山・府中地域が、経営母体別では市町村立、民間が、病床規模別では50～200床においてそれぞれ不足病院率が高かった。不足病院のうち58.6%において整形外科は絶対必要と回答し、理由として患者数の多さを挙げていた。

④ 小児科

回答のあった48病院のうち、小児科の不足病院率は52.1%、現員率は79.6%、不足病院での現員率は64.3%と低値であった。需要の多い病院への配分が十分でないと思われる。二次医療圏別では広島西、福山・府中地域が、経営母体別では市町村立、国立が、病床規模別では500床以上の大病院において不足病院率が高かった。不足病院のうち66.7%において小児科は絶対必要と回答し、理由として診療圏内に小児科が少ないことを挙げていた。

⑤ 産婦人科

回答のあった42病院のうち、産婦人科の不足病院率は42.9%、現員率は86.2%、不足病院での現員率は66.8%と小児科と似た傾向にあった。二次医療圏別では広島西、広島中央、福山・府中地域が、経営母体別では県立、市町村立が、病床規模別では49床以下と500床以上において不足病院率が高かった。不足病院のうち58.8%において産婦人科は絶対必要と回答し、理由として患者の多さを挙げていた。

⑥ 麻酔科

回答のあった59病院のうち、麻酔科の不足病院率は67.8%、現員率は71.6%、不足病院での現員率は58.7%と低値であった。二次医療圏別では広島西、広島地域が、経営母体別では市町村立、公的が、病床規模別では500床以上に不足病院率が高かった。不足病院のうち77.1%において麻酔科は絶対必要と回答し、理由として手術件数の多さを挙げていた。また、299床以下の不足病院での平均医師数は1人未満であった。

⑦ 眼科

回答のあった48病院のうち、眼科の不足病院率62.5%、現員率は70.4%、不足病院での現員率は56.1%と低値であった。二次医療圏別では広島中央、尾三地域が、経営母体別では市町村、国、県、公的病院において不足病院率が高かった。不足病院のうち65.5%において眼科は絶対必要と回答し、理由として患者数の多さを挙げていた。

⑧ 医師総数

医師総数での不足病院率は65.4%、現員率は90.9%、不足病院での現員率は82.5%であった。2次医療圏別では広島西、尾三地域が、経営母体別では圧倒的に市町村立が、病床規模別では100～299床において不足病院率が高かった。

2. 常勤医師の移動状況・勤務状況

① 移動状況 (図1)

平成15年度においては、1施設当たり平均5.4人移動しており、転入から転出を引くと全体では0.2人増となっていた。また、移動無し、1～2人の移動、3人以上移動がそれぞれ約3分の1ずつであった。500床以上では平均5.8人増、199床以下の病院では平均0.2人減と中小病院において減少傾向であった。経営母体別では市町村立が平均0.8人減、公的機関が0.7人減、国立が2.7人増、県立が0.3人

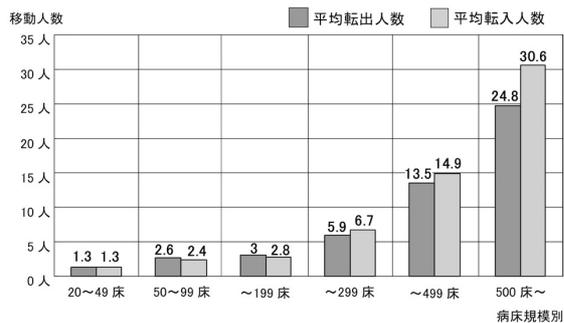


図1 平成15年度病床規模別常勤医師の移動状況

増であった。立地地区別では過疎指定町村が1.3人減、福山・呉地域が1.4人増であった。

② 勤務状況 (図2)

病床規模の小さい病院ほど当直回数は多く、20~49床では約40%の病院が月平均9回以上の当直をしていた。1カ月の平均時間外勤務も20~49床の病院では35.5時間と最も多く、全体の平均23.3時間に比し過酷な労働条件がうかがわれた。

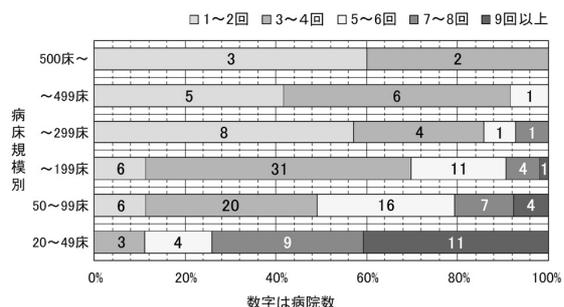


図2 常勤医師の1カ月の当直回数

3. 医師確保に係る意識調査

① 医師不足感 (図3, 図4, 図5)

大いに感じるが51%, 少し感じるが37%であった。2次医療圏別では広島西, 尾三, 備北地域が, 経営母体別では市町村立が, 病床規模別では100~199床の病院においてほぼ100%医師不足を感じていた。

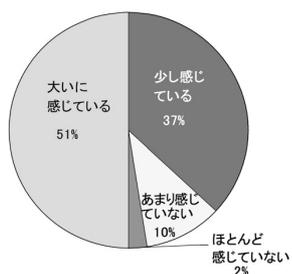


図3 医師不足感

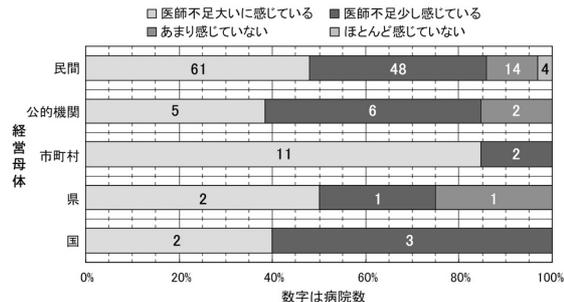


図4 経営母体別医師不足感

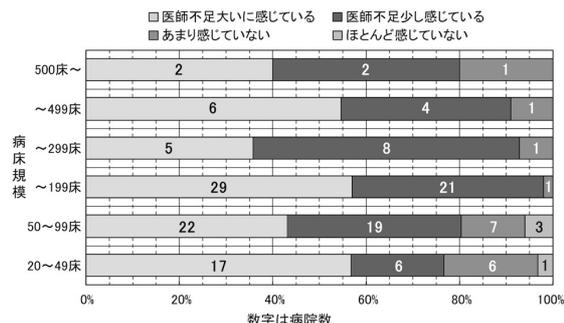


図5 病床規模別医師不足感

② 医師確保困難な診療科

優先順位1~3位を累計し標榜診療科数で除して補正すると(表3), 整形外科, 内科, 麻酔科, 眼科, 小児科, 産婦人科, 外科の順に医師確保困難と感じていた。1位に限って見ても, 整形外科, 内科, 麻酔科の順であった。

表3 医師確保困難な診療科

標榜診療科名	1位	2位	3位	1~3位累計	標榜診療科数	補正累計
内科	49	30	13	92	156	59.0%
外科	9	21	14	44	118	37.3%
整形外科	39	24	13	76	121	62.8%
小児科	2	9	8	19	48	39.6%
産婦人科	7	6	3	16	42	38.1%
麻酔科	15	8	8	31	59	52.5%
眼科	9	5	6	20	48	41.7%

③ 標榜を廃止した診療科

産婦人科3病院, 麻酔科3病院, 小児科2病院, 整形外科1病院であった。経営母体別では民間が, 病床規模別では中規模が, 立地地区では地方都市において標榜廃止が多かった。専門医師確保の困難性がうかがわれる。

④ 非常勤化した診療科

内科10病院, 眼科10病院, 整形外科9病院, 産婦人科5病院であった。

⑤ 医師確保の方策（図6）

医師確保の方策は二次医療圏別，経営母体別，病床規模別を問わず，大学への依頼が圧倒的に多かった。民間においては個別交渉，ドクターバンクに登録，公募もかなり見られた。

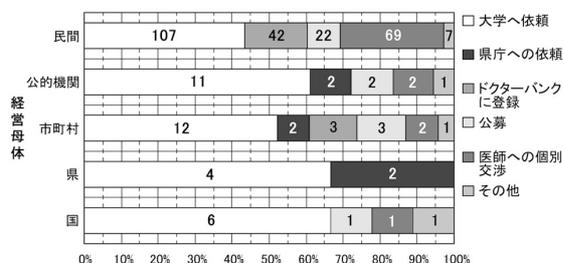


図6 医師確保の方策

4. 医療機関の連携

① 専門医療に関する病院間の機能連携（図7）

病病連携が比較的うまくいっている病院は87%と意外に多かった。一般的な機能連携は進んでいるものと思われる。しかし都市部の民間病院においては困難な病院も多少みられた。

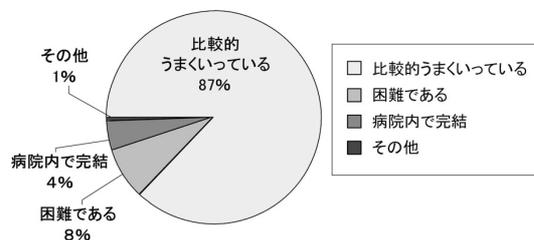


図7 専門医療の機能連携

② 医師確保困難な状況における機能連携のあり方（図8）

「同一医療圏であれば何箇所かに医師を集約させたほうが良い」が59.8%，「各標榜病院を掛け持ちで勤務してもらおうと良い」が21.9%であった。

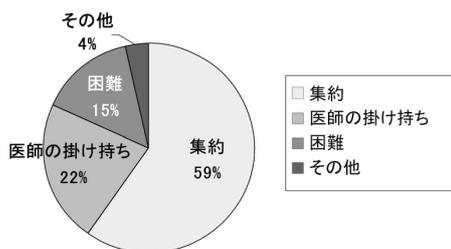


図8 機能連携のあり方

③ 医師確保が困難な場合はどうするか（図9）

「病院の再編を考慮する」が57.9%，「各病院において努力する」が30.8%であった。

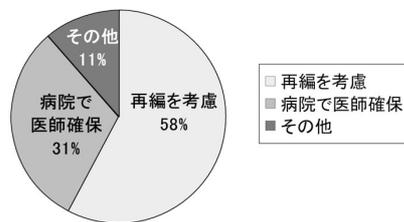


図9 医師確保が困難な場合

5. 医療対策協議会について（図10）

賛成46.7%，あまり有効でない50.7%，反対2.6%であった。都市部の民間病院はあまり有効とは考えていなかった。

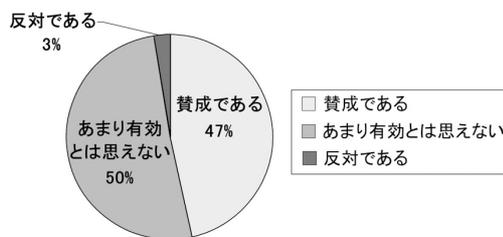


図10 医療対策協議会について

IV. 考察および結語

図11のように不足病院率と不足病院の現員率で4分割して見ると，不足病院は多いが比較的医師は充足している内科型，不足病院は少なく医師は比較的充足している外科型，不足病院は少ないが医師は不足している小児科・産婦人科型，不足病院も多くしかも医師も不足している整形外科・麻酔科・眼科型

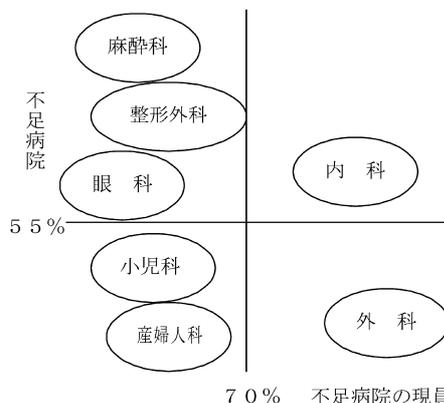


図11 医師不足病院の類型

に分類できる。後2型の専門医を増やす対策がさしあたって重要と思われるが、産婦人科に関しては全体での現員率は86.2%と比較的高く、産婦人科医の配置の調整も有効と思われる。

病床規模別で見ると、小児科、産婦人科、麻酔科、外科においては、500床以上の大病院で特に医師が不足しているのが特徴的であった。これらの診療科では需要の多い病院へ重点的に配置する必要性があるものと思われる。また、麻酔科においては、299床以下の不足病院の平均医師数が1人未満であることを考えると、中小病院間での掛け持ち勤務も一つの打開策かも知れない。経営母体別ではどの診療科においても市町村立の医師は不足しており、国保病院等における医師確保の困難性がうかがわれる。市町村立14病院の不足病院率(表4)を見てみると、全体と比較して特に小児科、産婦人科においてその傾向が顕著であった。二次医療圏別では広島西、尾三、福山・府中地域において全般的に不足病院率が高かった。

診療科の必要性に関しては、麻酔科、小児科、眼科において絶対必要の割合が高かった。これらの診療科はすでにある程度集約化されており、近隣の医療機関との病病/病診連携だけでは困難な状況にあるのかもしれない。

医師の移動状況に関して、平成15年度だけの結果ではあるが、病院全体においては必ずしも医師数は減少していない。医師不足感は、需要増に供給が伴っていないといった面もあるのかも知れない。しかし個別に見てみると、大病院、国立、県立病院において医師数は増加し、199床以下の中小病院、過疎地の病院では減少していた。また、勤務状況に関しては、20~49床の小規模病院では、時間外勤務や当直が多く、過酷な勤務条件がうかがわれた。小規模病院における待遇改善も考慮を要するものと思わ

れる。

医師確保に係る意識調査では、9割近くの病院長が医師不足感を持っていた。不足病院率の高い診療科がやはり医師確保困難と感じられていた。標榜科の廃止や非常勤化もかなり実施されており、産婦人科においては社会的問題を提起したこともあった。

以上のデータを医療法上医師の標準数に満たない標欠病院で検討(対象41病院中35病院から回答回収率85.4%)してみると、不足病院率、医師確保困難感ともに全体よりは高い傾向にあった。

病院間の機能連携に関しては87%の病院においてうまくいっているとの回答で、ある程度進んでいるものと思われた。医師確保困難な診療科については、医師の集約、病院の再編を望む意見が多かった。足並み揃えて全病院がデパート化するのは避け、重点化/機能連携を通して病院完結型医療から地域完結型へと移行していく必要がある。

そのための調整機関として国が提唱する医療対策協議会の設置に関しては、半数の病院長は懐疑的であった。懐疑を払拭できるくらいの権限ある調整機関が望まれる。

今後本部会では、冒頭述べたように、調査結果を基に対策を検討していく予定である。各医療機関の役割分担と重点化、連携に関しては役割分担ワーキンググループが担当する。広島大学が設置した「ひろしま地域医療協議会」との関係やドクターバンク等に関しては医師確保システムワーキンググループが担当する。少ない医師をいかに有効に活用するのか、システムの対応が求められている。

本報告を終えるにあたり、ご多忙中にもかかわらず本アンケート調査にご協力いただいた各病院長に深謝いたします。また、自由記載欄には多数の大変貴重なご意見をいただきました。主なものを別添資料1に列挙させていただきます。

表4 市町村立病院の不足病院率

標榜診療科名	内科	外科	整形外科	小児科	産婦人科	麻酔科	眼科	医師総数
不足病院率(%)	78.6	42.9	72.7	88.9	71.4	85.7	100.0	92.9
不足/全病院数	11/14	6/14	8/11	8/9	5/7	6/7	5/5	13/14
全体不足病院率	59.6	41.5	64.5	52.1	42.9	67.8	62.5	65.4

- ア 貴院が設定している診療圏において、医療連携等をする上で不足していると思われる診療科
 ・多い順に、小児科 (15)、整形外科 (10)、産婦人科 (8)、麻酔科 (8)、精神科 (7)
- イ 貴院が設定している診療圏において、医療連携をする上で過剰と思われる診療科
 ・多い順に、無し (29)、内科 (3)、外科 (2)
- ウ 医師確保に向けて貴院が努力していること
 ・関連大学やその他の大学の医局へお願いする (類似意見約 30)
 ・医療の質を高め、労働環境を整備し、魅力ある病院づくりを行う (類似意見約 15)
 ・専門性を高める
 ・民間の医師斡旋業者に登録する
 ・ホームページで医師募集案内をする
 ・研修医教育に力を入れる
 ・専門学会等の個人的ルートを頼る
 ・病院同士で相互援助する
 ・「厚遇してもらい勤務しやすい病院」との評判をしてもらえるようにする
 ・可能性のあることはすべて細心の注意を払って情報を収集している
 ・大学への依頼をはじめ長年努力をしてきたが効果は少ない。苦勞して個別に探した医師は問題が多い。医師確保にはほとんど疲れる。
 ・大学に強力にお願いしているが努力は報われていない。民間医局とも条件が合致しない。
- エ 中山間地域の病院に勤務する医師を増やすための提案
 ・定年退職後の医師に研修を実施して中山間地域の病院へ派遣する
 ・夜間の急患に対して安心できる連携があれば定年後の医師も勤務しやすい
 ・医師の労働条件を都市部の病院勤務より十分良いものとする
 ・環境や子供への教育を検討する
 ・学費免除、生活費支給等で在学中より支援し、中山間地域での卒後就職を約束する
 ・中山間地域の出身者を医師に養成する
 ・中山間地域の病院を若いドクターのローテーション病院として制度化する
 ・医師免許取得後数年間は地域および島嶼部での勤務を義務化する
 ・新医師臨床研修において地域保健・医療研修を充実させる
 ・外国人医師に期待する
 ・大学全体で県内派遣システムをつくる
 ・大病院との連携により、サテライト診療所としてローテーション医師の確保を図る
 ・医師不足情報をインターネットで公開する
 ・地域医療をめざした医師も大学院／専門コースに戻れる道を作る
 ・地域医療学、総合医療学の専門化
 ・公的病院の医師も勤務時間以外での非常勤勤務を自由にする
 ・一人の医師が複数の病院で勤務できるようにする
 ・患者搬送体制の確立の方が大切
 ・中山間地域の病院を診療所に縮小する
 ・過疎地に医師を配してどうなる
- オ 要望事項
- ①大学に対して
- ・まさかの事態に対して緊急の応援を願えると有難い
 - ・医師派遣に関してじっくり要望を聞いて欲しい
 - ・地域医療の実情を十分に理解して欲しい
 - ・地域医療を良くするためにはその地域の中核病院が充実しなければならない。それを考慮した医師派遣をして欲しい。
 - ・中山間地の赤字医療機関を大学病院分院として経営して欲しい
 - ・先進医療だけでなく地域医療を担うのも大学の義務と思う
 - ・新医師研修制度が軌道に乗るまでの数年間は絶対数の不足は仕方ない。その間痛みを共有して欲しい。
 - ・医師派遣における真の透明性を構築して欲しい
 - ・一人の教授の考えではなく大学全体の考えや行政の考えも参考にして医師派遣を決定して欲しい
 - ・大学内に各科横の連携をとれる機関が必要
 - ・学内に各病院の医師募集状況を提示する
 - ・医局ドクターの得意分野なども含めて情報をオープンにして欲しい
 - ・学生に対して地域医療の意味を教える

②医師会に対して

- ・ドクターバンク充実へのバックアップ
- ・地域医療に対する新たなるドクターバンクの開設
- ・公立病院定年退職予定者の民間病院への斡旋
- ・地域医療連合（地域で必要とされる医療を分担しチームを作る）を推進させる
- ・コーディネーターとしての役割強化

③県に対して

- ・医師確保の問題に積極的に関与すべき。新研修制度が始まる前に対応すべきであった。
- ・公的医療機関の統廃合を行い、余剰人員を再配分すること
- ・大学、県、医師会が有機的な協力体制をとってほしい
- ・大学とともに医療対策協議会の透明な運営
- ・地域で医療が完結できる病診、病病連携を作ってもらいたい
- ・病病間の人事交流を促す制度を望む
- ・自治体立の医療機関には県から医師を派遣しているが、中山間地域の民間病院にも派遣してもらいたい
- ・自治医大生の派遣方法の変更
- ・中山間地域への医師派遣機構を作って欲しい
- ・家庭内にいる退職後の女性医師の有効活用およびその情報収集と公表を望む
- ・病院規模に応じた医師標準数の見直しを

カ その他

- ・国全体として各診療科の必要医師数を算定し、それに基づいた施策をとって欲しい
- ・麻酔科などは麻酔専門の技師（認定看護師）などを養成すること。少ない科の医師を補完する専門技師の養成、認可が必要。
- ・臨床研修システムの見直しが必要
- ・市町村合併が進む中、中山間地域における医療サービスの低下がおこらないように県はその状況を的確に把握し対処していただきたい。

(資料2)

医師不足実態調査

病院名 _____
 記入者名 _____
 電話番号 _____

1 標榜診療科別医師数

ア 医師数の状況（平成16年12月末現在）

標榜診療科名	院長が運営上理想 と思う医師数(人) (A)	常勤換算現員 医師数(人) (B)	不足と思われる 医師数(人) (A) - (B)	(イ)	(ウ)
内科					
外科（整形外科を除く）					
整形外科					
小児科					
産婦人科					
麻酔科					
眼科					
医師総数（上記科以外の医師を含む。）					

※1 内科、外科については、主たる診療科として内科系、外科系に該当するもの。

※2 常勤医師は医療従事者調査の主たる診療科で記入してください。非常勤医師・兼務等の医師は医療法上の常勤換算を行ってください。小数点第1位まで、小数点第2位四捨五入

イ 医師不足診療科に関して、貴診療圏の医療需要状況から、貴病院の医師の不足している診療科は絶対必要ですか。上記表の（イ）枠内に該当する番号を記入してください。

①絶対必要、②不便であるが病病連携で対応可能、③地域にも多数存在するのでなくてもよい

ウ ①絶対必要、とお答えの先生にお伺いします。

よろしければその根拠を次の①～④から選び、上記表の（ウ）枠内に番号をご記入ください

①患者数が多い、②手術件数が多い、③診療圏内に当該科が少ない、④その他（ ）

2 常勤医師の移動状況・勤務状況（平成 15 年度）

- ア 転出人数 _____人
イ 転入人数 _____人
ウ 医師 1 人あたりの 1 カ月の当直回数（該当番号に○をしてください。）
① 月 1～2 回， ② 月 3～4 回， ③ 月 5～6 回， ④ 月 7～8 回， ⑤ それ以上
エ 医師 1 人あたりの 1 カ月の平均時間外勤務 _____時間（小数点第 1 位まで）

3 医師確保に係る意識調査

- ア 医師不足を感じていますか。該当番号に○をしてください。
① 大いに感じている ② 少し感じている ③ あまり感じていない ④ ほとんど感じていない
イ 何科の診療科の医師確保が困難ですか（優先順位 1 位～3 位まで下記番号の診療科目から記入して下さい。）

1 位	2 位	3 位

- ウ 平成 13 年 1 月以降、標榜を廃止した診療科について、下記番号の診療科目から記入して下さい。
廃止した診療科 _____（複数回答可）
エ 平成 13 年 1 月以降、非常勤化した診療科（1 人でも常勤医師を非常勤医師に切り替えた場合を含む。）について、下記番号の診療科目から記入して下さい。
非常勤化した診療科 _____（複数回答可）

① 内科， ② 外科， ③ 整形外科， ④ 小児科， ⑤ 産婦人科， ⑥ 麻酔科， ⑦ 眼科， ⑧ その他

- オ 医師確保の方策（該当番号に○をしてください。）
① 大学への依頼 ② 広島県庁への依頼 ③ ドクターバンクに登録 ④ 公募
⑤ 医師への個別交渉 ⑥ その他（_____）

4 病病連携等について

- ア 専門医療に関する病院間の機能連携は（該当番号に○をしてください。）
① 比較的うまくいっている ② 連携したいが困難である ③ 病院内で極力完結するようにしている ④ その他（_____）
イ 専門医療の病院間の機能連携について（該当番号に○をしてください。）
① 確保困難な専門医は同一医療圏に何箇所か決めて集約させたほうがよい。
② 確保困難な専門医は病院間を掛け持ちで勤務してもらおうとよい
③ そのような連携はやはり困難である
④ その他（_____）
ウ 医師確保が困難な地域の専門医療は（該当番号に○をしてください。）
① 病院の再編等を考慮する必要がある。
② 各病院において医師確保をする必要がある。
③ その他（_____）

5 国が提案している医療対策協議会について（別添参考資料）（該当番号に○をしてください。）

- 医師の配置，医療提供体制などを協議・検討する機関を設置することに関して
① 賛成である ② あまり有効とは思えない ③ 反対である

6 自由記載

- ア 貴院が設定している診療圏において、医療連携等をする上で不足していると思われる診療科
イ 貴院が設定している診療圏において、医療連携等をする上で過剰と思われる診療科
ウ 医師確保に向けて貴院が努力していること
エ 中山間地域の病院に勤務する医師を増やすための提案
オ 要望事項
大学に対して（_____）
医師会に対し（_____）
県に対して（_____）
カ その他

WG-2. 大学と県が一体となった医師確保システムの構築

班 長 向井 憲重

班 員 河野 修興・背戸兼浩明・堀益 弘明

松浦 正明・松浦雄一郎・溝岡 雅文

I. 検 討 課 題

地域医療支援センターおよび中山間地域医療人材バンクに関し、これまでの検証を行うとともに、県と広島大学の協力によるドクタープール事業、ドクターバンク等による医師確保システムのあり方などを協議する。

II. 各事業の実施状況

(1) 地域医療支援センター

① 事業概要

○ 目 的

自治医科大学卒業医師に係る義務年限経過後の慰留（高度医療の研修機会の提供）および医局的機能の確保（相談・情報提供）並びに県内のへき地医療に係る広域的支援体制の整備

○ 設置経緯

「地域医療支援センター」は、平成4年度に県立広島病院内に「地域医療センター」として設置され、その後平成8年度から、正式な組織として位置付けられるとともに現在の名称になっている。

○ センターの業務

- ・ 広島県へき地医療支援機構の運営
- ・ へき地医療支援のための代診医派遣
- ・ 遠隔画像診断やテレビ会議システムによる診療支援（将来構想）
- ・ その他へき地医療支援のための事業（研修会，研究会の開催等）
- ・ 県立広島病院総合診療科での診療（センター所属医師の医療技術習得の場）

② 事業の実施状況

- 広島県へき地医療支援機構の調整に基づく、へき地医療拠点病院による、診療所等への代診医派遣や無医地区への巡回診療など、現行のセンターの業務については、概ね円滑な実施が図られている。
- しかし、自治医科大学卒業医師の義務経過後の定着については、十分な成果が出ているとは言えない状況にあり、このため、地域への医師派遣について、要望通りの対応はできていない。

平成16年度 自治医科大学義務修了医師の就労状況

		県内		県外				県内		県外	
		人数	構成比	人数	構成比			人数	構成比	人数	構成比
病 院	国			1	3.00%	行 政	本庁				
	県	4	12.10%		0.00%		保健所	2	6.10%		
	市町村	5	15.20%		0.00%		計	2	6.10%		
	公的				0.00%	大 学	自治医大			3	9.10%
	法人等	5	15.20%	2	6.10%		他大学	1	3.00%	3	9.10%
	計	14	42.40%	3	9.10%		計	1	3.00%	6	18.20%
診療所	県					開 業	1	3.00%			
	市町村	2	6.10%	1	3.00%	その他			1	3.00%	
	法人等	2	6.10%								
	計	4	12.10%	1	3.00%	合 計			22	66.7%	11

(2) 広島県中山間地域医療人材バンク

① 広島県中山間地域医療人材バンクの概要

○ 目的

中山間地域に勤務を希望する医師等に対し研修機会の調整，赴任後の医療支援等を行うことで，中山間地域の医師等の確保を図る。

○ 関係機関

無料職業紹介事業を行う広島県医師協同組合と県，県医師会，地域医療支援センター，へき地医療拠点病院等の連携のもとで事業実施する。

○ 実施地域

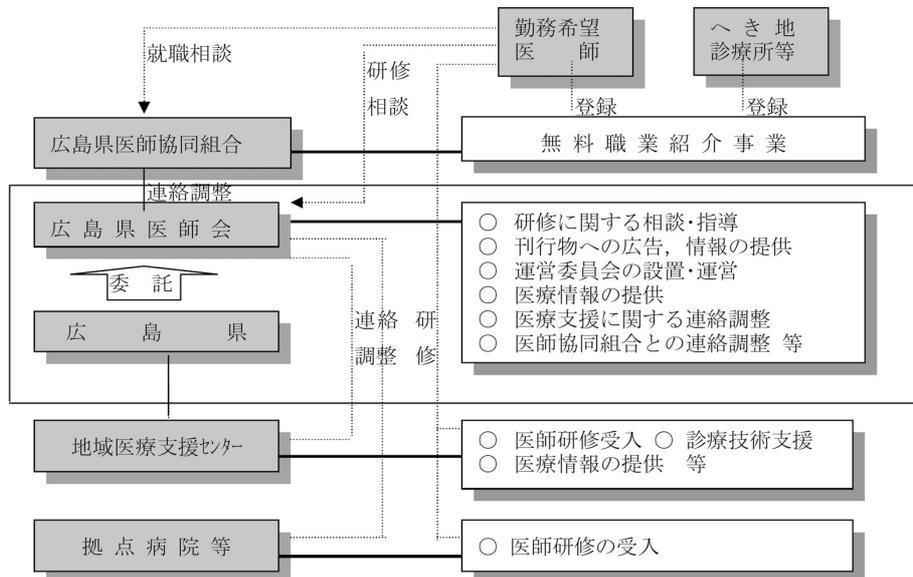
広島県内の中山間地域

○ 事業内容

- ・ 人材バンク運営委員会の設置・運営
- ・ 中山間地域の医療機関へ勤務を希望する医師等に対する研修に関する相談指導
- ・ 事業に関する刊行物への広告等広報および情報の提供
- ・ 県立広島病院地域医療支援センターや拠点病院等との連絡調整
- ・ 無料職業紹介事業を行う広島県医師協同組合との連絡調整
- ・ その他，事業の遂行に必要な事項

② 事業の実施状況

平成 10 年度に設置したが，応募者がなく，平成 13 年度から休止状態となっている。



Ⅲ. 現行体制の問題点とその改善方策の検討

(1) 地域医療支援センター

① 自治医科大学卒業医師による問題点等の抽出

- 現行体制の問題点については，地域医療支援センター，地域の中核病院またはへき地診療所の勤務経験を有する自治医科大学卒業医師の現場の声として，次表のとおり取りまとめが行われている。

◎平成 16 年度自治医科大学卒業医師連絡会議「医師確保対策および自治医大卒業医師の派遣について」の協議結果の概要

区分	問題点	改善提案又は要望
○派遣される医師に関する事	・モチベーションの低下，職場の雰囲気，給与	・モチベーション維持のため，研修を確保し，目標，刺激，希望，やりがいをもつ。 ・自分の将来像（希望する科）に合った赴任先，コースの選択を希望 →体系的に学びたい。 ・代診，産休，夏休み等のサポート
	・あらかじめ赴任の任期が決まっていない。（中期～長期ビジョンが立てられない。）	・任期は，複数年の期間を区切る。 ・終了時に必要であれば更新する。
	・医師の経験年数などに配慮した配置	・若手の自分の医療経験を踏まえた希望とベテランの家族の事も考慮した希望に違いあり
	・家庭，家族の問題	・住宅，教育環境を整備する。
	・診療所勤務の時期	・臨床研修を終了し，地域中核病院で3年経過後がよい。（中核病院での期間が2年は短すぎる。） ・診療所勤務（2～3年）後，後期研修がよい。
	・診療所への派遣は必要	・ポストの確保を多くの自治医大卒業医師が希望
○派遣を受ける病院等の環境整備に関する事	・中小病院に診療科が多すぎるため，当直，待機が多い。（産婦人科，小児科，脳外科）	・中小病院の診療科を減らす（主を内科，外科，整形外科だけに絞る） ・マイナー科は外来でカバーすればよい。 ・専門医の週1回等の診療支援によるサポートでカバーすればよい。 ・近隣都市に入院できる施設があればよい。
	・後方病院との連携 ・大病院へのコンサルトが難しい時がある。	・診療所，中小病院，大病院のネットワークを作り役割分担をはっきりさせる。 ・中小病院は，総合医としてある程度の人数の医師を確保する。 ・診療所，中小病院，大病院の役割の違いを，住民にも教育していく必要がある。 ・住民に色々な先生の診察機会がある方がよい。
	・卒後3年目医師にとって学べる環境が必要	・指導医の必要性 ・専門医のサポート（週1回の診療支援など） ・上司に卒業生のいる病院が働きやすい。
	・当直の人数が少ないと当直の負担が増加	・金銭的な問題もあるが，当直はバイトを採用する方法も検討すべき。 ・病院が完全当直制に移行出来た場合，その小病院の周辺に居住する必要はなく，近接の都市からの通勤が可能となり，家庭，家族にとっても問題解決につながる。

② ドクタープール機能付与による地域医療支援センター機能拡充

○ 上記の事項に加え，次のような視点から，中山間地域の医師確保対策として，地域医療支援センターにドクタープール機能を付与する新たな枠組を検討することが適当と考えられる。

- ・ 新たな臨床研修制度を踏まえたものとする。
- ・ 広島大学との役割分担を明確にした連携・協力関係を構築すること。
- ・ 派遣する医師にどんな医療をそこでさせるのかを明確にすること。
- ・ 地域医療支援センターの所属メリットを明確にすること。
- ・ 派遣を受ける病院の環境整備を図ること。

○ 具体的には，次のような事業内容が適当と考えられる。

- ・ 自治医科大学卒業医師以外の医師を採用し，地域の基幹病院へ派遣
- ・ 研修機能の強化
- ・ 遠隔医療支援による公立病院・診療所を支援するシステムの導入

(2) 広島県中山間地域医療人材バンク

- ① これまで、応募者がなかった最も大きな要因は、PR 不足によるものと考えられるため、より効果的な PR の方法を検討する必要がある。
 - ドクターバンクについては、公的機関のみならず民間就職斡旋会社の行うものも見受けられ、インターネットを活用した募集が広く行われている。
 - 子育てが終わった世代の医師や退職医師の U ターンや I ターンによる人材の広島県内の地域医療への誘引など、県外への PR を図る意味からも、インターネットによる募集は効果的と考えられる。
- ② 求職者が応募しやすい環境を整備する必要がある。
 - 現在、医局の人事を離れると、個々の口コミ活動や民間就職斡旋会社などへの登録などでしか転職先を探せない状況があり、公的な医師紹介の窓口は是非とも必要である。
 - 広島県内の医療機関の求職が「ここをみればわかる」という窓口があれば効果的であると考えられる。
 - 募集情報については、給与、待遇などの詳細を公表することが適当である。求職者が判断しやすくなり、また、医師確保に係る競争が生じることによる待遇の向上が期待される。

Ⅳ. ドクタープール事業、ドクターバンク等による医師確保システムのあり方

(1) ドクタープール事業

- ① 地域医療支援センターへのドクタープール機能の付与
県が、広く地域医療への従事を希望する医師を採用し、地域の基幹病院に対する派遣又は支援を行うための新たな枠組を創設することが適当である。
 - 地域医療又はプライマリーケアを担う医師の養成
 - ・ 総合診療志向の医師を地域医療支援センターに所属させ、地域の基幹病院への派遣と派遣後の後期研修によって、地域医療又はプライマリーケアを担う医師を養成する。
 - ・ 対象医師は、医師免許取得時又は臨床研修終了時の者を基本とし、正規職員として採用することが望ましい。
 - プライマリーケア医養成コース (1) の設定
平成 18 年度から県立広島病院の研修プログラムは内科系、外科系プログラムの 2 本建てとなる。これに加え、新たにプライマリーケア医コースを設定し、研修医を募集する。
県立広島病院での初期研修、後期研修を主体とし、へき地診療所・中山間地域の病院での診療を義務化する。
 - ・ 県立広島病院などの研修指定病院 初期研修 2 年間 + 後期研修 1 年
 - ・ へき地診療所・中山間地域の病院 2 年間
 - ・ 県立広島病院 後期研修 2 年間 (診療科は自由選択)
県内の自治体病院での後期研修も可能とする
 - プライマリーケア医養成コース (2) の設定
地域包括医療を行う拠点病院と関連診療所などを軸に 5～6 年間を目安に研修を行う。
 - ・ 県立広島病院などの研修指定病院 初期研修 2 年間
 - ・ 中規模の病院 2 年間
 - ・ 関連診療所・小規模病院 1 年間
(包括医療を実施している医療機関とし、指導医のいる複数体制が望ましい)
 - ・ 残り期間は 地域病院もしくは診療所、希望に応じて県立広島病院等での後期研修を可能とする。
 - ・ 研修の中で、認定医の取得について配慮する。
 - 1) プライマリーケア学会認定医受験資格が取得 最短で卒業 6 年目
 - 2) 内科認定医
初期研修が研修指定病院 + 中規模病院が教育関連病院 3 年間

初期研修が研修指定病院＋後期研修で教育指定病院 1 年間

※ プライマリケア医養成コース (1), (2) とも研修先の病院を指定して募集する。

○ 専門医による遠隔医療支援等

- ・ 県立広島病院に所属する専門医を地域医療支援センターに登録し、地域の基幹病院に対する遠隔医療支援等に從事させる。
- ・ 大学による医師引き揚げ等により、病院での産科機能の確保が困難な事例が頻発していることから、大学病院からの診療応援も含め、二次保健医療圏内での医療機関の役割分担と連携による体制の確保を図ることとする。

② 奨学金制度の運営

- 地域医療支援センターのドクタープール事業への参加者を確保するため、派遣予定先医療機関からの拋出によって、医科大学生又は医科大学院生に対して、その就学期間中の支援を行うこととする奨学金（貸付金）制度を運営する。
- 奨学金制度は、実態調査の結果医師不足が確認され、かつ少子化対応又は救急医療確保の観点から、その対策を講じる必要が認められる産科、小児科及び麻酔科についても運用を図ることが適当である。

③ 広島大学による支援

広島大学は、次の役割分担により、ドクタープール事業に対する支援を行うことが適当である。

- 大学に所属する医師及び医学生等に対するドクタープール事業の周知
- ドクタープール事業の参加医師から、大学の医局への登録希望があった場合の登録
- ドクタープール事業のカリキュラムの後期研修について、参加医師から大学での研修希望があった場合の受け入れ。
- 卒業後に地域医療への従事を志す県内出身の学生を優先的に入学させるような取り組み

④ 派遣を受ける病院の責務

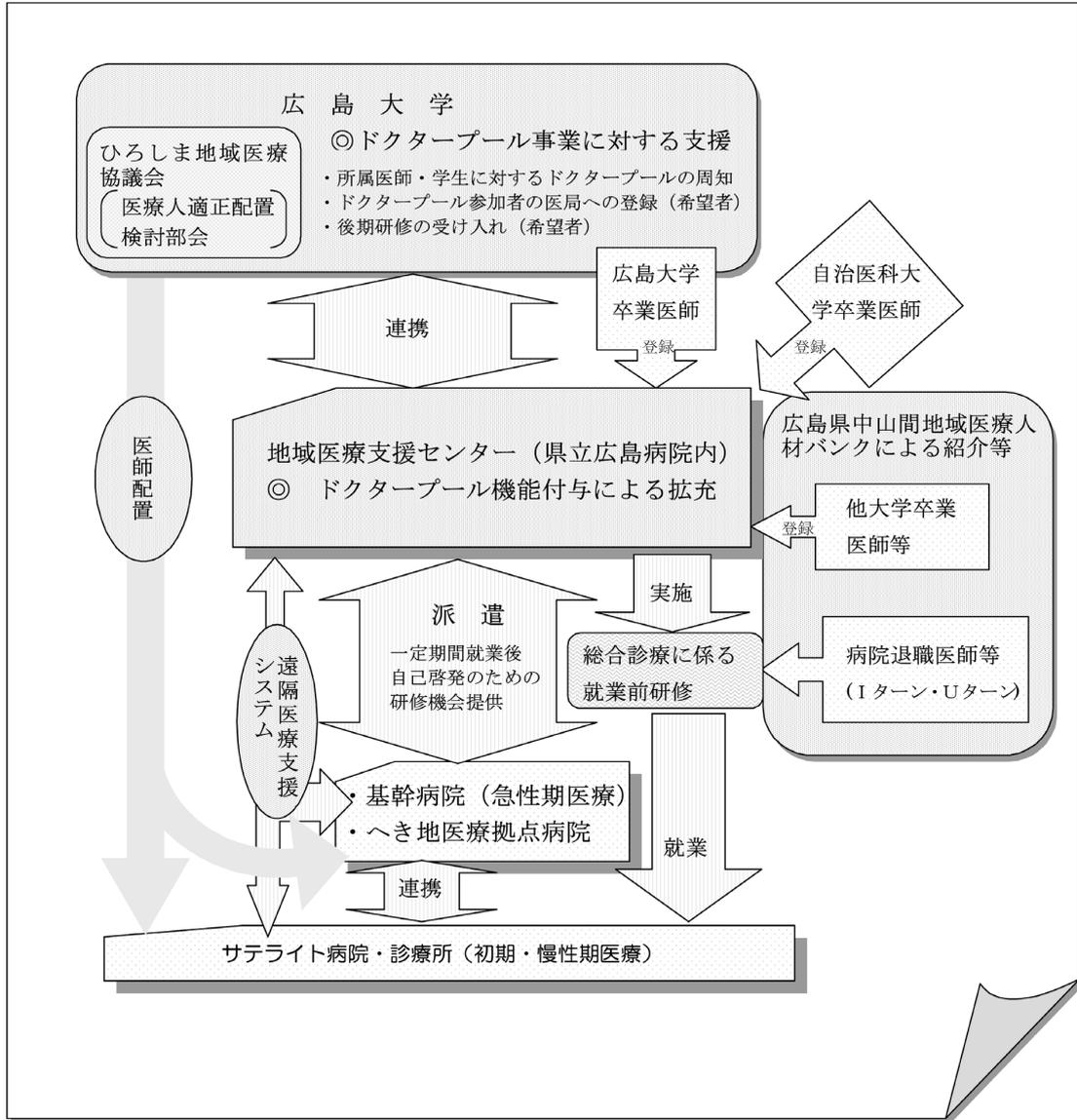
- 派遣を受ける病院の環境整備
 - ・ 指導者の確保や認定施設の取得など、研修体制の整備
 - ・ 圏域における機能連携と役割分担への取り組み
 - ・ 当直体制や住宅環境など、処遇面の整備
- 派遣を受ける期間に係る医師の給与費等の負担

(2) ドクターバンク

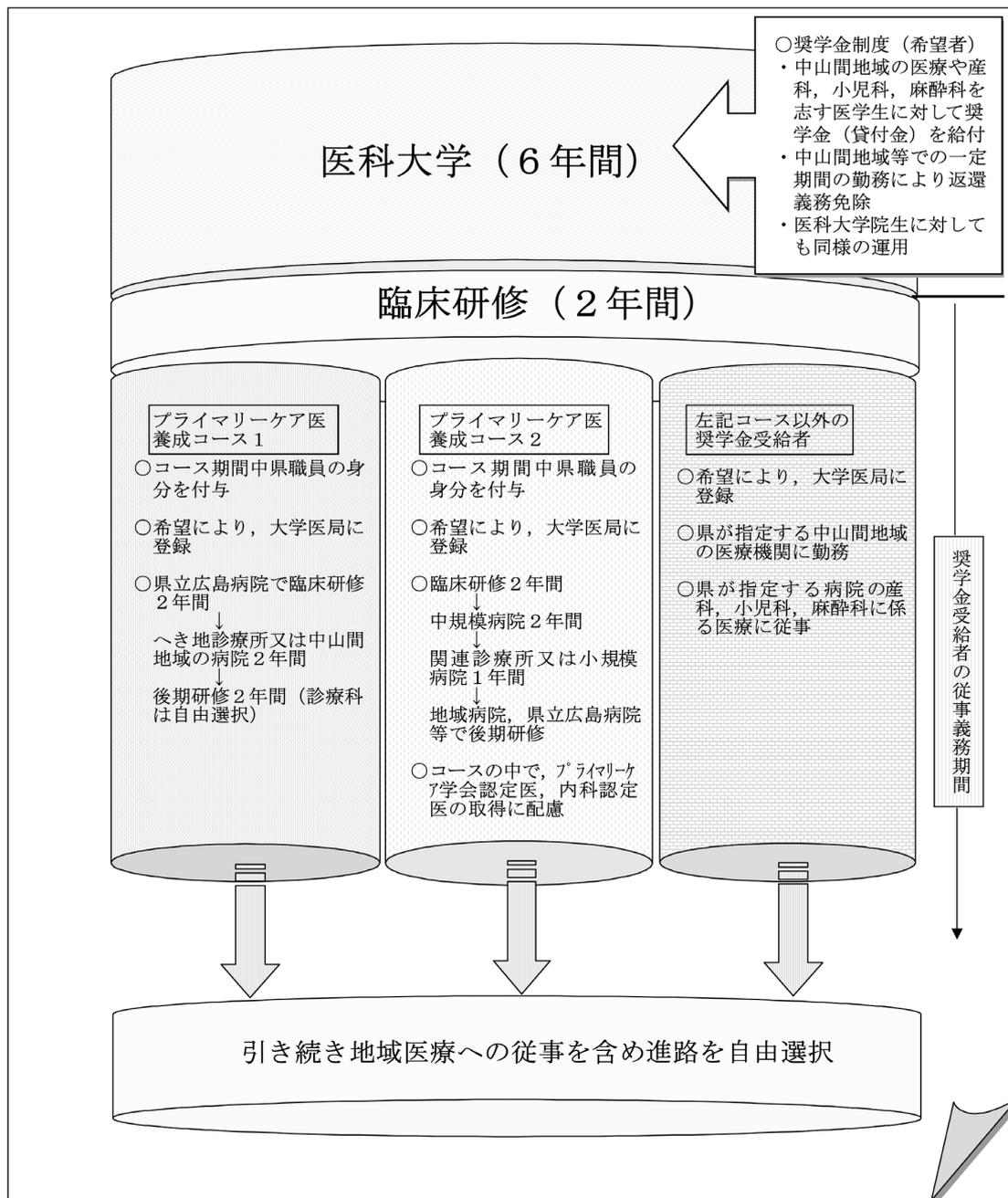
次により、広島県中山間地域医療人材バンクによる枠組の活性化を図ることが適当である。

- 広島県医師協同組合の無料職業紹介事業について、インターネットを活用するとともに、募集医療機関、診療科、給与、待遇、就業前研修などの詳細を公表するなどして、求職者が応募しやすい環境を整備する。
- 県、自治体病院・診療所、国保病院・診療所を始め、広島大学、医師会、民間など幅広い関係機関の連携により医師の募集情報の集約を図り、広島県医師協同組合に提供するシステムの構築を図る。

ドクタープール事業、ドクターバンク等による医師確保システム



ドクタープール事業による医師のキャリアアップシステム



WG-3. 医療機関の役割分担と重点化, 連携

班長 武澤 巖

班員 浅原 利正・背戸兼浩明・堀益 弘明

松浦 正明・松浦雄一郎

I. 検討課題とその視点

1 検討課題

地域における医療機関の役割分担と重点化, ネットワーク化を推進することにより, 地域にとって最も効果的かつ効果的な医療提供体制のあり方を協議する。

2 検討の視点

このWG報告書では, 次の視点から検討するものである。

- ① 地域において重要な使命を果たしてきた自治体病院に焦点を当て, 現状および課題, 並びに役割分担と重点化, 連携に向けた検討のあり方を論点整理し, 安芸太田町での病院再編の検討事例をモデルケースとして, 全県的な取組みが促進されるよう普及させること。
- ② 上記の外, 喫緊の課題である産科や小児科について, 診療機能を圏域内で確保するための方策。(他の委員会等との棲み分けと連携を前提として)
- ③ 医師不足が深刻化する中での女性医師の働きやすい環境づくり(問題提起)

II. 自治体病院の役割分担と重点化, 連携

1 自治体病院を取り巻く環境

(1) 自治体病院の基本的役割

自治体病院は, 地域における中核的な医療機関として, 医療水準の向上や救急医療の確保に重要な役割を果たすとともに, 採算面において民間医療機関による診療が期待できない山間部や離島等の中山間地域における医療の確保のために, 重要な役割を果たしてきた。

(2) 自治体病院を取り巻く環境

ア 医師の地域的な偏在や診療科間での医師数の不均衡により, 特に中山間地域の中小病院では, 内科等の一般診療科においても医師不足が顕著であり, 平成16年度から始まった初期臨床研修の必修化等を機に, さらに拍車がかかっている。

イ 少子・高齢化の進展, 低迷する経済, 医療ニーズの多様化・高度化など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で, 平成14年4月の診療報酬の実質2.7%のマイナス改定, 同年10月の高齢者自己負担1割への引き上げ, 平成15年4月からの健康保険本人の3割負担の実施などの影響により, 経営環境は一段と厳しい状況にある。

ウ 総務省の「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」(平成16年11月)によると, 平成14年度時点における全国の自治体病院数は1,007(764事業), 同年の経常損益は1,220億円の赤字(前年度の赤字額から589億円増加), 累積欠損金は1兆5千億円余に達している。

エ 同報告書でも指摘されているように, 自治体病院開設以降の時代の変遷の中で,

- ・道路整備の進展等により, 病院までの移動時間は大幅に短縮
- ・情報化による遠隔医療システムの導入の進展等
- ・将来的な人口減に伴う病床過剰の拡大の可能性

などの状況変化に対応した的確な運営が求められている。

2 自治体病院の経営改善方策

自治体病院の基本的な意義は、その地域に欠けている医療の確保と、地域住民のニーズに応える医療の提供であり、同時に健全な経営を確保することにある。

全国自治体病院開設者協議会および（社）全国自治体病院協議会では、現下の厳しい経営環境の中、各自治体病院において急務となっている経営健全化策の確立に取り組む際の一助として、平成15年5月に、次のような提言を行っている。

(1) 病院経営の基本に関すること（抜粋）

区 分	改 善 方 策
1 開設者および行政は病院経営に何を求めているか	<ul style="list-style-type: none"> ・病院のめざすべき医療、病院経営にあたっての理念などを明確化し、その方針に従って病院側として運営をするというあり方が重要である。 ・開設者、病院長、議会、大学等との間の連携強化が病院経営に大変重要である。
2 地方公営企業法の「全部適用」について	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体病院の経営改善の手法の一つとして、法の「全部適用」を積極的に導入すべきである。ほとんどの権限が首長から管理者に委譲され、経営責任の明確化、自律性の拡大による効率的な運営体制の確立ができ、また、職員のやる気も一層出てくる。
4 自治体病院の広域化、統廃合をどう考えるか	<ul style="list-style-type: none"> ・交通網が発達し車社会を迎えた今、一町に一病院は必ずしも必要なくなってきた。 ・自治体病院の広域化・統廃合については、例えば、山形県置賜地域の自治体病院が、公立置賜総合病院とそのサテライト病院に再編されたこと……などに見られるほか、……急速に市町村合併が進む中、全国的にも取り組みがなされ、また、課題ともなっている。

出典：「自治体病院の経営改善に関する報告書（概要版）」（平成15年5月 全国自治体病院開設者協議会，社団法人全国自治体病院協議会 経営改善委員会）

(2) 病院運営の最適化等に関すること（抜粋）

区 分	改 善 方 策
2 病院職員の確保対策について	<ul style="list-style-type: none"> ・大学医局に依存した個々の病院ごとの採用ではなく、……各県の大規模病院がドクタープール機能を有し、そこから医師を派遣するシステムの構築や全自協協に全国規模の医師派遣ネットワークを構築する等の抜本的な取り組みが必要である。
7 病床利用率と平均在院日数、外来患者数と紹介率について	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の機能分化が進む中、急性期病院では医療の質を向上させ、看護配置を厚くし、在院日数を短縮して紹介率を高めていくことが不可欠である。 ・急性期病院からの患者受入れ、社会復帰に向けた支援をするいわゆる亜急性期や慢性期病院では、アメニティやリハビリの質を高めていく必要がある。 ・今後医療制度の動向も見極めつつ、各病院は自分の病院の進むべき方向を、慎重かつ早急に検討して結論を出し、地域住民に信頼される病院づくりをしていくことが重要である。

出典：「自治体病院の経営改善に関する報告書（概要版）」（平成15年5月 全国自治体病院開設者協議会，社団法人全国自治体病院協議会 経営改善委員会）

3 自治体病院の再編・ネットワークに係る先進事例と国の提言

全国的な状況を見ると、特に東北地方での医師不足は顕著であり、平成14年時点での人口10万人当たりの医師数は次のとおりであり、東北6県の平均値は183.9人で、全国平均の206.1人を22.2ポイントも下回っている。この格差は、「医療施設に従事する医師数」で捉えても同程度である。

地域医療を支える自治体病院においては、診療機能や経営面等において、大変厳しい状況がうかがえ、存亡をかけた取組みが求められている。

表：人口10万人対医師数

区 分	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	平均	全国平均
医師数	174.5	174.6	194.9	188.5	193.0	177.7	183.9	206.1
うち医療施設の医師数	164.8	166.1	183.5	178.4	179.4	170.4	173.8	195.8

出典：「平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査」

(1) 先進的な取組みと検討事例

ア 山形県置賜地域での取組み（二次医療圏内の一部地域での取組み事例）

○ 再編・ネットワーク化の概要

置賜二次医療圏（3市5町、人口約25万人）では、圏域内の一部地域である2市2町（人口約10万人、）と山形県により、平成7年に「置賜広域病院組合」を結成し、平成12年11月から、急性期・高度医療を担う「総合病院（救命救急センターを併設）」を供用開始するとともに、4市町の既存病院・診療所を、初期・慢性期医療を担う「サテライト病院・診療所」に再編し、機能分担とネットワーク化を形成し、効率的かつ効果的な医療提供体制を構築している。

○ 再編の効果等

総病床数を132床減じるとともに、1病院を無床診療所に転換したが、平成14年度実績をみると、再編の直前（平成11年度）に比べて、延外来患者数、延入院患者数ともに5%前後の伸びを示し、病床利用率は10ポイント以上も向上している。医業収支比率は、サテライト病院では92%台にあるが、総合病院では84%台と、現状では厳しい状況がうかがえる。

総合病院への医療機能の集約化により、医師確保が大変厳しい中においても、29人の常勤医師の増員が図られている。

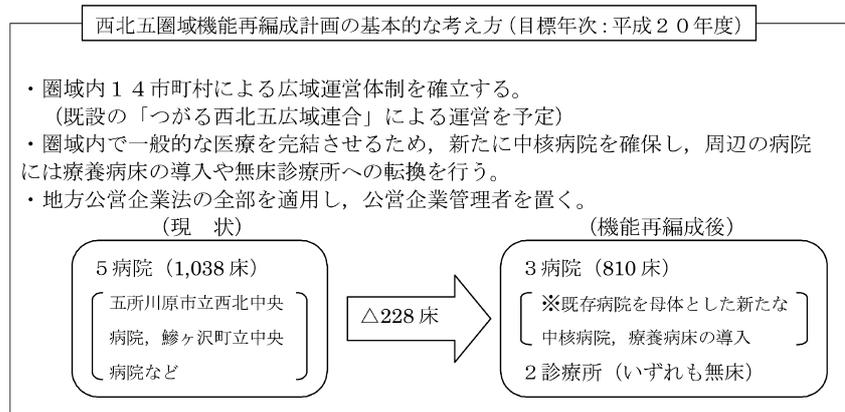
（単位：カ所、床、人、日、%）

区 分		H 11 年度	H 14 年度	増減率	備 考
施設 数	病 院	3	3	-	救命救急C併設
	診療所（無床）	1	2	-	1施設増
	計	4	5	-	
総 病 床 数		812	680	△16.3	132床減
常 勤 医 師 数		57	86	50.9	29人増
延 外 来 患 者 数		433,928	468,348	7.9	
1日平均外来患者数		1,778	1,877	5.7	
延 入 院 患 者 数		218,777	229,428	4.9	
病 床 利 用 率		80%未満	90%前後	-	10ポイント以上向上
医業収 支比率	置賜総合病院	-	84.1	-	
	サテライト病院	91.6	92.5	0.9	

出典：山形県資料から引用

イ 青森県西北五圏域の検討状況（二次医療圏での取組み事例）

青森県では、地域住民への良質かつ適切な医療を効率的に提供する医療体制の構築を目指し、「西北五圏域」等で、自治体病院の「機能再編成計画」の策定や具体化に取り組んでいる。



出典：青森県資料から引用

(2) 総務省における検討会報告書

地域医療に関する関係省庁連絡会議の「取りまとめ」(平成16年2月)を受け、総務省では、「地域医療の確保と自治体病院のあり方等に関する検討会報告書」(平成16年11月)において、自治体病院の再編・ネットワーク化のあり方を検討する場合の方法と実現による効果について、次の趣旨で提言している。

- 地域全体で自治体病院のあり方を検討するとして、解決に向けた有効な方法が、
 - 【基幹病院】
 - ・中核的な医療機能を持たせる
 - 【それ以外の病院・診療所】
 - ・日常的な医療の確保を行う

こととし、機能の再編を行うとともに、病院相互、病院・診療所の連携を密にし、「全体をネットワーク化」する方法である。
- 自治体病院の再編・ネットワーク化の効果
 - ① 新たな医療ニーズに対応した医療サービスの提供が可能となる。
 - ② 病院の機能分担による機能の特化により、効率的な医療提供が可能となる。
 - ③ 基幹病院への医師の集中により、医療の質が確保され、結果として症例数の多い病院となり、医師確保を行いやすい環境となる。

4 本県における市町村合併の動向と合併後の自治体病院

(1) 市町村合併の進展

いわゆる「平成の大合併」により、本県では市町村合併が急速に進展し、86市町村(平成12年)から、市町村合併特例法の期限を迎えた平成17年3月末日には、29市町になった。

さらに、平成17年度中の合併を目指して、引き続き、複数の地域において法定協議会での協議が進められており、平成18年3月には、23市町になる見込みであり、全国で最も市町村の減少率が高くなる。(73.3%)

(2) 市町村合併後における自治体病院の現状と見込み

自治体病院では、地域の医療水準の向上や、へき地等の不採算地区における医療の確保など、地域住民に対してその使命を果たしてきたが、

- ① 市町村合併による行政区域の広域化により、合併前の自治体で設置・運営されてきた公立病院に関して、合併後においては、次表のとおり、複数の公立病院を抱えるところが現れた。
- ② また、合併後の一部の自治体では、公的病院と並存するところもある。
- ③ 市町村合併によって自治体病院の必要性が失われるものではないが、現状では、病床数や医療機能は、基本的に現体制の維持を前提に、合併後の自治体に引き継がれている。

このように、総務省の「検討会報告書」でも指摘されているような課題を抱えながらも、当分の間は、その状態が続くものと思われる。

新自治体名(合併市町村)	合併時期	自治体病院・有床診療所	公的病院
呉市 (下蒲刈) (川尻) (音戸・安浦など6町)	H15.4.1 H16.4.1 H17.3.20	下蒲刈病院 音戸町診療所(有床) 安浦町診療所(有床)	国立呉医療センター 中国労災病院 呉共済病院 済生会呉病院
府中市 (上下)	H16.4.1	府中北市民病院 湯ヶ丘病院(精神)	厚生連府中総合病院
安芸太田町 (加計・戸河内・筒賀)	H16.10.1	安芸太田町加計病院 安芸太田町戸河内病院	
三原市 (三原・本郷・久井・大和)	H17.3.22	三原市立くい市民病院	三原赤十字病院

新自治体名（合併市町村）	合併時期	自治体病院・有床診療所	公的病院
尾道市 （御調・向島） （因島・瀬戸田予定）	H17.3.28 H18.1.10 （予定）	尾道市立市民病院 公立みつぎ総合病院 県立瀬戸田病院	厚生連尾道総合病院
庄原市 （比婆郡5町・総領）	H17.3.31	庄原市立西城市民病院	庄原赤十字病院
福山市 （内海・新市） （沼隈） （神辺予定）	H15.2.3 H17.2.1 H18.3.1 （予定）	福山市民病院 神辺町国保病院	国立福山医療センター 中国中央病院

5 医療機関の役割分担と重点化，連携に係る検討のあり方

(1) 目指すべき医療に向けた病院経営の努力

自治体病院においては、既に上記4で例示したように、病院の目指すべき医療，病院経営に当たっての基本理念の明確化が、何よりも基本であり、今後取り組むべき重要な課題と考える。

特に、少子・高齢化や医師確保の困難性等、現下の厳しい経営環境の中では、将来的な展望のもとに、目指すべき医療の実現に向け、多角的な視点から積極的に経営改善に取り組むことが重要である。その際、地方公営企業法の「全部適用」の導入は、抜本的な改革を行っていく上で、極めて有効な方策と言われており、今後、積極的な導入が望まれる。

(2) 市町の責務

本県では、全国をリードする市町村合併が展開されており、また、三位一体改革により、平成17年度からの「病院群輪番制病院運営事業」の国・県補助金の廃止、市町への税源移譲に象徴されるように、地方分権時代における市町の責務は、一段と高まる状況にある。

特に、今後、市町村合併が終息を迎えたときには、広域化した行政区域の中で、今後の自治体病院はどうあるべきか、「患者の視点の尊重」、「医の原点」とは何かを基本に据え、平成18年を目途とした国の「医療制度改革」の動向や、周辺自治体も含めた他の医療資源等との関わりの中で、各市・町において、十分に検討していくことが重要と考える。

(3) 行政区域の広域化に伴う自治体病院の検討のあり方

ア 複数の自治体病院を抱える場合

合併後の市町において、複数の自治体病院を有する場合は、まず、個々の病院の果たすべき役割の明確化、病院相互の連携強化について、自治体関係者において検討する必要があるが、その上で、さらに踏み込んで再編も含めて、将来のあり方を、主体的に検討していくことが強く望まれる。

すなわち、同一自治体において、これまでと同じ規模・機能のまま、複数の病院を維持していくことは、将来的には困難と考えられるからである。

イ 自治体病院と公的病院が並存する場合

合併後の市町において、自治体病院の数が一つであったとしても、当該自治体内に公的病院が存在する場合は、公的病院との役割分担と、自治体病院の持つべき機能を明確にし、地域における効率的・効果的な医療体制の確保が望まれる。

(4) 二次保健医療圏単位で捉えた検討のあり方

地域によって、医療資源の集積度や主要な診療科での医師不足の有無・程度等に格差があることから、自治体病院のあり方の検討に当たっては、以下の視点を踏まえ、中・長期的な観点から取り組んでいく必要がある。

特に、中山間地域においては、二次医療圏内の主要な医療資源が限られていることや、面積が広大であることなどから、地域によっては、合併後の単一自治体で検討していくことが現実的と思われる。

また、こうした地域においても、将来、二次医療圏域内の複数の自治体において、それぞれが設置している病院を再編して一元的に管理・運営していくことも、選択肢の一つとして検討していく必要がある。その際、一部事務組合もしくは広域連合の設置が求められる。

ア 基本的な視点

- ① 国では、医療制度改革に向けた検討の中で、患者の望む医療の実現（住民や患者の視点を尊重した制度改革）をキーワードのひとつとしているように、これからは患者が医療を選択する時代になることを踏まえ、中・長期的な視点で検討していく必要がある。
- ② その際、将来的な人口（年齢階層別）や疾病構造の現状・将来予測等により、急性期医療と慢性期医療のあり方を検討し、機能分担と連携による、圏域内で基本的に完結する安定的な医療提供体制を確保していく必要がある。
- ③ 特に急性期病床の適正規模については、重症救急患者の疾患別搬送実態を踏まえて検討していく必要がある。

イ 地域性の視点

- ① 都市部においては、医療資源の集積度が高いことから、他の公的病院や主要な民間病院との機能分担を図り、協調して運営をしていくことが求められる。このため、高度医療や特殊医療への特化による機能分化、へき地の主要医療機関も含めた連携を図る必要がある。
- ② 中山間地域においては、医療人材や救急医療も含めた高次医療機能が限られていること等から、医療機関の再編も含め、急性期医療、慢性期医療への機能分化によるネットワーク化を構築していく必要がある。

6 医療機関の役割分担と重点化、連携に係る検討

(1) 市町村合併後の残された課題

市町村合併が行われる場合、新自治体内において、人口や社会基盤が集積している中心地域とそれ以外の地域が生じることは避けられない。合併後には中心地域から外れる旧自治体の地区にとっては、当該住民の利便性が低下するような公共施設の再編・統合は望まないとされており、特に自治体病院・診療所に関しては、住民の健康と安心確保に欠かせない施設として、県内各地でその傾向が強く現れている。

(2) モデルケースの選定

本県では、市町村合併が加速的に進み、自治体数が激減したが、合併に際し、地域医療の要である地元自治体病院の将来のあるべき姿について、各種調査に基づき詳細な検討が行われたのは、加計町、戸河内町、筒賀村による「山県郡西部三町村合併協議会」のみであり、後述の「広島県国民健康保険診療施設協議会」による「国保直診の役割とそのあり方報告書」（平成16年3月）を除けば、多くの自治体では、基本的には「現状維持」を前提に、合併が行われている。

平成16年10月1日に3町村の合併により誕生した安芸太田町では、合併協議会での検討状況を受け、新町建設計画の期間である10年間後を見据えて、加計病院、戸河内病院の再編・ネットワーク化に向けた取組みが始まろうとしている。

このため、安芸太田町の事例を、先駆的・先導的なモデルケースとして取り上げる。

7 加計病院、戸河内病院の再編と機能分担の方向性

(1) 合併協議会包括ケア検討委員会報告書

加計町、戸河内町および筒賀村では、2つの国保病院を活用することにより、医療を中心とした保健・医療・福祉が充実した町になる素地があることから、「山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会」を設けて、合併後の保健・医療・福祉を包括したケアシステムの検討を行い、平成16年2月に「報告書」を取りまとめた。

それによると、「年齢別人口の現状と将来推計」、「医療施設の現状」、「国保レセプト調査」、「入院患者に対する主治医の医療的処遇の判断による病床数の適正規模」などを行い、加計病院、戸河内病院の将来の方向性を提案している。

(2) 安芸太田町の人口推移・将来推計

安芸太田町の人口は、合併前の平成12年時点で9,181人、高齢化率は39.3%であったが、推計によれば、平成22年では約7,700人、高齢化率43.7%、平成27年には約7,000人、高齢化率46.5%と予測され、過疎化・高齢化は一段と加速する状況が見込まれている。

(単位：人，%)

区 分	H7年	H12年	H17年	H22年	H27年	
人 口	10,257	9,181	8,456	7,706	6,932	
人口構成	0～14歳	13.2	11.5	10.3	9.3	8.8
	15～64歳	53.7	49.2	47.8	47.0	44.8
	65歳以上	33.1	39.3	42.0	43.7	46.5

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」（山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会（2004年（平成16年）2月））

(3) 国保病院の現状

町内には国保病院が2カ所で、総病床数275床を有し、内訳は、一般75床、療養87床、精神113床である。人口10万対で広島県全体と比較すると、一般病床では若干上回る程度であるが、療養、精神病床では大幅に上回っている。

(単位：人，カ所，床，%)

区 分	旧加計町	旧戸河内町	旧筒賀村	合 計	広島県	
人 口	4,618	3,272	1,291	9,181	2,878,915	
病 院 数	1	1	-	2	269	
病 床 数	一 般 (構成比) 10万対	53	22	-	75 (27.3) 816.9	22,597 (53.5) 784.9
	療 養 (構成比) 10万対	52	35	-	87 (31.6) 947.6	9,636 (22.8) 334.7
	精 神 (構成比) 10万対	113	-	-	113 (41.1) 1,230.8	9,590 (22.7) 333.1
	結 核 (構成比) 10万対	-	-	-	-	363 (0.9) 12.6
	感染症 (構成比) 10万対	-	-	-	-	60 (0.1) 2.1
	計 (構成比) 10万対	218	57	-	275 (100.0) 2,995.3	42,246 (100.0) 1,467.4

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」（山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会（2004年（平成16年）2月））

(4) 国保レセプトの調査結果

広島国際大学による3町村の国保レセプト調査結果（平成12年～14年分）は、次のとおりである。

ア 年齢階級別状況（3カ年総数）

入院・入院外とも、65歳以上が7割以上を占めている。

(単位：件，%)

区 分	総 数	0～14	15～19	20～29	30～49	50～64	65以上	不明
入 院 件 数	715 (100.0)	1 (0.1)	1 (0.1)	2 (0.3)	42 (5.9)	85 (11.9)	522 (73.0)	62 (8.7)
入院外 件 数	11,015 (100.0)	200 (1.8)	57 (0.5)	120 (1.1)	370 (3.4)	1,416 (12.9)	8,638 (78.4)	214 (1.9)

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」（山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会（2004年（平成16年）2月））

イ 傷病分類別件数（3カ年総数）

入院では、循環器系 24.6%，精神 18.9%，新生物 6.4%，入院外では、循環器系 32.3%，筋骨格系 11.3%，内分泌系 10.1% が上位を占めている。

（単位：件，%）

区 分	入院件数		入院外件数	
	総 数			
	715	100.0	11,015	100.0
①感染症および寄生虫症	5	0.7	197	1.8
②新生物	46	6.4	397	3.6
③血液および造血系の疾患並びに免疫機構の障害	4	0.6	38	0.3
④内分泌，栄養および代謝疾患	43	6.0	1,118	10.1
⑤精神および行動の障害	135	18.9	333	3.0
⑥神経系の疾患	29	4.1	210	1.9
⑦眼および付属器の疾患	20	2.8	961	8.7
⑧耳および乳様突起の疾患	4	0.6	135	1.2
⑨循環器系の疾患	176	24.6	3,563	32.3
⑩呼吸器系の疾患	34	4.8	679	6.2
⑪消化器系の疾患	49	6.9	828	7.5
⑫皮膚および皮下組織の疾患	2	0.3	363	3.3
⑬筋骨格系および結合組織の疾患	42	5.9	1,242	11.3
⑭尿路性器系の疾患	19	2.7	328	3.0
⑮妊娠，分娩および産褥	1	0.1	6	0.1
⑯周産期に発生した病態	0	0.0	0	0.0
⑰先天奇形，変形および染色体異常	0	0.0	1	0.0
⑱他に分類されないもの	2	0.3	146	1.3
⑲損傷，中毒およびその他の外因の影響	38	5.3	247	2.2
⑳不 明	66	9.2	223	2.0

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」（山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会（2004年（平成16年）2月））

ウ 利用先施設別件数（3カ年総数）

入院件数では、加計町国保病院および戸河内町国保病院で 59.8%，入院外では、これら2病院に3町村内診療所を加えても 64.3% と低位である。

なお、地元医療機関では対応困難な症例等については、安佐市民病院が重要な役割を担っていることがうかがえる。（入院 11.2%，入院外 6.6%）

（単位：件，%）

区 分	一 般 病 院					診 療 所		精 神 病 院	県 外 施 設
	総数	加計町 国保病院	戸河内町 国保病院	安佐市民 病院	その他 県内	3町村内	その他 地域		
入 院 件 数	715 (100.0)	295 (41.3)	132 (18.5)	80 (11.2)	72 (10.1)	23 (3.2)	31 (4.3)	78 (10.9)	4 (0.6)
入院外 件 数	11,015 (100.0)	2,855 (25.9)	1,749 (15.9)	723 (6.6)	687 (6.2)	2,475 (22.5)	2,391 (21.7)	61 (0.6)	74 (0.7)

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」（山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会（2004年（平成16年）2月））

(5) 救急搬送の状況

山県西部消防組合による3町村での救急出動件数は、平成13年に375件で、戸河内町が191件と全体の5割を占めている。

(単位：件，%)

区 分	合 計	加計町	戸河内町	筒賀村
救急出動件数	375 (100.0)	140 (37.3)	191 (50.9)	44 (11.7)

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」(山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会 (2004年(平成16年)2月))

(6) 加計病院・戸河内病院の入院患者調査にみる処遇

加計病院および戸河内病院における平成15年2月時点での「入院患者に対する主治医の医療的処遇の判断」によると、これら2病院の入院患者には、「老健対象者」が32名、「特養対象者」が16名、「在宅通院治療等対象患者」が35人の、合わせて83名が病院以外の処遇対象患者、と判断している。

中でも、「在宅通院治療等対象患者」は、一般病棟および療養型病棟の入院患者であり、グループホームなどで処遇されるべき「社会的入院患者」、としている。

(7) 老人保健施設、特別養護老人ホーム入所者調査にみる処遇

一方、地元には、老人保健施設が1施設(定員60名)、特別養護老人ホームが2施設(定員106名)が存在しており、上記と同時期での入所者処遇判断によると、在宅で通所介助が適当な者が、老健13名、特養11名、病院等医療機関での医療行為が必要な者が老健に2名、としている。

(8) 病院等施設の適正規模

以上のような現況調査による処遇の判断と、現状での施設規模から、病院等の適正規模は次のとおり考えられる、としている。

病 院	福 祉 施 設
①一般病床は、45床程度過剰 ②精神病床は、65床程度過剰	①特別養護老人ホームは、40人程度不足 ②老人保健施設は、適当規模 ③グループホームは2ユニット必要(1ユニット9人) ④ケア付き高齢者集合住宅は、35人定員規模が必要 ⑤ショートステイ20人定員規模の増強が必要

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」(山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会 (2004年(平成16年)2月))

(9) 再編および機能分担の方向性

加計病院と戸河内病院を統合し、包括ケアの拠点として、加計病院の機能強化、戸河内病院の無床診療所への転換による「機能分担と再配置」を目指している。

加 計 病 院	戸 河 内 病 院
<p>【一般医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住民の利便性を考慮に入れた幅広い外来診療科目の編成 ・高血圧症、糖尿病、禁煙等のコントロールについて、精神科のコンサルテーションを含めた短期入院 ・一般外来からの入院に加え、広島市内の高次機能病院での集中的治療終了患者に対する回復期医療の提供 ・高次機能病院に対する病院医師の協同診療など <p>【精神医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患に対する医学的アプローチは従来と同様 ・社会的・福祉的病床は削減 ・一般医療における身体的疾患の予防やコントロールへの支援 ・難治性疾患や予後不良疾患へのメンタルヘルスなどの強化など 	<ul style="list-style-type: none"> ・病床数は、当面現状を維持することとし、医療ニーズを勘案しながら、介護保険の受け皿の機能として、施設のベッド数の不足、ホームヘルパーなどの人員不足に対応 ・最終的には、一般医療のすべての病床を廃止し、総合診療所として、住民のかかりつけ医、外来診療と在宅医療に特化 ・入院を必要とするケースが発生した場合は、加計病院との連携を前提に、加計病院で治療

出典：「山県郡西部地域ケアシステム調査報告書」(山県郡西部三町村合併協議会包括ケアシステム検討委員会 (2004年(平成16年)2月))

8 新自治体における国保直診と他の公的医療機関との関わり

「広島県国民健康保険診療施設協議会」では、独自の取組みとして、平成16年3月に「国保直診の役割とそのあり方報告書」を取りまとめている。

それによると、国民健康保険直営診療施設（以下、「国保直診」という。）は、「地域包括ケア」を推進する拠点として、今後ともその存在意義が高まるよう、他の高次医療機関との機能分担、役割分担を一層明確にすることや、経営面での改革が見込めない場合は、不必要な機能の削減や規模の縮小も選択が必要、との提言がなされている。特に、市町村合併により複数の医療機関が同じ自治体に存在することになる場合、どのように対応していくべきかを、モデル事例として4つに類型化している。前出の「再編と機能分担」を模索する加計病院、戸河内病院の例、および芸北町国保雄鹿原診療所の例を除く2例を取り上げる。

区分	御調町と尾道市の場合 (国保直診と公立・公的病院の共存)	西城町と庄原市の場合 (国保直診と公的病院の共存)
合併期日	平成17年2月1日	平成17年3月31日
新自治体	尾道市 (人口117,964人, 高齢化率25.1%)	庄原市 (人口45,241人, 高齢化率34.9%)
国保直診	公立みつぎ総合病院	国保西城病院
病床数	240床 (一般192, 療養48)	144床 (一般54, 療養40, 精神50)
主な特色等	<ul style="list-style-type: none"> ①地域包括医療に関わるすべての機能を有する。 ②充実した在宅ケア支援機能を有する。 ③利用者の状態に合わせたサービスを切れ目なく提供できる体制を有する。 ④行政および地域医療機関との緊密な連携を図っている。 ⑤入院・外来患者の3割が町内で、7割が近隣市町からである。 	<ul style="list-style-type: none"> ①医療だけでなく、リハビリ・介護まで包括的に実施している。 ②県北で唯一の老人性痴呆疾患センターを有する。 ③行政、社協との緊密な連携を図っている。 ④民間診療所との連携が希薄である。 ⑤西城町民以外の利用者が少ない。
経営状況	<ul style="list-style-type: none"> ・健全かつ安定的な経営が行われている。(2億円前後の黒字経営) ・医療収益の1/4が介護関係収益で占めている。 ※平成15年から、地方公営企業法全部適用 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療収支は1.5億円前後の赤字で推移している。(医療収支比率90～94%) ・介護関係収益の増大が医療収益の増加に寄与している。
医師の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・30数名の医師のうち固定しているのは部長クラス以上の10名程度であり、他の医師は長崎大学、広島大学、岡山大学からのローテーションで確保している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院採用以外は、すべて広島大学からの派遣医師である。
同一自治体内の公立病院等	尾道市民病院 (330床) 厚生連尾道総合病院 (433床)	庄原赤十字病院 (310床)
公立病院等との機能分担	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアを担うみつぎ総合病院と、急性期医療主体の尾道市民病院、厚生連尾道総合病院である。 ・このことから、相互の連携・補完が可能であり、みつぎ総合病院の必要性は何ら変わるものではない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・国保西城病院は慢性期医療（在宅医療や痴呆性老人の治療中心）に特化し、急性期医療主体の庄原赤十字病院で治療後の患者を受け入れる。 ・特に症例数の少ない診療科を国保西城病院で続けることは困難である。 ・精神科、痴呆疾患センターの活用による精神・痴呆医療の充実が期待される。

注) 人口、高齢化率は平成15年3月31日時点

出典: 「国保直診の役割とそのあり方報告書」(広島県国民健康保険診療施設協議会(平成16年3月))

9 各市町に求められる地域医療の将来像

本報告書では、安芸太田町をモデルとして、自治体病院の機能分担と重点化に向けた再編の基本的方向性について、合併協議における詳細な検討状況を、上記のとおり取り上げた。

現在、安芸太田町では、全家庭を対象とした「小児医療に関するアンケート」により、小児医療に対する住民ニーズや受療行動などを把握することとしている。また、同町では、地方公営企業法の「全適」に向けた取組みも、まもなく本格化する予定である。

自治体病院のあり方については、厳しい経営環境や医師不足等を背景に、全国的な課題であり、市町村合併が最も進展している県内市町においては、機能分担と重点化によって、限られた医療資源をより有効に活用していく必要がある。

その際の、選択肢のひとつが、再編による機能集約とサテライト化であり、病院完結型から、機能連携による地域完結型への移行である。

上記4に掲げた自治体においては、安芸太田町での検討事例を、是非とも参考の上、自治体病院の現状を詳細に調査・分析し、より客観的なデータに基づいて、今後の果たすべき「地域医療の将来像」について、活発な議論が展開されることを切に願うものである。

Ⅲ. 産科・小児科の機能集約による重点化の必要性

1 医師不足実態調査

当部会の竹内班が、平成16年度に県内全病院（221病院）を対象に実施した「医師不足実態調査」の結果（回収率77.8%）によると、産婦人科および小児科に関する医師の不足感は次のとおりであり、麻酔科や整形外科、眼科、内科に比べて不足病院は少ないものの、不足病院においては、医師の現員率が低い状況にあることが明らかになった。

（単位：%）

標榜診療科名	不足病院率	全体の現員率	不足病院の現員率	絶対必要率
産婦人科	42.9	86.2	66.8	58.8
小児科	52.1	79.6	64.3	66.7

2 産科機能の集約化

(1) 県内および全国での分娩取扱い中止の動向

産科については、ここ数年の間に、県内のいくつかの病院で分娩の取扱いが中止されるなど、地域医療を支える公的病院を中心に深刻化している。平成17年度においても、庄原赤十字病院では、定年退職に伴う常勤医師の確保ができず非常勤化、また、7月には国立病院機構広島西医療センターで分娩の取扱いが中止された。

一方、「日本産婦人科学会」が、平成16年に実施した調査（産婦人科医を派遣している102の大学病院を対象、72病院回答）によると、派遣先の1,096病院では、医師の確保が困難などから、体制の縮小を迫られたのが173病院（全体の16%）で、このうち「既に派遣医師無し」が90病院、「今後無しが決定」が27病院、「分娩の取扱いを中止」が45病院、という結果が示されている。

少子化による分娩取扱い件数の減少や産科医の不足等により、全国的に産科機能の集約化の動きが始まってきていることがうかがえる。

(2) 産科オープンシステムの検討

深刻化する産科医の不足など、産科を取り巻く環境は、一段と厳しい状況にある。

このため、安全で安心な医療体制を確保する方策として、「妊婦健診は診療所で、分娩は病院で行い、分娩には診療所医師が立ち会う」産科オープンシステムの取組みが、他県の一部の医療機関では行われている。

また、厚生労働省でも、平成17年度から「周産期医療施設のオープン病院化モデル事業」を全国8カ所で実施することとしている。

こうした動向の中で、県では、広島県周産期医療協議会において、

- ① 分娩機能がない産科医療機関、
- ② 複数の医師がいる地域の産科拠点病院、
- ③ ハイリスクな妊娠・出産に対応する周産期母子医療センター（10カ所）

が、相互に連携し、機能分担を図るため、「オープンシステム病院」の導入を含めて協議・検討が行われる予定である。

このため、当部会においては、今後、協議会で論点整理された成果を、当該協議会の了解のもとに、本報告書に盛り込むこととする。

3 小児科機能の集約化

(1) 本県のこれまでの取り組み状況

本県では、夜間や休日における患児の様態急変等に対応するため、通常の救急医療体制とは別建てで、初期救急として「急患センター」の整備促進、二次救急では、医師の集中配置による「拠点病院」の指定や、「小児専用の輪番病院」の確保に取り組むとともに、これらの体制を補完する「小児救急医療電話相談事業」を全国に先駆けて取り組んできた。

(2) 日本小児科学会の取り組み

ア 病院小児科・医師実態調査

日本小児科学会が実施した「病院小児科・医師実態調査」（平成16～17年）によると、

- ・病院小児科医の勤務実態は、月平均で、超過勤務が平日34時間、休日13時間、宿直は平日2回、休日1回など
- ・病院小児科の医師数は、5割が2人以下（1人：27%、2人：22%）であり、病院小児科医は長時間労働とストレス下に置かれている実態を明らかにしている。

イ 小児医療提供体制の改革

病院小児科の勤務環境を改善し、各地域に必要な小児救急医療を確保することのできる体制を整備することが重要となっており、小児医療提供体制の改革は、焦眉の急を要する課題である。

そのためには、病院小児科の「集約化」が必要であり、それによって、必要最小限の医師数の増加で、提供する医療内容の向上、医師の勤務環境の改善を図ることが期待できるとし、二次医療圏を基本として「小児科センター病院」を設置し、初期・二次の小児救急医療を担うという趣旨の改革を提案し、地域での具体案の検討を求めている。

(3) 県地对協での検討

平成17年度に県地对協では、「小児救急医療提供体制検討特別委員会」において、地域の実態を勘案しながら、小児救急医療提供体制の推進方策について検討が予定されている。

このため、当部会においては、今後、特別委員会で論点整理された成果を、当該委員会の了解のもとに、本報告書に盛り込むこととする。

IV. 女性医師の高比率化による医師不足への影響と課題

1 基本認識

女性医師が増加する一方で、結婚や出産等を機に、仕事と家庭・育児との狭間で、女性医師がフルタイムで勤務することが困難な状況が生じ、そのことが、医師不足の大きな要因の一つになりつつあり、女性医師の高比率化による影響を最小限に食い止めるための対応策を検討することが肝要と考える。

2 女性医師数の現状

平成14年時点での医師数は、「医療施設に従事している医師数」で捉えると、全国ベースで約25万人であり、これを性別で見ると、女性が約3万9千人、女性比率15.6%、男性が約21万人という状況である。

女性医師数・同比率を時系列で捉えると、平成14年を基準時点として、22年前（昭和55年）に比べて約2万4千人増、比率では5.9ポイント増、12年前（平成2年）との比較では約1万6千人、4.3ポイントの増である。

特に、平成12年との比較では、男性が約2千4百人の純増に対して、女性は約3千9百人の増加であり、女性が男性よりも約1千5百人上回っている。第一線から退く男性医師が増える一方、新たに医師となった女性が増えてきたことなどが、主たる要因ではないかと思われる。

医療施設に従事している医師数（全国）

（単位：人，％）

区 分	S 55 年 (1980)	H 2 年 (1990)	H 12 年 (2000)	H 14 年 (2002)	H 14 年との比較		
					対 S 55	対 H 2	対 H 12
女 性	14,505 (9.7)	22,988 (11.3)	34,848 (14.3)	38,810 (15.6)	24,305 (5.9 ポイント)	15,822 (4.3 ポイント)	3,962 (1.3 ポイント)
男 性	134,310	180,809	208,353	210,764	76,454	29,955	2,411
合 計	148,815	203,797	243,201	249,574	100,759	45,777	6,373

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

3 広島大学にみる医学生の実況

広島大学を例に、医学部医学科の「卒業生に占める女性の割合」をみると、増加傾向がうかがえ、過去6年間に於ける最低値は平成13年度の17.5％、最高値は平成15年度の26.4％である。

一方、平成17年5月1日現在での「在学生に占める女性の割合」では、多くの学年で既に30％台にあり、特に第3学年では38.1％と高比率である。

このように、女性比率が急速に高まってきており、過去6年間の卒業生の平均値と在学生のそれを比べると、7.8ポイントも上昇している。

広島大学医学部医学科卒業生の女性比率

（単位：％）

卒業年度	H 11	H 12	H 13	H 14	H 15	H 16	平 均
女性比率	21.5	24.5	17.5	21.0	26.4	24.7	22.5

出典：広島大学調べ

広島大学医学部医学科の学年別女性比率

（単位：％）

学 年	1	2	3	4	5	6	平 均
女性比率	32.7	25.0	38.1	31.4	33.7	22.0	30.3

出典：広島大学調べ（平成17年5月1日現在）

4 今後の課題

広島大学病院の産婦人科では、30代以下の女性医師が8割、日本産婦人科学会では、新入会員の6割が女性であるなど、専門性の選択によって、診療科間で若年層を中心に、男女比率が変動し始めている状況がうかがえる。

子育て支援・家庭支援の観点から、女性医師が働きやすい勤務形態（配置場所、勤務時間帯等）や業務のサポート体制、保育サービス（例えば24時間保育）の確保、育休明け後の研修機会の充実など、様々な課題が控えていると思われる。

将来的な医療提供体制の根幹に関わる大きな課題であり、仕事と家庭・育児の両立支援の観点から、解決していかなければならないと考える。

当部会では、女性医師の勤務環境や家庭・育児の問題については、問題提起にとどめることとするが、今後、別の機会に、実態把握も含めて、慎重かつ十分に検討されることを願いたい。

なお、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」（平成17年2月設置）において検討が行われているところであり、そうした情報も、今後の参考になる。

広島県地域保健対策協議会保健医療基本問題検討委員会

地域医療臨床研修部会・医療従事者確保検討部会

委員長	松浦雄一郎	広島大学名誉教授
委員	浅原 利正	広島大学病院
	奥野 博文	広島市社会局保健医療課
	黒瀬 康平	広島県医師会
	河野 修興	広島大学大学院
	高杉 敬久	広島県医師会
	竹内 啓祐	県立神石三和病院
	武澤 巖	安芸太田町加計病院
	日野 尚子	広島県福祉保健部医務看護室
	福田 康伸	広島県福祉保健部医務看護室
	堀益 弘明	広島県福祉保健部医療対策室
	松浦 正明	広島県福祉保健部医療対策室
	溝岡 雅文	県立広島病院
	向井 憲重	公立みつぎ総合病院

(平成16年度報告書に掲載済み)

救急医療・災害医療体制専門委員会

目 次

救急医療・災害医療体制専門委員会活動報告

1. 県内の適切な施設・部署への AED の設置の促進
2. 市民に対する救命講習の受講の促進
3. 市民救助者による AED 使用の有効性を把握し、さらなる進歩へのフィードバックに活かすための検証体制の整備

救急医療・災害医療体制専門委員会

(平成 17 年度)

救急医療・災害医療体制専門委員会活動報告

広島県地域保健対策協議会救急医療・災害医療体制専門委員会

委員長 谷川 攻一

病院外心停止は重篤かつ緊急な病態であるが、その中で、“目撃された心原性心室細動”は、一刻も早い除細動によって救命および社会復帰の可能性が高まることが明らかにされている。しかし、119 番通報から救急隊が現場に到着し患者に接触するまでの所要時間は約 6 分であり、これをさらに短縮することは極めて困難である。したがって、除細動までの所要時間をさらに短縮し、社会復帰率を向上させるためには、救急隊現場到着前に市民救助者により除細動が行われる必要がある。法的にも、平成 16 年 7 月 1 日付け厚生労働省医政局長通知により、市民救助者による AED (automated external defibrillator; 自動体外式除細動器) の使用が認められた。

そこで、市民救助者による AED を含めた救命処置により、一人でも多くの“助かるべく命”の救命・社会復帰をゴールとして、広島県地域保健対策協議会の救急医療・災害医療体制専門委員会では、AED 普及促進ワーキンググループ (以下「本 WG」) を立ち上げ、活動を行ったのでその概略を報告する。なお、詳細については AED 普及促進ワーキンググループ報告書を参照されたい。

本 WG の具体的活動目標は、AED 普及のための 3 つの柱から成る。すなわち、

- (1) 県内の適切な施設・部署への AED の設置の促進
- (2) 広く市民に対する応急手当・救命講習の受講の促進
- (3) 市民救助者による AED 使用の有効性を把握し、さらなる進歩へのフィードバックに活かすための検証体制の整備

の 3 点である。

1. 県内の適切な施設・部署への AED の設置の促進

(1) 病院外心停止発生状況

厚生労働省の「非医療従事者による自動体外式除細動器 (AED) の使用のあり方検討会報告書」(平成 16 年 7 月 1 日)によると、一部地域でのデータ解析(院外での心停止の発生頻度は人口 10 万人当たり 34～49 件/年で、このうち心原性心停止の発生は 18～26 件/年)をもとに、院外での心原性心停止の発生件数は、全国ベースで年間 2～3 万件と推定している。一方、広島県では平成 17 年 1 月から 6 月までの 6 カ月間に、県内消防本部においてデータ入力された病院外での心原性心停止の発生件数は、494 件である。このことから、広島県内での 1 年間での発生見込件数は 1,000 件程度見込まれるものと推定できる。また、これを人口 10 万人対で捉えると、34 件/年となり、厚生労働省が推計に用いた一部地域でのデータの上限值 (26 件/年) を上回る水準にあることがうかがえる。

一方、広島市において約 5 年間 (1998 年 9 月～2002 年 12 月、および 2003 年 4 月 17 日～2004 年 3 月 31 日) に、「目撃された心原性 VF」の発生件数は 151 例で、その内訳は、家 80 例、公共の場 39 例、路上 19 例、職場 10 例、老人ホーム 3 例の順であった。また、これらを、「家」と「公共の場等」(公共の場、路上、職場、老人ホーム) の 2 グループで捉えると、発生割合は、「家」53.0% (80 例/151 例)、「公共の場等」47.0% (71 例/151 例) と、ほぼ同率となっている。

「公共の場等」での発生症例 (71 例) の内訳は、表 1 のとおりである。このうち、「公共の場」(39 例) においては、「交通施設」での発生件数が最も多く 14 件 (35.9%)、次いで「スポーツ施設」6 件 (15.4%)、

表1 心原性VFが目撃された症例の「公共の場等」の内訳（広島市）

区 分	症例数	内 訳		備 考	
		公的	民間		
公 共 の 場	交 通 施 設	14	13	1	駅・バスターミナル(7), 電停・バス停(3), 電車・バス車内(3), タクシー車内(1)
	ス ポ ー ツ 施 設	6	3	3	テニスコート(2), プール(1), 野球グラウンド(1), バッティングセンター(1), ゴルフセンター(1)
	店 舗	5	-	5	コンビニエンスストア(2), スーパー(1), ガソリンス タンド(1), ホームセンター(1)
	学 校	4	4	-	校庭(2), 体育館(1), テニスコート(1)
	娛 楽 施 設	4	-	4	場外馬券売場(1), カラオケ(1), スタンド(1), レストラン(1)
	公 共 施 設	3	3	-	体育館(1), 区民センター(1), 区役所(1)
	宿 泊 施 設	2	-	2	ホテル(1), 民宿(1)
	不 詳	1	-	-	
	計	39	23	15	
職 場	10	-	10	事務室(5), 会議室(1), 屋外廊下(1), 工場(1), 工事 現場(1), ビニールハウス(1)	
老人ホーム	3	-	3		
路 上	19	100m以内に医療施設又は公共施設：無し(9), 有り(10) ※「有り」の状況は次のとおり。 医療施設4(内科医院3, 外科医院1) 公共施設6(郵便局, 県税務庁舎, 県軽自動車協会, 市役所, 市水道局, 小学校, 集会所(3))			
合 計	71				

「店舗」5件(12.8%), 「学校」4件(10.3%)などの順であった。

(2) 広島県内におけるAED設置状況

このように、目撃された心原性VFは交通施設やスポーツ施設などの公共の場に加えて、公共施設に

近い場所においても発生しており、このような場所を中心にAEDの設置が推奨される。一方、平成17年10月現在での広島県におけるAED設置状況を示す(表2)。

表2 広島県内においてAEDが設置されている施設数

(県医療対策室調べ)

区 分	計	AEDが設置されている施設数(H17.10現在)						
		県立施設	市町庁舎・施設	公立・私立学校	公的団体	民間スポーツ施設	企 業	
広 島	広島市	19	2		8	1	4	4
	安芸高田市	1		1				
	府中町							
	海田町 熊野町 坂町 安芸太田町 北広島町	1		1				
広 島 西	大竹市	4		2				2
	廿日市市 大野町 宮島町	2		2				

区 分		計	AED が設置されている施設数 (H17.10 現在)					
			県立施設	市町庁舎・施設	公立・私立学校	公的団体	民間スポーツ施設	企 業
呉	呉市 江田島町	4		1	2		1	
中央	東広島市 竹原市 大崎上島町	9 1			1		7	1 1
尾三	三原市 尾道市 因島市 瀬戸田町 世羅町	1 6		3	1 1	2		
福山府中	福山市 府中市 神辺町 神石高原町	2					2	
備北	三次市 庄原市							
合 計		50	2	10	13	3	14	8

注) 医療機関所有のものは除外

(3) 広島県における AED 設置へ向けた推奨

「国際救急蘇生ガイドライン」は、5年間に1度使用する可能性のある場所には AED を設置することを推奨している。

広島市のデータからも、設置が優先される場所として、交通施設、スポーツ施設、店舗、学校、娯楽施設、公的機関、宿泊施設、企業ビルなどを挙げるべきである。

このため、構造上、事後検証が容易な機器を前提

に、短期的、中長期的に、次のとおり設置が促進されることが望ましく、特に行政機関は、率先垂範して庁舎への AED 設置に取り組む必要がある(表3)。

なお、神戸市消防局では、平成17年度に「まちかど救急ステーション標章交付制度」を創設し、市民が街中で呼吸・脈が停止する重篤な状態になった場合に、すぐ近くにある「まちかど救急ステーション」の AED により、ひとりでも多くの命を救える体制を推進している(平成17年9月30日現在、96施設

表3 AED の設置が推奨される施設等(短期的、中長期的)

区 分	公的施設の場合		民間施設の場合	
	施 設	車 両	施 設	車 両
短期的に設置が望まれる施設等	・国、県、市町の庁舎(議会庁舎を含む) ・公立スポーツ施設 ・主要な交通施設(駅、空港等) ・心原性 VF 症例が発生した施設	消防車両	・心原性 VF 症例が発生した施設	
中長期的に設置が望まれる施設等	・国公立学校 ・警察署 ・公立文化施設 ・郵便局 ・公的宿泊施設 ・公的医療機関(患者治療用を除く) ・その他の集客施設	パトカー 鉄道 フェリー	・私立学校 ・民間スポーツ施設 ・娯楽施設 ・民間文化施設 ・福祉・介護施設 ・民間宿泊施設 ・大規模小売店舗 ・24時間営業の施設 ・各種事業所 ・民間医療機関(患者治療用を除く) ・その他の集客施設	タクシー

(AED 101 台))。

広島市の事例では、「路上」での症例に関して、19 例中 10 例が「100m 以内に医療施設又は公共施設有り」となっており、神戸市消防局のルールづくりは、「路上」での救命にも、大きな効果をもたらす可能性があるものと考えられる。

今後、より多くの一般市民が AED の設置場所情報に容易にアクセスできるよう、広島県、市町、医師会、消防本部においては、「ホームページ」や「救急医療情報ネットワークシステム」等への掲載に取り組む必要がある。

一方、こうした情報発信にあたっては、AED 取扱業者との協力関係が不可欠である。広島県において、AED 取扱業者が販売やリース、レンタル（イベント目的等短期間のレンタルを除く）を行う際には、できるだけ多くの取扱業者を通じて、購入者等から設置場所の「届出」がなされるよう取り組む必要がある。具体的には、機器の購入時や電極パッド交換時に、購入者等に情報開示の同意を得て、設置届を要請するという方法が考えられる。その際、購入者等に対して、事後検証が円滑に行えるよう、取扱業者を通じて、協力を依頼する必要がある。

2. 市民に対する救命講習の受講の促進

(1) 応急手当普及啓発状況

非医療従事者が AED を使用するためには、「一定頻度者」の場合は、厚生労働省・総務省等が作成した所定の講習を受講することが義務付けられている。一方、「一般市民」の場合は、医師法との関係で、講習の受講義務が課せられてはいないものの、受講が奨励されている。

既に県内においては、消防本部で、普通救命講習の一環として、普通救命講習Ⅰ（180 分）13,913 名、普通救命講習Ⅱ（240 分）412 名（共に平成 17 年 9 月末現在）が受講しており、さらに講習の開催が計画されている。

また、日本赤十字社広島県支部でも、平成 17 年度から、CPR に AED による除細動を組み合わせた講習を実施している。その講習は、評価結果により受講証を交付する「AED 使用に関する救急法講習（220 分）」と、AED の内容を含む「救急法短期講習（時間規定なし、概ね 2 時間程度）」があり、受講証の交付を受けた一般市民は、平成 17 年 4 月から 10 月までの 6 回の講習で 110 人となっている。

しかし、県内全体で、どれだけの非医療従事者が CPR+AED 講習を受講し、AED 設置の可能性が考えられる施設や部署において、当該施設等の関係職員がどれだけ受講したかに関する現状は、把握されていない。また、十分な受講者を増やすためには、恒常的な講習会の計画等が必要である。

(2) 今後の展開

一般市民が、安全かつ確実に AED を使用できるよう、講習指導者の養成も含めて、関係者が役割分担に応じた取組みを、積極的かつ計画的に推進していく必要がある。本 WG として以下に関係諸団体に推奨する。

- ・広島県、市町行政においてはインターネット等各種広報媒体を活用して、消防本部等が実施する講習会の開催計画や、AED 設置場所、AED の使用方法、CPR の仕方等について、積極的に広報を行う。また、職員を対象とした講習会の計画的な実施に努め、地域や職場において積極的に救命に参画できる環境づくりを実施する。
- ・消防本部においては、応急手当指導員等の養成を行い、指導体制の確立を図るとともに、AED の使用が可能な救急隊員および一般消防隊員の養成を行い、一般市民（一定頻度で AED を使用する者を含む）に対する普通救命講習を計画的に実施する。また、地域や学校における各種行事、公共施設・集客施設等の業務活動において、AED の使い方を含めた応急手当・救命処置の普及が促進されるよう、関係機関、関係団体と連携し、様々な機会を捉えて普及啓発活動に努める。
- ・日本赤十字社広島県支部においては、CPR に AED による除細動を組み合わせた講習を広く市民に普及するため、AED 講習を指導できる救急法等指導員（163 名：平成 17 年 10 月現在）を継続的に養成するとともに、受講者が参加しやすい環境づくりに努め、AED の機器を赤十字関連施設（各病院・血液センター・献血ルーム・地区分区事務所）・自動車（救急車・献血バス）などに順次整備する。
- ・広島県および地区医師会は、従来より、会員である医師を対象に一次救命処置や二次救命処置講習の一環として AED の使用方法などの普及に努めてきたが、今後は県民・市民に対しても広く AED の効果・使用法などについて普及啓発するため、以下のような取組みを予定している。

ア 医師や看護師だけでなく、一般市民の一次救命処置講習会への参加できる体制を整備する。

イ 各種医師会主催のイベントにおいてAED使用法のデモンストレーションを行う。

ウ AED 設置場所に向いての県民・市民参加型の実地講習を行う。

なお、平成 18 年 5 月のゴールデンウィーク中、フラワーフェスティバルにて広島市医師会は AED ブースを設置し、また、ステージにてデモンストレーションを実施している（図 1, 2）。

3. 市民救助者による AED 使用の有効性を把握し、さらなる進歩へのフィードバックに活かすための検証体制の整備

現行メディカルコントロール体制においては救急隊業務の質の管理がその主たる役割となっている。一方、AED が一次救命処置の範疇に含まれるなど、病院前救護における救急蘇生の役割が極めて大きくなっている。つまり、一人でも多くの助かるべく命を救うための“救命の連鎖”の発展・維持において、市民が行う一次救命処置と救急隊業務との連携がますます重要になっている。そして、市民救助者によ



図 1 平成 18 年 5 月 3-5 日 フラワーフェスティバルでの広島市医師会ブース



図 2 広島市医師会ブースでの市民への指導

る AED を使用した救急蘇生体制（Public Access Defibrillation; PAD）が健全に発展していくためには、メディカルコントロール体制の中に、それが明確に位置づけられることが必須である。

そこで、広島県メディカルコントロール協議会においては、広島県における健全な PAD システムの発展・維持のために以下の活動において中核的な役割を担うこととする。

- (1) PAD を包括した救急隊業務プロトコルの作成
- (2) AED 設置状況の把握と設置推進
- ア AED 設置状況の継続的把握

イ VF 発生状況に基づいた AED 設置推奨
ウ 当該設置者による AED 設置の「届出制」の創設

- (3) 効果検証

ア 当該設置者による救急隊等へのデータ提供が円滑に行われるためのルールづくりとその運用

イ PAD システムの効果検証

- (4) 一次救命処置・応急手当普及啓発状況の把握と推進

広島県地域保健対策協議会救急医療・災害医療体制専門委員会

委員長	谷川 攻一	広島大学病院
委員	石川 澄	広島大学病院
	石原 晋	県立広島病院
	上内 清司	日本赤十字社広島県支部
	小島敬太郎	府中地区医師会
	佐能 昭	福山市医師会
	佐渡 忠典	広島県環境生活部危機管理総室
	白川 泰山	呉市医師会
	瀬浪 正樹	厚生連尾道総合病院
	世良 昭彦	広島市立安佐市民病院
	高杉 敬久	広島県医師会
	高田 佳輝	広島県医師会
	田坂 佳千	広島市医師会
	多田 恵一	広島市立広島市民病院
	中田 憲光	広島県環境生活部危機管理総室
	藤本 健一	広島市社会局保健部
	松浦 正明	広島県福祉保健部保健医療総室
	三村 滋	広島市社会局保健部
	宮加谷靖介	国立病院機構呉医療センター
	村下 純二	東広島地区医師会
	柳谷 忠雄	市立三次中央病院
	山下 聡	広島市消防局警防部
	山田 信行	福山市民病院
	山野上敬夫	広島大学病院
	勇木 清	国立病院機構東広島医療センター
	横矢 仁	府中市立府中北市民病院
	吉田 哲	労働福祉事業団 中国労災病院
	吉田 研一	厚生連広島総合病院

救急医療・災害医療体制専門委員会 救急・災害医療情報検討部会

目 次

救急・広域災害時の活動評価機能を盛り込んだ
次世代救急支援情報システムの企画評価

要 旨

I. 目 的

II. 方 法

III. 結 果

IV. 考 察

…次期システム改修と運用体制確保の方針

V. ま と め

救急医療・災害医療体制専門委員会 救急・災害医療情報検討部会

(平成 17 年度)

救急・広域災害時の活動評価機能を盛り込んだ 次世代救急支援情報システムの企画評価

広島県地域保健対策協議会救急医療・災害医療体制専門委員会救急・災害医療情報検討部会

部会長 石川 澄

要 旨

【目的】広島県ではインターネット技術を介した「救急ネットひろしま」を 1997 年から構築、第 2 期システムが稼動中である。同システムの運用評価に基づいて、救急・広域災害時の収容前過程をモニタ評価し得る第 3 次システムに発展させる。

【方法】地域保健対策協議会に設置された救急災害医療情報検討部会が行った同システムの年次的利用状況評価、県民と救急隊および受け入れ医療機関のニーズ分析を踏まえて、2006 年 10 月稼動予定の次世代広域救急支援情報システムの構築のための課題整理をおこなった。

【結果】1. 応需医療機関の問題：当初、広島県下 4,066 医療機関（病院 265, 診療所 2,320, 歯科診療所 1,481）が登録されたが、応需情報の定期入力率は年次的に低下した（2002 年度平均 43,000 ページビュー（以下：PV/月）→ 2005 年度 34,300 PV/月）。2. 県民の要求：救急時において 119 番通報を行う一方、病状に応じて自ら医療機関を選択するために、最新、正確な情報を要求。2002～2004 年度を通じて平日 40,000 PV/月、休日 9,800 PV/月のアクセスを推移、中でも「今見てもらえる医療機関」「小児関連情報」の利用率が高い。3. 救急隊の利用状況：県下 18 機関に対するヒヤリングでは、電話による搬送先選択が 90% 以上可能であるが残りのケースに難渋する。4. 共通の問題点：上記三者に共通の問題点は、応需入力データの最新性に疑問があり、信頼性の高い情報に乏しいことであった²⁾。

【改修の方針】1. 事態発生現場において、救急隊がモバイル端末から複数医療機関に応需可否入力を同報依頼、2. 医療機関はリアルタイムに応需情報を入力、3. 現場と医療機関に直結した最新情報を取

得、自ら選択できる機能、4. 必要に応じて、指令センターは応需情報と救急隊の意向をモニタしつつ分配、事後に動態評価を可能とする、5. 現場状況を関係機関でモニタできる機能を企画する必要がある。

【運営組織の充実】

システムが社会基盤として安定的に機能するために、情報の真正性、確実なシステム運用の保障、および監査機能が不可欠である。情報システムが大規模化し複雑化する中で、地域において個人情報を中心とする医療情報の取扱いに関する専門職（医療情報技師）の育成と、それを統括する地域医療情報システム管理責任者（CCHIO: Chief Community Health Information Officer）の制度化が緊急の課題である。

I. 目 的

広島県では、1997 年からインターネット技術を介する「広島県救急医療情報システム」（以下、救急ネットひろしま¹⁾）を核の一つとして、地域の包括医療の情報基盤の構築を目指して第 2 期システムが稼動中である。本システムは当初から、1) 一般県民、救急現場の双方の要求に即した情報内容の設定、2) それらの日常的なメンテナンスを促進する機能を工夫、3) システムを介して施設収容前の過程実態をマクロ的に関係者にフィードバックし得る機能を段階的に整備してきた。この報告は、第 2 期システムの運用評価を行い、次期における情報システムの機能および運用体制の改善要件の整理を行うことが目的である。

II. 方 法

医療行政、医師会、大学が構成する広島県地域保健対策協議会（以下：地対協）は、2005 年度に救急

医療災害医療情報検討部会（以下：検討部会）を設置した。

II.1 救急災害医療情報検討部会の役割

広島県では、2007～2008年度から予定される地域医療計画の見直しに合わせ、地対協は「災害医療体制専門委員会」（以下：救急医療専門委員会）を設置して災害・救急医療体制を検討してきた。本年度は救急医療専門委員会に連携して、救急時の情報コミュニケーションの在り方を検討し、次期救急医療ネットひろしまの機能を検討することとした。救急医療専門委員会からは、本検討部会に対して、もっとも早く救急・災害現場の情報を覚知できる機関（消防隊および消防本部）から医療機関に対して「災害発生報告+受入体制整備依頼」を行うことのできるシステム構築の要件として、災害発生現場内および受入医療機関内における、両者間の迅速かつ確実な情報共有化について諮問されている。本部会は、救急医療専門委員会での体制検討の進捗に併せて、必要な支援情報システムの構築を段階的に以下の手順で検討することとした。

- 1) 県民の救急医療ネットひろしまに対する利用状況，ニーズ評価
- 2) 救急隊および消防機関（以下：救急隊）における救急搬送先選定時の利用状況，ニーズ評価
- 3) 受入れ医療機関の救急医療情報システムの利用状況，ニーズ評価
- 4) 前3項に基づく実効性の高い新たな救急搬送支援情報システムの機能の提言
- 5) 大規模災害・事故時における現場への支援情報システムの仕組みの検討

II.2 救急災害医療検討部会の組織

検討部会は、広島県救急行政（消防機関代表者）代表者（7名）、受入れ医療機関救急医療担当者（5名）、および第三者（医療情報学・医療管理学研究）からなる。

II.3 救急ネットひろしまの現状とニーズ調査

救急ネットひろしまは、Web方式により、一般県民向けおよび医療関係者向けに情報内容を利用者の用途を考慮して区分して情報検索ができる。内容は救急時の対応機能として、概ね、1) 救急告示医療機関（130カ所）の応需情報（関係者向け入力・参照限

定）、2) 休日夜間当番医リスト（一般公開）、3) 医療機関データベース（4,000カ所）の基本情報（一般公開）、4) 医療機関別データベース（関係者限定入力・参照）、および5) 意見・問い合わせ機能（一般公開）からなる（図1）。一般公開ページには、成人向けのみならず小児、周産期などを特に切り出すとともに、外国人向けに基本情報、問診表、調剤の受け方、服薬方法、医療費などのほか、受入れ可能医療機関のリストなどを、英語、ポルトガル、ハンゲル、中国、フランス語のPDF版を示している。

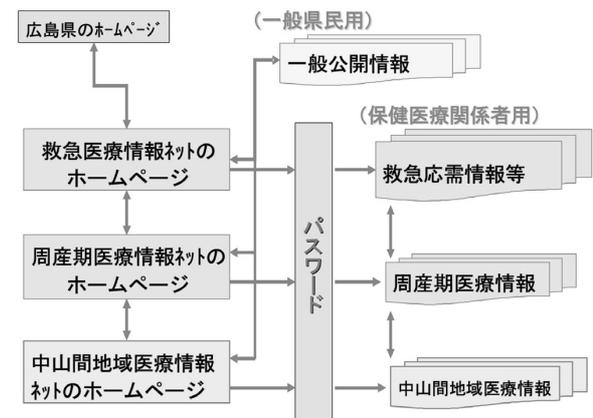


図1 救急ネットひろしまの情報内容の区分概要

検討部会は、第2次システムの利用状況（県民向け内容、および関係者向け内容）および、Webに設定された「県民からのシステムへの希望、意見問い合わせ」サイトへの書き込み内容から県民向け内容への希望、問い合わせの分析を行った。一方、救急医療関係者向けとして、広島県内の救急・消防機関（16消防本部）と受入れ医療機関双方への聞き取り調査および紙面アンケートを行った。

II.3.1 県民の意見，ニーズの把握

現行システムの「ページビュー」のカウントにより、「音声サービス利用件数」，「利用者からのシステムへの意見および問い合わせ」機能によって集められた自由記載情報に基づいて有識者会議で内容を検討、現行の問題点を介する問い合わせ事例の把握と利用者側の疑問を整理した。

II.3.2 救急・消防機関への調査

対象は、広島県の16消防本部（2005年1月現在）である。調査内容は、1) 利用状況、2) 搬送業務の地域性および実情（6項目）、3) 搬送先選定の手順と情報システムの利用状況に関する（6項目）、4) 現行システムに関する要望を整理した。

Ⅱ.3.3 受入れ医療機関への調査

対象は、広島県が2001年度に配布した救急医療情報端末の設置医療機関(128施設)である。調査内容は、1) 応需情報入力業務の実情(3項目)、2) 搬送患者の受入れ実態関連(13項目)、3) 災害時の体制(2項目)について整理した。

Ⅱ.4 次期救急医療ネットの有すべき機能の検討

前項で得た第2期システムの利用状況および問題を踏まえ(救急活動と情報システムの機能および、提供する情報のギャップ)、第3期システムにおいて、改良、変更すべき機能、および拡充すべき機能を整理、システム運用に関わる人的要件も検討した。

Ⅲ. 結 果

Ⅲ.1 救急医療ネットひろしまの利用状況

本部会は、第2期システムの普及の施策に反映させるとともに、第3期システムにおける改良の指標とするために利用状況を月次にモニタしている。調査は、第1期：2003年10月～2004年9月、第2期：2004年10月～2005年9月、第3期2005年10月～2006年2月を平日と休日とに分けてページビュー件数をモニタした。

Ⅲ.1.1 県民向け一般サイトへのアクセス状況

第1期平日は、193,500ページビュー(PV)に対し、第2期は251,309PVと23%増加し、休日は第1期には43,916PVに対し、第2期は62,738PVと30%増加した。さらにパソコンへのアクセス(PC版)と携帯電話のWebへのアクセス(携帯版は年次的に増加した)は、第1期；PC版59,282PV/月；携帯版5,509PV/月、第2期；6,932PV；9,625PV、第3期76,442PV；13,980PVであり、携帯電話(i-mode, J-sky, EZWEB)の利用の割合が年次的に増えつつある(第1期：9.3%、第2期：13.9%、第3期18.3%)。

Ⅲ.1.2 救急医療関係者向けサイトへのアクセス状況

第1期平日の応需機関は92,838PVに対し、第2期は85,962PV(8%減)、その他の医療機関は第1期41,950PVに対し、第2期には41,128PV(2%減)となった。

Ⅲ.1.3 県民向けメニューの内容別アクセス状況

一般県民が本システムにアクセスする内容について分析した。上位から「今見てもらえる病院・診療所(31%)」「近くの病院・診療所(20%)」「名前で探

す病院・診療所(17%)」「休日・夜間当番(12%)」「休日夜間急患センター(6%)」など救急時の医療機関の検索需要が86%を占めた。一方、「在宅医療で探す施設」「予防接種のできる施設」「専門外来で探す施設」はそれぞれ1%未満から3%であった。

Ⅲ.1.4 応需入力状況

関係者向けのメニューに対しては、応需機関と一般の医療関係者の両者がアクセスする。応需機関による受入れ可能情報入力率は、全医療機関の130施設を平均して第2期において75.6%(0%～100%)であった。100%入力施設は第1期、第2期ともに35施設と変わらなかった。しかし、80%～90%の施設は第1期には29施設であったが、第2期には21施設に減少し、50%未満の施設が第1期には5施設あり、第2期には10施設に増加した。

Ⅲ.1.5 応需機関の利用状況

応需入力以外の情報検索について分析した。応需機関では第2期全体としては59,176PV(2%減)であったが、「集中治療室検索(12,342PV, 20%増)」、「救急診療科目検索(378PV, 361%増)」、「医療機関キーワード検索(399PV, 53%増)」などのアクセスが増加した。一方、応需機関以外の医療関係者の同時期のアクセスは12,758PV(19%増加)と前年に比し増加した。内容は、「医療機関キーワード検索(599PV, 52%)」、「地区別医療機関検索(478PV, 96%増)」が比較的多い。

Ⅲ.2 第2期システムに対する利用者の評価

前項の利用状況のモニタを踏まえて、利用者のニーズを直接検証し次期システムの改良に反映させる目的で、県民向け、消防救急および医療機関向けに調査した。

Ⅲ.2.1 県民向け調査

県民には、第1期におこなった紙面アンケート、訪問聞き取り調査に基づき、有識者による討論ワークショップを開催した。県民は、「今すぐ診てもらえる医療機関」「夜、診てもらえる近くの小児科」、「小児歯科」、「今あいている調剤薬局」などの施設情報の他、「周辺の医療機関の詳細情報(初診・再診の時間予約の有無、外来の平均待ち時間、医療機関の診療方針、医師の経歴、専門資格、実費徴収される経費リストなどのニーズがある。「診療科名だけでは判断できないので症状などからの検索」「退院後のアフターフォローの情報」「身体障害者、知的障害者に

対するサービス情報」などの充実を求めている。さらに、掲載情報を元に受診したら、「本日は診療できない」「診療科が無い」「休診」などの事実が異なっているケースが指摘された。

情報システムの操作性については、「パソコンのほか、携帯電話からのアクセスが可能であり便利」という肯定意見の他に、「ホームページのレイアウトが複雑」「救急時に特化した手順の簡素化」「救急情報と一般的な健康情報、行政情報などの切り分けの工夫」、「データの更新による最新性の確保」などが目立った。

Ⅲ.2.2 救急消防向け調査 (図3)

広島県内の全ての消防本部 (16 地区) に Fax もしくはメールで調査を実施した。2005 暦年における広島県の救急搬送件数は 104,678 件である。救急搬送時に本システムを利用して搬送先を選定に利用するのは 2 本部のみであった。その理由は、救急車に端末が設置されていないために「情報が直接伝わらない」ため、消防本部が搬送先検索をする場合も「受入れ可能」と表示されていても、最新の受入れ可否状況とは異なることが多く、むしろ、管轄内・外ともに、重症度、外傷、内因性疾患別に搬送先がある程度特定しているため、「従前の経験による電話での直接交渉によるほうが早い」との意見が主流であった。本システムが利用されるのは「待機中に閲覧し参考としている」、「経験情報では対応できない場合である」との回答を得た。しかし、受入れ困難事例は全県で 2005 暦年では 7,154 件 (6.83%) であり、地区により最多 23.5%～最少 0.24% に分布している。集中治療室が満床ないしは担当医が手術、処置中のため断られるケースが多く、地区ごとのばらつきは、受入れ機関の数、受入れ機関の従前からの選定手順、受入れ医療機関側の体制の違いによる結果であることが示唆される (図2)。

Ⅲ.2.3 受入れ機関向け調査

応需入力用端末が設置されている 128 医療機関のうち 88 機関から有効回答を得た。院内の端末設置場所は、事務部門 (59)、病棟・集中治療室等 (13)、救急室を含む外来診察室等 (9)、時間外受付・警備員室など (4)、その他、看護部長室などである。受入れ困難事例が発生する場合に多いのは (複数回答)、「ICU などの空床がない」(33)、「手術中・院内患者の容態などにより医師・看護師が対応できない」(48)、「受入れ要請に対応できる医師、専門科目の医

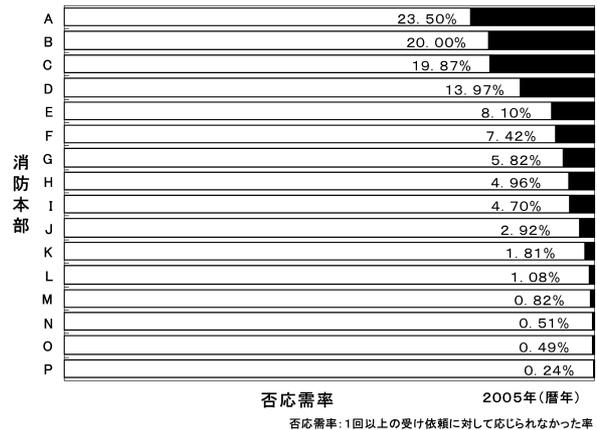


図2 救急隊が医療機関に複数回受入れ打診する率 (A~P 消防本部)

師がいない」(54)、その他 (14) である。初療後、ただちに転送が必要な場合の対応については、あらかじめ入手する医師が搬送先を逐次判断する (41) ほか、あらかじめ決まった地域連携医療機関 (12)、輪番情報 (9)、当番情報 (7) に医師が直接連絡する。一方、情報システムを介する情報検索 (10) も、近隣医療圏域、および他県に対して行われている。

Ⅳ. 考 察

…次期システム改修と運用体制確保の方針

「救急医療ネットひろしま」の目的は、全県規模で患者の受入れの円滑化に資することにある。以上の調査から、

Ⅳ.1 県民向けシステムの機能

1) 利用者の視点に立ったシンプルで使い易い操作手順の確保、2) 特に緊急時には「今見てもらえる医療機関」「症状から見た医療機関」などのサイトに直接アクセス、3) 小児、産科領域などの特別サイト充実、4) 医療機関の情報の正確性に欠けるので、情報の真正性の確保に努め、クレームへの対処、5) システムの存在を広く県民に周知するために PR 手段の再検討、6) 情報弱者に対する代替情報提供手段の確保が求められる。

情報弱者の中には外国人も含まれる。本システムには 5 カ国後の医療従事者とのコミュニケーション支援メニューが用意されているが、外国人向けサイトに至るまでのプロセスをより明瞭にする工夫が必要である。

IV.2 関係者向けシステムの機能

まず、本システムが関係者に常態に活用される要件として流通データの鮮度の確保が不可欠である。

1) 基本的なデータベースの適時、確実な更新, 2) 救急隊が現場でモバイル端末から医療機関に応需可否入力を同報依頼, 3) 医療機関はリアルタイムに応需情報を入力, 4) 現場と医療機関に直結した最新情報の取得, 5) 指令センターは隣県を含む応需情報と救急隊の意向をモニタしつつ分配, 事後に動態評価を可能とする, 6) 現場状況を関係機関でモニタできる機能の強化が不可欠である, 7) 広域大規模災害を念頭においた圏域をまたがる円滑なリンクが不可欠である (図3)。

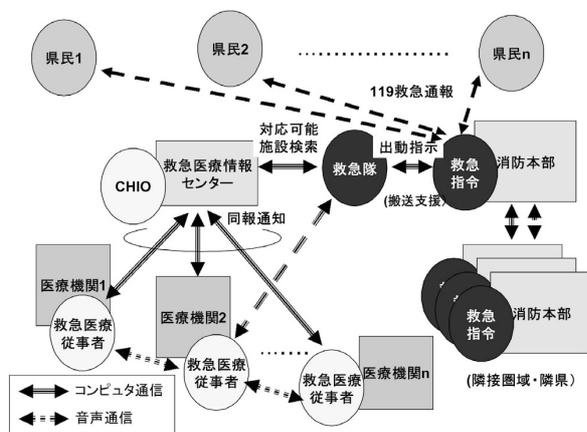


図3 次期システムへの提言概念図
(リアルタイム応需確認, 搬送支援機能)

IV.3 システムの安定性確保

緊急時に堪える要件は、1) 安定した電源の確保 (UPS, 外部電源車の接続設備, 自家発電設備など), 2) 伝送路の確保 (複数キャリア, 構内配線・機器の二重化), 3) 複数の通信手段 (音声, データの複合), 4) サーバー/データベースの二重化の再点検, 5) 運用時の監視 (ネットワーク・サーバー・電源), 6) データ破壊・漏洩防止 (システムバックアップ, データベースのレプリカ, 遠隔地での保管) が不可欠である (図4)。

IV.4 地域医療情報管理専門職の育成と組織化

広域大規模化する救急医療ニーズは情報内容, システムともに複雑化する。上記3項を確実にを行うために, 地域医療に精通する医療情報専門職種 (医療情報技師) の育成が不可欠である。使命は、1) 情報システムを介する救急医療情報ニーズへの体制的,

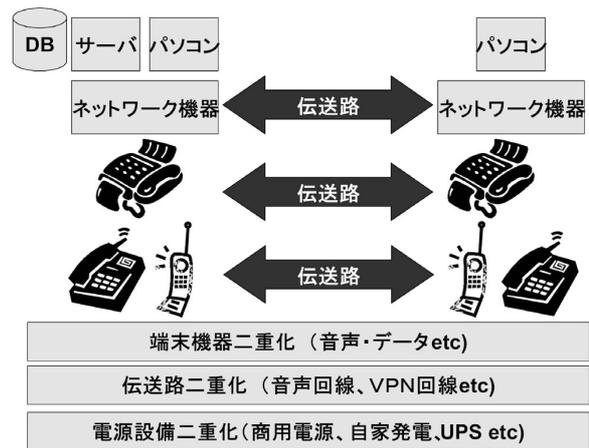


図4 安定確実な通信を確保するための基盤的要件

技術導入の企画, 2) 情報システムの利用実態の県民および提供者へのフィードバックとクレーム処理, 3) CCHIO (Chief Community Health Information Officer) の元に流通情報の真正性の監査する「地域医療情報管理機構」を設置することが必要である。

V. ま と め

著者らは、救急医療に関わる多職種から構成する検討部会において、現状分析と次期システムの企画を行った。視点は、県民の健康安全の支援が確実にできる情報基盤の構築にある。調査分析の結果、コンテンツとしてまずネットワークシステムに流通する情報の最新性、真正性の確保が必要である。大規模広域災害にも堪えるシステムとして、回線、サーバー、データ管理体制および、システムの活用を次期システムの構築にスパイラルに構築する必要がある。中でも、救急施設収容前の円滑に資するために、救急搬送状況のモニタ機能で得られる受入れの実態を関係者間で共有することが必要であろう。流通情報の鮮度、正確さが必須であり、「リアルタイム応需問い合わせ機能」はその試金石であり、地域医療情報管理専門職の組織化による運用・評価が必須要件となる。

文 献

- 1) 広島県医療情報システム：http://www.qq.pref.hiroshima.jp/qq/qq34tpmnl.asp
- 2) 平成16年度広島県地域保健対策協議会調査研究報告書 (通巻第36号)：広島県地域保健対策協議会, 2005年。

広島県地域保健対策協議会救急医療・災害医療体制専門委員会
救急・災害医療情報検討部会

部会長	石川 澄	広島大学病院医療情報部
委員	岩崎 泰昌	広島大学病院救急部集中治療部
	牛尾 剛士	医療法人 牛尾内科医院
	佐渡 忠典	広島県環境生活部危機管理総室
	田坂 佳千	広島市医師会
	中崎 哲郎	広島県医師会
	中田 憲光	広島県環境生活部危機管理総室
	野村 真哉	安佐医師会
	藤本 健一	広島市社会局保健部保健医療課
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室
	柳谷 忠雄	市立三次中央病院
	山下 聰	広島市消防局警防部
	山田 信行	福山市民病院
	吉田 哲	労働福祉事業団 中国労災病院

地域ケア促進専門委員会

目 次

地域包括支援センターと地域包括ケアシステム —ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ—

はじめに

地域包括支援センターの担う役割

- I. ケアマネジメントにより地域包括ケアのシステム化を促進
- II. 地域包括支援センター運営協議会

地域ケア促進専門委員会

(平成 17 年度)

地域包括支援センターと地域包括ケアシステム

—ケアマネジメントによる地域ケアの再編で機能する地域へ—

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

はじめに

2003 年の厚生労働省高齢者介護研究会（報告書「2015 年の高齢者介護」）において、最大の議論時間を費やしたのは、「地域ケア」の再編成の部分であったが、この時点での多様な課題と高齢者医療・介護の将来に向けて、施設・在宅の二元論は廃して「地域」という統合概念を設定したことは、その後の介護保険のみならず医療制度の見直しに向けても大きな意義があった。

ここでの「地域」とは高齢者介護に医療も含んだ包括的な自立支援の空間の創設を意味していて、「地域包括ケアシステムの確立」と報告書に明記してある（図 1）。

■ 地域包括ケアシステムの構築は介護保険のスタート時からの命題であった

元来、介護保険制度は 1997 年に、従来、個別の施策に分かれていた保健・医療・福祉のサービスを総合化し、地域の自治体を保険者とした「地域保険」として地域ごとの課題解決型システムを構築する狙いを内包していた。

また、基本理念として「利用者本位」、「自立支援」、「利用者によるサービス選択」を掲げ、利用者自身が事業者を選択し直接契約によりサービスを利用できる仕組みを、社会連帯で支える社会保険システムとして設計されたものであるが、ここでは同時に「地域」ごとのサービスの効率性と地域設定の保険料部分をもつ「地域保険」としての適正給付を担保する取り組みも同時に必要であったわけである。

介護保険によって導入された「ケアマネジメント」

高齢者の尊厳を支えるケアの確立

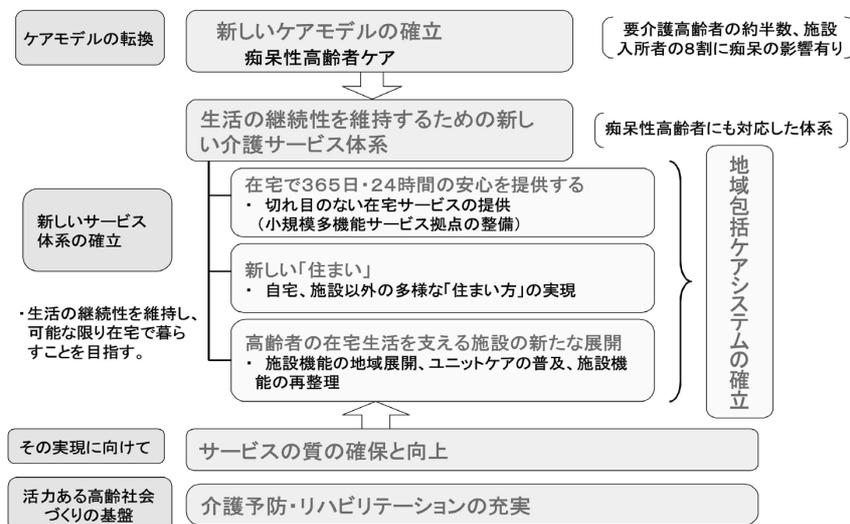


図 1 厚生労働省高齢者介護研究会報告書より（2003 年 6 月 26 日）

は利用者の個別のケアプランの作成に関する課題分析からサービス提供にいたる手法だけでなく、多職種協働（multidisciplinary）のツールとして地域資源の連携を進めることにより、地域ケアを現場から再編成する効果を発揮するはずであったが、想像以上の主治医とケアマネジャーの連携の不十分さや、不適切業務とケアマネジャーの資質の問題を抱えながら、ケアマネジメント業務の理解が進まない現状で、制度の持続可能性と適性給付に関して、現場の指導的再編の役割を担い、地域包括支援センターは制度化された。

基本的には地域の課題を地域資源で解決の方向に付ける連携論に終始することではあるが、安心を支える「地域ケア」は世界の命題といえるので、ゴールは考えずに着実な一歩として、地域の連携論に着手すべきである。しかし、机上の空論やスローガンではなく、今回の介護保険制度見直しで地域包括ケアシステムに向けて地域連携を制度化したことは大きく評価したい。

理論として、地域づくり（地域包括ケアシステム）の拠点としての地域包括支援センター（以下、センターと略す）について述べることは、地域包括ケアシステムについて述べることであり、地域包括ケアシステムについて述べることは、ケアマネジメントの標準化により地域ケアのシステム再編が可能であるという観点が必須であるが、連携に向けた努力は

地域の実力を問われることとなる。

筆者は2003年のケアマネジメントリーダー研修（東京）でケアマネジメントリーダーの役割について、短期目標の第一は「主治医とケアマネジャーの連携」を促進することで、ケアカンファレンスの標準化、中長期目標に「ケアカンファレンスの標準化で地域連携のシステム化が促進される」ことをポイントとした。

予防部分にしても、主治医とケアマネジャー（あるいはセンタースタッフ）との連携なくしては、介護予防ケアマネジメントは動かないわけである。

まず、最初は一人の主治医とケアマネジャーが利用者の支援のために、真剣にケアマネジメントの取り組みを開始することから、地域が動くのである。

地域包括ケアシステムの「作り方（レシピ）」としての尾道方式

本稿では、尾道方式を構築する過程でもっとも大きな役割を果たした「尾道方式ケアカンファレンス」が、現場のケアマネジメントの推進から地域の資源が協働し、地域における医療と福祉の再編・総合化による「新・地域ケア」（地域包括ケアシステム：図4）の構築が着実に進んでいることの検証も含め、当初、想定された「地域包括支援センター」の役割について述べる。

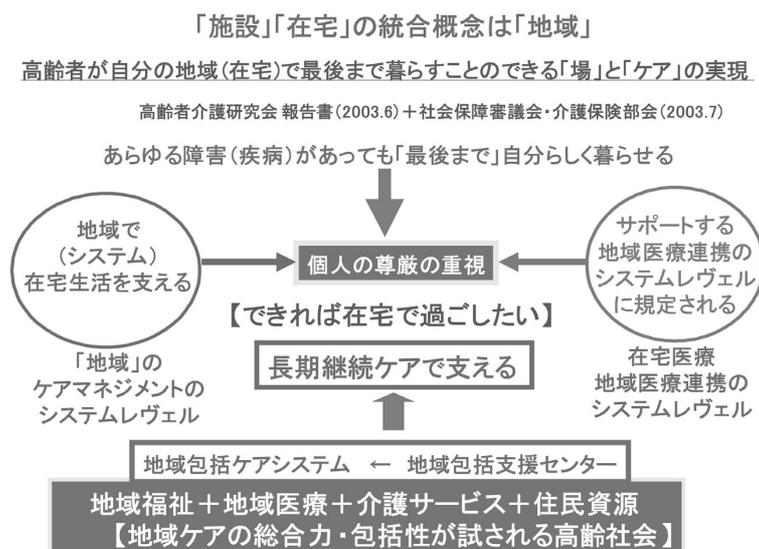


図2 個人の尊厳を重視する地域包括ケアシステムの組成と地域包括支援センター

(出典：片山 壽 2003年4月高齢者介護研究会，改編 2005.11)

尾道市医師会・長期支援ケアマネジメントプログラム(CC to CC)
 The OMA method on long-term care management programs
 高齢障害者の長期継続ケアと各段階でのケアカンファレンスの意義
 (適切な医療・介護資源の投入の時系列検証)

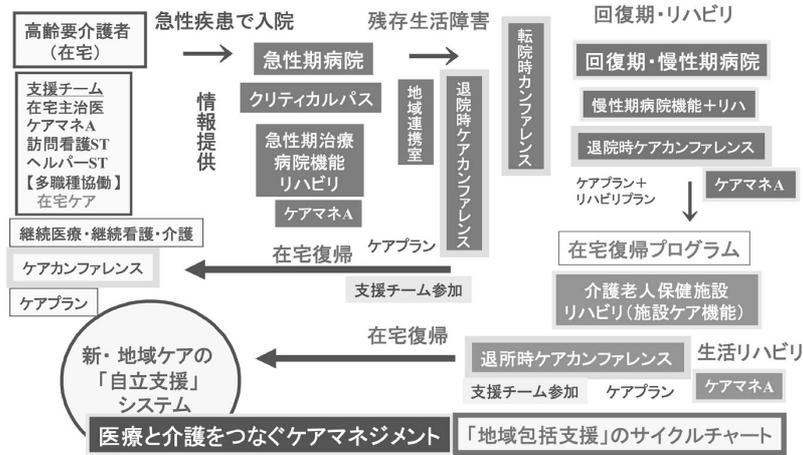


図4 尾道市医師会・長期継続支援ケアマネジメントプログラム
 (The OMA method on long-term care management programs)

地域包括支援センターの担う役割

■ 地域包括支援センターが機能するために必要な地域設定と短期目標

地域包括支援センターの担う役割を考える場合、初動段階からいくつかのプロセスを整理する必要がある。

1. 基盤整備

基盤整備レベル1：

地域包括支援センター運営協議会の意思統一

地域における医師会，社会福祉協議会，民生委員協議会，介護支援専門員連絡協議会，旧在宅介護支援センター協議会等の関係団体で地域連携の議論を集約する。

これは，地域の課題をアセスメントすることと，関係団体のなすべき機能分担を明確化することで，不足している連携が浮き彫りになる。

基盤整備レベル2：

地域包括支援センター運営指針の策定

レベル1の議論を踏まえた上で，運営協議会の代表数名の小委員会（ケアカンファレンス）で，地域（連携）の課題解決を盛り込んだ地域包括支援センター運営指針（ケアプラン）を策定する。

2. 合意形成

合意形成レベル1：圏域内の地域包括支援セン

ターのスタッフに運営指針を説明する。

同時に介護支援専門員連絡協議会や介護保険事業者協議会，介護保険施設連絡協議会にも周知して，共通の目標を提示することと，補完する業務部分における協力支援体制を確認する。

合意形成レベル2：この時点で，相互補完すべき事柄が多く，ケアマネジャーの支援体制を明確にして，一致協力して地域の課題を解決していく合意形成が将来の業務範囲を勘案した場合，大変に重要である。

3. 地域包括支援センターの業務基盤としての地域連携の推進と担当地区活動

短期目標1：主治医とケアマネジャーの連携の促進

ケアカンファレンスの開催の標準化が最優先業務であるが，これは，新予防給付に関しても生活機能評価とアセスメント，生活機能改善，認知症早期診断などの課題は主治医の協力なくしては不可能であり，この介護予防ケアマネジメントもケアカンファレンスの開催で，将来の機能低下に備えての継続ケアが必要であるからである。

短期目標2：

総合相談業務における継続支援体制の確立

社会福祉協議会，民生委員協議会との全面的な連携体制の構築，特に総合相談業務に関する地域支援と独居利用者のケアカンファレンスへの参加を依頼する。

また、権利擁護や成年後見制度の支援体制も司法を含む関係団体との連携を確立する。

短期目標3：

継続ケアマネジメントにおける病院、施設との連携
急性期病院の地域医療連携室、介護保険施設の相談員との連携基盤の構築を行い、利用者の退院前ケアカンファレンスや退所前ケアカンファレンスの開催の促進を目指し、担当ケアマネジャーに開催に際してのサポートを行う。

【短期目標の評価尺度】

上記の短期目標が達成できれば、本来業務は多様な地域連携を基盤に稼動しているはずであるが、ケアマネジメントは実績なくして進化しないので、多様なケアカンファレンスの達成度が地域包括支援センターの業務達成の尺度となる。

短期目標の3つが達成できれば、地域包括ケアシステムに一步近づいたといえる。

I. ケアマネジメントにより地域包括ケアのシステム化を促進

介護保険制度見直しにより2006年度より地域自治体単位での設置が制度化されたが、この地域包括支援センター（以下、センターと略す）の基本構想は、地域ごとに包括的ケアシステムを構築するための拠点としての機能を持ち、ケアマネジメントの推進により介護保険給付を適正化しつつ、利用者支援の総合化と多職種協働による地域資源の再編成を行うことにより、地域包括ケアのシステム化を促進することである。

センターの基本業務に新予防給付部分が加えられたことにより、従来の高齢者の健康診査段階から、介護予防ケアマネジメントの領域を保健分野として拡大することにより、地域の課題であった保健・医療・福祉の総合化を達成することが最大の目標といえる。

また、センターは各種業務を通じて地域の関係団体の協働を誘発し、地域資源をケアマネジメントにより再編成することにより、地域ケアの機能を高める重要な役割を担っている。

ここでは、自治体ごとに複数のセンターを設置運営するので「地域包括支援センター運営協議会」がその統括を行い、運営指針を定めて自治体圏内のセンターが共通のレベルにおいて連携をとりながら業務を遂行できる環境を整備する必要がある。

介護保険の見直しと平行して行われたいくつかの重要な社会保障制度の見直しにおいても、多様な地域（住民）の課題を地域で解決する包括的ケアシステムの構築が、将来のさまざまな政策を策定し実施可能なものにする上で、この時期に地域ごとに整備する必要に迫られていることが方向性として読み取れる。

具体的には、障害者自立支援法に導入された障害者ケアマネジメントや権利擁護、急増する認知症高齢者への対応、2037年には総死亡者数が推定で170万人になることとの関連の末期ケアのシステム化、あるいは、緊急性を帯びている少子化対策の子育て支援ケアマネジメント、どれをとっても地域資源の総合化が達成できねば、地域政策の実施が困難なものばかりである。

■ 重要な地域医療連携における在宅医療の理解

今回の介護報酬と同時改定が行われた診療報酬において、地域医療連携において急性期病院から在宅への移行について退院前ケアカンファレンスが報酬化されて在宅主治医、病院主治医とケアマネジャーとの連携が必須となっているが、この医療依存度の高い中重度者の継続支援のケアマネジメントは、施設からの在宅復帰の退所前ケアカンファレンスとともにケアマネジャーの重要な業務となるので、センターは地域にこの部分を「継続ケアマネジメント」として定着させることが利用者支援として最重要となる。

高齢者医療・介護は一体的な取り組みが不可欠であり、急性期病院から在宅への移行はケアマネジメントと地域医療連携の最重要な部分である。急性期病院は平均在院日数の短縮化を求められ、同時に在宅医療の重視が2006年度の改定に盛り込まれているので、中重度者の在宅復帰ができる環境を地域医療連携とケアマネジメントで構築することが必要となる。

一方、介護保険は診療報酬と介護報酬の同時改定の影響で、施設報酬にも在宅復帰率などが盛り込まれ、更なる在宅重視の方向性を示している。従ってセンターの継続ケアマネジメント業務は在宅医療を核とした地域の一体的なケアマネジメント体制による長期継続ケアを可能にする「地域包括的な自立支援システム」に誘導していく重要な役割を担っている（図3）。

高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と在宅医療の位置付け

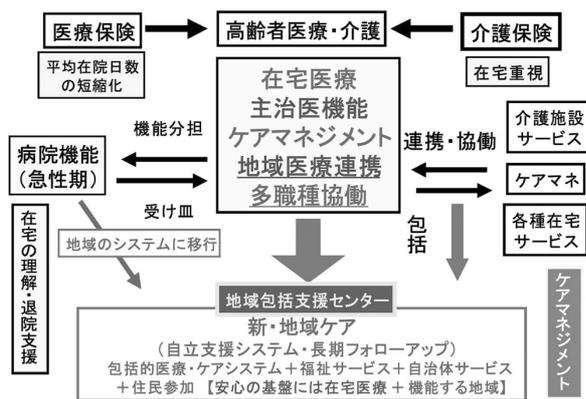


図3 高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と地域包括支援センターのポジション

出典：厚生労働省高齢者介護研究会・片山 壽 2003・
改編 2005

★ 地域包括支援センターの担う役割・退院支援

「長期継続ケアマネジメント」はケアカンファレンスの徹底、退院前ケアカンファレンスの標準化を進めること

ケアマネジャーの本来業務は長期継続ケアのコーディネートであり、適確で過不足ないサービス提供として利用者を支援することであり、利用者の状態変化に即応する医療・介護の一体的な給付を実現することである。

介護保険施行以来、大方の期待を裏切ったのはケアマネジメント業務の不徹底であり、利益誘導型の「ケアマネジメントもどき」の残念な業務により指定を取り消された事業所も数多いことで、ケアマネジメントの最重要プロセスである「ケアカンファレンスの徹底」による適正給付がセンターの大きな指導業務にあげられている。

特にケアマネジメントの意義は二つの異なる場面を利用者本位の視点で、適切な継続ケアを可能にすることがケアマネジャーの評価基準となり、急性期病院からの退院支援業務の集約である退院前ケアカンファレンスは、医療と介護の一体的な提供の場面として最重要のポイントといえるので、これが地域で標準化できるようにケアマネジャーを支援することがセンターの大きな業務として期待されている。

以下、事例を紹介して解説を加えるが、開催されるケアカンファレンスのレベルによりセンターの業務における地域の包括的ケアシステムの達成度が評価されることになる。

■ 長期継続ケアマネジメントの方法論としての尾道市医師会方式の長期支援ケアマネジメントプログラム (The OMA method on long-term care management programs) の解説

ケアプランに沿って多職種協働のチームでサービスを受けている在宅の要介護高齢者は、身体の状態が変化しやすい虚弱な人達が多いので、何らかの急性疾患、たとえば肺炎や脳卒中、転倒後の骨折などで急性期病院に入院されることはよくあることである。

その後、それなりに回復できた時点で退院する前には、退院前カンファレンスを開催し、ケアマネジャーと在宅主治医をはじめ在宅スタッフが参加して、在宅のケアプランを検討し在宅に復帰する。

また、急性期での治療では機能がまだ十分回復できず、回復期や慢性期の病院で追加治療を行う場合には、退院時カンファレンスというより、病院の地域医療連携室の業務としての転院時カンファレンスを行う。そして回復期病院で強化リハビリテーションなどを行い、在宅復帰が可能になった時点で回復期病院での退院時カンファレンスを行うが、このときの退院前ケアカンファレンスにも、在宅の主治医をはじめ、すべての在宅支援チームのメンバーが参加する。急性期病院から介護老人保健施設にワンクッションして在宅復帰する場合は介護老人保健施設退所前ケアカンファレンスを同様に行う。

図7は、急性期病院から回復期病院への転院前のケアカンファレンスであるが、ケアマネジャーは継続支援ケアマネジメントの業務として、地域医療連



図7 急性期病院から回復期病院への転院前ケアカンファレンス (尾道市立市民病院 2005)

利用者夫妻、ケアマネ、在宅主治医・医医師長、回復期病院主治医・看護師長、急性期病院主治医・地域連携室長・理学療法士・病棟師長、通所介護スタッフが参加。

携室との協働により利用者のその後の在宅復帰を考慮して、転院前ケアカンファレンスには在宅主治医とともに利用者側の代弁機能（アドボカシー機能）を発揮するわけである。

図8は、回復期病院から在宅復帰する退院前ケアカンファレンスであり、節目、節目のケアカンファレンスの標準化が長期継続ケアマネジメントの不可欠なプロセスであり、この分野の標準化に向けて、センターのケアマネジャー支援業務が大きくクローズアップされることになる。

基本的には、すべての継続ケアにおいて、図9のサイクルチャート（The OMA method on long-term



図8 回復期病院から在宅復帰の退院前ケアカンファレンス（木曾病院 2002）

病院主治医・看護師長・理学療法士、ケアマネ、介護者、在宅主治医・医師師長、訪問看護師が参加。

care management programs) に表現されているように、入院から入所、在宅復帰の各場面においてケアプランの見直しを含めた利用者の課題に対応するケアカンファレンスにより、医療と介護はケアマネジメントでつながるわけである。

Ⅱ. 地域包括支援センター運営協議会

地域で目標とする「地域包括ケアシステム」を実現の方向に、各センターの業務を向けていくのが地域包括支援センター運営協議会の機能である。

各センターの運営を地域の関係者全体で支えて、協議、評価する機関として、市町村に地域包括支援センター運営協議会が設置される。構成メンバーは、地域における保健・福祉・医療の関係者、市民団体の地域代表に介護支援専門員協議会、介護保険施設協議会、介護保険事業者協議会等のサービス側代表から構成することが多いが、ボランティアや民生委員の加入は必須といえる。

ここでセンターのスタッフは、個々のセンターが独自の考えや行政の事情で業務を行うのではなく、各々のセンターの運営が常に地域包括支援センター運営協議会の関与、すなわち地域の意思に基づいて行われるものであることを十分に認識しておく必要がある。

センターの公正中立等の評価体制とともに、人材補充や研修システムの整備など、多様な支援体制も地域包括支援センター運営協議会は持っているから

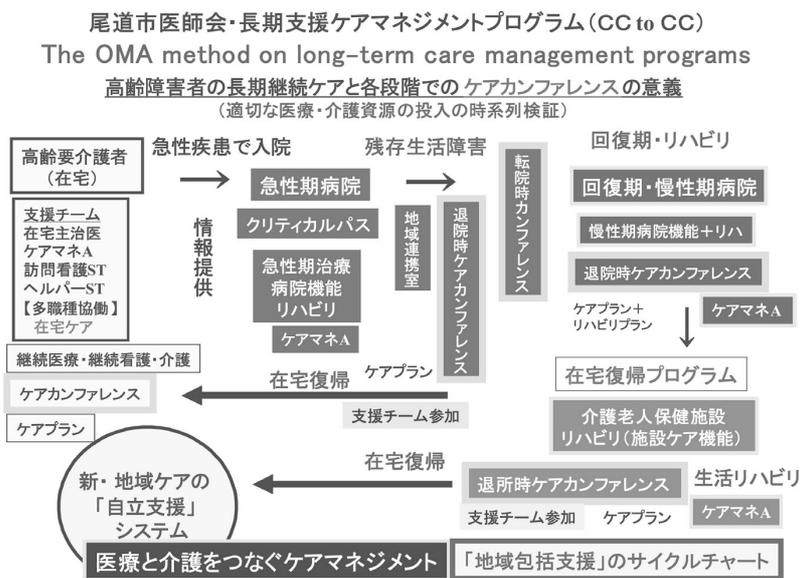


図9 尾道市医師会・長期継続支援ケアマネジメントプログラム (The OMA method on long-term care management programs)

である。

基礎的な編成としては、地域包括ケアシステムの構成に必要な関係団体や総合相談業務、長期継続ケアマネジメント、権利擁護などに関係するメンバー構成が考えられるが、実際のセンター業務のサポートができる立場の人材や専門職が必要である。

■ 地域包括支援センター運営協議会の機能は地域連携の指標

自治体関係者の理解としては、いままで介護保険事業計画策定委員会を運営してきたノウハウとはまったく異なった「地域（包括ケアシステム）づくり」の視点から、「統括」するのではなく各センターの活動の環境整備と支援体制を地域包括支援センター運営協議会事務局として、いかにフレキシブルに機能できるかが「地域」で評価されることになる。

ここにあって、介護保険制度は「お役所的自治体」に「市民サービス」の視点の導入による「自治体の意識改革」を迫っていたことが10年計画としてみることができる。

いまだに地域包括支援センター運営協議会が開催されていない自治体、運営指針を示さないでセンターの業務に支障を来しているところも少なくないとのことであるが、地域包括支援センター運営協議会の設置段階で「地域づくり」の困難さが、当該地域では浮き彫りになったのである。

具体的にいえば、自治体の意識改革の遅れだけでなく、地域の各団体の連携姿勢の欠落に多くの原因があり、「地域で安心を支えるシステム」構築が遅れていることにより、被害者は地域住民であることを忘れてはならない。

包括ケアの意味を十分に理解して自分達で地域を単なるエリアでなく、連携の見えるコミュニティに育てていくという着実な歩みが「協調」のもとに必要である。

これが地域包括支援センターは1年や2年で軌道に乗るものではないことは、設置の猶予期間に2年間を読み込んだ根拠ともいえる。

地域包括支援センター運営指針

したがって、ここでは地域特性を勘案した自治体単位の「地域包括支援センター運営指針」の策定を行うことが地域包括支援センター運営協議会の初動段階の重要な業務である。

この運営指針は全国共通のものは存在せず、地域

ごとの課題分析を行いながら地域実情を勘案して、各々の「地域」に既に整備されている現状の装備と、不足している連携体制や資源、専門団体の機能などを読み込んでおく必要があるからである。

■ 地域包括支援センター運営指針は「地域づくり」のケアプラン

地域の課題と戦力（資源）分析をアセスメントすることなしに「地域づくり」に着手することは、アセスメントをせずにケア行為を行うことに等しく、運営指針は「地域」が包括的ケアシステムになるためのケアプランともいえる。

筆者は高齢者介護研究会で地域ケアの再編・包括化に対して、各保険者ごとの「地域ケア計画」（地域づくり総合計画）の策定を提案したが、これは従来の地域における計画は縦割りにいくつか存在して「介護保険事業計画」（介護保険課）「地域福祉計画」（社会福祉課）「地域保健医療計画」（旧保健所・保健センター）「健康〇〇21」（健康推進課）など、政令指定都市などで名称は変わっても類似の担当部署により別途に策定されているが、いずれも策定が終了して委員会で説明・採択をした後のアクションと検証が不十分な自治体が多いのではなかろうか。

尾道方式の「地域づくり」手法—現場から構築した医療と福祉の老舗の連携

利用者支援のケアカンファレンスからチームがとなり、地域の課題を解決していった実践の継続から、2002年には尾道市社会福祉協議会と尾道市医師会の「社医連協（尾道市社会福祉協議会尾道市医師会連絡協議会）」が設置され、合同で訪問介護スタッフの病棟介護実習や交流会を行った。

また、2003年にケアマネジャーと民生委員の合同研修会を社医連協で開催し、独居の利用者のケアカンファレンスに民生委員が参加することで、2004年には尾道市連合民生委員児童委員協議会を加えた「社医民連協」がこの流れのなかで設立された。

個々の地域資源がケアカンファレンスを通して協働し、主治医機能とケアマネジャー機能を核として現場から構築したが、尾道市医師会方式ケアカンファレンスの実践で長期継続ケアマネジメントプログラムへと発展して、「新・地域ケア」を構築したことは、主治医とケアマネジャー・スタッフの不断の努力が結実した空間であり、尾道市医師会の主治医機能への信頼を不動のものとした結果、地域の福

社団体が住民の利益を実感して、医師会との緊密な連携を決めたのである。

■ 説明不足の新予防給付と「介護予防ケアマネジメント」

センターの業務がケアマネジメントの徹底による地域のシステム化、サービスの包括性、継続性と介護予防など多岐にわたるのであるが、結果として適正給付にむけた制度の持続可能性の切り札である。

しかし、制度導入から5年間でどこまで「地域」に求めることができるであろうか。山積した課題（ケアマネジメントの達成レベルの課題と適正給付）を解決の方向にむけながら地域連携を成熟させ、「地域のシステムづくり」を目指すという基本設計に限定すべきではなかったか。

新たな「予防」の概念の導入（介護予防ケアマネジメント等）を同時にセンターの業務に付加したことで、新予防給付を担うことが給付抑制のゲートキーパーのような誤解を受けてしまうことは、現場で努力して介護保険を支えてきたケアマネジャーや関係者らの業務に混乱を生じさせる可能性がある。

また、利用者側から見た場合、保険料の大幅値上げ、ホテルコストの導入などによる自己負担の増大などに加え、導入5年にして介護保険は複雑化して安心を支える制度としては歪みが生じているという不安もある。

さらに「予防」の概念は医療と保健の政策の中で十分なケアマネジメントを含んだ議論から整理すべ

きであったが、介護予防ケアマネジメントにいたっては時期尚早というより、概念の導入に無理があったと筆者は感じている。

軽度者のケアマネジメントにおけるケアカンファレンスの内容は、心身の機能低下予防であり、自己実現にむけた地域支援であるからである。

老人保健の焼きなおしの地域支援事業の部分が負荷されたことではあるが、個人の健康意識に介入するがごとき公的管理センターのような業務は、地域包括支援センターの本来業務ではない。

また、ケアマネジャーの支援体制を確立することでケアマネジメントの徹底を期したセンター導入であったが、新予防給付ケアマネジメントの煩雑さが一般業務に更なる負荷を生じて、ケアマネジャーにとってはせっきくの本来のケアマネジメント業務の改善努力に支障を来たす部分がある。

■ 重要なケアマネジャー支援、事業所支援

センターの役割において重要な機能にケアマネジャーの支援体制の確立があるが、ケアマネジャーは本来単独で業務を行えるようにはなっていないので、孤立無援のケアマネジャーの継続的な支援体制がセンターの重要な業務である。

これは、前述の短期目標を達成していく中でセンターが支援するというより、地域にケアマネジャーの業務環境ができていくことで地域支援体制が確立するはずである。

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

委員長	片山 壽	尾道市医師会
委員	荒川 信介	広島県歯科医師会
	大貫 仁士	竹原地区医師会
	沖 貞明	広島県立保健福祉大学理学療法学科
	落合 洋	山県郡医師会
	金城 利雄	広大大学院保健学研究科看護開発科学
	木ノ原伸久	安佐医師会
	齋藤 英子	広島市社会局保健部介護保険課
	菅田 耕一	呉市医師会
	曾根 喬	佐伯地区医師会
	高杉 敬久	広島県医師会
	鷹野 和美	広島県立保健福祉大学
	竹内 啓祐	県立神石三和病院
	壺井 克敏	三原市医師会
	鳴戸 謙嗣	三次地区医師会
	楠部 滋	東広島地区医師会
	藤本 真弓	県立広島病院
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室
	前原 敬悟	福山市医師会
	槇坪 毅	広島県医師会
	増井 伸明	広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室
	若宮 実雄	広島県社会福祉協議会

地域ケア促進専門委員会 訪問看護推進部会

目 次

病院・診療所における訪問看護の実態・ニーズについて

1. 病院・診療所における訪問看護の実態

- I. は じ め に
- II. 研 究 方 法
- III. 結 果
- IV. 考 察
- V. ま と め

2. 病院・診療所における訪問看護のニーズについて

- I. は じ め に
- II. 方 法
- III. 結 果
- IV. 考 察
- V. ま と め

地域ケア促進専門委員会 訪問看護推進部会

(平成 17 年度)

病院・診療所における訪問看護の実態・ニーズについて

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会訪問看護推進部会

部会長 小野 ミツ

1. 病院・診療所における訪問看護の実態

I. はじめに

わが国では、医療の進歩と機器の向上などにより、高度な医療が在宅でも可能になり、生活を続けながら療養することの可能性が拡大している。なお、老人医療費の著しい増加や諸外国に比べ長い入院期間の解消を目的に、病院の種別化と在院期間の短縮化が進み、早期退院が図られており、入院・退院などの療養移行時からの訪問看護の果たす役割は大きいといえる。今後ますます訪問看護のニーズは多様化し、訪問看護に求められる知識・技術が高度化している。広島県内の病院や診療所においても訪問看護が実施されている。しかし、その実態は明らかにされていない。

そこで本調査の目的は、広島県内の病院・診療所における訪問看護の実態を明らかにし、在宅看護の拠点としての訪問看護の実態を明らかにして、多様化する住民のニーズの対応について検討することである。

II. 研究方法

1) 調査対象は、在宅訪問看護指導を実施している病院および診療所の職員である。調査方法は、郵送による自記式質問紙調査である。

2) 調査内容

- ① 訪問看護を実施している施設；医療機関別、病床種別、訪問看護部門開設年月、職員数・職種、職員の従属の有無、体制、対応可能な疾病・状態、実習生の受け入れの有無、利用者の入院・入所時のサマリーの有無、訪問看護ステーションとの連携・利用状況。

- ② 利用者の受け入れ状況；対応の自信がない疾病・看護技術、輸液管理の実施の有無、輸液管理マニュアルの有無、気管切開を受けている利用者の有無である。

3) 調査期間 平成 17 年 10 月～平成 18 年 1 月。

III. 結果

1. 対象者の属性

在宅訪問看護を行っている病院および診療所を対象に調査を行い、88 施設からの回答を得た。訪問看護を実施している医療機関について表 1 に示すとおりである。訪問看護を実施している医療機関でもっとも多かったのは無床診療所が 43 施設 (48.9%) であり、次いで病院が 26 施設 (29.5%)、有床診療所が 18 施設 (20.5%) であった。

表 1 医療機関

	数	%
無床診療所	43	48.9
病院	26	29.5
有床診療所	18	20.5
無回答	1	1.1
合計	88	100.0

在宅訪問看護の実施状況を病床種別でみたものは表 2 に示したとおりである。一般病床 41 施設 (46.6%) がもっとも多く、療養病床 28 施設 (31.8%)、精神科病床 3 施設 (3.4%)、結核病床 1 施設 (1.1%) の順であった。それらの施設で働いている職員の職種と雇用形態は表 3 に示すとおりである。

表2 病床種別

	数	%
一般病床	41	46.6
療養病床	28	31.8
精神科病床	3	3.4
結核病床	1	1.1

表3 職員数

		人数	平均値 ± SD
管理者	常勤	54	1.1 ± 0.6
	非常勤	3	3.0 ± 2.0
	換算数	5	1.0 ± 0.6
保健師	常勤	2	1.0 ± 0.0
	非常勤	1	1.0
	換算数	0	
看護師	常勤	66	3.2 ± 5.7
	非常勤	33	1.8 ± 1.0
	換算数	22	1.1 ± 0.7
准看護師	常勤	57	4.0 ± 5.5
	非常勤	33	2.0 ± 1.7
	換算数	22	1.4 ± 1.4
理学療法士	常勤	13	2.1 ± 1.4
	非常勤	12	1.8 ± 1.0
	換算数	10	0.8 ± 0.5
作業療法士	常勤	6	1.3 ± 0.8
	非常勤	7	1.4 ± 0.8
	換算数	4	0.3 ± 0.2
事務職員	常勤	44	3.2 ± 3.6
	非常勤	23	1.3 ± 0.9
	換算数	12	0.9 ± 0.8
社会福祉士	常勤	2	2.0 ± 1.4
医師	常勤	1	3.0
精神保健福祉士	常勤	2	1.0 ± 0.0
	非常勤	1	1.0

* 常勤換算数：一人40時間/週の労働としての人数

2. 職員の充足

職員の充足の有無については図1に示すとおりである。充足しているが62施設(70.5%)、充足していないが25施設(28.4%)であった。

3. 施設の体制

訪問看護を24時間体制で行っている施設は図2に示すとおり39施設(44%)であり、行っていない施設

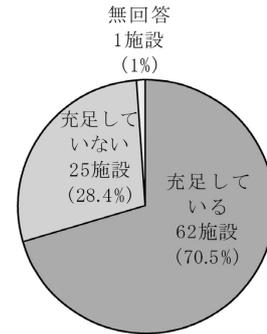


図1 職員の充足

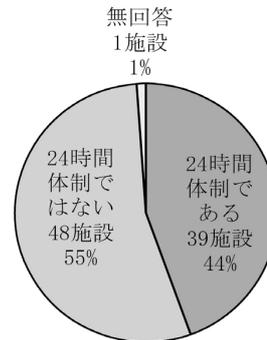


図2 24時間体制

が48施設(55%)であった。

4. 対応可能な対象

対応できる訪問看護の対象については図3に示すとおりである。対応できる訪問看護の対象としてもっとも多かったのは終末期の患者が50施設(56.8%)であり、次いで難病患者が30施設(34.1%)、精神障害者が14施設(15.9%)の順であった。

5. 実習生の受け入れ

実習生の受け入れについては表4に示すとおりである。実習生の受け入れを行っている施設は13施設(14.8%)、行っていない施設が72施設(81.8%)であった。実習生を受け入れている施設では、看護学生が9施設(69.2%)、訪問介護員が5施設(38.5%)、看護職が2施設(15.4%)であった。

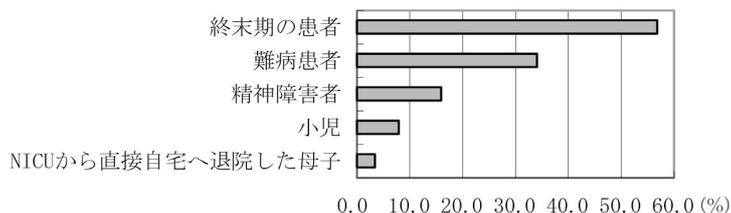


図3 対応可能な対象

表4 実習生の受け入れ

	施設数	%
行っている	13	14.8
看護学生	9	69.2
訪問介護員（ヘルパー）	5	38.5
看護職	2	15.4
介護福祉士学生	1	7.7
行っていない	72	81.8
無回答	3	3.4
合計	88	100.0

6. 継続看護を行う看護要約用紙の整備

利用者が病院や施設へ入院，入所するときに使用する看護要約用紙が整備されている施設は46施設（52.3%）であり，整備されていない施設が37施設（42.0%）であった（表5）。

表5 看護要約用紙の整備

	施設数	%
行っている	46	52.3
行っていない	37	42.0
無回答	5	5.7
合計	88	100.0

7. 訪問看護ステーションとの連携

近隣地域にある他の訪問看護ステーションとの連携を行っている施設が56施設（63.6%），連携を行っていない施設が31施設（35.2%）であった（表6）。

表6 他の訪問看護ステーションとの連携

	施設数	%
行っている	56	63.6
行っていない	31	35.2
無回答	1	1.1
合計	88	100.0

8. 利用者の年代と疾患

平成17年6月の利用者の疾患を年代別にみると，利用者は1施設あたり15.5人±21.2（SD）であった。利用者は，脳血管障害がもっとも多く70施設（79.5%），次いで循環器疾患が41施設（46.6%），認知症が34施設（38.6%），神経難病が30施設（34.1%），整形外科疾患が28施設（31.8%）であった。

表7 利用者の年代と疾患

	施設数	1施設あたりの利用者数 平均値 ± SD
脳血管障害		
15～39歳	3	1.0 ± 0.0
40～64歳	9	1.9 ± 1.4
65～74歳	14	3.1 ± 3.0
75歳～	44	6.7 ± 8.0
合計	70 (79.5%)	
循環器疾患		
40～64歳	2	1.0 ± 0.0
65～74歳	7	2.7 ± 2.5
75歳～	32	5.2 ± 5.3
合計	41 (46.6%)	
認知症		
65～74歳	5	5.2 ± 5.8
75歳～	29	6.0 ± 9.5
合計	34 (38.6%)	
神経難病		
0～14歳	1	1.0
15～39歳	6	1.0 ± 0.0
40～64歳	6	1.7 ± 0.5
65～74歳	5	3.0 ± 2.9
75歳～	12	1.9 ± 1.7
合計	30 (34.1%)	
整形外科疾患		
40～64歳	1	1.0
65～74歳	5	3.2 ± 2.3
75歳～	22	3.0 ± 1.9
合計	28 (31.8%)	
精神障害		
15～39歳	3	8.7 ± 4.7
40～64歳	10	9.1 ± 13.9
65～74歳	6	4.2 ± 4.3
75歳～	8	1.1 ± 0.4
合計	27 (30.7%)	
悪性腫瘍		
65～74歳	7	2.0 ± 1.8
75歳～	19	2.1 ± 1.5
合計	26 (29.5%)	
その他の疾患		
0～14歳	2	1.5 ± 0.7
15～39歳	4	1.5 ± 0.6
40～64歳	5	2.2 ± 1.6
65～74歳	8	6.0 ± 5.8
75歳～	36	5.9 ± 9.2
合計	55 (62.5%)	

9. 対応に自信がない利用者

訪問看護職員が対応に自信がない利用者については図4に示すとおりである。もっとも多かったのは，NICUから直接退院した母子への対応が71施設（80.7%）であり，次いで小児が61施設（69.3%），人工呼吸器を装着している人が45施設（51.1%），精神疾患をもつ人が42施設（47.7%），神経難病をもつ人が35施設（39.8%）の順であった。

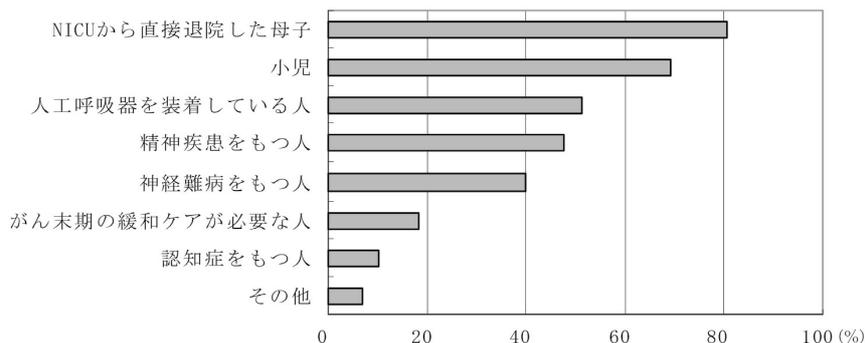


図4 対応に自信がない対象

10. 対応に自信がないケア

対応に自信がないケアについては表8に示したとおりである。もっとも多かったのはCAPDの管理・指導が56施設(63.6%)、次いで人工呼吸器の管理が48施設(54.5%)、呼吸訓練指導が23施設(26.1%)、気管カニューレの管理が22施設(25.0%)、中心静脈栄養法のケア・管理が19施設(21.6%)、がん疼痛の管理が19施設(21.6%)、ストーマケアが15施設(17.0%)、がん以外の疼痛管理が12施設(13.6%)、間欠導尿が11施設(12.5%)、留置カテーテルのケア・管理が10施設(11.4%)、経管栄養法のケア・管理が9施設(10.2%)、在宅酸素療法が5施設(5.7%)の順であった。

表8 対応に自信がないケア

	施設数	%
CAPDの管理・指導	56	63.6
人工呼吸器の管理	48	54.5
呼吸訓練指導	23	26.1
気管カニューレの管理	22	25.0
中心静脈栄養法のケア・管理	19	21.6
がん疼痛の管理	19	21.6
ストーマケア	15	17.0
がん以外の疼痛管理	12	13.6
間欠導尿	11	12.5
留置カテーテルのケア・管理	10	11.4
経管栄養法のケア・管理	9	10.2
在宅酸素療法	5	5.7
自己注射指導	5	5.7
褥創処置	3	3.4
点滴注射	2	2.3
その他	2	2.3

11. 在宅療養者の輸液管理

在宅療養者の輸液管理の実施の有無については表9に示すとおりである。利用者の輸液管理を行っている施設が42施設(47.7%)、行っていない施設が39

表9 輸液管理

	施設数	%
行っている	42	47.7
行っていない	39	44.3
無回答	7	8.0
合計	88	100.0

施設(44.3%)であった。

なお、輸液管理マニュアルを備えている施設は、18施設(20.5%)、備えていない施設は64施設(72.7%)であった(表10)。

表10 輸液管理マニュアルの整備

	施設数	%
ある	18	20.5
なし	64	72.7
無回答	6	6.8
合計	88	100.0

12. 気管切開をしている利用者のケア

気管切開をしている利用者のケアについては表11に示すとおりである。平成17年12月1日に気管切開を受けている利用者がある施設が19施設(21.6%)、いない施設が63施設(71.6%)であった。

気管切開を受けている患者がいると答えた施設の患者数は、平均2.0人±1.76(SD)であった。

表11 気管切開している利用者

	施設数	%	気管切開をしている患者数 平均値±SD
いる	19	21.6	2.00±1.76
いない	63	71.6	
無回答	6	6.8	
合計	88	100.0	

Ⅳ. 考 察

1. 対象施設の概要

在宅訪問看護を行っている病院および診療所において、無床診療所が43施設(48.9%)と約半数を占めており、無床診療所は病院や有床診療所と異なり、訪問看護の必要性が高いためと思われた。対象施設88施設の利用者は1施設あたり15.5人±21.2(SD)であった。

訪問職員は、主に看護職であるが、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、精神保健福祉士などの多くの職種が対応している施設もみられ、多様なニーズへ対応する体制整備の必要性が示唆された。しかし職員が充足している施設は62施設(70.5%)であり、充足していないが25施設(28.4%)であった。充足していないと回答した施設は、利用者の数が多く、利用者の人数など必要性に合わせた対応ができる体制を整備する必要があるといえる。

2. 訪問看護の体制と利用状況

訪問看護の対応できる対象について、2004年に実施された広島県訪問看護ステーションの現状調査と比較すると、今回の調査では、終末期の患者が50施設(56.8%)、難病患者が30施設(34.1%)、精神障害者が14施設(15.9%)であった。訪問看護ステーションでは、終末期の患者の対応は少なく、脳血管障害や、循環器障害、認知症への対応が多いことが報告されている。終末期のケアは、医療や緊急時の対応を必要とする者が多く、医療や緊急時の対応が可能な医療機関からの訪問看護へのニーズが高いといえる。さらに、訪問看護を24時間体制で行っている施設が39施設(44.3%)あり、終末期のケアを可能にしていると考えられた。

3. 実習生の受け入れ

実習生の受け入れを行っている施設は13施設(14.8%)、行っていない施設が72施設(81.8%)であった。医師、看護師、作業療法士、理学療法士、社会福祉士など多くの職種に訪問看護について理解や資質の向上が必要であることから、実習の受け入れができる体制づくりが必要であるといえる。

4. 支援ネットワーク

近隣地域にある他の訪問看護ステーションとの連携を行っていない施設が31施設(35.2%)と3割を

占めていた。その背景には、よく理解されていないことや利用者の看護要約用紙が整備されていない施設が37施設(42.0%)であることから、看護要約用紙の整備や関係施設や機関が連携をとって、訪問看護の充実に努めることの必要性が高いといえる。

5. 対応に自信がない利用者やケア

訪問看護職員が対応に自信がない利用者で、もっとも多かったのはNICUから直接退院した母子への対応が71施設(80.7%)、次いで小児61施設(69.3%)であり、母子や小児の支援について専門教育の必要性が高いといえる。さらに、人工呼吸器を装着している人、精神疾患をもつ人、神経難病をもつ人への対応についても3割以上が自信がないと回答していた。なお、対応に自信がないケアとしてCAPDの管理・指導が56施設(63.6%)、人工呼吸器の管理が48施設(54.5%)、呼吸訓練指導が23施設(26.1%)、気管カニューレの管理が22施設(25.0%)など多岐にわたっており、訪問看護が利用者のニーズに答えるためには、従事職員の専門性を高める教育・研修の必要性がある。

6. 在宅療養者の輸液管理

在宅療養者の輸液管理の実施の有無については、利用者の輸液管理を行っている施設が42施設(47.7%)、行っていない施設が39施設(44.3%)と4割が訪問看護に輸液の管理がなされており、訪問看護職員の輸液管理が定着してきたといえる。しかし輸液管理マニュアルを備えている施設は、18施設(20.5%)にすぎないことから、輸液管理に関するマニュアル等を作成し、輸液の管理の徹底も必要である。

Ⅴ. ま と め

広島県内の病院・診療所における訪問看護の実態から、医療機関に併設していることで、終末期の患者の医療や看護、難病患者の在宅訪問看護が充実していることなど特徴がみられた。一方、従事職員の自信のない利用者やケアとして、母子や小児疾患をもつ人への対応などがあり、今後訪問看護を充実するためには、訪問看護に従事している職員の専門性を高めるための教育研修の必要性が高いこと、利用者の状態や人数などに柔軟に対応できる体制の確立の必要性が示唆された。

2. 病院・診療所における訪問看護のニーズについて

I. はじめに

広島県内の病院および診療所の訪問看護についてのニーズは、十分に明らかにされているとはいえない。そこで、訪問看護職員の訪問看護に関するニーズを明らかにすることにより、広島県内の訪問看護の質をさらに高めていくための基礎資料を得ることを目的に調査を実施した。

II. 方法

- 1) 調査対象は、在宅訪問看護指導を実施している病院および診療所である。
- 2) 調査内容
 - ① 対象者の性別、年齢、職種、対象者が所属する病院および診療所の病床数、所属部署、経験年数。
 - ② 訪問看護の対象者の利用状況、在宅関連部門との連携
 - ③ 退院前の訪問看護ステーションとの連携状況等である。
- 3) 調査期間 平成17年10月～平成18年1月

III. 結果

在宅訪問看護指導を実施している病院および診療所を対象に調査を行い、116名より回答が得られた。

1. 対象者の属性

対象者の属性は、表1に示すとおりである。

年齢は40代がもっとも多く、次いで50代であり、平均年齢は44.6±11.4歳であった。性別では男性が20名(17.2%)、女性が94名(81.0%)と女性が8割を占めていた。経験年数は、5年未満が54名(46.6%)と4割を占めており、次いで10年以上が31名(26.7%)であった。

なお、対象者が勤務する病院の病床数は、20～199床が85名(73.3%)ともっとも多く、次いで200～399床が19名(16.4%)、400～599床が6名(5.2%)の順であった。所属部署は、病棟が28名(24.1%)、地域連携室23名(19.8%)、看護部が18名(15.5%)であった。

2. 訪問看護に関する相談

入院患者からの在宅療養に関する相談については

表1 対象者の属性

	平均値±SD	人数	%
年齢	44.6±11.4		
年代			
20～29		18	15.5
30～39		18	15.5
40～49		36	31.0
50～59		32	27.6
60～69		8	6.9
無回答		4	3.4
性別			
男性		20	17.2
女性		94	81.0
無回答		2	1.7
経験年数	7.5±7.5		
0～4年		54	46.6
5～9年		27	23.3
10～19年		22	19.0
20～29年		5	4.3
30～39年		4	3.4
無回答		4	3.4

図1に示すとおりである。「ときどき受ける」が54名(47%)と最も多く、次いで、「よく受ける」が34名(29%)であり、「ほとんど受けない」が15名(13%)であった。そのうち、「ときどき受ける」、「よく受ける」としたものの相談内容として、もっとも多かったものは訪問看護の利用が65名(73.3%)、次いで、介護保険についてが64名(72.7%)、受診や通院についてが57名(64.8%)であった。訪問看護の利用についての相談内容は、利用の手続きについてが51名(78.5%)、次いで、緊急時の対応が40名(61.5%)、可能な医療処置が34名(52.3%)であった。

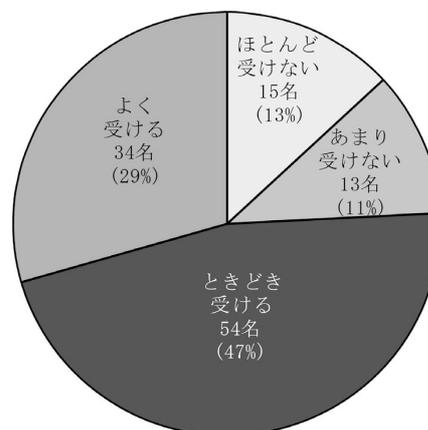


図1 入院患者からの在宅療養に関する相談

3. 在宅関連機関との連携

在宅関連機関との連携のための連絡の有無については表2に示すとおりである。在宅関連機関との連携のための「連絡をとったことがある」83名(94.3%)、「取ったことがない」が3名(3.4%)であった。連携を取った機関は、もっとも多い機関が居宅介護支援事業所で73名(88.0%)、次いで訪問看護ステーションが57名(68.7%)、市町区役所介護保険課が42名(50.6%)であった。

表2 他機関との連携のための連絡

	人数	%
ある	83	94.3
居宅介護支援事業所	73	88.0
訪問看護ステーション	57	68.7
市町区役所介護保険課	42	50.6
医療機器レンタル業者	36	43.4
相談事業科	17	20.5
市町区役所福祉課	4	4.8
介護施設	3	3.6
近隣の病院・診療所	3	3.6
区保健・福祉センター	2	2.4
デイサービス	2	2.4
かかりつけ医	1	1.2
民生委員	1	1.2
配食サービス	1	1.2
デイケア	1	1.2
福祉事務所	1	1.2
社会福祉協議会	1	1.2
ない	3	3.4
無回答	2	2.3
合計	88	100.0

4. 訪問看護ステーションとの連携

1) 医療・看護サマリーの送付

いままでに訪問看護ステーションに看護連絡表を「送付したことがある」が66名(75.0%)、「ない」としたものが22名(25.0%)であった。看護連絡表の送付があるのうち、返事や問い合わせが「よくある」が7名(8.0%)、「ときどきある」が43名(48.9%)、「ない」が15名(17.0%)であった(表3)。

2) 訪問看護ステーションによる病棟訪問

訪問看護ステーションの訪問看護師からの病棟訪問については表4に示すとおりである。病棟訪問を「受けたことはない」が45名(38.8%)、「時々受ける」が59名(50.9%)、「よく受ける」が8名(6.9%)であった。

表3 看護連絡表の送付およびそれに対する返答

	人数	%
あり	66	75.0
返事や問い合わせが		
よくある	7	8.0
ときどきある	43	48.9
ない	15	17.0
無回答	1	1.5
なし	22	25.0
合計	88	100.0

表4 病棟訪問

	人数	%
受けたことはない	45	38.8
ときどき受ける	59	50.9
よく受ける	8	6.9
無回答	4	3.4
合計	116	100.0

3) 合同カンファレンス

患者が退院する前に訪問看護ステーションと合同のカンファレンスの開催については図2に示したとおりである。「開催している」56名(49%)、「開催していない」が55名(47%)であった。開催していない理由でもっとも多かったものは、「訪問看護を必要とする患者がいない」が21名(38.2%)、次いで「看護サマリーを送付するから」7名(12.7%)であった。なお、開催している中で、「時々開催している」が47名(83.9%)、「よく開催している」9名(16.1%)であり、カンファレンスの効果として「継続看護の詳細が依頼できる」24名(42.9%)がもっとも多かった。

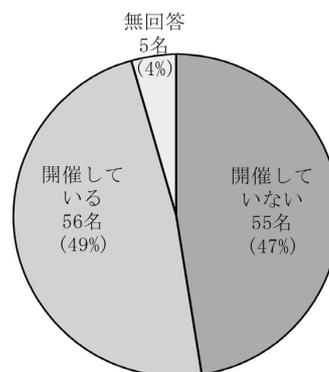


図2 退院前の訪問看護ステーション合同カンファレンス

4. 訪問看護ステーションの特性への理解

患者へのケアの提供内容からみた個々の訪問看護ステーションの特性を知っているかについて図3に示した。「よく知っている」が10名(8.6%)、「少し知っている」が48名(41.4%)、「ほとんど知らない」が39名(33.6%)、「まったく知らない」と回答した者が12名(10.3%)であった。

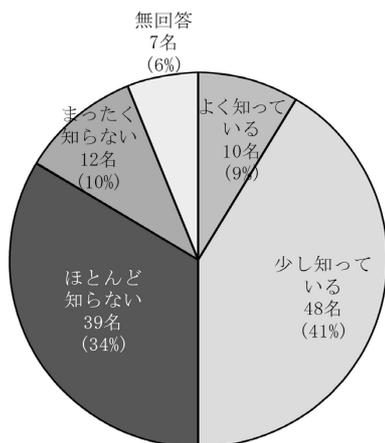


図3 訪問看護ステーションの特性への理解

5. 訪問看護に関する情報提供や情報交換ができる窓口の必要性

訪問看護に関する情報提供や情報交換ができる窓口の必要性については図4に示すとおりである。訪問看護に関する情報提供や情報交換などができる窓口が「必要である」と思うものが88名(75.9%)、「必要がない」が21名(18.1%)、回答が得られなかったものが7名(6.0%)であった。

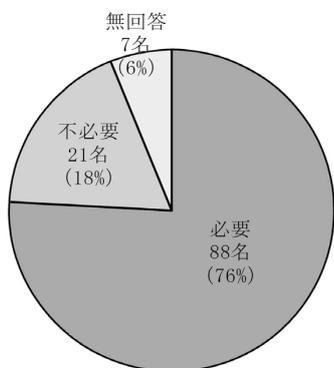


図4 訪問看護に関する情報提供窓口の必要性

6. 訪問看護に依頼した方がよいケアの有無

入院中の患者のケアで、医療点数等の制度を整え、訪問看護ステーションに依頼したほうがよいケアを

受けられる事例が「ある」と答えたものが52名(44.8%)、「ない」と答えたものが29名(25.0%)であった。

IV. 考 察

1. 訪問看護の相談状況

入院患者からの在宅療養に関する相談では、訪問看護や介護保険の利用の手続きについてが7割を占めており、入院中から早期に在宅に向けた社会資源の情報提供や訪問看護の利用の仕方などの情報を提供する必要があるといえる。訪問看護の利用については、手続き、緊急時の対応、可能な医療的処置に関する相談が半数を占めており、本人や家族が緊急時の対応や医療的処置への不安が大きく、訪問看護の果たす役割として、緊急時の対応や医療的処置なども求められているといえる。

2. 在宅関連機関との連携

在宅関連機関との連携は9割以上が連携をとっており、その主な機関として、居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションなどであり、他機関と連携をとりながら訪問看護が実施されていた。中でも、訪問看護ステーションに依頼したほうが、いいケアが受けられる事例があると4割が回答しており、訪問看護ステーションなど地域内の在宅支援事業所との連絡の必要性が示唆された。

一方、訪問看護ステーションの特性を理解していないなど、相互の理解が十分でないことも、地域の連携が十分できないことに繋がる要因の一つと考えられる。そこで必要によってケア会議や合同の研修会等を企画するなど、地域での取り組みが必要であるといえる。

3. 訪問看護ステーションとの連携

「訪問看護ステーションによる病棟訪問を受けたことはない」が約4割を占めており、合同カンファレンスは、「開催していない」が約半数にみられる。合同のカンファレンスを開催することの効果として「継続看護の詳細が依頼できる」が42.9%と回答しており、病棟訪問や合同のカンファレンスができやすい体制の確立が必要である。なお、訪問看護に関する情報提供や情報交換などができる窓口の必要性が示唆された。

V. ま と め

病院および診療所の訪問看護について、利用者や

地域の在宅サービス職員の理解が十分でないことが分かった。今後、訪問看護に対する期待が高まる中で、さらに充実していくためには、訪問看護の啓蒙活動、職員の専門性を高める教育、訪問看護ステーションなど地域の在宅サービス機関や施設と連携できる体制づくりの必要性が示唆された。

謝 辞

本調査に快くご協力いただきました病院および診療所の訪問看護の職員の方々に、深く感謝いたします。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向. 52(9): 2005.
- 2) 厚生省：厚生白書. 2000.
- 3) 石垣恭子, 高見美樹, 徳永智恵美ら：病院から訪問看護ステーションに送る看護サマリーデータベースの構築に向けての基礎的看護サマリー情報の整理. 日本在宅ケア学会誌 4(3): 40-47, 2001.
- 4) 木村正隆, 島内 節, 友安直子, 森田久美子：訪問看護師が認識する病院から在宅への移行期におけるケア情報とその活用時期に関する研究. 日本在宅ケア学会誌 9(1): 94-103, 2005.

広島県地域保健対策協議会地域ケア促進専門委員会

訪問看護推進部会

部会長 小野 ミツ 広島大学大学院保健学研究科
委 員 天野 國幹 広島県医師会
石口 房子 広島県訪問看護ステーション協議会
尾世由美子 県立広島病院 地域連携科
川崎 正典 広島県福祉保健部 保健医療総室
川崎 裕美 広島大学大学院保健学研究科
武内 庸子 広島県福祉保健部 長寿社会総室 介護保健指導室
名越 静香 広島県看護協会訪問看護事業部
中原 洋子 廿日市市高齢介護課 介護認定係(広島県市町村保健活動協議会)
日野 尚子 広島県福祉保健部 保健医療総室 医務看護室

(五十音順)

緩和ケア推進専門委員会

目 次

緩和ケア推進専門委員会事業報告書

はじめに

第1回 緩和ケア推進専門委員会
(平成17年7月20日)

第2回 緩和ケア推進専門委員会
(平成18年3月27日)

おわりに

緩和ケア推進専門委員会

(平成 17 年度)

緩和ケア推進専門委員会事業報告書

広島県地域保健対策協議会緩和ケア推進専門委員会

委員長 弓削 孟文

はじめに

平成 6 年、広島県地域保健対策協議会の末期医療専門委員会が活動を開始し、広島県における末期がん医療の実態調査を行い、平成 12 年 3 月には「広島県における緩和ケアの推進について」とする報告書を提出した。報告書では、広島県全域の緩和ケアを推進するための方策として、各医療圏域に最低 1 カ所の緩和ケア病棟を設置することや、県民の多くが希望する在宅ケアを推進するために人材の育成に力を入れる必要性などが提言された。

平成 18 年 3 月には、広島県内に 9 カ所の緩和ケア病棟が整備され、施設数では全国で 4 番目に多い県となった。さらに県内の緩和ケアネットワークを構築するために緩和ケア推進専門委員会を開催し、各圏域の緩和ケア地域連絡協議会との意見交換を行った。

第 1 回 緩和ケア推進専門委員会

(平成 17 年 7 月 20 日)

1. 緩和ケア推進体制について

平成 16 年 9 月に開設された広島県緩和ケア支援センターを県内の緩和ケア推進の拠点として、県内全体の調整を担っている広島県緩和ケア連絡協議会と、地域の緩和ケア推進のために設置された緩和ケア地域連絡協議会とが連携して県内の緩和ケアを推進している状況である。

また緩和ケア推進の方策として、今後 10 年間（平成 16 年～平成 25 年）を目標に、各地域の実情に応じた圏域ごとのネットワークを構築することを目指している。10 年計画の最初の 2 年間（平成 16 年～平成 17 年）には、第一段階として地域の緩和ケアを推進するために、各地域に核となる団体を育成することを目標とした。

2. 各圏域の緩和ケア地域連絡協議会について

各圏域から平成 16 年度の活動実績の報告があった。圏域ごとの地域の特殊性に配慮しながら、緩和ケアを担う人材の育成、住民への啓発活動が行われていた。また、今後は緩和ケアを担う人材が、緩和ケアに関する専門的知識の吸収や技術を向上させることが課題であることが確認された。また、地域ごとに緩和ケアに関する資源調査を実施して、資源マップ作成を計画している圏域もあった。

3. 広島県緩和ケア支援センターの平成 16 年度実績報告および平成 17 年度事業計画について

平成 16 年 9 月に運用を開始した緩和ケア支援センターの実績が報告された。大きく二つに区分される支援センターの機能のうち、20 床の緩和ケア病棟を運用している緩和ケア科では、外来診療および病棟運用を通じて地域との連携を図っている。また在宅ケアを推進するための緩和ケア病棟という位置付けで運用が開始されたが、開設当初には緩和ケアは末期がん患者が最期を迎える場というイメージも強く、在宅ケアに移行できる患者数が極めて限られているという問題点も指摘された。

もう一つの機能である緩和ケア支援室では、県民への情報発信機能の充実や人材育成プログラムが開始され順調に進んでいることが示された。また地域連携機能として、各圏域の緩和ケア推進を図るためにアドバイザー派遣やデイホスピスが開始されたことが報告された。

4. 緩和ケア医師派遣研修について

県外の先進的緩和ケア病棟に対して医師を派遣し、県内医師の緩和ケアに関する専門的知識や技術を習得するための事業を今年度も継続することが確認された。本年度は研修病院として淀川キリスト教病院に限定して 2 週間ずつ派遣することが確認された。募集人員は 3 名。

第2回 緩和ケア推進専門委員会

(平成18年3月27日)

第1回の専門委員会で確認した平成17年度事業計画の実施状況について報告するための委員会を開催し、平成18年度以降の事業計画を検討する基盤とした。

1. 各圏域緩和ケア地域連絡協議会の活動状況について

各圏域で緩和ケア研修会や講演会などの地域連絡協議会が開催され、地域住民への普及啓発活動が展開されていた。各地域で具体的な事例を通じて在宅緩和ケアを学ぶ企画が増え、一般的な知識の吸収から具体的で実践的な活動が進んでいることが分かった。平成17年度事業計画にあった在宅緩和ケア資源マップは、尾三地対協と広島中央地对協で作成され実践にも用いられていた。

それぞれの地域で特色を生かした活動が展開されているが、次年度への課題として地域住民への啓発活動や緩和ケアスタッフの人材育成が継続課題として挙げられた。

2. 広島県緩和ケア支援センターの活動状況について

緩和ケア支援室は情報提供・総合相談・専門研修・地域連携支援の4本柱で構成され、いずれも順調に事業実績を積み重ねていることが報告された。支援室機能が全国初の取り組みであることから、雑誌やメディアに取り上げられる機会が増え、それに

ともなって医療機関からだけでなく行政機関からの視察件数などが急増していることも報告された。

また地域連携事業のなかでもアドバイザー派遣についての要望が多く、圏域での関心が高まっていることが分かった。

3. 緩和ケア医師派遣事業について

平成13年度から実施している緩和ケア医師派遣事業では、平成17年度の3名を加えて20名の医師が参加している。平成17年度からは、派遣医師と広島県緩和ケア支援センターとの連携を深めるため、淀川キリスト教病院に派遣する前に、緩和ケア支援センターが実施している医師一日研修に参加することを義務とした。

今年度は、神尾昌則（広島厚生病院）、佐藤眞紀子（舟木病院）、古口契児（福山市民病院）の3名が参加した。平成18年度も引き続いて同様の研修事業を実施することとなった。

おわりに

第3次対がん10カ年総合戦略において、全国のがん医療の均てん化を進めることが目標として掲げられている。また、広島県においてもがん診療拠点病院の整備が進められる予定である。緩和ケアが、がん医療の早期から必要に応じて導入することが求められる現状を受け、広島県緩和ケア推進専門委員会の役割として、地域のがん診療拠点病院との連携などを視野に入れた活動を実施することが必要である。

広島県地域保健対策協議会緩和ケア推進専門委員会

委員長	弓削 孟文	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	岩木 康生	広島市安芸区厚生部
	岡崎 仁史	広島国際大学医療福祉学部
	岡村 仁	広島大学医学部保健学科
	小山 矩	広島県立保健福祉大学
	佐伯 俊成	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	高杉 敬久	広島県医師会
	高橋 信	労働福祉事業団 中国労災病院
	豊見 雅文	広島県薬剤師会
	名越 静香	広島県看護協会
	古田 隆規	日本尊厳死協会中国地方支部
	本家 好文	県立広島病院
	増井 伸明	広島県福祉保健部保健医療総室
	山崎 健次	広島県歯科医師会

子育て環境整備専門委員会

目 次

子 育 て 環 境 整 備 専 門 委 員 会 報 告 書

- I. は じ め に
- II. 調査対象および方法
- III. 調査結果および考察
- IV. ま と め
- V. お わ り に

子育て環境整備専門委員会

(平成 17 年度)

子育て環境整備専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会子育て環境整備専門委員会

委員長 小林 正夫

I. はじめに

乳幼児健康診査（以下「乳幼児健診」という。）を中心とした母子保健活動は、住民の身近な地域において、子どもの健やかな育成を推進するための基盤となるものであり、子育て環境づくりの要である。次世代育成支援対策推進法の施行や児童虐待防止法および児童福祉法の改正等により、市町には子どもの相談の窓口となることなどの新たな役割も求められていることから、乳幼児健診の充実や子育て支援に関わりの深い教育部門との連携など、時代の要請に応じた母子保健活動のあり方等について検討する必要がある。

そこで、本委員会では、今後、市町の母子保健事業をどう見直していくかという視点で検討することとし、検討に際して、市町の母子保健事業の実態および母子保健関係部局と福祉・教育関係部局との連携の現状を把握するためにアンケート調査を行った。

II. 調査対象および方法

1. 調査目的 近年、子育てをめぐる環境が大きく変化する中で、市町には新たな役割が求められている。この調査は、今後の母子保健事業のあり方について検討する基礎資料とする。
2. 調査対象 県内 28 市町の母子保健関係部局および教育委員会
3. 調査方法 調査票を郵送し、返信用封筒で回収
4. 調査期間 平成 17 年 8 月 30 日～平成 17 年 9 月 12 日で、調査時点は平成 17 年 5 月 1 日現在とした。
5. 調査内容
 - (1) 市町母子保健関係部局：母子保健実施体制、乳幼児健診体制、教育委員会との連携等につ

いて

- (2) 市町教育委員会：就学時健診、母子保健関係部局との連携等について
6. 回収状況 調査票の回収は、母子保健関係部局および教育委員会ともに 100%

III. 調査結果および考察

1. 市町母子保健関係部局の調査結果
 - (1) 母子保健業務従事保健師数（問Ⅰ-1）

有効回答のあった 27 市町の母子保健業務従事保健師数は、常勤 225.1 人、非常勤 19.7 人で合計 244.8 人であった（1 市町当たり平均常勤 8.3 人、非常勤 0.7 人、合計 9.0 人）。
 - (2) 出生数と保健師数（問Ⅰ-1）

有効回答のあった 26 市町の母子保健業務従事保健師一人に対する出生数は、平均 70.6 人、もっとも多い市で 296.5 人、もっとも少ない町で 6 人と 290 人以上の較差があった。
 - (3) 母子保健活動拠点数（問Ⅰ-2）

母子保健の活動拠点は、1 市町平均 3.2 カ所、多い市町では 9 カ所、少ない市町では 1 カ所であった。活動拠点は、市町村合併後も旧町村単位で設けられていることがうかがえた。
 - (4) 保健師活動体制（問Ⅰ-3）

25 市町（89.3%）が業務担当制と地区担当制の併用をしており、業務担当制をとっているのは 3 町（10.7%）のみであった。
 - (5) 医療機関委託乳児健康診査の実施状況
 - ア 医療機関委託乳児一般健康診査（以下「委託乳児一般健診」という。）の実施状況（問Ⅱ-1）

28 市町のうち、27 市町（96.4%）が実施しており、そのいずれもが個別健診の形態であった。一人当たりの受診できる回数は、2 回が 23 市町（85.2%）、1 回が 3 市町（11.1%）、3 回が 1

市 (3.7%) であった。

イ 医療機関委託乳児精密健康診査 (以下「委託乳児精密健診」という。) の実施状況 (問Ⅱ-1)

25 市町 (89.3%) が委託乳児精密健診を実施しており、一人当たりの回数については、1 回が 9 市町、回数に制限なしが 8 市町、2 回が 7 市町、未回答が 1 町であった。

ウ 委託乳児一般健診結果の把握等

委託乳児一般健診を実施している全ての市町が、その結果を整理しており、その内容を複数回答で求めると、結果の区分ごとに集計している市町が 25 市町 (92.6%) ともっとも多く、結果を個人別台帳等に記入しているのは 15 市町 (55.6%) であり、その中には出生数が 800 人～4,000 人の 4 市町も含まれていた。

また、委託乳児一般健診の結果、要経過観察、要精密または要治療となった子どものその後の経過を把握しているかどうかについては、21 市町 (77.8%) が把握しており、6 市町 (22.2%) は把握できていなかった。

なお、経過の把握方法は、電話、精密検診結果票、訪問、市町が直接実施する乳児健診等であった。

委託乳児一般健診の結果は、20 市町 (74.1%) が個別指導や関連する事業に活用していたが、6 市町 (22.2%) は活用していなかった。

(6) 直接実施の乳幼児健診の実施状況 (問Ⅲ)

ア 実施市町、対象月齢、実施カ所数等

乳児健康診査 (以下「乳児健診」という。) は、25 市町 (89.3%) で直接実施していたが、3 市町は乳児健診を直接実施せず医療機関委託による健康診査であった。

乳児健診の対象月齢は、生後 3～5 カ月の間としているのが 24 市町 (96.0%) で、一番多かったのは生後 4 カ月であった。また、生後 9～11 カ月のいずれかの月齢を対象にしている市町が 14 市町 (56.0%) であった。

乳児健診の実施カ所数については、1 カ所で開催している市町が 10 市町 (40.0%)、複数カ所で開催している市町が 12 市町 (48.0%)、対象児の月齢によって会場を変更している市町が 3 市町 (12.0%) であった。

イ 従事スタッフ

各健診の従事スタッフをみると、乳児健診

(n:25) では、小児科医師は 24 市町 (96.0%)、小児科以外の医師は 8 市町 (32.0%)、歯科医師は 1 町 (4.0%)、歯科衛生士は 9 市町 (36.0%)、保育士は 7 市町 (28.0%)、心理職は 1 町 (4.0%) で従事していた。

(※「心理職」という言葉は、正式な名称ではないが、アンケートでこの文言を使用しているため、このままの言葉とする。以下同じ。)

1 歳 6 カ月児健診 (n:28) では、小児科医師は 24 市町 (85.7%)、保育士は 14 市町 (50.0%)、心理職は 13 市町 (46.4%) で従事しており、そのうち 7 市町では保育士と心理職両方の職種が従事していた。

3 歳児健診 (n:28) では、小児科医師は 21 市町 (75.0%) と 1 歳 6 カ月児健診よりも割合が低下している。保育士は 11 市町 (39.3%)、心理職は 9 市町 (32.1%) で従事しており、1 歳 6 カ月児健診よりその割合は低く、そのうち 5 市町では両方の職種が従事していた。

小児科医師については、子どもの年齢が増すごとに従事割合が低下していた。1 町においては、乳幼児健診すべてに小児科医師が従事していなかった。これは、小児科医師の偏在又は不足が影響しているものと考えられる。

図 1～3 に乳児健診、1 歳 6 カ月児健診、3 歳児健診に従事する職種を市町数で記載した。乳児健診は複数カ所で開催している市があるため 38 カ所への各職種の従事状況で、1 歳 6 カ月児健診と 3 歳児健診では 28 箇所への従事状況で示した。

ウ 乳児健診での BCG 接種の有無

乳児健診で BCG を接種しているのは 3 市町 (12.0%) で、このうち 2 市町 (8%) が全域で、1 市 (4.0%) が一部の地域で行っていたが、今後、BCG 接種率を上げるうえで有効な一方法であると思われる。

エ 乳幼児健診時の育児不安や育児支援に関する問診

乳幼児健診時に育児不安等に関する問診を入れているのは、25 市町 (89.3%) であった。なお、問診には入れていないと回答した 3 町のうち 1 町は、「発育相談や心理相談において必要に応じて問診し対応している」としており、多くの市町が乳幼児健診において育児不安を視野に

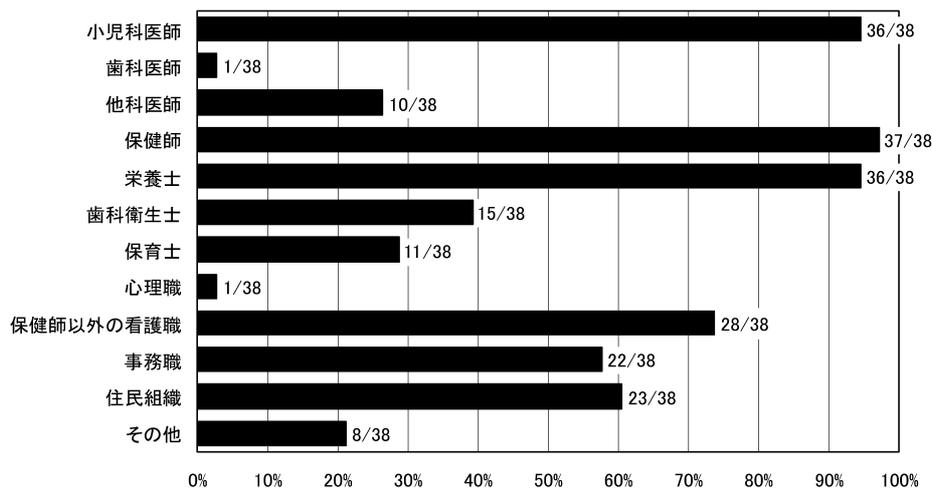


図1 乳児健診の従事スタッフ

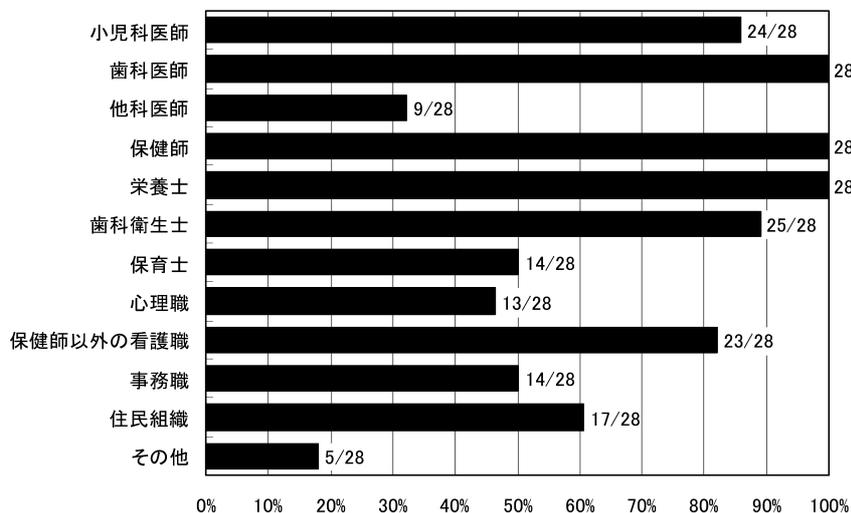


図2 1.5歳児健診の従事スタッフ

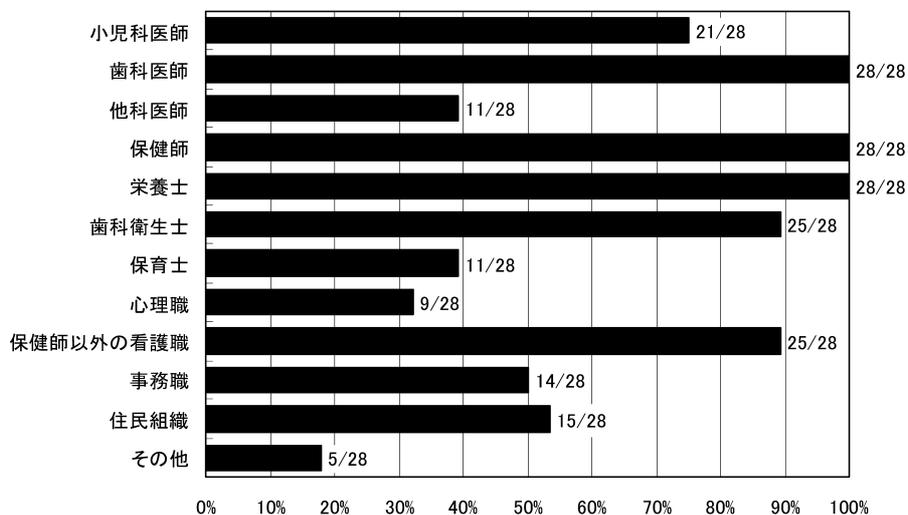


図3 3歳児健診の従事スタッフ

入れた問診を行うなどの対応を行っていた。

オ 幼児健診*時の発達障害に関する問診

(* 幼児健診とは、1歳6カ月児および3歳児の健診を含む幼児健康診査をいう。)

1歳6カ月児健診、3歳児健診は法律で義務付けられており、全ての市町で実施しているが、2歳児等を対象とした幼児健診(歯科検診を含める。)を実施しているのは8市町であった。

幼児健診時に発達障害に関する問診を入れているのは26市町(96.3%)であった。問診に入っていないと回答した1町は「発育相談や心理相談において必要に応じて問診し対応している」としており、未回答の1町を除いて発達障害を視野に入れた問診を行うなどの対応を行っていた。

カ 乳幼児健診結果の判断基準

乳幼児健診の結果、「要経過観察」、「要精密」、「要治療」の判断基準がある市町は、乳児健診で8市町(30.8%)、1歳6カ月児健診および3歳児健診で9市町(32.1%)であった。

キ 1歳6カ月児健診と3歳児健診の精神発達面の要精密健診の判断基準

1歳6カ月児健診と3歳児健診において精神発達面の要精密健診の対象とする場合の基準について、「広島県乳幼児健診実施要綱の様式に準じて抽出」しているのは13市町あり、「独自にアンケート・問診票を作成して判断」、「健診後のミーティングや親子関係等を配慮して判断」するのはそれぞれ7市町ずつあり、市町それぞれに工夫されていることがわかる。

ク 乳幼児健診の経過(結果)確認

乳幼児健診の結果、要経過観察、要精密、要治療の判定を受けた児の経過又は結果を確認しているかどうかについては、28市町全てが経過の確認を行っており、その方法(複数回答)は電話(89.3%)、精密健診受診券結果票(89.3%)、訪問(75.0%)等であった。

ケ 乳幼児台帳等システムの整備

乳幼児健診や相談等の結果を継続的に把握できる台帳等のシステムの有無については、26市町(92.9%)が何らかの形で継続的に把握するシステムがあったが、2市町ではなかった。

コ 乳幼児健診未受診児の状況把握

乳幼児健診未受診児の状況把握については、

27市町(96.4%)が状況把握を行っており、その方法としてはいずれの健診も電話・訪問がもっとも多く、その他、はがき・手紙・保育所への連絡・母子保健推進員との連携等により把握している。

このような対応を行っても未受診児の状況が把握できない場合、福祉部門と連携するなど複数の関係者で関わるとしている市町が14市町(51.9%)あり、ハイリスク児として可能な限り状況を把握するための努力が払われていることがうかがえる。

サ 乳幼児健診に関連した関係機関との連携

平成17年度に乳幼児健診に関連して関係機関と連携の必要な事例があったかどうかについては、26市町(92.9%)で事例があったと回答しており、連携先は医療・福祉・関係機関や民間団体・家族と多岐にわたっている。

シ 乳幼児健診実施体制や健診実施マニュアル等の見直し

児童虐待や発達障害の早期発見・対応のために乳幼児健診の実施体制や健診実施マニュアル等を見直したのは14市町(50.0%)で、平成16年度に見直しをした市町が5市町ともっとも多く、見直した内容としては健診従事者の職種や人数が7市町、問診票が6市町と約半数を占めている。健診に求められる機能の変化に対応するために市町でも努力が払われていることがうかがえる。

変更していないのは14市町(50.0%)で、そのうち9市町は見直しを検討中、4市町は見直しの予定はないとし、1市は未回答であった。

ス 発達障害児の早期発見

発達障害児の早期発見をするための必要なことについては、「健診従事者の研修」がもっとも多く22市町(78.6%)で、次いで「健診時に発達障害の専門医による診察」が14市町(50.0%)、「健診時に心理職の配置」が11市町(39.3%)、「問診票の見直し」が9市町(32.1%)、「判断基準の統一化」と「保育所、幼稚園等との連携」がそれぞれ8市町(28.6%)であった。

このことから、乳幼児健診で発達障害児を早期発見するためには、専門医を確保し、医師や保健師等の健診従事者への研修を継続的に実施するなど研修体制の充実が求められている。ま

た、健診スタッフとして専門医や心理職を配置することで早期発見の可能性が高まり、早期の対応へ繋がると考えられる。その他、乳幼児健診の間診票の見直しや判断基準の統一化、保護者や子どもとかがわかりが深い保育所・幼稚園等との連携強化など発達障害児の早期発見のために今後取り組むべき課題は多い。

セ 乳幼児健診実施上の課題

乳幼児健診を実施する上での問題点、今後の課題については、小児科医師や心理職の不足、健診スタッフ間の知識・意識・判断基準の統一、面接法や技術の向上などの意見があった。

今後、市町の乳幼児健診に求められる機能を果たすために、これらの課題について具体的に検討していく必要がある。

(7) 乳幼児健診未実施の理由および健診に代わる事業（問Ⅳ-1, 2）

乳幼児健診を直接実施していない市町に対して健診を実施しない理由とそれに代わる事業について尋ねたところ、該当する1市2町のうち1町から回答があった。

この1町は、実施していない理由として、医療機関で個別健診を実施していること、育児教室で乳児の発達や母親の相談に時間をとること、小児科医師の確保が困難なことの理由が挙げられていた。健診以外の育児教室で保護者への育児支援を行い、乳児の84.9%を把握していた。なお、育児教室の内容は、身体計測、発達観察、育児相談、健康教育、ブックスタート（育児教室などに参加した乳幼児と保護者に説明するとともに、絵本をプレゼントすること。）の説明などである。

(8) 地域の母子交流事業（問Ⅴ-1）

地域の母子が交流できる事業を実施しているのは24市町（85.7%）で、1市町平均2事業を実施し、そのほとんどの事業に母子保健部門の関わりがあった。

(9) 保育所、幼稚園、学校等関係機関との連携

ア 健康管理上経過観察が必要な児に対する保育所、幼稚園、学校等との連携（問Ⅵ-1）

母子保健事業で健康管理上経過観察が必要となった子どもについて、保育所、幼稚園、学校等と連携して支援を行っているかどうかについては、25市町（89.3%）が連携して支援しており、連携機関をみると、全ての市町が保育所や

幼稚園と連携し、7割弱の市町が保育所担当課と連携をとっていた。一方、小中学校や教育委員会と連携して支援すると回答したのはその約半数であった。中には保育所・幼稚園・学校と連携支援していないと回答した町もあった。

イ 保育所、幼稚園、学校等との定期的な会議・連絡会等（問Ⅵ-2）

保育所、幼稚園、学校等との定期的な会議・連絡会等を開催しているのは10市町（35.7%）、開催していないのは17市町（60.7%）であった。市町の開催回数は年1回から12回までとばらつきが見られ、連携を密に取っている市町と全く連携を取っていない市町があった。

ウ 保育所、幼稚園、学校等と連携して実施している事業（問Ⅵ-3）

保育所、幼稚園、学校等と連携し、実施している事業があるのは16市町（57.1%）で、事業数は20であった。連携事業の具体的な内容は、乳幼児期の親子のふれあい教室、発達相談等がもっとも多く、小・中学校を対象にした喫煙防止教育、エイズ予防啓発、歯科保健教育、中学生や高校生を対象にした思春期の体験学習などであった。

「いのちの大切さ」や「子どもの心」を育むためにも、乳幼児期から思春期まで一貫した指導を行うために、今後とも母子保健関係部局と保育所、幼稚園、学校との連携を強化する必要がある。

エ 地域の子育て支援団体との連携（問Ⅵ-4, 5）

地域の子育て支援団体を把握しているかどうかについては、22市町（78.6%）が把握しており、把握していないのは4市町（14.3%）、未回答が2市町（7.1%）であった。

母子保健関係部局では、子育て支援の機能も求められており、地域の団体も把握しておく必要があると考えられる。

子育て支援団体との連携については、連携しているのは23市町（82.1%）、連携していないのは3市町（10.7%）、未回答が2市（7.1%）であった。

オ 就学時健康診断（以下「就学時健診」という。）への関与（問Ⅵ-6）

就学時健診に関与しているのは5市町（17.9%）、関与していないのは22市町（78.6%）、未

回答が1市(3.6%)で、8割弱の市町で、就学時健診に母子保健関係部局がかかわりを持っていなかった。かかわりの内容をみると、5市町のうち4市町が「就学指導委員会へ出席」と回答している。子どもが幼児期から学童期に移行する際、保護者の同意のもとに子どもの心身の健康管理に関する情報が円滑に引き継がれ、子どもを継続的に支援していく体制づくりが必要であると考えられる。

カ 保育所、幼稚園、学校と連携を取る上での課題(問Ⅵ-7)

保育所、幼稚園、学校と連携を取る上で課題となることについては、次のような意見があった。

プライバシーの問題から教育委員会への情報提供が困難であること、相互理解が不十分であったり、認識の違いがあり連携が難しいこと、学校との連携が特に困難であるなどの意見があった。

このことから、子どもの健康管理を継続的に行うために、母子保健関係部局と教育委員会との連携強化について検討していく必要性がある。

2. 市町教育委員会の調査結果

(1) 母子保健関係部局と連携した事業(問1)

母子保健関係部局と連携した事業を実施しているのは4市町であった。連携して実施している事業は、乳幼児・小中学生の保護者を対象とした発達、しつけ、親子関係、食育など家庭教育技術や知識の向上支援をはじめとして、小中学生に対する歯科保健、児童虐待防止ネットワークに関する内容であった。

市町母子保健関係部局への同様の質問に対する回答では、喫煙防止教育、エイズ予防啓発、歯科保健教育、中学生や高校生を対象にした思春期の体験学習が挙がっていたが、教育委員会の回答に記されていないのは、母子保健関係部局と学校とが直接連携を行っている市町もあるためと考えられる。

今後、母子保健関係部局と教育委員会との連携を進めていくためには、それぞれの機能を認識し、組織的な連携が重要であると思われた。

(2) 就学時健診の他部門との連携(問2)

就学時健診について、母子保健・児童福祉・保

育所・幼稚園と連携をしているのは、12市町(42.9%)で連携していない市町が過半数を占めていた。

(3) 就学時健診時の予防接種歴の確認(問3)

就学時健診時に予防接種歴を確認しているのは、法令で規定されているにもかかわらず22市町(78.6%)であった。児童の健康管理のために必要な情報であるので、全市町が確認する必要がある。

また、予防接種歴を確認した上で接種を勧奨しているのは8市町(36.4%)であった。幼児期までに接種の必要な予防接種については、確認とともに接種の勧奨を指導する必要がある。

(4) 地域の子育て支援団体の把握(問4)

地域の子育て支援団体を把握しているかどうかについては、11市町(39.3%)が把握しており、把握していないのは16市町(57.1%)であった。母子保健関係部局に比べると把握している割合が低かった。

(5) 子育て支援団体とのコーディネート(問5)

地域の子育て支援団体を学校などへ紹介するなど、子育て支援団体とのコーディネートを行っているかどうかについて、実施していると回答したのは5市町(17.9%)であり、母子保健関係部局に比較すると連携している割合が低いいため、地域・学校で子育てを支援するために、今後は教育部門においても地域の子育て支援団体との連携を強化することが望まれる。

(6) 母子保健・児童福祉関係部門、保育所へ望むこと(問6)

母子保健・児童福祉関係部門、保育所へ望むことについては、「教育委員会と母子保健・保育所との日常的な連携が必要」、「専門機関と連携して発達障害児の早期把握に努めてほしい」との意見が2市町からあった。

Ⅳ. ま と め

1. 委託乳児一般健診

28市町のうち、27市町(96.4%)が実施しており、その結果は区分ごとの集計が25市町、個人別台帳等に記入して個別管理に活用が15市町であった。

要経過観察者等の経過の把握については、21市町(77.8%)が把握しており、6市町(22.2%)は把握できていなかった。

健診結果については、20市町が個別指導や事業に活用していた。

2. 市町が直接実施する乳幼児健診の間診

育児不安等に関する間診を入れているのは、25市町（89.3%）であった。間診には入れていないと回答した3町のうち1町は、「発育相談や心理相談において必要に応じて間診し対応している」としており、ほとんどの市町が乳幼児健診において育児不安を視野に入れた間診を行うなどの対応を行っている。

発達障害に関する間診を入れているのは26市町（96.3%）であった。間診に入れていないと回答した1町は「発育相談や心理相談において必要に応じて間診し対応している」としており、未回答の1町を除いてほとんどの市町が発達障害を視野に入れた間診を行うなどの対応を行っている。

3. 1歳6カ月児健診と3歳児健診の精神発達面の要精密健診の判断基準

1歳6カ月児健診と3歳児健診において精神発達面の要精密健診の対象とする場合の基準について、「広島県乳幼児健診実施要綱様式に準じて抽出」しているのは13市町あり、「独自にアンケート・問診票を作成して判断」、「健診後のミーティングや親子関係等を配慮して判断」するのはそれぞれ7市町ずつあり、市町それぞれに工夫されている。

4. 乳幼児健診の実施体制や健診実施マニュアル等の見直し

児童虐待や発達障害児の早期発見・対応のために乳幼児健診の実施体制や健診実施マニュアル等を変更したのは14市町（50.0%）で、平成16年度に見直しをした市町がもっとも多く（5市町）、見直した内容としては健診従事者の職種や人数、問診票が約半数を占めている。健診に求められる機能の変化に応じて、各市町において工夫、改善等の対応がなされている。

変更していないのは14市町（50.0%）であり、そのうち9市町は見直しを検討中、4市町は見直しの予定はないとしている。

5. 発達障害児の早期発見

発達障害児を早期発見するために必要なことについては、「健診従事者の研修」がもっとも多く22市町、次いで「健診時に発達障害の専門医による診察」が14市町、「健診時に心理職の配置」が11

市町、「問診票の見直し」が9市町、「判断基準の統一化」と「保育所、幼稚園等との連携」がそれぞれ8市町であった。

発達障害児を早期に発見するためには、乳幼児健診時に専門医を確保すること、医師や保健師等の健診従事者への研修カリキュラムの作成と継続的な研修体制の充実が必須である。また、健診スタッフとして専門医や心理職を配置することで早期発見が可能となると考えられる。

その他、乳幼児健診の間診票の見直しや判断基準の統一化、保護者や子どもとのかかわりが深い保育所・幼稚園等との連携強化などが必要である。

6. 乳幼児健診実施上の課題

乳幼児健診を実施する上での問題点、今後の課題については以下のとおりである。

小児科医師や心理職の不足、健診スタッフ間の知識や意識、判断基準、面接法や技術の統一を求める意見が多く、今後、市町の乳幼児健診に求められる機能を果たすために、これらの課題について検討する必要がある。

7. 母子保健関係部局の就学時健診への関与

就学時健診に関与しているのは5市町（17.9%）、関与していないのは22市町（78.6%）で、8割弱の市町で、就学時健診に母子保健関係部局がかかわりを持っていないことが判明した。

かかわりの内容は、5市町のうち4市町が「就学指導委員会へ出席」と回答している。子どもが幼児期から学童期に移行する際、保護者の同意のもとに子どもの心身の健康管理に関する情報が円滑に引き継がれ、子どもを継続的に支援していく体制が必要である。

8. 保育所、幼稚園、学校との連携上の課題

プライベートの関係から、教育委員会への情報提供が困難であることや、相互理解が不十分であったり、認識の違いがあって連携が難しいこと、学校との連携が特に困難であることなどの課題が複数市町から挙げられている。子どもの健康管理を継続的に行うために、平成16年の児童福祉法の改正によって、守秘義務などが明確に規定された要保護児童対策協議会の活用なども視野に入れた母子保健関係部局と教育委員会との組織的な連携について、検討していく必要がある。

9. 教育委員会と母子保健関係部局との連携

母子保健関係部局と連携した事業を実施してい

る教育委員会は少ないが、連携事業としては、「乳幼児・小中学生の保護者を対象とした発達、しつけ、親子関係、食育など家庭教育技術や知識の向上支援」を始めとして、「小中学生に対する歯科保健」、「児童虐待防止ネットワーク」に関する内容であった。

市町母子保健関係部局では、「喫煙防止教育」、「エイズ予防啓発」、「歯科保健教育」、「中高校生を対象にした思春期の体験学習」が挙げられていた。

今後、母子保健関係部局と教育委員会との連携を進めていくためには、それぞれの機能を理解し、相互の組織的な連携に努めることが必要である。

10. 就学時健診の他部門との連携

就学時健診について、母子保健・児童福祉・保育所・幼稚園と連携をしていない教育委員会が過半数を占めており、前記と同様に組織的連携が必要である。

11. その他

児童虐待の早期発見については、乳幼児健診未受診者には、児童虐待や育児不安などの問題を抱

えていても、保護者の心身の状況などにより乳幼児健診などの母子保健サービスを利用しない家庭が多いと考えられる。そのため、未受診児やその家族の状況把握など、より適切・具体的な方法等の検討も必要となると思われる。

また、ほとんどの市町の乳幼児健診で行われている育児不安を視野に入れた問診等などにより、育児不安などのハイリスクを抱える家庭を早期に発見し、早い段階からの支援につなげることで、児童虐待の未然防止を図る必要がある。

V. おわりに

今回の調査で、市町の乳幼児健診および教育委員会と市町母子保健関係部局との連携の現状および課題を把握することができた。

今後、乳幼児健診のあり方および母子保健関係部局と教育関係部局等との連携について、さらに検討を深め、軽度発達障害の早期発見・早期支援などにより、児童虐待の未然防止・子どもの健やかな育成に向けた環境を整備していくことが必要である。

広島県地域保健対策協議会子育て環境整備専門委員会

委員長	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	岩田 雅之	広島県広島こども家庭センター
	岡本 羊子	広島県福祉保健部保健医療総室
	杉原 雄三	東広島地区医師会
	徳光 重雄	広島県福祉保健部福祉総室
	七木田 敦	広島大学大学院教育学研究科
	新田 修三	広島県福祉保健部福祉総室
	浜井 誠	広島県福祉保健部福祉総室
	平岡 好一	広島県教育委員会生涯学習課
	藤本 千里	東広島市保健センター
	藤本 浩子	芸北地域保健所
	堀江 正憲	広島県医師会
	三宅 静香	広島県福祉保健部保健医療総室
	森 修也	広島市児童相談所
	湯木 淳子	海田町保健センター
	米光 英子	広島市社会局保健部

子育て環境整備専門委員会
小児に対する安全で効率的な予防接種システム検討部会

目 次

- A. 予防接種広域化課題 (効率的システム構築課題)
- B. リスクをもつ小児 (モデルとして：けいれん性疾患を既往にもつ小児) に対する
予防接種基準作成課題 (安全な予防接種実施ガイドライン作成課題)

A. 予 防 接 種 広 域 化 課 題

- I. は じ め に
- II. 予防接種広域化の方策と取り組み
- III. 広域化進捗および達成状況
(平成 18 年 3 月末)
- IV. 結 語

B. リスクをもつ小児に対する予防接種ガイドライン作成課題

- I. は じ め に
- II. 予防接種実施に関する一般的事項
- III. けいれん性疾患をもつ小児に対する
予防接種指針

子育て環境整備専門委員会 小児に対する安全で効率的な予防接種システム検討部会

(平成 17 年度)

- A. 予防接種広域化課題 (効率的システム構築課題)
- B. リスクをもつ小児 (モデルとして：けいれん性疾患を既往にもつ小児) に対する
予防接種基準作成課題 (安全な予防接種実施ガイドライン作成課題)*

広島県地域保健対策協議会子育て環境整備専門委員会
小児に対する安全で効率的な予防接種システム検討部会

部 会 長 田中 義人

解析担当者 伊予田邦昭

A. 予防接種広域化課題

I. はじめに

平成 6 年の予防接種法改正の骨子は定期接種の個別化と予診の義務化および救済制度の明確化により、予防接種を受ける小児を守ることであった。

実施に関して厚生省令ではその基本的考え方を「本人の個人的な体質をよく理解したかかりつけ医が平常の健康状態や当日の体調などを的確に把握した上で行う個別接種を基本とすべきである」と示している。

この法のキーワードは、「かかりつけ医」で「個別に」、「予診を尽くして」接種するということであり、「かかりつけ医」を居住地外にもつ子どもたちやリスクを有するため、居住地では接種ができない子どもたち、あるいは集団接種が残っている地域の子どもたちへの対応が重要な課題となる¹⁾。

ところが、現行の予防接種制度では、被接種者の居住地以外で接種を受ける場合は、居住地の役所でまず接種依頼書もらい、該当医療機関で接種をうけるため、面倒な手続きが必要となり、その費用も有料の場合も多く、かかりつけ・主治医のところでの接種を見合わせることもしばしば見られていた²⁾。

そこで、広島県地域医療保健対策協議会 (C：育児支援委員会) の分科会では、「小児に対する安全で効率的な予防接種システム検討部会」を立ち上げ、

広島県民であれば県内どこでも希望する医療機関で予防接種が受けられるシステムの制度化への取り組みと課題を早急に検討することにした。

この制度はすでに新潟県、岩手県、三重県、大分県、高知県や岡山県などを皮切りに (表 1：文献³⁾)、平成 16 年初には全国の約 1/3 の自治体で全県的乗り入れ制が実施され、住民、医療機関双方から評価をうけているが、広島県では県北の三次市を中心とした 28 市町村に止まっており (平成 17 年 1 月現在)、とくに広島市、呉市、福山市などの大都市部で広域化が実現していない残念な状況があった。

II. 予防接種広域化の方策と取り組み

そこで、本検討部会では、全国の広域化達成事例³⁾を参考に以下の点を踏まえて、調査研究を行った。

1) 予防接種対象者

- かかりつけ / 主治医が居住地以外 (行政単位を超える) にいる場合
- 予防接種要注意者 (心臓血管系, アレルギー, 低出生体重児, 先天免疫不全, けいれん性疾

* B. については平成 18 年 8 月末現在でアレルギー疾患と心疾患をもつ小児に対する予防接種基準が準備できていないため、モデルとして「けいれん性疾患をもつ小児に対する予防接種基準」のみ掲載した。いずれ完成版を小冊子として別途発刊予定である (広島県小児科医学会予防接種・乳幼児健診検討委員会との共同)。

表1 全国の予防接種広域化開始状況（平成15年8月30日現在）
（文献3から引用改変）

	開始年月	料金	集団接種地域	依頼書	契約	請求事務手続き
新潟県	H 7.7	統一	原則可能	原則なし	県医と市	県医師会
三重県	H 8.1	居住地	個別のみ	原則なし	各医と市	各医から市へ
岩手県	H11.4	接種地	他地区でも可能	必要	県医と県	医から市へ
大分県	H14.4	居住地	個別料金を設定	なし	県医と市	地区医師会
兵庫県	H14.4	居住地	検討中	必要	県医と市	医から市へ
広島県	H14.4	居住地	個別料金を設定すれば可	なし	県医と市	予防接種情報センター
高知県	H14.4	統一	個別併用（ごく一部）	なし	県医と県	国保連合会
静岡県	H15.4	居住地	個別料金を設定すれば可	必要	県医と県	各市町村
岡山県	H15.4	居住地	個別料金を設定	なし	県医と市	地区医師会（病院は市）
山口県	H15.4	居住地	すべてを個別接種とした	なし	県医と市	医から市へ
香川県	H15.4	居住地	個別料金を設定	なし	県医と市	医から市へ
埼玉県	H15.5	居住地	個別料金を設定すれば可	なし	県医と市	医から市へ
群馬県	H15.6	居住地	個別料金を設定すれば可	なし	県医と市	地区医師会
宮崎県	H15.7	統一	個別料金を設定	なし	県医と市	県医師会

患をもつ者など）で主治医が居住地外にいる者

- 疾病などの医学的理由で接種機会を逃がした者

2) 対象予防接種種類

- DPT 3種混合, DT 2種混合
- 麻疹, 風疹, 日脳ワクチン, (ポリオ, BCG)
- 任意ワクチン: ムンプス, 水痘, インフルエンザ, B型肝炎ワクチン
- (高齢者のインフルエンザ)

3) 相互乗り入れ方式

- 個別接種料金は統一しない。被接種者の居住地の規定料金を支払う。

☞ 集団接種を残す地域では広域化のための市町村が示す個別料金を設定しておく。

☞ 将来的には支払い請求事務の煩雑さを考えると統一料金を追求することも視野に入れておく。

- 各市町村からの依頼書は不要。
- ワクチンによる健康被害が生じた場合は被接種者の居住地の市町村が行う。
- 契約は県と県医師会がおこなう。
- 接種委託料は原則として“ワクチン料金”を含めて契約する。

☞ 医師会が一括購入して各医療機関に配布してもよい（医療機関は手技料のみ請求する）

- (接種料金) 請求などの事務手続きは原則として外部委託（県予防接種センターなど）が望ましい（手数料が発生するが）

☞ 事務上の手続きを各地区医師会あるいは各市町村保健衛生管轄部署で行うことも可能であるが、他府県の実情をみると域外接種は約30%に上っており、事務手続き上の煩雑さは否めない。

Ⅲ. 広域化進捗および達成状況
(平成18年3月末)

平成17年6月, 平成18年2月, 6月と計3回にわたり, 検討部会を開催し, 討議を重ねた。平成18年3月に県内各市町の広域化進捗状況の取りまとめ(平成17年度, 表2)と実施状況のアンケート調査(表3)を行い, 平成18年6月の実績集計(表4, 図1)では, 県内34市町(約8割)で広域化が達成されている(福山市は平成18年4月から予防接種広域化が達成されているが, 本集計には含まれていない(表5))。

Ⅳ. 結 語

平成17年度の1年間で県内予防接種広域化達成市町は28市町から34市町に増え, 平成18年4月1日からは新たに福山市も広域化事業に加わり, 35市町となった。

これには, 平成の市町村大合併が県内でも進行し医療施策とは別に行政単位の統廃合が進んだためもあるが, 予防接種の広域化と個別化は医療施策の重要な課題であることを再認識して, さらに全県下の広域化を促進させたい。

文 献

- 1) 平岩幹男：地域保健とワクチン。小児科診療 67: 2105-2110, 2004.
- 2) 向田隆通：予防接種 Q and A <他地域との乗り入れ>。小児内科 32: 1589-1591, 2000.
- 3) 東保裕の介：予防接種の相互乗り入れ—大分県方式—。小児内科 36: 389-392, 2004.

表2 平成17年度予防接種広域化進捗状況

市町村名	1. 契約状況	広域化予定	個別契約数	2. 請求方法	3. ①三種混合 ②二種混合 ③麻疹 ④風疹 ⑤混合ワクチン	⑥BCG	⑦ポリオ	⑧日本脳炎	⑨公費負担 インフル	⑩自己負担 インフル	4. 接種依頼券				
安芸太田町	県医師会			国保連	4,600	4,600	4,600	4,600	9,200	4,600		4,600	2,150	1,000	あり
安芸高田市	県医師会 市町と地元医師会 市町と個別		約11件	国保連 安芸高田市	4,600	4,600	4,600	4,600	8,050	4,600		4,600	3,000	1,000	あり
江田島市	市町と個別		約24件	江田島市	4,280	4,500	5,680	5,680	9,000			4,180	2,000	1,000	あり
大崎上島町	県医師会 市町と個別	個別は インフルエンザ		国保連 インフは町へ	5,200	4,300			8,875	集団	集団	5,000	3,000	1,000	なし
大竹市	市町と個別			大竹市	3,224	3,224	3,224	3,224	3,224	3,980	集団	3,224	3,181	1,000	なし
尾道市	契約予定	平成18年4月		国保連	4,430	4,310	5,750	5,730	9,290	5,870	5,220	4,340	2,920	1,000	あり
海田町	市町と個別	平成18年4月	約9件	個別	5,570	5,040	9,540	6,960	13,070	集団	集団	5,460 (幼) 4,710 (小)	3,360	1,000	なし
北広島町	県医師会			国保連	4,490	3,210	5,940	5,950		5,820	3,520	4,390	2,460	1,000	なし
熊野町	市町と地元医師会			熊野町	5,530	5,760	6,880	6,890	11,300	7,050	集団	5,420	3,320	1,000	なし
呉市	市町と地元医師会 市町と個別		約6件	呉市医師会	5,590	4,150	7,040	7,080		5,439	集団	5,430	2,909	1,000	なし
坂町	市町と個別		約16件	個別	6,950	5,800	9,820	6,960	10,650	7,100	集団	6,720	3,460	1,000	なし
庄原市	県医師会 市町と地元医師会			国保連 庄原市	4,300	3,600	5,700	5,700		5,800		4,100			なし
世羅町	県医師会 市町と個別		約5件	世羅町	4,130	4,160	5,480	5,570	9,250	4,400	集団	4,100	2,880	差額分	あり
竹原市	県医師会	実施中		国保連	4,500	4,600	5,700	5,700	9,000	5,900		4,300	2,500	1,000	なし
廿日市市	県医師会 市町と地元医師会 市町と個別		約170件	国保連 廿日市市	4,890	4,390	6,510	6,110				4,850	2,100	1,000	なし
東広島市	県医師会 市町と地元医師会 市町と個別			国保連 各地区医師会 東広島市	4,507	4,896	5,977	5,988	8,940	6,000		4,366	2,730	800	なし
広島市	市町と地元医師会 市町と個別		約10件	地元医師会	5,985	5,423	9,502	7,465				5,843	3,357	1,000	
福山市	県医師会	平成18年4月		国保連	4,240	4,460	5,530	5,540	8,780	5,553	4,773	4,140	2,730	1,000	あり
府中市	市町と地元医師会	平成18年4月		国保連 府中市	4,510	4,640	5,740	5,810	9,280	5,890	3,600	4,400	2,800	1,000	なし
府中町	県医師会 市町と地元医師会			国保連 地元医師会	5,570	5,800	9,510	6,930				5,460	3,280	1,000	あり
三原市	県医師会			国保連	4,770	4,410	5,630	5,660	9,300	5,970	5,220	4,600	2,880	1,000	あり
三次市	県医師会	実施中		国保連	5,340	5,340	6,480	6,610	検討中	5,500		5,280	3,000	1,000	なし

表3 広域化予防接種事業実施状況に関するアンケート調査依頼文（平成18年3月）

◎ 現在、広域化予防接種システム以外（一部広域化など）で実施されている予防接種事業についても併せて御回答ください。

市町

1. 契約状況について
 - ① 市町と広島県医師会
 - ② 市町と地元医師会
 - ③ 市町と個別の医療機関
2. 請求方法について
 - ① 広島県国民健康保険団体連合会（国保連合会）
 - ② () 医師会
 - ③ () 市・保健センター
 - ④ その他 ()
3. 料金設定について
 - ① 三種混合（DPT） () 円
 - ② 二種混合（DT） () 円
 - ③ 麻疹 () 円
 - ④ 風疹 () 円
 - ⑤ 混合ワクチン（麻疹風疹） () 円
 - ⑥ BCG () 円
 - ⑦ ポリオ () 円
 - ⑦ インフルエンザ 公費負担 () 円
自己負担 () 円
4. 接種依頼券等の有無について
 - ① あり
 - ② なし

表4 広域予防接種実績件数（平成16年度）

審査月 (実施月)	竹原市	三原市	三次市	庄原市	府中町	江田島市	廿日市市	大野町	湯来町	宮島町	安芸大田町	加計町	北広島町	
													北広島町	千代田町
H16.4 (16.3実施)		4	318	1	16		53	236	30	12		32		
H16.5	165	11	256	1	12		21	244	45	5				106
H16.6	221	5	359	4	5		31	207	61	4				103
H16.7	251	6	564	4	12		42	270	82	9				126
H16.8	304	9	752	9	16		46	290	64	5				147
H16.9	318	6	918	14	21		51	256	49	16				138
H16.10	197	13	615	7	16		77	214	32	5				92
H16.11	895	10	327	3	23		33	801	16	10				83
H16.12	3,206	61	296	1	416	72	24	2,582	968	4	469			1,393
H17.1	947	9	218	4	96	22	19	659	298	7	106			678
H17.2	160	9	272	5	20	5	38	187	38	4	489			275
H17.3	83	6	311	3	10		32	108	53	2	37		3	91
合計	6,747	149	5,206	56	663	99	467	6,054	1,738	83	1,101	32	3	3,232

表 4 (続き)

審査月 (実施月)	安芸高田市							東広島市				本郷町	大和町	大崎上島
	安芸高田市	吉田町	八千代町	美土里町	高宮町	甲田町	向原町	福富町	豊栄町	河内町	安芸津町			
H16.4 (16.3 実施)		111	24	26	20	33	11	9		21	115	75		34
H16.5	131							14	5	18	130	43		6
H16.6	157							18		23	152	85		5
H16.7	224							17		16	163	158		175
H16.8	282							12		26	109	169		39
H16.9	270							11		15	25	264		33
H16.10	259							17		9	87	106		30
H16.11	548							38	20	104	47	279	10	9
H16.12	5,245							148	169	579	165	988	90	21
H17.1	1,665							32	41	163	83	257	359	42
H17.2	293							13	2	7	111	63	1	56
H17.3	209								2	3	89	68		40
合計	9,283	111	24	26	20	33	11	329	239	984	1,276	2,555	460	490

審査月 (実施月)	久井町	世羅町			神石高原町		西城町	東城町	口和町	高野町	比和町	合計
		甲山町	世羅町	世羅西町	油木町	布野村						
H16.4 (16.3 実施)	13	36		10		14	22		5	11	18	1,310
H16.5	17	16	32	7			6	2	1	3	10	1,307
H16.6	45	70	103	10	1		12	3	1	3	9	1,697
H16.7	104	144	200	38	4		82	1	26	83	16	2,817
H16.8	52	69	105	33	6		43	4	25	31	25	2,672
H16.9	34	70	99	45	1		45	12	23	15	17	2,766
H16.10	12	43	41	11	1		35	3	25	8	11	1,966
H16.11	38	86	1		1		522	6	11	11	5	3,937
H16.12	905	3,039		1			830	3	8	543	4	22,230
H17.1	225	1,266			5		169		11	86	4	7,471
H17.2	26	83			3		18	3	11	4	10	2,206
H17.3	19	69					11	2	13	6	8	1,278
合計	1,490	4,991	581	155	22	14	1,795	39	160	804	137	51,657

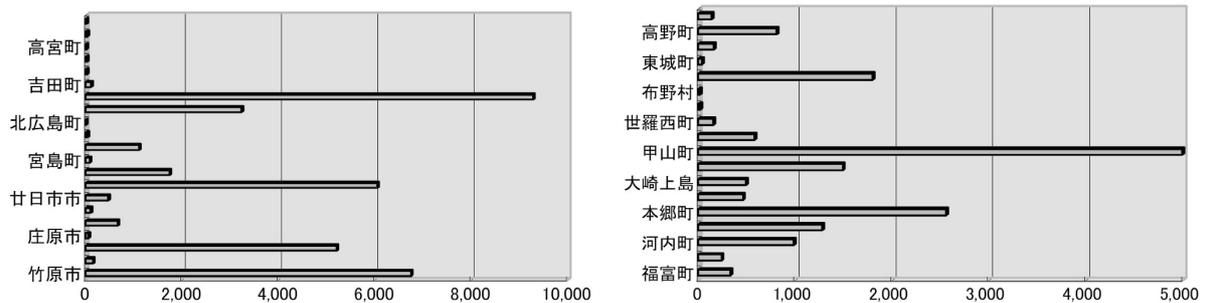


図 1 広域予防接種実績件数 (平成 16 年度)

表5 市町村別委託料一覧

- ・ワクチン料+手技料（消費税含む）
- ・予診のみ※は、予診の結果接種不適当になったもの。但し、医療に移行したものは除く。

単位：円（消費税含む）

ワクチン名 市町村名	DPT	D T	麻 疹	風 疹	日本脳炎	BCG	ツベルク リン 反応検査	※予診 のみ	インフルエンザ		※実施期間
									自己 負担額	公費 負担額	
安芸高田市	4,600	4,600	4,600	4,600	4,600			2,000	1,000	3,000	10/20～12/28
安芸津町	4,345	4,734	5,815	5,826	4,204	3,800	1,400	0	800	2,730	10/20～12/20
神石高原町	3,900	3,000	5,000	5,000	3,800			0	1,000	2,600	10/1～1月末
江田島市								0	差額分 を徴収	2,000	11/1～12/31
大崎上島	5,200	4,300	5,200	5,100	5,000			2,000			
大野町	4,918	4,340	6,209	6,230	4,723	3,937	3,937	2,835	1,000	3,100	10/18～12/28
安芸太田町								0	1,000	2,150	11/1～12/31
久井町	4,770	4,030 3,700 (2期)	5,570	5,570	4,600	5,970	3,420	1,250	差額分 を徴収	2,000	10/1～12/31
口和町	5,600	5,300	6,100	6,100	5,500	3,000	4,000	0			
河内町	4,507	4,896	5,977	5,988	4,366			0	800	2,730	10/1～12/31
西城町	5,000	4,500	6,000	6,000	5,000	4,400	4,000	0	1,500	2,000	10/1～12/31
庄原市	4,980	4,980	4,980	4,980	4,980				1,000	3,000	
世羅町	4,130	4,160	5,480	5,570	4,100			1,310	※2	2,880	11/1～12/31
大和町								0	800※3	2,730	10/1～12/31
高野町	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000			0	1,500	2,500	10/1～12/31
竹原市	4,500	4,600	5,700	5,700	4,300	4,600	1,800	0	1,000	2,500	10/1～
北広島町 (旧千代田町)	4,490	3,210	5,940	5,950	4,390	5,820	3,520	1,240	1,000	2,460	11/1～12/31
東城町	6,400	5,300	6,400	6,400	6,100			1,000			
豊栄町								0	800	2,730	10/1～12/28
廿日市市	5,000	5,200	6,600	6,200	4,900			3,200			
比和町	4,980	4,980	4,980	4,980	4,980	3,000	4,000	0			
福富町	4,507	実施なし	5,977	5,988	4,366			3,037※1	800	2,730	10/1～12/28
府中町	5,570	5,800 (Ⅰ期) 5,040 (Ⅱ期)	9,510	6,930 (定期) 6,180 (経過措置)	5,460 (Ⅰ期) 4,710 (Ⅱ・Ⅲ期)			0	1,000	3,280	10/15～12/30
本郷町	4,770	4,030(注3) 3,700(注4)	5,570	5,570	4,600	5,970	3,420	0	1,500	2,500	10/20～12/31
三原市	4,770	4,030(注1) 3,700(注2)	5,570	5,570	4,600	5,970	3,420	2,700	1,000	2,880	10月～12月
宮島町	5,145	4,610	6,510	6,530	4,990			2,835			
三次市	5,340	5,340	6,480	6,610	5,280			2,500			
湯来町	5,680	5,020	5,700	5,700	5,380			2,835	1,000	3,250	11/1～12/31

注1) 90カ月未満

注2) 11歳以上13歳未満

注3) 90カ月未満

注4) 11歳以上13歳未満

※1 インフルエンザの予診のみは0円

※2 各医療機関の設定料金と公費負担額2,880円の差額

※3 予診接種料金が3,530円を超える場合は、800円に加えて超過料金を被接種者から徴収

※ 安芸高田市は、旧甲田町・高宮町・美土里町・向原町・八千代町・吉田町です

※ 安芸太田町は、旧加計町、戸河内町、筒賀村です

※ 江田島市は、旧江田島町、沖美町、大柿町、能美町です

※ 神石高原町は、旧油木町、豊松町、神石町、三和町です

※ 北広島町は、旧芸北町、大朝町、千代田町、豊平町です

B. リスクをもつ小児に対する予防接種ガイドライン作成課題

I. はじめに

平成6年7月の予防接種法改正以来、「かかりつけ医」で「予診をつくして」、「個別に」予防接種が遂行され、基礎疾患をもつ小児においても「接種要注意者」として同法の精神に基づき、ワクチン接種が注意深く行われてきた。

しかし、近年のめまぐるしい予防接種法の修改正¹⁾やワクチン製法の改良および副反応の病態が明らかになるにつれて、従来からの「接種要注意者」に対する予防接種指針が変化してきている現況である。

広島県地域保健対策協議会ではすでに平成11年6月に小児に対する予防接種実施指針として、①熱性けいれん患児に対する予防接種指針、②急性感染症罹患後の予防接種指針を策定したところであるが、このたび最新の知見を加え、かつ対象疾患範囲を拡げて予防接種指針を新たに策定した。

本ガイドラインの構成は、①疾患概念、②接種指針、③よくあるQ and Aからなり、末尾には簡単な文献を掲載し、詳細な検索ができるように配慮した(本報告書では、代表的モデルとして、けいれん性疾患を既往にもつ小児に対する接種指針のみを掲載したが、いずれ他の疾患や病態についても「リスクをもつ小児に対する予防接種基準」としてまとめる予定である)。

会員の先生方には、日常診療のさまざまな局面でご利用していただければ幸いである。

II. 予防接種実施に関する一般的事項²⁾

1. 予防接種の意義、必要性・有用性

予防接種はこれまで多くの疾病の流行防止に大きな成果をあげ、感染症罹患による患者発生や死亡者の大幅な減少をもたらすなどの大きな役割を果たしてきた。

しかし、今日では感染症が急速に減少し、予防接種により獲得した免疫がその流行を阻止してきたことを忘れがちであるが、国民一人ひとりの健康維持のためだけでなく、社会全体として一定の免疫水準を保つためにも、予防接種を積極的に励行する必要がある。また、予防接種法の精神に基づき、ワクチンに対するリスクをもつ人々におい

ても、主治医(接種医)の判断で積極的な働きかけと接種の勧奨が必要である。

2. 保護者への説明と同意

保護者に対しては、個々の予防接種の必要性・有用性と副反応(発熱の時期や頻度、その他)などにつき、十分な説明と同意を得る。

さらに、発熱時や万が一けいれんが生じた場合の家庭でもできる、具体的な対策を指導し、救急病院とも連携しておくことが重要である。

3. 事前の予診(問診)と診察

予防接種の必要性を理解させ、かつ安全に接種するために予診(問診)票の活用は重要である。まず、あらかじめ配布しておいた当該予防接種の説明書を読んでもらい、その必要性を理解しているかどうか、接種に際しての注意事項がないかどうか、さらに当日の体調がよいかどうかなどの判断を十分におこなう。

健康被害の大部分は不可避免的に生じるものであるため、これにより副反応などの被害を予見し得るものではないが、接種担当医として、被接種者全員の事前診察を実施し、最大限の努力をして予防接種を受けるものの体調を把握することが大切である。

3-1) 体温測定と当日の体調

体温は医療機関(施設)にある体温計で接種前に測定する。

腋窩温で37.5℃以上あるものは、明らかな発熱者として、接種を見合わせる。

3-2) 予防接種説明書の確認

保護者が当日受ける予防接種の必要性を理解しているかどうかを確認する。

「はい」、「いいえ」の内容を把握しているかどうかも確認する。

3-3) これまでの発育歴、既往歴(かかった病気)

妊娠・分娩歴やその後の発育・発達歴を聴取し、既往歴や加療中の疾患について確認をし、できる限り紛れ込み事故を最小限に止める努力をおこなう。

「あった」、「ある」の場合はその内容を具体的に

聞き、参考にする。

3-4) 最近1カ月以内の病気や地域で流行中の病気

小児期には、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの伝染病や地域・家庭で流行している感染症に罹患しやすく、免疫学的に回復不十分なことがある。

罹病した疾病により、免疫低下や続発疾患のおそれがある場合には、治癒後2～4週間を一応の目安として接種間隔をあける。

3-5) 最近1カ月以内の予防接種歴

既往の予防接種の種別を確認し、生ワクチンの場合は4週間以上、不活化ワクチンの場合は1～2週間程度間隔をあける(4-4-1の接種間隔の項参照)。

4. 実施上の注意^{2),3)}

4-1) 接種の間隔⁴⁾

◎生ワクチン(ポリオ、麻疹、風疹)

→ → → 生ワクチン

(BCG, ムンプス, 水痘)

27日以上あける 不活化ワクチン

●不活化ワクチン(DPT, DT, D・T単)

→ → → 生ワクチン

(日脳, インフルエンザ, HB)

6日以上あける 不活化ワクチン

4-2) 接種後の副反応

不活化ワクチンは1～2日、生ワクチンは約3週間程度副反応の出現に注意する。

4-3) 接種当日の入浴、過激な運動

従来、接種当日の入浴は避けるようにされていたが、今日では、生活環境の整備により、注射部位や全身性感染の危険が極めて少なくなったため、今後は差し支えないものとして指導してよい。即時型アレルギーがある場合やBCG接種後においても、約1時間程度観察すれば問題はない。

また、過激な運動はそれ自体でも体調に変化を来しやすいので、接種後1日程度は控えたほうがよい。

4-4) 抜歯、扁桃摘出術、ヘルニア手術など

原則として、緊急性のない場合は予防接種後1カ月程度は避けたほうが望ましいが、緊急性の高い手術や周囲で流行する病気の状況によっては、この限りではない。

5. 種類と副反応^{3),5)}

5-1) 予防接種の種類

i) 不活化ワクチンには、DPT3種混合、DT2種混合、ジフテリア・破傷風の各単独ワクチン、日本脳炎、インフルエンザおよびHBワクチンなどがある。

ii) 生ワクチンには、ポリオ、麻疹・風疹新2種混合、麻疹、風疹の各単独ワクチン、BCG、おたふくかぜ、水痘ワクチンなどがある。

各ワクチンには、それぞれ固有の接種推奨時期があり、また固有の留意点もあるが、詳細は予防接種に関する全般的なガイドブックを参照されたい。

5-2) 接種後の副反応

i) 局所の反応やワクチン成分へのアレルギー反応

一般的に局所の発赤や腫脹、硬結などは、3～4日で消失するが、程度がひどい時は、冷湿布をおこなう。

また、一般的なアレルギー疾患(気管支喘息、アトピー性皮膚炎、蕁麻疹など)やアレルギー体質というだけでは接種要注意者にはならないが、前回ひどい蕁麻疹やアナフィラキシー反応を起こしたものと重度の卵アレルギーをもつものには、ワクチン液による皮内反応をおこなう(日本小児アレルギー学会誌 17: 103-114, 2003, 予防接種リサーチセンター発行: 予防接種ガイドライン p42-43, 2003, p56-57, 2006)。

ii) 発熱

生ワクチンなどでは、接種後一定期間をおいて、発熱がみられることがあるが、一般的には軽微であり、冷却や解熱剤を適宜使用すればよい。

なお、他の原因による発熱もあるので十分観察が必要である。

iii) けいれん

乳幼児期は、けいれんを生じることが多い。したがって、この時期に予防接種をおこなうことにより、けいれんが偶発すると、ワクチンの副反応として捉えられるおそれがあり、けいれん後、不当に長期間予防接種を控える傾向がみられてきた。

そこで、本予防接種ガイドラインでは、けいれん性疾患を既往にもつものに対しても安全か

つ適切な時期に予防接種ができるように配慮した。

☞ 参考：ワクチンの安全性などに関するネットワーク

● Brighton 協会

<http://www.brightoncollaboration.org>

● Clinical Immunization Safety Assessment: “CISA”

www.partnersforimmunization.org/cisa.pdf

Ⅲ. けいれん性疾患をもつ 小児に対する予防接種指針

1. 熱性けいれん

1-1) 疾患の解説と病態

i) 概説

熱性けいれんとは「通常 38℃ 以上の発熱に伴って乳幼児におきる全身けいれん（非けいれん性を含む）で中枢神経感染・代謝異常などの他の原因のないもの」をいう。

乳幼児のけいれんのなかで、もっとも多く見られ、生後 1～2 歳がピークである。

この時期は、各種ワクチンの接種年齢と一致するため、適切なガイドラインの周知、徹底が必要である。

ii) 病態と臨床分類

通常臨床的には単純型と複合型に分類し、発熱に際してのけいれん予防法を分けて考慮するが、今回の予防接種ガイドラインでは一般臨床医をひろく対象とし、熱性けいれんの臨床分類を行っていない。ただし、複合型熱性けいれんのうちで長時間けいれん（15 分以上発作が持続）の既往例は小児科または小児神経専門医が診察を行い、その指示のもとに接種を施行する。

1-2) 予防接種指針（表 1：簡略表）

i) 予防接種実施の際の基本的事項

現行の予防接種は、すべて行って差し支えない。ただし、接種する場合は以下のことを確認しておく必要がある。

- ① 保護者に対し、個々の予防接種の有用性、副反応（発熱の出現時期や頻度など）などの十分な説明と同意に加え、具体的な発熱時の対応策やけいれん出現時対策を指導しておく。
- ② 当面集団接種が原則の BCG やポリオを除いたワクチンは原則として、主治医（担当医）

表 1 熱性けいれん児への予防接種基準
（日本小児神経学会推薦基準）

1. 予防接種実施の際の基本的事項

現行の予防接種はすべて行って差し支えない。

ただし、接種する場合には次のことをおこなう必要がある。

- 1) 保護者に対し、個々の予防接種の有用性、副反応（発熱の時期やその頻度ほか）などについての十分な説明と同意に加え、具体的な発熱時の対策（けいれん予防を中心に）や、万一けいれんが出現したときの対策を指導する。
- 2) 当面集団接種が原則の BCG やポリオを除いたワクチンは原則として主治医（担当医）が個別に接種する。

2. 接種基準

- 1) 熱性けいれんと診断された場合は、最終発作から 2～3 カ月の観察期間をおけば 1-1) の条件のもとで接種が可能である（ただし接種を受ける小児の状況とワクチンの種別により、主治医の判断でその期間の変更（短縮も）は可能。
- 2) 長時間けいれん（15 分以上発作が持続）の既往例は、小児科専門医あるいは小児神経専門医が診察し、その指示のもとに施行する。

3. けいれん予防策

発熱の予測される予防接種では、発熱の出現しやすい時期に発熱を認めたらジアゼパム坐剤を予防的に投与する。ただし予防投与の必要性や下記の用法、用量は、主治医（接種医）の判断により患者ごとに変更しうる。発熱率の比較的高いのは麻疹で、時期は接種後 1～12 日（とくに 7～10 日）、ついで DPT でその時期は 1～6 日（とくに 1～2 日）である（接種日を 0 とする）。

座薬：ジアゼパム坐剤（製品：ダイアップ坐剤 4mg, 6mg, 10mg）

用量：0.4～0.5 mg/kg/回（最大 10mg/回）

用法：37.5℃ 以上の発熱を目安に、速やかに直腸内に挿入する。初回投与後 8 時間経過後も発熱が持続する時は同量を追加投与してよい。

通常、2 回以内の投与で終了とする。状況判断で 3 回目の投与を行ってよいが、3 回目は初回投与から 24 時間後とする。

（注）

- ① 坐剤がない場合はジアゼパム経口剤（製品：セルシン、ホリゾン：散、錠、シロップ）でもよい。投与量は同量で、薬物動態は坐剤とほぼ同じである。
- ② 解熱剤の併用：ジアゼパム坐剤と解熱剤を併用する場合はジアゼパム投与後、少なくとも 30 分以上間隔をあける（解熱剤坐剤の成分がジアゼパム成分を吸収する可能性がある）。経口投与する解熱剤は同時に投与してもよい。
- ③ ジアゼパム投与で眠気、ふらつき、ごく稀に興奮などがみられることがある。

（予防接種ガイドライン 2006 年 3 月改訂）

が個別に接種する。

ii) 接種基準^{2),6)}

- ① 熱性けいれんと診断された場合は、最終発作から2～3カ月の観察期間をおけば1-2-i)の条件のもとで接種が可能である(簡素化のため、初回の熱性けいれんや長時間けいれんの既往例も含め、一律に2～3カ月とした⁷⁾)。
- ② ただし、接種を受ける小児の状況とワクチンの種別により、主治医の判断でその期間も変更(短縮も含む)可能である(初回発作であっても単純型熱性けいれんと診断される場合や複数回でも通常の熱性けいれんと考えられる場合などは短縮可能)。
- ③ 熱性けいれん重積(15分以上けいれんが持続)の既往例は、小児科あるいは小児神経専門医が診察し、その指示のもとに接種する。

1-3) けいれん予防策と発熱対策

i) 熱性けいれん再発予防の意義

熱性けいれんは大部分が良性で、てんかんに移行するのはごく一部に過ぎない。

また、抗てんかん薬により、熱性けいれんの再発は予防できるが、てんかんへの移行は予防できない。したがって、通常の場合は、複数回の熱性けいれん既往児やけいれん重積の予防は重要であるが、単純型熱性けいれんの予防意義は少ない。

一方、予防接種後の有熱時に熱性けいれんの再発予防をおこなうことは、たとえ単純型熱性けいれんの場合でも、その後のワクチン接種をスムーズに進めて行く上で、推奨される(ただし、実際の予防接種の施行に関しては主治医の判断により、変更可能である)。

ii) けいれん予防策の実際

発熱が予測される予防接種では、発熱の出現しやすい時期に熱の前兆($\geq 37.5^{\circ}\text{C}$)を認めた時点でジアゼパム坐剤を予防的に投与する。ただし、予防投与の必要性や用法、用量については、主治医の判断で患者ごとに変更しうる。発熱率の比較的高いのは、麻疹(あるいは麻疹を含む混合ワクチン)、つぎにDPTで、出現時期はそれぞれ接種後1～12日(とくに7～10日)、1～6日(とくに1～2日)である(接種日を0日)。

●座薬：ジアゼパム坐剤

(製品：ダイアップ坐剤 4 mg, 6 mg, 10mg)

●用量：0.4～0.5 mg/kg/回

(最大 10 mg/回)

●用法：37.5℃以上の発熱を目安に、すみやかに直腸内に挿入する。初回投与後、8時間経過後も発熱が38℃以上続いていれば同量を追加投与してよい。

通常はこの2回以内の投与で十分であるが、患児の状況により3回目の投与を初回投与から24時間後に行ってもよい。

(注)① 坐剤がない場合はジアゼパム経口剤(製品：セルシン、ホリゾン：散、錠、シロップ)でもよい。投与量は同量で、薬物動態も坐剤とほぼ同様である⁸⁾。

② 解熱剤の併用：解熱剤の坐剤を併用する場合は、ジアゼパム投与後、少なくとも30分以上間隔をあける(解熱剤の成分がジアゼパム成分を吸収する可能性があるため)。経口の解熱剤は同時に投与してもよい。

③ ジアゼパム投与で眠気、ふらつき、まれに興奮などの軽い副作用が一過性にみられることがあるが、重大な副作用の報告はなく、家庭での予防法として有用である。なお、外国ではジアゼパムを8時間ごとに反復内服する予防法があり、この場合は眠気、覚醒度低下が増強し、脳炎・脳症などにみられる中枢神経症状がマスクされてしまう危険性が指摘されているが、日本での予防法ではこの危険性はきわめて少ない。

④ 熱性けいれんは体温が急激に上昇する際におこりやすく、ジアゼパム坐剤の効果発現まで15分程度かかるので、本剤は発熱の前兆(37.5℃を越え、これから体温が急激に上昇することが予想される時)に気づいた時点で、すみやかにタイミングよく投与しなければならない。なお、発熱が2～3日続く場合でも熱性けいれんは発熱後24時間以内におこるのが大半であるため、1回の発熱のエピソードに対し、ジアゼパムの使用は最大3回までである。

とくに、けいれんが発熱後2～3日経過してから出現した場合は、潜伏する中枢神経系の感染症に注意が必要である。

iii) その他の予防策

ジアゼパム坐剤の使用が難しい場合に、抱水クロラール坐剤（製品：エスクレ坐剤；250 mg, 500 mg）で代用してもよいが、本剤にはゼラチンが含有されているので、予めゼラチンアレルギーの有無をチェックしておく必要がある。用量は、1回30～40 mg/kgで生後3歳までは250 mg, 3歳以上は500 mgである。

1-4) よくある Q and A

i) いつも2～3カ月の観察期間をあげなければなりませんか？

A) 初回の発熱時けいれんでは、熱性けいれんか他の疾患かを鑑別する必要があり、ある程度の経過をみる必要があります。ただし、熱性けいれんの好発年齢が多種類の予防接種をしておきたい時期に一致しますので、発作後の経過観察期間は2～3カ月くらいにとどめましょう。ただし、何らかの発達遅滞などの気になる点があれば、必ず小児科・小児神経の専門医にみてもらうようにしましょう。熱性けいれんと一応診断がつき、しかも単純型ならば、1-3-i)の基準により「1カ月」程度に短縮してもよいと思われれます。症例によって、またワクチン種別（麻疹など緊急性の高いワクチン）によっては、主治医（接種医）の判断で複合型でも1カ月、さらに初回発作後でも1カ月で接種する例もあってよいでしょう。また、いわゆる「緊急接種」の場合はこの限りではありません。

ii) 予防接種後の発熱時にけいれん予防にジアゼパム坐剤を使用することはありますか？

A) けいれんは体温が急激に上昇する際におこりやすく、またジアゼパム坐剤は投与後15分くらい経たないと効果が出ませんので、体温が38℃になってからジアゼパム坐剤を投与しても間に合わないことがあります。したがって、37.5℃を目安に発熱の前兆を認めた時点でタイミング良く、ジアゼパム坐剤を投与することが重要です。

iii) ジアゼパム坐剤は何回まで投与できますか？

A) ジアゼパム坐剤は初回投与後約8時間効果が持続します。8時間後に2回目の投与を行うとさらに約16時間効果が持続します。したがって、この2回の投与により約24時間効果が維持されます。発熱によってけいれんが誘発さ

れるのはほとんど最初の24時間以内のため、初回と8時間後の2回で十分と思います。念のために3回目を投与する場合は初回投与から24時間後としてください。

iv) ジアゼパム坐剤の1回投与量の目安は？

A) けいれんの予防として使用する場合には1回量は0.4-0.5 mg/kgが基準です。

しかし、前回使用時の効果と副作用を参考に投与量を多少増減させることがあります。ジアゼパム坐剤には4 mg, 6 mg, 10 mgの3種類があり、1回投与量によりこれらの中から選択しますが、投与量によっては一部削って投与することもあります。

2. 小児てんかん

2-1) 予防接種に対する基本姿勢

てんかんをもつ小児ではさまざまな伝染性疾患に自然罹患することにより、発熱などのリスクをもっている場合が多い。また、けいれん発作があるためにワクチンの接種機会を逸することが多く、集団生活をおこなう上で支障をきたすことがある。

本指針では、てんかんおよび関連疾患をもつ小児を伝染性疾患から防御して、良好な日常生活を送るため、安全に予防接種がうけられるよう配慮した^{2), 9), 10)}。

2-2) コントロール良好なてんかんあるいは非けいれん発作に終始するてんかん

i) 疾患範囲

幼小児期から学童期に発症する特発性または一部潜因性の全般～部分てんかんのほとんどがこの範疇に属する。また、非けいれん発作に終始するものでは欠神発作や一部の複雑部分発作が該当する。

ii) 接種指針（表2：簡略表）

コントロールが良好な場合では、最終発作から2～3カ月程度経過し、体調が安定していれば現行のすべてのワクチンを接種して差し支えない。

また、非けいれん発作に終始する場合は（たとえ発作が日・週単位であっても）、当日の体調が安定していればすべての予防接種が可能である。

表2 てんかんをもつ小児への予防接種基準
(予防接種リサーチセンター「予防接種
ガイドライン 2005/2006年改訂版」よ
り引用一部改変)

てんかんをもつ小児はさまざまな伝染性疾患に自然罹患することにより、発熱などによるけいれん発作再燃や発作重積症などのリスクをもっている場合が多い。

また、けいれん発作などがあるために予防接種の機会を逸することが多く、患児が集団生活をおこなう上で支障をきたすことがある。

この基準案はてんかんをもつ小児を伝染性疾患から防御して、良好な日常生活をおくるため、安全に予防接種が受けられることを配慮したマニュアルである。

1. コントロールが良好なてんかんをもつ小児では最終発作から2～3カ月程度経過し、体調が安定していれば現行のすべてのワクチンを接種して差し支えない。
また乳幼児期の無熱性けいれんで観察期間が短い場合でも、良性乳児けいれんや軽症胃腸炎に伴うけいれんに属するものは上記に準じた基準で接種してよい。
2. 1. 以外のてんかんをもつ小児においてもその発作状況がよく確認されており、病状と体調が安定していれば主治医(接種医)が適切と判断した時期(脚注1)にすべての予防接種をして差し支えない。
3. 発熱によってけいれん発作が誘発されやすいてんかん患児(とくに重症ミオクロニーてんかんなど)では、副反応による発熱が生じた場合の発作予防策(ジアゼパム坐剤、経口剤など)と万一発作時の対策(抗けいれん剤の使用法、救急病院との連携など)を個別に設定・指導しておく。
4. ACTH療法後の予防接種は6カ月以上あけて接種する。
脚注(脚注2)を参照。
5. 免疫グロブリン大量療法後(総投与量が約1-2g/kg)の生ワクチン(風疹、麻疹、水痘、ムンプスなど)は6カ月以上、それ以下の量では3カ月以上あけて接種する。ただし、接種効果に影響がないその他のワクチン(ポリオ、BCG、DPT、インフルエンザなど)はその限りでない。
6. なお、いずれの場合も事前に保護者への十分な説明と同意が必要である。

(注1) 難治発作をもつ小児では接種までの観察期間を一律に策定することは困難であるが、現在までの専門医へのアンケートによれば概ね以下のようなものである。

- a) 発作が 日・週単位: 1カ月前後
月単位: 1～3カ月程度
- b) 発作重積後ではそれぞれ1～3カ月, 3～6カ月,
新規診断例では3～6カ月程度

(注2) ACTH後の免疫抑制状態における生ワクチン接種による罹患と抗体獲得不全のリスクはACTH投与量、投与方法で差があるので主治医(接種医)の判断で、この期間は変更可能である。

2-3) 難治なけいれん発作をもつてんかんおよびてんかん症候群

i) 難治てんかんの概念

小児てんかんには、抗てんかん薬により、比較的容易に発作が抑制されやすい良性的てんかんが多いが、一方約15～20%程度は、あらゆる適切な治療を十分に実施してもなお発作の抑制が不十分な症例もあり、後者を「難治てんかん」と考えるとわかりやすい。したがって、難治てんかんにおける発作の難治性は医療の進歩により、その内容も出現率も変化し得るものである。

難治のけいれん発作をもつ小児てんかんには、てんかん類型では脳の器質的異常をともなう症候性全般てんかん・症候性局在関連てんかんおよび一部の未決定てんかんがこれに属する。

てんかん症候群としては、ウェスト症候群やレンノックス・ガストー症候群、乳児重症ミオクロニーてんかんや局在関連性の前頭葉・側頭葉てんかん症候群などが重要である。

ii) 予防接種指針

難治あるいはコントロール不良なけいれん発作をもつ小児においても、その発作状況がよく確認されており、病状と体調が安定していれば個別に小児科または小児神経を専門とした主治医(接種医)が適切(注参照)と判断した時期にすべての予防接種が可能である。

難治なけいれん発作をもつ小児に対する予防接種実施に関する前方視調査では、接種後に発作増悪するリスクは4件/229件(1.7%)と少なく、すべて外来対処で完結していたが、自然罹患(とくに麻疹、インフルエンザなど)で発作増悪し、入院加療を受けていたものが多かったことから、予防接種を早期かつ適切なタイミングで励行されたい。

なお、予防接種実施に際しての基本的な確認事項は、熱性けいれんを既往にもつ小児の場合と同様であるが、とくにワクチンのメリット、デメリットの説明と同意、ならびに予防接種後の具体的な対策を十分に指導しておくことが重要である。また、主治医=接種医でない場合は事前に予防接種計画や副反応・発作時の対策などを十分に協議しておく必要がある。

(注) 適切な時期

難治発作をもつ小児では一律に接種までの発

作後の観察期間を策定することが困難であるが現在までの専門医に対するアンケート調査によれば、おおむね以下のように考えられている¹¹⁾。

- ① 発作が日・週単位：約1カ月前後、
発作が月単位：約1～3カ月程度
- ② 発作重積症後：日・週単位、月単位で
各々1～3カ月、3～6カ月程度
- ③ 難治てんかん新規診断例：3～6カ月程度

iii) 接種後の発作予防策

発熱により、けいれん発作が増悪しやすいてんかん類型（乳児重症ミオクロニーてんかん、SMEIなど）や既往にその傾向が認められるものでは、ジアゼパム坐剤を熱性けいれんの予防と同様発熱（前兆である37.5℃以上の早期が望ましい）に気づいた時点で挿入する（用法：1回体重あたり0.4～0.5mg）。また発熱に対しては適宜解熱剤を使用してもよいが、ジアゼパム坐剤挿入後、30分以上は間隔をあける。

なお、全国の専門医への発作増悪に関するアンケート結果によれば、ワクチン種別では麻疹がもっとも重要で、ついでDPT、インフルエンザなどであった。

一方、きわめて少数ながら、ワクチン接種後に無熱で発作増悪する例がある（全国の専門医に対するアンケート調査¹²⁾によれば推定頻度は約0.5%程度）。

ワクチン成分に対する何らかの異常反応、その他が疑われるが、その発現を十分に予知・予測することは、現状では難しい。

したがって、万一の場合に際して、あらかじめ血中濃度を測定し、家庭でも使用できるジアゼパムなどの抗けいれん薬の使用法を個別に設定、指示しておく必要がある。

iv) 救急病院との連携

あらかじめ、家庭で万一、予防接種後に発作が増悪した場合の対応策を個別に指示し、発作に対する観察と対処法をできる限り、具体的に指導しておく。

例えば、発作観察の要点（発熱の有無、意識状態、発作持続時間と性状など）と家庭での抗けいれん剤投与タイミング・用法・用量や緊急受診すべき場合（発作重積状態や全身状態不良のときなど）の病院・主治医との連絡方法を個別に指示しておく。

しかし、担当主治医が遠隔地であることもあるので、すみやかに緊急受診と処置ができるように、事前に近隣の対応可能な救急病院と連携しておくことが望ましい（地域性もあるが、概ね1時間以内に受診できる24時間対応病院が望まれる）。

2-4) よくあるQ and A

Q1 Lennox-Gastaut 症候群と診断されています。過去にけいれん重積症があり、抗けいれん剤を4種類飲み続けていますが、現在でも小型の強直発作が1日に数回あります。予防接種はできますか？

A) 毎日強直発作がある場合でも、発作が短時間で終了し、発作以外の全身状態が安定していて日常生活が普通通りの場合には、主治医とよく相談の上、総合的に判断すればすべての予防接種は可能です。ただし、発熱によって、けいれん重積に陥りやすい傾向がある場合は、接種後1カ月以内の発熱の前兆（ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ）に気付いた時点でジアゼパム坐剤などの抗けいれん剤を使用するなど、個別に設定、指示しておきましょう。また万一発作が重積・遷延した場合のため、すぐに救急病院を受診できるように事前に連携をしておくことも重要です。

なお、専門医へのアンケートによれば、発作が日・週単位の人でも経過観察期間は約1カ月程度、発作重積症後においても約3～6カ月程度とされています（2-3)-ii) 参照）。

Q2 症候性部分てんかんと診断され、抗てんかん薬を3種類飲んでいますが、今まで発熱により、4～5回意識混濁後の全身けいれん重積をおこしています。ジアゼパム坐剤を発熱時に使っていますが、1回の発熱時に何回まで使えるのでしょうか？

A) ジアゼパム坐剤は、初回投与後約8時間効果が持続します。8時間後に2回目の投与を行うとさらに約16時間効果が持続します。したがって、この2回の投与により約24時間効果が維持されます。発熱によってけいれん発作が誘発されるのはほとんど最初の24時間以内のため、初回と8時間後の2回で十分と思います。

さらに投与回数が多くなると、眠気、ふらつき、興奮、覚醒度の低下、分泌物の増加、呼吸抑制などの副作用が出現しやすくなり、とくに

発熱が持続する場合には脳炎・脳症にともなう中枢神経症状がマスクされてしまう可能性もあります。

事前によく主治医と相談し、定期的服薬（一時的な抗けいれん剤の増量も検討）と全身状態の確認を行い、予防接種後の発熱に関してのジアゼパム坐剤の使用法・用量などを設定しておきましょう。

また発熱が遷延する場合は必ず主治医に連絡するようにしましょう。

3. 乳児の無熱性けいれん

3-1) 疾患概念と病態

無熱性けいれんの明確な定義はないが、一般に体温が37.5℃以下で出現した全身けいれんと理解してよい。

乳幼児に無熱性けいれんを起こす疾患は多岐にわたるが、急性一過性に起こるものと反復性（再発性）に起こるものに分けることができる。

前者に含まれる疾患には器質的脳疾患（外傷、脳血管障害、脳腫瘍など）によるものや一過性脳機能異常（窒息による無酸素症、低血糖症、低カルシウム血症などの急性代謝障害、重金属や薬物による中毒など）によるものがある。

一方、後者の代表的疾患はてんかんであるが、その他に頻度が高く重要なものとして良性乳児けいれん、軽症胃腸炎に伴うけいれんを挙げることができる。

良性乳児けいれんは主として乳児期に無熱性けいれんを以て発症する。患児の発達は正常で、発作間欠期脳波に異常はみられない。発作型は全身性強直間代発作とされるが、発作時脳波の検討からはその多くが部分起始二次性全般化発作と考えられている。時に発作群発を示すが適切な抗てんかん薬治療により良くコントロールされ、幼児期には発作が消失する予後良好な疾患である。

軽症胃腸炎に伴うけいれんは、3歳ぐらいまでの乳幼児に脱水や電解質異常を欠く軽度の下痢に伴って無熱性けいれんのおこる疾患である。便中に高率にロタウイルス抗原が証明される。患児の発達や発作間欠期脳波は正常であること、発作型は全身性強直間代発作（二次性全般化発作）であること、短時間に群発する傾向があるが抗てんかん薬に対する反応は良好であることは良性乳児け

いれんと同様である。再発は稀で予後良好であり、長期にわたって抗てんかん薬を投与する必要はない。

3-2) 予防接種指針¹²⁾

明らかに急性一過性無熱性けいれんの範疇に入る場合や軽症胃腸炎に伴うけいれんの場合、接種当日の体調が安定していれば現行のすべてのワクチンを接種して差し支えない。

良性乳児けいれんと診断された場合、コントロール良好なてんかんあるいは非けいれん発作に終始するてんかんの接種指針2-2)-ii)に沿って接種してよい。すなわち、最終発作から2～3カ月程度経過し、体調が安定していれば現行のすべてのワクチンを接種して差し支えない。

3-3) よくある Q and A

Q1 良性乳児けいれんと診断するにはどうしたらよいですか？

A) 良性乳児けいれんの確定診断は、上記の臨床的特徴を持つ児を長期間にわたり経過観察を行い、良好な予後が確認されてはじめて可能になります。実際てんかんと鑑別が容易ではない例も少なくありませんので、確定診断は小児神経科医に委ねるのが望ましいと考えられます。

Q2 軽症胃腸炎に伴うけいれんと診断するにはどうしたらよいですか？

A) 軽症胃腸炎に伴うけいれんは現在ではてんかんとは異なる一つの疾患単位として広くその存在が認められてきています。上記の臨床的特徴を有する無熱性けいれん児をみた場合まずは本症と診断し、無投薬で経過をみてよいと考えられます。

Q3 接種年齢に達したときに良性乳児けいれんなのかてんかんなのかの確定診断に至っていない場合にはワクチン接種はどのようにすればよいでしょうか。

A) まだ観察期間の短い場合などが該当すると考えられますが、この場合にも確定診断例と同じく、コントロール良好なてんかんあるいは非けいれん性発作に終止するてんかんの接種指針2-2)-ii)に沿って接種して差し支えありません。

文 献

- 1) 加藤達夫：定期予防接種実施に関する法改正。小児科 47: 421-427, 2006.
- 2) 予防接種ガイドライン等検討委員会，厚生労働省健康局結核感染症課監修，予防接種ガイドライン。（財）予防接種リサーチセンター，東京，2005/2006年改訂版。
- 3) R-BOOK 2003—小児感染症の手引き—日本翻訳版，米國小児科学会編，岡部信彦監修，日本小児医事出版社，東京，2004.
- 4) 庵原俊昭：望ましい接種時期と接種方法。小児科診療 67: 2005-2011, 2004.
- 5) 安井良則，藤井敏敏：接種後の副反応。小児科診療 67: 2026-2037, 2004.
- 6) 粟屋 豊：熱性けいれんをもつ小児に対する予防接種基準。小児科臨床 55: 1127-32, 2002.
- 7) 伊予田邦昭，岡崎富男，石田喬士ら：熱性けいれんを既往に有する小児に対する予防接種の前方視的研究—広島県でのアンケート調査結果から—。脳と発達 35: 532-534, 2003.
- 8) 皆川公夫，水野 諭，白井宏章ら：ジアゼパムシロップ発熱時間欠投与による熱性けいれんの再発予防効果に関する薬物動態学的検討。脳と発達 17: 162-167, 1985.
- 9) 永井利三郎：けいれん性疾患の予防接種。小児科臨床 58: 1491-1499, 2005.
- 10) 粟屋 豊，永井利三郎：てんかん，重症心身障害児（者）への予防接種基準。脳と発達 37: 251-256, 2005.
- 11) 伊予田邦昭，永井利三郎，田辺卓也ら：てんかん接種基準案による前方視的アンケート調査，厚生労働科学研究，医薬品・医療機器レギュラトリーサイエンス，総合研究事業「ワクチンの安全性向上のための品質確保の方策に関する研究」平成 17 年度研究班会議資料，PP111-116, 2006.
- 12) 山本克也：乳幼児期に無熱性けいれんの既往にある児における麻疹ワクチン接種状況，厚生労働科学研究，医薬品・医療機器レギュラトリーサイエンス，総合研究事業「ワクチンの安全性向上のための品質確保の方策に関する研究」平成 17 年度報告書，PP137-139, 2006.

広島県地域保健対策協議会子育て環境整備専門委員会
小児に対する安全で有効な予防接種システム検討部会
部会長 田中 義人 広大大学院保健学研究科
委員 荒川 勇 広島県福祉保健部保健医療総室
池田 政憲 国立病院機構 福山医療センター
伊予田邦昭 広島市立 広島市民病院
奥野 博文 広島市社会局保健部
鎌田 政博 広島市立 広島市民病院
佐藤 義典 呉市保健所
西本千恵美 福山市保健所
福原 里恵 県立広島病院
堀江 正憲 広島県医師会
渡邊 弘司 呉市医師会

小児救急医療体制検討特別委員会

目 次

広島県内のより良い小児医療提供体制の構築に向けて

- 1 県民と患者の保護者に対する意識調査
- 2 医療提供側（小児科単科標榜医，小児科副標榜医，小児科標榜病院長，
および市町行政長）に対する意識調査

I. は じ め に

II. 調 査 方 法

III. 調 査 結 果

IV. 考 察

小児救急医療体制検討特別委員会

(平成 17 年度)

広島県内のより良い小児医療提供体制の構築に向けて

- 1 県民と患者の保護者に対する意識調査
- 2 医療提供側（小児科単科標榜医，小児科副標榜医，小児科標榜病院長，および市町行政長）に対する意識調査

広島県地域保健対策協議会・小児救急医療体制検討特別委員会

委員長 桑原 正彦

I. はじめに

21 世紀に入って、さらに少子高齢化が進展している。広島県も例外ではない。平成 17 年 3 月末の人口動態統計によると、広島県は戦後初めて人口減少県に転じた¹⁾。

「少ない子どもを大切に育てる」という子育て観は、既に定着をしてきた。一方「病気になったら小児科医へ」という保護者の希望もほぼ一般化してきている。

しかし、広島県内の大都市も含めて、小児医療提供体制の整備が十分でない地域では、県民のそれぞれの希望が叶えられず、そのことが医療に対する不信と不満を抱く一因となっている。

平成 17 年度の本委員会は、現行の広島県の小児医療提供体制に対する希望と今後広島県が構築を模索している小児医療の集約化・重点化に対する意見を医療の利用者側と医療提供者側との両面から調査した。

それらの結果を集約して、今後の広島県の小児医療提供体制を整備する上での、重要な資料とする予定である。

II. 調査方法

1. 調査方法と対象

県内 8 地域事務所別に、各対象分野向けのアンケート調査票を作成して、広島県地域保健対策協議会事務局から郵送して FAX で回収した。一部は手渡しでお願いし、その場で回収した。

その対象は、

1 県民と患者の保護者に対する調査

a) 保護者に対して

広島県内の 8 地域事務所を通じ、管内の保育所に依頼して、保護者 2,837 名にアンケート用紙の配布を行った。アンケートは各保育所で取りまとめて各地域事務所を経由して広島県医療対策室に送られた。回収数は 2,000 名 (70.5%) であった。

2 医療提供側に対する意識調査

b) 広島県内の小児科診療所または病院小児科に所属する小児科医 343 名に対して郵送によりアンケート依頼をし、FAX で回収した。回収数は 160 名 (46.7%) であった。

c) 広島県内で小児科を副標榜科としている医師 219 名にアンケートを、2-b) と同様の方法で行った。回答数は 72 名 (32.9%) であった。

d) 県内の小児科を設置している病院 76 施設の病院長に対して郵送によりアンケートを依頼、回収数は 47 施設 (61.8%) であった。

e) 県内の 23 市町の長に対して、郵送によりアンケートを依頼した。回答数は 23 市町 (100%) であった。

2. 調査時期

1-a) に関しては、調査日を平成 18 年 2 月 27 日 (月) から平成 18 年 3 月 3 日 (金) までとした。2-b), 2-c), 2-d), 2-e) に関しては、平成 18 年 2 月 10 日 (金) を回収最終日とした。

3. アンケート内容

対象分野ごとに、調査内容を変更しているが、詳細はⅢのとおりである。

Ⅲ. 調査結果

1 県民と患者の保護者に対する調査

1-a) 保護者への調査

各地域事務所管内の回収数は次の表の通りである。

表 1

事務所	配布数	回収数
海田	280	182
広島	350	243
呉	350	187
芸北	300	192
東広島	400	300
尾三	400	293
福山	350	302
備北	407	301
計	2,837	2,000

問 1 「あなたのお子さんはおいくつですか」

保育所の園児の保護者を対象としたことも影響しているが、4歳以上6歳未満児がもっとも多い。

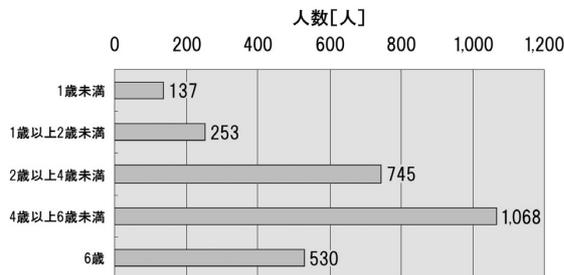


図 1 あなたのお子さんはおいくつですか？

問 2 「お子さんは、昼夜を含めてどの位の間隔で医療機関にかかりますか」

各管内とも、月に1～2回、ついで年に5～6回のほぼ同じ割合であった。

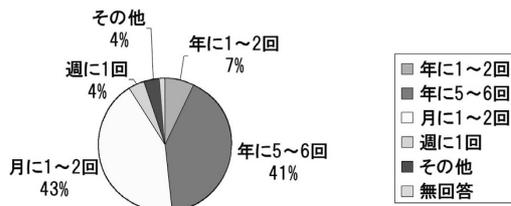


図 2 どのくらいの間で医療機関にかかりますか？

月に1～2回受診をすると答えた部分を地域事務所管内別に比較すると、ほとんど差が出なかった。

問 3 「お子さんのかかる医療機関は次のどれでしょうか」

県内全体では、小児科医院が多く1,344件、病院小児科662件、内科・小児科診療所271件と続く。耳鼻咽喉科95件、皮膚科30件、歯科9件、整形外科4件、眼科2件となった。管理事務所別では、備北と芸北は病院小児科が小児科診療所を上回った。

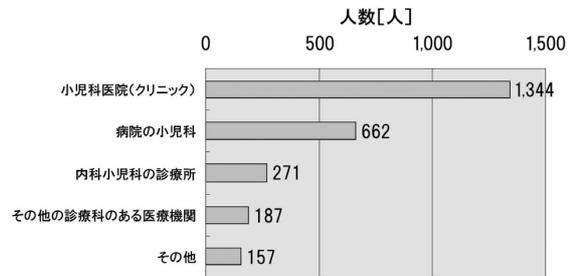


図 3 お子さんがかかる医療機関は次のどれですか？

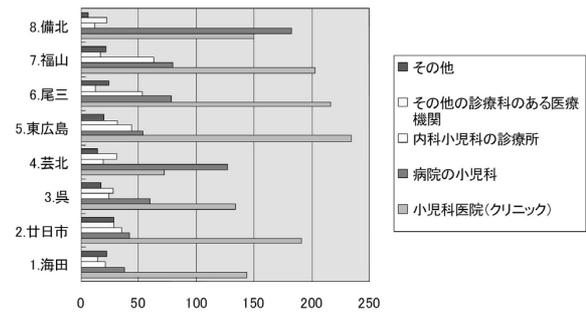


図 4 問 3 お子さんがかかる医療機関のある管理事務所

問 4 「お子さんにはかかりつけの医療機関がありますか」

全地域を通じてかかりつけ医療機関を持っていないものは、93/2,000 (4.7%)であり、ほとんどはかかりつけ医を持っている。しかし、設問 4-1「かかりつけ医は小児科医ですか」に対して、「小児科医ではない」と回答したのは、125/1,890 (6.7%)であり、予想外の結果であった。

表 2

地域	小児科医	小児科医以外	かかりつけ医はない	その他
1. 海田	152	15	0	1
2. 廿日市	210	14	2	3
3. 呉	145	21	0	4
4. 芸北	159	14	0	0
5. 東広島	254	22	0	6
6. 尾三	270	8	1	1
7. 福山	252	21	1	3
8. 備北	268	10	2	1

* 「今現在、かかりつけ医療機関までどの位の時間がかかりますか」に対して、「30分以内」が1,532/1,813件（84.5%）であるが、「1時間以上かかる」が53/1,812件（2.9%）であった。

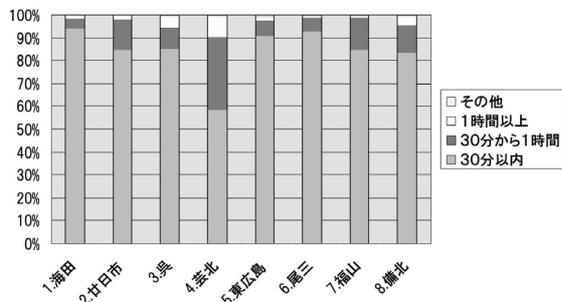


図5 問4-2 かかりつけの病院までの時間

* 「かかりつけ医は休日夜間（診療時間外）でも診てくれますか」について、

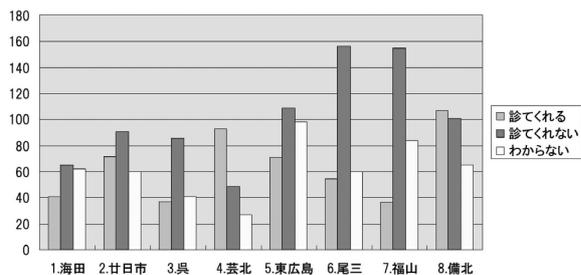


図6 問4-3 かかりつけ医は休日夜間（診療時間外）も診てくれますか

「診てくれる」512/1,835（27.9%）、「診てくれない」812/1,835（44.3%）、「判らない」497/1,835（27.1%）であった。芸北、備北地区における「かかりつけ医」の努力が伺われる。一方、「わからない」の回答が多いのは重要である。

問5 「あなたのお子さんが急に体調が悪くなった時、どうしますか」

「どこか、今診てもらえる医療機関へ」というのが、自然の成り行きであるが、「救急車を呼ぶ」が合計16.2%、「小児救急電話相談で相談する」が1.7%あることに注目したい。現段階では、県民が公な体制にかなり依存している。

表3

地域	誰かに相談する	行く	救急車を呼ぶ	場台によって	家の車かタクシーで医療機関に行く	電話相談に相談する	子どもの救急	その他
1. 海田	22	1	31	119	3	6		
2. 廿日市	51	6	35	133	12	5		
3. 呉	22	2	25	128	1	8		
4. 芸北	28	1	27	124	3	8		
5. 東広島	40	2	48	190	6	13		
6. 尾三	32	0	44	209	0	6		
7. 福山	49	7	59	169	7	11		
8. 備北	23	3	33	231	1	10		
全体	267	22	302	1,303	33	67		

問6 「あなたの周りで、子どもの具合が急に悪くなった時に、相談できる人は誰ですか」

表4 相談できる人

	人数	割合
親	1,319	66.0%
友人	227	11.4%
祖父母	120	6.0%
その他	159	8.0%
いない	132	6.6%
わからない	35	1.8%
無回答	8	0.4%

回答のうち、「親」が1,319/1,992件（66.2%）、「友人」227/1,992（11.4%）であったが、「祖父母」120/1,992件（6.0%）は他の調査に較べて少ない。また、「相談する人がいない」が132/1,992件（6.6%）いる事実は、重要である。

表5 表4の「その他」の内容

	人数	割合
夫・妻	56	35%
姉妹・兄弟	37	23%
医師・かかりつけ医	15	9%
病院	10	6%
親戚	7	4%
看護師	6	4%
自分（看護師）	4	3%
救急電話相談	3	2%
職場	3	2%
義姉	2	1%
保育士	2	1%
その他	7	4%
無回答	7	4%

問7 「こども救急電話相談 (082-505-1399) について
知っていましたか」

「知っている」「利用したことがある」合計 930/2,000 件 (46.5%) であるのは、さすが国内最初のシステムを立ち上げた県である。しかし、「知らない」1,040/2,000 件 (52.0%) あることは、たえず広報する必要性を感じる。

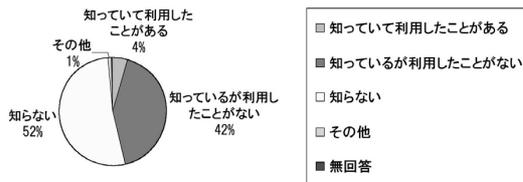


図7 こども救急電話相談を知っていますか？

問8 「どんなときに夜間救急医療機関にかかろうと思われませんか」(複数回答)

小児の時間外、特に夜間の受診は、保護者から見ればそれなりの理由がある。

「ひきつけ」、「発熱」、「ぐったり」、「苦しそう」、「嘔吐」、「頭を打った」、「顔色が悪い」などの順である。

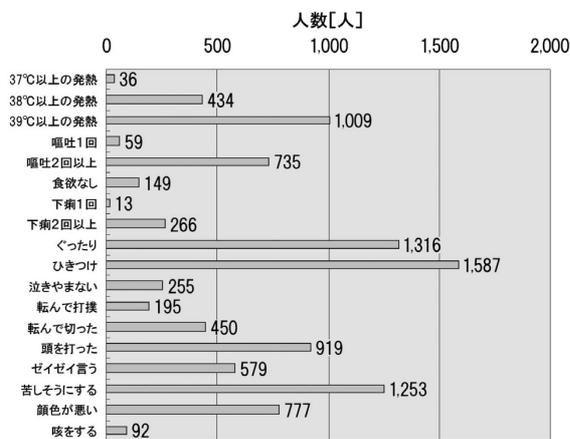


図8 どんな時、夜間救急にかかりますか？

問9 「あなたのお子さんは最近1年間に、実際に休日または夜間(午後7時以降)に医療機関に行ったことがありますか」

「行ったことがある」1,218/2,000 (60.9%) であった。「その時、どこに行きましたか」の問いに対して、かかりつけ医 254/1,218 (20.9%)、休日夜間急患センター 517/1,218 (42.4%)、救急病院 320/1,218 (26.3%)、その他 109/1,218 (8.9%) であった。

表6 その他の内訳

	人数
当番医	48
休日診療所	13
夜間小児診療所	6
広島西医療センター	3
庄原赤十字病院	3
三次中央病院	3
近くの病院	3
休日夜間診療所	2
農協病院	2
大学病院	2
舟入病院	2
総合病院	2
その他	9
無回答	11

「診察してもらいましたか」の問いに、「診てもらった」1,199/1,218 (98.4%)、「診てもらえなかった」3/1,218 件 (0.2%) であった。

「その時診察した医師は小児科医でしたか」の問いに、「はい」809/1,199 (67.5%)、「いいえ」298/1,199 (24.9%)、「わからない」90/1,199 (7.5%) であった。「診てもらえなかった」3件の詳細は不明である。

問10 「救急で医療機関にかかったとき、小児科専門医に診てほしいと思いますか」

「小児科専門医に診てほしい」1,624/2,000 (81.2%)、「内科・小児科を掲げている医師なら良い」317/2,000 (15.9%)、「時間外の救急なので小児科医でなくて良い」32/2,000 (1.6%) であった。

問11 「夜間救急当番をしている小児科医は翌日の勤務はどうしていると思いますか」

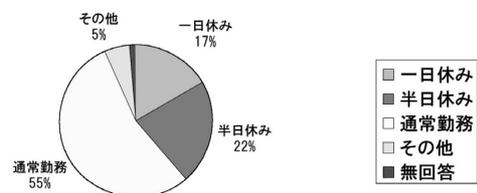


図9 夜間救急当番をしている小児科医の翌日の勤務は？

「通常勤務をしている」1,091/2,000 (54.6%) と回答した。保護者は小児科医の勤務実態を理解してくれていない。

問12 「厚生労働省では、小児科医の不足と過重労働を軽減すると同時に24時間365日体制の充実した小児医療体制がとれるように小児科医師や設備の再編を行って一定の地域内で1カ所の病院に機能を集約しようという“小児医療資源の集約化・重点化”構想が検討されています。この構想がある事をご存知ですか」
「知らなかった」1,428/2,000 (71.4%)であった。

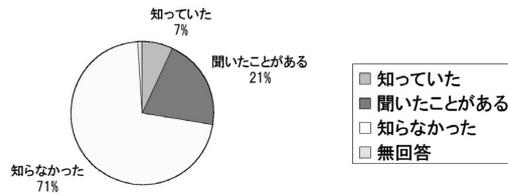


図10 この構想があることをご存じでしたか？

問13 「小児科医が少ない、あるいは、偏在しているために小児科医へ過重の負担がかかり、このことがまた悪循環となって問題を大きくしていますが、小児科医の不足や偏在についてご存知でしたか」
「知らなかった」442/2,000 (22.1%)の回答は驚きであった。

表7

	人数	割合
知っていた	1,363	68.2%
知らなかった	442	22.1%
わからない	176	8.8%
無回答	19	1.0%

問14 「この構想では夜間時間外には医療機関が若干遠くなるのが予想されますが、休日・夜間に診てもらえる医療機関へはどのくらいの所要時間なら許容できますか」

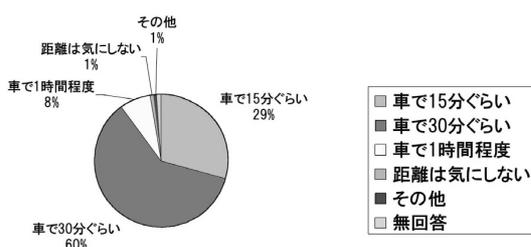


図11 この医療機関へはどのくらいの所要時間なら許容できますか？

「車で15分ぐらい」589/2,000 (29.5%)と「車で30分ぐらい」1,213/2,000 (60.7%)をあわせて、90.1%は30分以内を希望している。「距離は気にしない」16/2,000 (0.8%)が含まれていた。

問15 「小児科医不足の現状を考え、24時間365日対応してくれる施設ができるならば、少しぐらいアクセスが悪くてもいいと、この小児医療の集約化・重点化構想に賛成できますか」

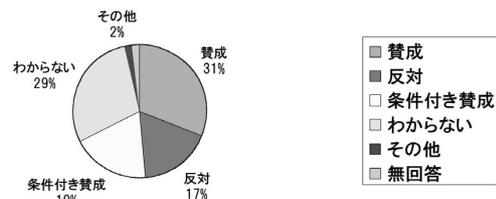


図12 少しぐらいアクセスが悪くてもいいと、この集約化・重点化構想に賛成できますか？

「賛成」624/2,000 (31.2%)と「条件付き賛成」375/2,000 (18.8%)の合計で50.0%が賛意をあらわした。しかし、「わからない」584/2,000 (29.2%)、「反対」346/2,000 (17.3%)であり、本構想の実現のためには、今後かなりの努力が必要である。

賛成する条件については、アクセス、待ち時間、医師の質、小児科医の数、等をあげている。

表8 賛成する条件

	人数	割合
病院までの距離・時間が短い、アクセスが良い	196	52.3%
病院での待ち時間が短い	86	22.9%
医師の質が良い(教養・対応ともに)	21	5.6%
小児科医の数を増やす	14	3.7%
現在ある病院を残す	10	2.7%
駐車場の確保・完備	6	1.6%
その他	39	10.4%
無回答	3	0.8%

「その他」の内容は、「応急処置のアドバイスや相談を受ける」5件、「必ずその場で診療・治療が受けられる」3件、「交通費の補助」2件、「フルタイム対応」2件、「かかりつけ医がいる」2件、「遠距離者への優遇」1件、「当番医制を残す」1件、「かかりつけ病院のカルテの内容がわかる」1件、「診療費の引き下げ」1件などである。

問16「お子さんの病気や救急のとき、どのような救急体制が望ましいですか」（自由記載）

各地域事務所の医療事情によって、住民の意見や希望も少しずつ変化している。しかし、「待ち時間の短縮・すぐ診てもらえる」は、芸北、備北以外で一位であった。

表9

	人数
待ち時間の短縮・すぐ診る	179
近くまたは交通の便利な場所に医療機関がある	106
小児科医（専門医）が診る	90
24時間体制または早朝・夕方遅く・休日も診る	63
電話相談機関の設置または病院が電話で相談に乗る	50
丁寧な診察・わかりやすく説明・詳しい検査	36
対応をもっと良くする（医師・看護師・受付）	33
かかりつけ医が診る（時間外でも）	26
医師の数を増やす・または増える政策をとる	26
重症の人を優先して診る	25
追い返す・たらい回し等せず受け入れる	20
本当に救急の時だけ利用する	14
信用できる技術の高い医師（ベテラン医師）が診る	13
現状に満足	12
医療体制・医療設備の充実	9
薬を1日分だけでなく数日分出す	8
各市町村（一定地域内）に1ヵ所の救急病院	7
総合病院でいつでも診てほしい（小児科医に）	7
「こどもの救急電話相談」をもっと普及させる	7
複数の医師を配置する	7
「こどもの救急電話相談」を24時間体制にする	6
次の日にかかりつけ医に行かなくても良いような診察	6
親に応急処置の方法を教える・講習をする	6
その他	227

「その他」には、「小児科医の待遇を良くする・勤務体制の改善」5件、「田舎にも病院をつくる・田舎の診療所に小児科医を置く」5件、「気がねなく利用できる病院」5件、「親身になって診てくれる先生」5件、「ほかの診療科の医師は電話で小児科医に指示を受ける」5件、「待ち時間に応急処置をしてほしい」4件、「かかりつけ医の受診歴・カルテがわかるようにする」4件、「他の病気が感染しないように待合室を分けてほしい」4件、「各市町村（一定地域内）に当番医制を」4件、「かかりつけ医に電話相談できる」3件、「医師の質・レベル・技術の向上」3件、「子ども病院がある」2件、「小児科の診療点数を上げる」2件、「自宅に往診してほしい」2件等であった。

2 医療提供側への調査

2-b) 広島県内の小児科診療所または病院小児科に所属する小児科医 343 名に対して

平成 18 年 2 月現在、日本小児科学会広島地方会へ所属している医師は 343 名である。また、ほとんど重複しているが、広島県小児科医会へ所属している医師は 293 名である。

本調査は、上記 343 名に対するアンケート調査である。得られた回答は 160 名、回答率 46.6%であった。

問 1 「あなたの年齢について教えてください」

表10

	人数
30歳未満	3
30～39歳	28
40～49歳	42
50～59歳	51
60～69歳	20
70歳～	16

問 2 「あなたの性別について教えてください」

男性 109 名、女性 50 名、無回答 1 名。

問 3 「あなたの標榜科（専門科）は何ですか」

小児科専門 147 名、小児科・内科 12 名、その他 1 名。

問 4 「小児科に関わってからの経験年数はどの位ですか」

表11

	人数
10年未満	13
10～19年	32
20～29年	57
30～39年	38
40年以上	19
無回答	1

問 5 「お住まいはどちらですか」

表12

	人数		人数
広島市	79	三原市	6
呉市	19	廿日市市	5
福山市	17	三次市	3
尾道市	9	安芸高田市	2
東広島市	8	府中市	1
安芸郡	8	山県郡	1

回答の得られた小児科医はほぼ、県内全域に居住している。

問6「勤務区分について教えてください」

開業医 86名, 勤務医 73名, その他 1名。

問7「勤務形態について教えてください」

常勤 155名, 非常勤 4名, 無回答 1名であった。

問8「勤務先は病院ですか, 診療所ですか」

診療所 92名, 病院 66名, その他 2名であった。

問9「現勤務先の(あるいは開業されてからの)勤務年数を教えてください」

表13

	人数
5年未満	50
5～10年	25
10～19年	39
20～29年	29
30～39年	9
40年以上	8

勤続5年未満が50/160(31.3%), 10～19年未満が39/160(24.4%)が多い。

問10「あなたの病院または診療所で, 小児医療に携わっている医師は何人ですか」

1人で92/160(57.5%)が圧倒的に多いが, 診療所医師が多く含まれている。2人18/160(11.3%)は, 病院勤務医が多く, 一部診療所医師である。

表14

	人数
1人	92
2人	18
3人	6
4人	3
5人	7
6人以上	31

問11「小児の救急医療体制のうち, すでに協力しているものがあれば, 教えてください」

表15

(N=160)

	人数
在宅当番制のみ	17
在宅当番制+休日夜間センター当番	35
在宅当番制+休日夜間センター当番+二次輪番制	2
在宅当番制+休日夜間センター当番+小児救急電話相談	18
休日夜間センター当番のみ	24
二次輪番制のみ	6
休日夜間センター当番+二次輪番制	3
小児救急電話相談のみ	20
その他	20
無回答	15

地区医師会主導の「在宅当番医制度」あるいは「休日夜間急患センター」, 「二次輪番病院制」には, かなりの小児科医が協力している。

問12「問11で, まだ参加していないけれど, 今後協力してもよいものがあれば教えてください」

表16

	人数
在宅当番医制	3
休日夜間センター当番	8
二次輪番制	2
小児救急電話相談	3
その他	4
無回答	143

その他の回答で, 「何回かの研修後ならできるかもしれない」「休日昼間のセンターなどがあれば協力したい」があった。

問13「協力していない方はその理由を教えてください」

「無回答」127/160(79.4%)があったが, 「その他」20/160(12.5%)の内訳は下記のとおりであった。

表17

	人数
昼間の学校医業務があるため	2
予防接種業務に協力している	7
学校の検診に行っているため	4
その他	20
無回答	127

さらに, 「その他」20件の内訳は, 「高齢のため」「保健センターの健診がある」「現在の状態で十分多忙である」「自院業務と公務員職務規定のため」「方針が明らかでなく, どんな協力を望まれているのか判らない」などであった。

問14「時間外に患者を診察することがありますか」

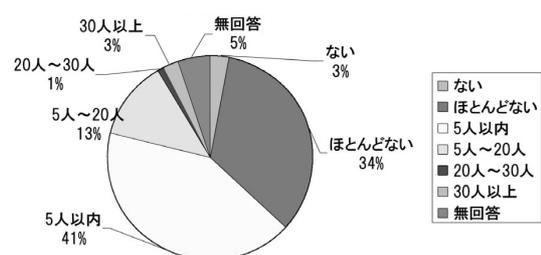


図13

「ない」「ほとんどない」「無回答」合計で 67/160 (41.9%) であり、6 割の小児科医は時間外の診療をしている。これを少ないと見るか、多いと見るか。

問15「このような集約化・重点化が必要だと思いますか」

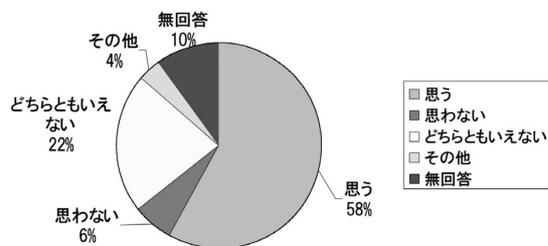


図14

93/160 (58.1%) は「必要である」と回答した。一方「必要と思わない」は、10/160 (6%) に過ぎなかった。

「その他」6件については、「アイデアが分散しすぎるのではないかと、発想についていけない」「困難だと思う」「高次救急の充実が同時に計られる必要がある」「他県との県境にある病院の役割も考慮する必要あり」「現状では輪番制が機能している」「中途半端な集約化は救急体制の崩壊になる」などの意見があった。

問16「このような集約化・重点化が導入された場合、連携病院は強化病院に対して機能の移転をはかるとか、強化病院から医師派遣などが行われるかもしれません。その場合あなたは協力できますか」

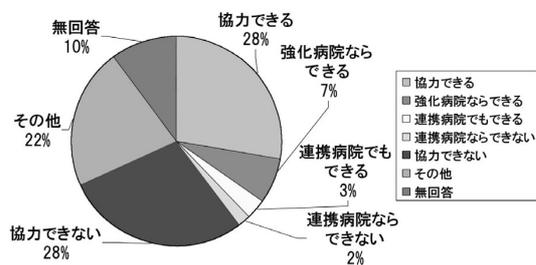


図15

「協力できる」と「協力できない」45/160 (28.1%) で相半ばした。

「その他」35/160 (21.9%) では、「協力したい気持ちはあるが、内容による」「回数に応じて」「電子カルテのシステムや情報の共有が条件」「診療所なので答えられない」「よくわからない」等であった。

問17「救急病院へ支援に行くことを求められた時、協力するための要件はどれですか」

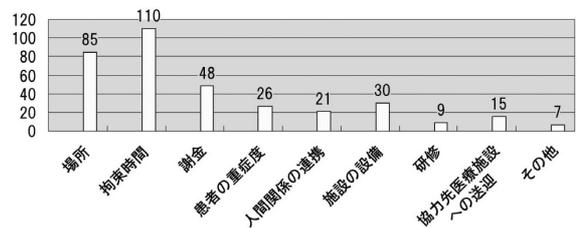


図16

「拘束時間」110/160 (68.8%) と「場所」85/160 (53.1%) が要件として重要である。

問18「16の問いで、協力できない理由を教えてください」(複数回答)

表18

理由	人数
自分の病院での診療で精一杯だから	44
義務とは思わないから	5
他の病院での診療はしたくないから	7
自分の時間がなくなってしまうから	10
報酬が少ないから	2
集約化・重点化自体が必要とは思わないから	6
その他	24

「その他」24/160 (15.0%) の意見について、「現在でも舟入病院の当番はストレスになっている」「体力的に自信がない」「自分の病院が強化または連携かどちらかによって違う」「時間外でも必ず自分の病院で診察しなければならない患者さんもある。他院へ行く余裕はない」「現時点で自分のクリニックの日曜診療を実施し、それに他への協力もしているため」「集約化・重点化のイメージがわからない」「家の事情がある」等である。

問19「小児救急医療や厚生労働省の集約化・重点化に対してご意見がありましたらご自由に記載してください」

(省略)

2-c) 小児科を副標榜とする他科の医師へのアンケート調査

小児科医を副標榜とする他科の医師 219 名にアンケートを送付して、72 名の回答があった。回答率 32.8% であった。

問 1 「あなたの年齢を教えてください」

表19

	人数
30 歳未満	0
30～39 歳	2
40～49 歳	10
50～59 歳	20
60～69 歳	11
70 歳～	27
回答なし	2

問 2 「性別について」

男性 64 名，女性 8 名。

問 3 「あなたの標榜科はなにですか」

「小児科専門」4/72 (5.6%)，「内科・小児科」53/72 (73.6%)，「その他」14/72 (19.4%)，「無回答」1/72 (1.4%) であった。

問 4 「小児科に携わってからの経験年数は」

表20

	人数
10 年未満	6
10～19 年	17
20～29 年	12
30～39 年	12
40 年以上	21
回答なし	4

2-b) の対象と比較して長い経験年数をもっていた。

問 5 「お住まいはどちらですか」

表21

	人数		人数
広島市	28	安芸高田市	1
呉市	7	豊田郡	1
福山市	10	大竹市	1
尾道市	4	江田島市	1
東広島市	3	深安郡	1
安芸郡	1	庄原市	1
三原市	3	世羅郡	1
廿日市市	1	回答なし	5
三次市	3		

広島市の内訳を見ると、

表22 広島市の内訳

	人数		人数
中区	7	安佐南区	3
西区	4	安佐北区	3
南区	8	安芸区	1
東区	1	佐伯区	1

であった。

問 6 「勤務区分について」

「開業医」61/72 (84.7%)，「勤務医」9/72 (12.5%)，「その他」2/72 (2.8%) であった。

問 7 「勤務形態について」

「常勤」68/72 (94.4%)，「非常勤」1/72 (1.4%)，「その他」3/72 (4.2%) であった。

問 8 「勤務先は」

「診療所」65/72 (90.3%)，「病院」5/72 (6.9%)，「その他」2/72 (2.8%) であった。

問 9 「現勤務先（あるいは開業されてからの）での勤務年数は」

表23

	人数
5 年未満	5
5～9 年	6
10～19 年	17
20～29 年	11
30～39 年	10
40～49 年	13
50 年以上	7
回答なし	3

問10 「あなたの病院または診療所で、小児医療に携わっている医師は何人ですか」

表24

	人数
1 人	60
2 人	3
3 人	2
4 人	1
5 人	0
6 人以上	1
回答なし	5

「1 人」60/72 (83.3%) が圧倒的に多い。

問11 「小児の救急医療体制のうち、既に協力しているものがあれば教えてください」

表25

	人数
在宅のみ	25
在宅+休日夜間センター当番	1
在宅+休日夜間センター当番+二次輪番制	0
在宅+休日夜間センター当番+小児救急電話相談	1
休日夜間センター当番のみ	4
二次輪番制のみ	1
休日夜間センター当番+二次輪番制	0
小児救急電話相談のみ	3
その他	7
回答なし	30

「その他」7/72 (9.7%) の意見では、「高齢のため」4件、「現在は小児科をやっていない」2件等であった。

問12 「問11 でまだ参加していないが、今後参加してもよいものがあれば教えてください」

「その他」2/72 (2.8%) では、「休診日に急患を診療」、「消防署の依頼があったとき」の意見であった。

表26

	人数
在宅当番制	6
休日夜間センター当番	2
二次輪番制	0
小児救急電話相談	4
その他	2
回答なし	16

問13 「問11 で協力していない方はその理由を教えてください」

「無回答」30/72 (41.7%) について、

表27

	人数
学校健診があるため	3
予防接種業務に協力している	6
学校の検診に行っているため	4
その他	10
回答なし	7

「その他」10/30 (33.4%) の意見として、「地域的な問題」「時間の問題」「内科が主であるから」「内科の当直をやっているから」「高齢」「病気」等があった。

問14 「時間外に患者を診察することがありますか」

表28

	人数
ない	12
ほとんどない	37
1日に5人以内	0
1日5人~20人	18
20人~30人	0
回答なし	5

問15 「このような集約化・重点化が必要だと思いますか」

表29

	人数
思う	37
思わない	3
どちらともいえない	18
その他	2
回答なし	12

「その他」の意見では、「広報の重要性」「必要だが、かかりつけ医のパワーアップがいる」があった。

問16 「このような集約化・重点化が導入された場合、連携病院は強化病院に対して機能の移転を図ったり、また強化病院からは連携病院に医師派遣等が行われるかもしれません。その場合、あなたは協力できますか」

表30

	人数
協力できる	9
自分の病院が強化病院になる場合には協力できる	0
自分の病院が連携病院でも協力できる	0
自分の病院が連携病院なら協力できない	0
いずれにせよ協力できない	38
その他	6
回答なし	19

「その他」6件は、「対象外である」「診療所開業なので協力できない」、ほかに「高齢」4件であった。

問17 「救急病院に支援に行くことが求められた時、協力するための要件はどれでしょうか」(複数回答)

「場所」18/72 (25.0%) と「拘束時間」20/72 (27.8%) に問題があるほかに、「患者の重症度」16/72 (22.2%) をあげている。

表31

	人数
場所	18
拘束時間	20
謝金	7
患者の重症度	16
人間関係の連携	6
施設の設定	5
研修	8
協力先医療施設への送迎	7
その他	4

「その他」4/72 (5.6%) の意見では、「重症患者は病院医師の協力が要る」「入院が必要な場合はどうするのか」等があった。

問18「問16で、協力できない理由を教えてください」

表32

	人数
自分の病院での診療で精一杯だから	28
義務とは思わないから	3
他の病院での診療はしたくないから	5
自分の時間がなくなってしまうから	8
報酬が少ないから	2
集約化・重点化自体が必要とは思わないから	0
その他	33

「協力できない」38件のうち、複数回答での理由が把握できた。「その他」33件については、「小児科専門医ではないので」「高齢」「病弱」のほかに、「在宅当番医制で夜8時～10時までの初期医療をしたらよい」「深夜診療は無理」等がある。小児科専門医でない医師の立場についても配慮が必要である。

問19「小児救急医療や厚生労働省の集約化・重点化に対してご意見がありましたらご自由に記載してください」

「保護者教育」「医療情報の徹底」のほかに、「小児科は報酬が少ない」「学校医・園医もやっている」、さらに「小児科専門医が対応すべき」「かかりつけ医がまず電話でトリアージするシステムがいる」「小児救急電話相談輪番制を小児科専門医で作るべき」「小児救急病院は高額報酬を出して小児科医を集める」等の意見があった。

さらに、「小児科医が救急医療に魅力を感じないといけない」という厳しい意見もあった。

2-d) 県内の小児科を標榜している病院76施設の病院長に対して調査

郵送によりアンケートを依頼、回収数は47施設、回答率は61.8%であった。

問1「貴病院の属する二次医療圏の小児人口（15歳未満）を教えてください」

(回答少なく、附図参照)

問2「貴病院の設置主体は」

表33

	人数
県立	2
市町立	8
公的	8
医療法人	13
個人	2
その他	10
無回答	4

「その他」10/47 (21.3%) は、社会福祉法人、郵政公社、防衛庁、国立大学法人等である。

問3「小児科の病床数をお知らせ下さい」

(回答数少なく、解析不能)

問4「PICU(小児集中治療室)はお持ちでしょうか」

「なし」43/47 (91.5%)、「その他対応策を考えている」2/47 (4.3%)、「無回答」2/47 (4.3%)であった。

問5「小児科診療体制(人員)を教えてください」

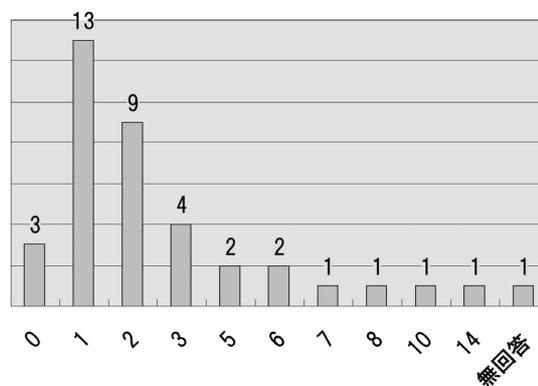


図17 常勤

常勤1名体制が13/47 (27.7%)、2名体制が9/47 (19.1%)である。

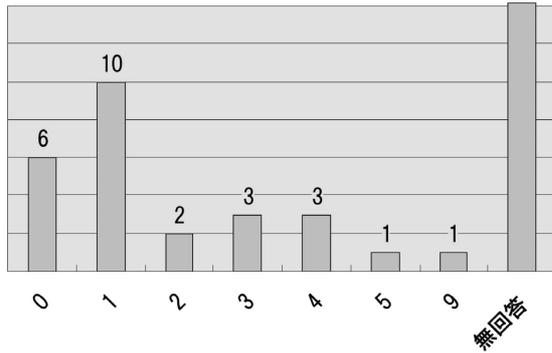


図18 非常勤

非常勤については、「1名」10/47 (21.3%)が多い。勤務形態は、常勤嘱託医、週3日外来、小児科専門医はいなく内科医が小児の診察をしている、週5日朝から夕方、午前のみ、常勤不在日の外来担当等であった。

問6 「小児科医師はどこから派遣されていますか」
「大学から派遣」28/47 (59.6%)、ついで「個人的なツテ」8/47 (17.0%)であった。

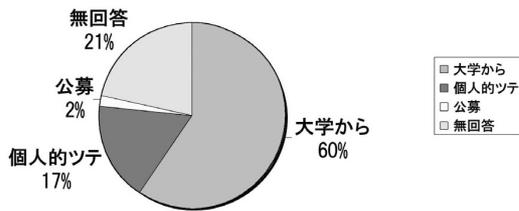


図19

問7 「今後も継続して小児科医師の確保は期待できますか」

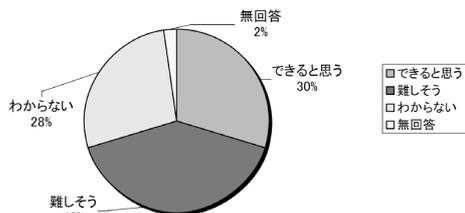


図20

「できると思う」14/47 (29.8%)であり、「難しい」19/47 (40.4%)、「わからない」13/47 (27.7%)もあった。現場の不安感が見えてくる。

問8 「休日の小児救急診療形態について教えてください」

病院小児科の休日・時間外診療体制を調査する目的で、本調査を行った。

表34

	施設
小児科医が当直している	7
オンコール体制	9
必要に応じ、当直あるいはオンコール体制をとっている	6
全科当直とし、小児科医はオンコール体制をとっている	6
その他	16
無回答	3

「その他」16/47 (34.0%)は、「現在常勤不在で、対応していない」「ほとんど対応していない」「8時半から16時まで小児科当直、それ以外は全科当直、その場合小児科医はオンコール当直」「当番医の時のみ小児科医で日勤対応」「24時間診療3交代診療を行っている」等であった。

* 「当直している場合は、当直体制について教えてください」

25/47 (53.2%)の施設が「夜間当直体制」をとっていた。

表35

	施設
毎休日及び毎夜間当直対応	11
小児救急支援事業又は輪番制の当番日に当直対応	4
上記以外の日にも病院独自の体制等により不定期に当直対応	2
その他	8

「その他」8/25 (32.0%)は、「月に2回のみ当直」「小児科は当直なし」「当直は週3回、それ以外は院内待機またはオンコール体制」等であった。

* 「休日の翌日の診療体制についておたずねします」

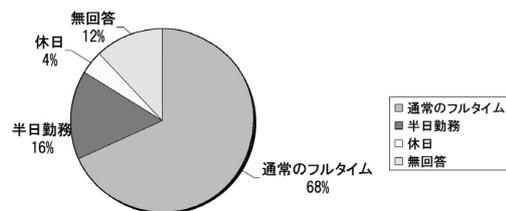
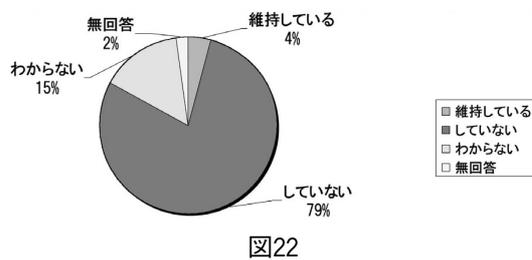


図21

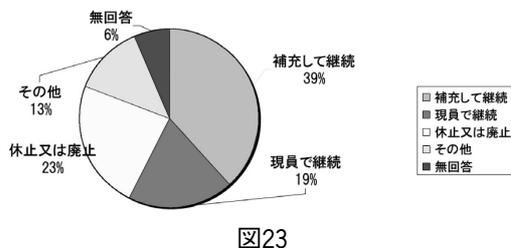
「翌日は通常通りのフルタイム勤務」17/25 (68.0%)であった。小児科医の過重労働がうかがわれる。

問9 「小児科の診療は採算ラインを維持していますか」



「小児科は採算ラインを維持していない」37/47 (78.7%)であった。重要な事実である。

問10 「今後、小児科の勤務医が減少したとき、小児科診療を継続されますか」



「今後休止または廃止になる可能性あり」11/47 (23.4%)であり、「その他」6/47 (12.8%)では「公募する」「非常勤を週1回雇う」「検討中」「業務を縮小する」等である。これまで以上に、広島県の小児医療の縮小が予想される。

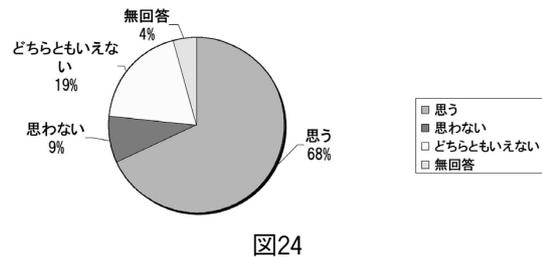
問11 「小児診療に対して何か行政の支援を受けていますか」

表36

施設	数
市町の補助	3
市町及び県の補助	5
市町、県及び国の補助	3
なし	24
無回答	12

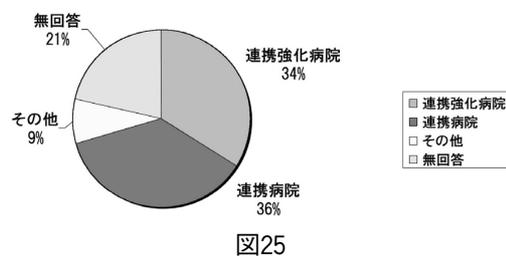
「なし」24/47 (51.1%)が半数以上である。小児医療は孤立無援で、頑張っている。

問12 「小児医療の集約化・重点化が必要だと思いますか」



「思う」32/47 (68.1%)が圧倒的に多い。

* 「貴病院は連携強化病院、連携病院のどちらが適当と思われますか」



「連携強化病院を希望」16/47 (34.0%)、「連携病院を希望」17/47 (36.2%)と半ばであった。

* 「集約化・重点化を進める場合、多くの病院が連携病院となることが考えられますが」

表37 病院長の意見

- ・ 重点化は患者サービスにつながるが、一方ではコンビニ化の患者受診傾向が強くなるなかで、歯止めになると思われる。
- ・ 我々の病院は部長が急死し、医師も病気のため常勤医不在になっている。そのため、研修医の実習（小児科は必須）ができない、異常分娩の援助ができない、小児入院医療が行えない（急患にも対応できない）状態となっており、大変困っている。
- ・ 効率化を図るためには避けられないことと思われる。
- ・ 因島地区で小児科医が2人であり、2人のうち一人は高齢で、残り一人であれば夜間・休日の診察の対応は不可能であり、連携には当然入れない。
- ・ 小児医療と産科医療は、福祉医療である。
- ・ 公的病院が連携病院になればよいのではないかと。
- ・ 広島市内、呉市内等交通の便がよく、周囲小児科開業医が多い所は集約してもよいと思うが、小児科医療を受ける為に距離的に苦勞する地域に小児科医の派遣が必要である。

・ 尾三地域二次医療圏において、現在24時間の小児救急医療を実践している施設は尾道市内に集中している。しかしながら、今般の市町村合併に伴い、当院が属する三原医療圏についても合併前に比べ、かなり拡大しているところである。よって連携強化病院の指定については現在の二次医療圏だけに固執することなく、検討をして頂きたい。

・ 小児医療を行う医療機関は都市部においてはその過重労働が問題視されているが、過疎地においてはさらに深刻な状況下に置かれている。中山間部にも小児救急を担う拠点病院が必要ではないか。

・ 小児科・産婦人科などの当直勤務が激務となりやすい科はスタッフの集約化が必要。一次救急の受け皿として小児科・内科開業医が参加する夜間診療センターが必要。

・ 当医療圏においては当院のみが二次救急以上の入院、重症患者に対応できる病院である。連携強化病院としてさらに人的・物的にも強化する必要がある。

・ マンパワー不足。

・ 現在岡大、川崎大の協力を得て20時～7時まで365日診療をしており、土日休日と17時～20時、7時～8時半までの空席を埋めるため、周辺病院・診療所の協力を得ることが必要である。

・ 小児関連診療科の充実、全体の救急体制の状況も参考にして頂きたい。

・ 小児科医の数が増加してくれば連携病院も減らすことができるようになると思います。それぞれの地域毎に小児医療を必要とされていれば、その地域に小児科医を配置する必要もある。

・ 地域ごとに特徴を考えて救急体制を構築するべきだ。人口100万人に1カ所の拠点病院は最も多い一次救急のためには現実的でない。人口10万人以下のところは内科医も参加し、全体で小児救急を行ったらよい。2人以内の小児科医勤務の病院は、時間外の小児急患は小児科医だけでは無理があるので、内科医も参加し、午後10時まで行ったらよい。

2-e) 県内の23市町の長に対してのアンケート調査
回答数は23市町。回答率は100%であった。

問1 「あなたの市町内の人口は」
(附図参照)

問2 「あなたの市町内に小児医療施設はいくつありますか」

表38

	人数
0	3
1以上5未満	11
5以上10未満	3
10以上20未満	2
20以上50未満	1
50以上100未満	2
100以上	1

問3 「あなたの市町内に小児夜間救急を行っている医療機関はありますか」

表39

		人数
小児夜間救急を実施している医療機関の有無	あり	12
	なし	11

「あり」12/23 (52.2%)、「なし」11/23 (47.8%)と半々である。

問4 「現在の貴市町を含めた小児救急医療体制についてあなた、若しくは市町民から不満がありますか」

表40

	人数	割合
不満はない	3	13.0%
不満がある	18	78.3%
広域医療に不満がある	1	4.3%
わからない	1	4.3%
その他	0	0.0%

「不満がある」18/23 (78.3%)であり、多くの地方行政が不満を持っている。

* 「市町管内での小児救急医療体制に対する不満の理由を教えてください」

表41

(複数回答)

	人数
小児科医が少なすぎる	12
夜間休日の診療体制が不十分	12
救急・入院対応できる病院が少ない	9
診療所・病院へのアクセスが悪い	5
小児科医が診てくれない	1
夜間救急での待ち時間が長い	4
その他	5

「その他」5件について、「小児科医がいない」「複数の夜間診療所の整備を求める声が高い」「時間外診療が簡単に受けられない」「一部地域の小児科医が高齢で病弱」「橋の通行料が高い」であった。

* 「満足していない理由への対策として何かお考え、あるいは計画がおありですか」

「その他の意見」として、「既存の医療機関または市立病院等で充実を図る」「主に救急医療支援事業を継続する」「東広島医療センターの拡充強化を要

表42

	人数
在宅当番医制の実施	3
小児専用休日夜間急患センターの設置	1
内科医・小児科医向けの小児救急医療研修	1
近隣市町の医療機関との連携	5
通院手段への助成	1
小児科医の招請	0
無回答	1

望」「小児医療体制について関係機関と検討する」「病院群輪番制病院運営事業の実施」等があった。

問5 「小児医療の集約化・重点化をすれば、24時間365日小児医療や小児救急が受けられるようになる一方、医療機関までのアクセスに時間がかかるようになることが予想されますが、管内の住民の方の賛同が得られると思われませんか」

表43

	人数
思う	10
思わない	8
その他	4
無回答	1

「その他」の意見として、「必要性では受け入れられるが、待ち時間、受け入れ体制に不安あり」「町内に公立病院がない」があった。

問6 「あなたの市町に属する病院小児科が連携（協力）病院になる可能性がありますか、それは許容できますか」

表44

	人数
できる	7
できない	2
わからない	11
その他	3

問7 「あなたは厚生労働省の進める小児救急医療の集約化・重点化施策について必要と思われるか」

表45

	人数
必要と思う	18
必要と思わない	1
必要かもしれないが管内では反対	2
わからない	2

「必要と思う」18/23（78.3%）と圧倒的に賛成が多い。

* 「集約化・重点化に反対と考える理由を教えてください」

表46

	人数
医療機関までのアクセスが遠くなる	3
管内ですでに十分対応できている	0
病院が反対する	1
その他	0

問8 「今後の小児救急医療について、意見がありましたら、自由に記載してください」

表47

・集約化・重点化を行ったとしても都市部では舟入病院と同様に一極集中による混雑や、待ち時間が長いといった問題が出てくる。中山間部では集約化・重点化は一つの方策だと思うが、都市部においては、比較的患者の多い準夜帯で受診可能な医療機関の分散配置も併せて検討することが必要である。
・公立病院（県立安芸津病院）の強化充実をお願いしたい。
・現在実施している小児平日夜間救急医療について市民からは診療時間の延長を希望する声がある中、小児科医師からは過重労働に伴う、他の保険業務の協力拒否等の実態がある。
・集約化・重点化については都市部においてはこのシステムも重要かつ有効であると思うが、小さい市町を集めた圏域であれば医療機関の整備の問題や医療機関までのアクセス等住民の不便さを増す結果となりそう。
・もっと診療所を中心とした小児の初期救急医療を含め充実を図ってほしい。
・内科医の小児科研修の義務化。
・町内で救急体制を組めることが望ましい。医師を派遣するなどして輪番制で夜間救急に対応できるシステムがあれば、現体制より負担軽減されるので賛成できる。
・制度的にはいいことだと思うが、島嶼部ではますます小児科が遠くなることが懸念される。
・小児科医のいない地域への派遣制度などがあればいい。
・現在でも町内に小児科医がいないため、広島市内の病院にかかっている状態である。夜間や、日曜当番でも患者が集中し、午前中に来院しても終了時間近くに診察を受けたという事例がある。集約化するのであればできるだけ協力病院を複数にし、患者に負担のかからない医療を目指して欲しい。
・医療改革として、小児科・産科・婦人科等の医療報酬等の改正がなされなければ。今後は医師の確保がますます難しくなる。

Ⅳ. 考 察

厚生労働省は、平成14年度から3年間、厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)「小児科・産科若手医師の確保・育成に関する研究班」(主任研究者 鴨下重彦)を立ち上げて、小児科医療経済からコ・メディカルの問題点まで、「小児救急電話相談事業」も含めた総合的かつ多角的な検討を行った²⁾。

また、平成15年度から3年間、厚生労働科学研究(医療技術評価総合研究事業)「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」(班長 衛藤義勝)では、小児医療提供体制のソフト面での支援策を検討して、ホームページ「子どもの救急」の完成に努力している³⁾。

日本小児科学会は、平成16年11月、各都道府県支部の実情を調査し、「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」を策定して、平成17年4月の第108回日本小児科学会総会(東京)で「小児医療提供体制のグランドデザイン」を公表した⁴⁾。

同時に、病院小児科勤務医の過重労働が、提供体制の整備において、ネックになっている事を強く主張した。

日本小児科医会は、平成13年4月初期救急医療体制の整備に関する提言をしたが、平成17年4月には、小児救急医療検討委員会の結論として、「日本の小児救急医療提供体制について－日本小児科医会からの提言」を公表して各界へ意見具申をしている⁵⁾。

これより先、平成14年3月日本医師会は、「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」報告書を発表して、小児科診療報酬の低さ、小児科医の地域偏在、小児科女性医師の占める割合の多さ、地方自治体の小児救急への熱意不足および国民の家庭看護力の低下等が、日本の小児医療体制の問題点である事を浮き彫りにした⁶⁾。

一方、上記の研究班の成果をもとに、「地域医療に関する関係省庁連絡会議」(厚生労働省、総務省および文部科学省)は、平成17年8月11日「医師確保総合対策」をまとめた。

その中に、「夜間救急、小児医療など、病院の医師不足が深刻な診療分野に関し、診療所医師の積極的な参加による地域の連携・協力体制を構築する」および「女性医師の就労支援」「医師、看護師等による夜間の軽症小児救急患者に対するテレフォンサービ

スの活用」「小児科医師以外の医師による小児の初期救急医療への参加」等が盛り込まれた。

また、同連絡会議のワーキング・グループは、平成17年12月、「小児科・産科における医療資源が困難な地域における当面の対応について－小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進」を公表している(同ワーキング・グループ報告書、平成17年12月13日)⁷⁾。

それによると、小児の入院可能な病院がある圏域を小児医療圏域と定義して、その圏域に「連携強化病院」と「連携病院」を設定する。「連携強化病院」は、大学病院やこども医療センターを除く、特定分野の小児医療(医師7人以上)、小児救急(医師3人以上)と新生児医療(医師5人以上)を持つ病院とする。「連携病院」は、地域に必要な小児医療の提供と平日昼間の小児救急への対応、および連携強化病院から応援を得て、専門外来も実施する病院と位置付けている。

このような社会情勢の中で、広島県の小児医療提供体制をどのように構築するか?また、いわゆる「無医地区」の多い本県において、少ない小児科医をどのように配置すれば県民の要望に応えることができるか。

本委員会は、この課題の解決のために、まず、県内8カ所の地域事務所ごとの県民の小児医療に対するニーズを把握するための調査を行った。

あわせて、国の指導のとおり小児医療提供のためのマンパワーの集約化・重点化を実施した場合の、医療提供側と県民側の反応を把握する調査を実施した。

さらに、小児科単科標榜医と小児科副標榜医の集約化・重点化に対する意見や現在の小児医療体制についての感想を求めた。

その結果、

* 県民、保護者側への調査では、特に小児医療提供体制の整備が薄い地域を中心に、条件付きで集約化・重点化に賛成である。その条件は、ほぼ30分で行ける距離であること、365日24時間受診できること、待たせないことなどがあげられた。

* 小児科単科標榜医への調査では、集約化・重点化について、ほぼ賛成である。しかし十分な人員の確保がないと、かえって過重な勤務を強いられる危険がある。

* 小児科副標榜医への調査では、高齢者や開業医が多いこともあって、積極的な発言が少なかったが、集約化・重点化は現時点では良い解決法であろうと受けとめる意見が多かった。

* 小児科標榜の病院長への調査では、集約化・重点化には総論賛成である。しかし、自院が連携強化病院に指定されなかった場合の危惧がある。さらに連携病院として生き残るとしても、小児科医の増加が多くは望まれない将来において、自院小児科が休止・閉鎖に追い込まれるのではないかという危惧を抱いている。

* 市町長への調査では、病院長よりもより深刻であり、集約化・重点化には総論賛成である。しかし、わが市町から小児科が無くなる心配、小児医療への受診が今より不便になる心配が強く調査の中に読み取れた。

本委員会は、広島県の小児医療提供体制をどのように構築するかの答申を求められた委員会である。

小児科医の比較的多い瀬戸内沿岸部にもそれなりの小児医療に対する悩みがある。ましてや、小児科医の少ない山間部においては、少数の小児科医の取り合いとなって、少ない小児科医を過労状態で消耗させている。このことが、さらに県民の小児医療が薄いという不満となって表面化するという悪循環をたどっている。

このような現実には、なんとしても打破しないといけない。

広島県の子どもたちの健康を、今は誰がどのように守るのか、10年先は誰がどのように守るのか。

明快なビジョンを描いて、県民に示すべきである。

そのための第1段階は、小児医療過疎地域においては、まず「医療資源の集約化・重点化」である。都会地においては、「医療資源の効果的運用」である。

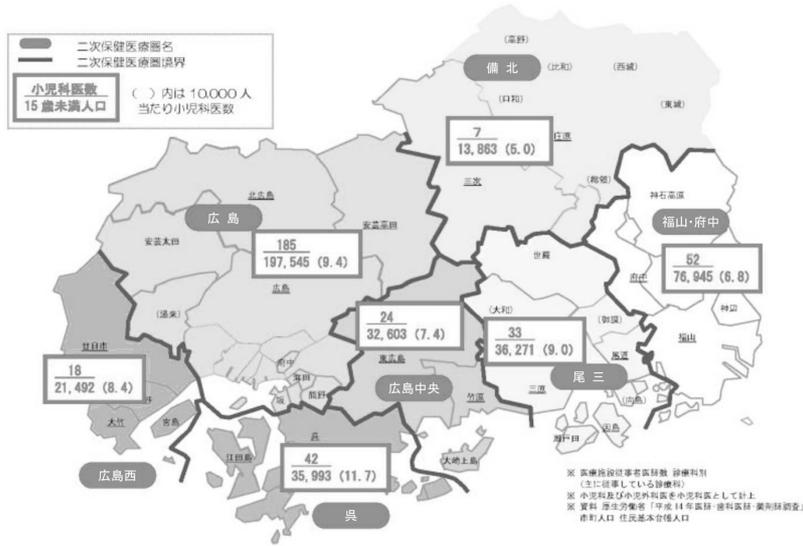
地域の特性を活かした実現可能な施策の立案と、行政・小児科学会・小児科医会・医師会・住民等関係者の理解と譲り合いが今こそ必要である⁸⁾。

広島県の子どもたちとその保護者が、365日24時間安心して暮らせる社会を作るために、われわれ関係者は少なからずの社会貢献を惜しんではならない。

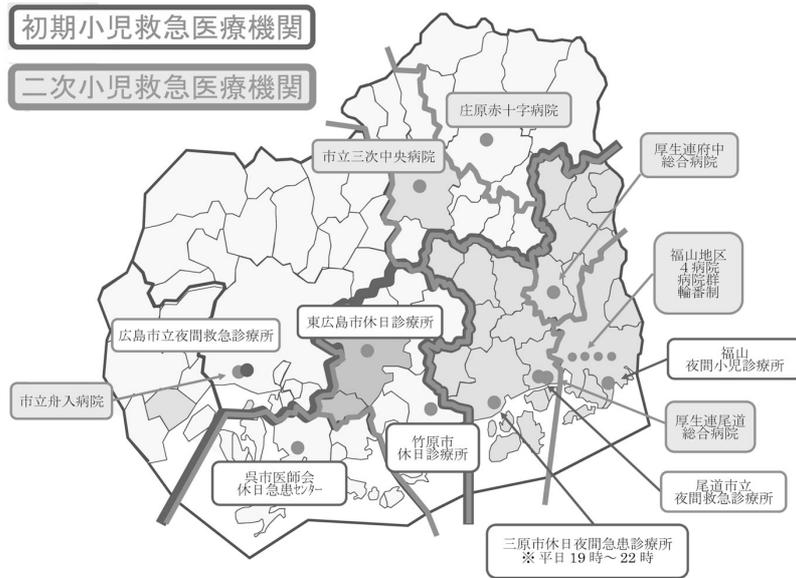
文 献

- 1) 総務省自治行政局：住民基本台帳人口要覧（平成17年3月31日現在）、平成17年7月。
- 2) 桑原正彦：救急医療に従事する若手小児科医のための相談電話対応手法の開発、平成16年度厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）報告書（主任研究者 鴨下重彦）、p.333-339、平成17年3月。
- 3) 衛藤義勝：厚生労働省、医療技術評価総合研究事業「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」班報告書、平成18年3月。
- 4) 日本小児科学会：病院小児科医の将来需給について、日本小児科学会（2005年4月6日）、日本小児科学会雑誌、第109巻第8号、1052-1065、2005。
- 5) 日本小児科医会：日本の小児救急医療提供体制について—日本小児科医会からの提言、日本小児科医会・小児救急医療検討委員会（委員長、桑原正彦）、日本小児科医会会報第31号、2006.4。
- 6) 日本医師会：小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書、同別冊、日本医師会・小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会（委員長、桑原正彦）、平成14年3月。
- 7) 地域医療に関する関係省庁連絡会議（厚生労働省、総務省および文部科学省）：小児科・産科における医療資源が困難な地域における当面の対応について—小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進、同ワーキング・グループ報告書、平成17年12月13日。
- 8) 桑原正彦：小児医療集約化・重点化の問題点と解決策を探る、第109回日本小児科学会学術集会（平成18年4月23日）総合シンポジウム「小児医療のランドデザイン、小児医療改革案のまとめと今後の展望」、日本小児学会雑誌第110巻2号、129、2006。

附図1 二次保健医療圏毎の小児人口と小児科医数



附図2 広島県小児救急医療体制 (2006.11 現在)



附図3 広島の小児科医は足りないのか

全国	小児科医師数 H14.12.31 現在	小児人口 H14.10.1 現在	人口 10万対
	15,094	18,102,000	83.4

(注1) 医療施設従事者医師数 診療科別 (主に従事している診療科)

(注2) 小児科及び小児外科医を小児科として計上

広島県	小児科医師数 H14.12.31 現在	小児人口 H14.10.1 現在	人口 10万対
	361	415,000	87.0

(注3) 資料 厚生労働省「平成14年医師・歯科医師・薬剤師

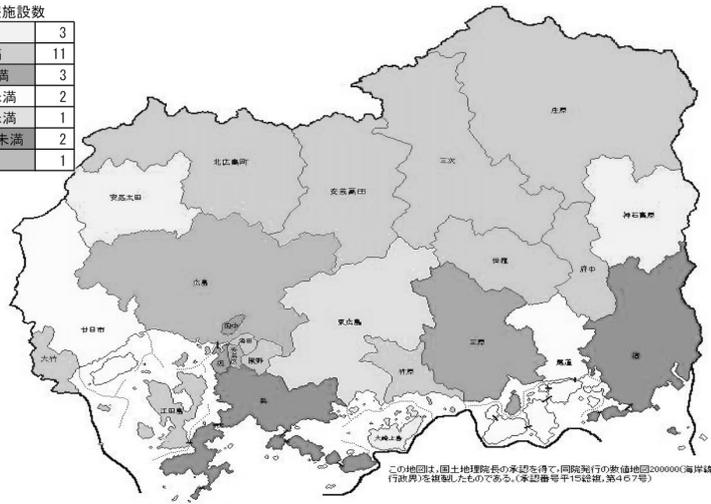
市町人口 住民基本台帳
 県及び国人口 総務局統計局「推計人口」



附図4 小児医療施設数

1. 小児医療施設数

0	3
1以上5未満	11
5以上10未満	3
10以上20未満	2
20以上50未満	1
50以上100未満	2
100以上	1



この地図は、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図200000(海岸線・行政界)を複製したものである。(承認番号平15総研,第467号)

附図5 小児夜間救急を実施している医療機関の有無 (2006.11 現在)

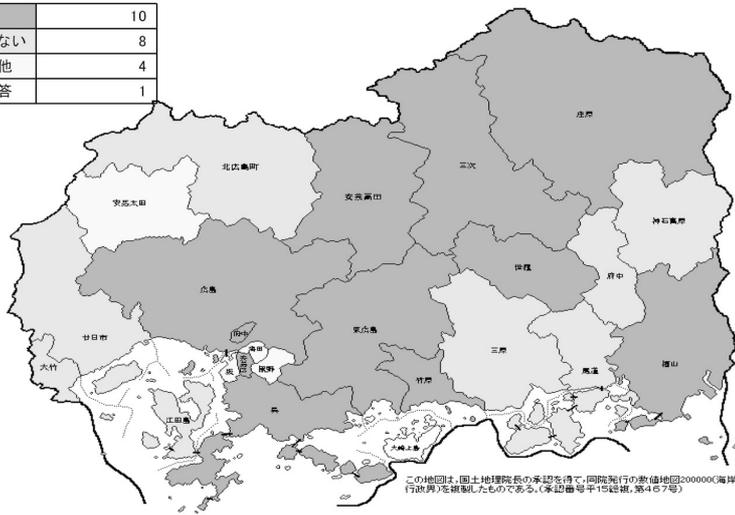
あり	12
なし	11



この地図は、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図200000(海岸線・行政界)を複製したものである。(承認番号平15総研,第467号)

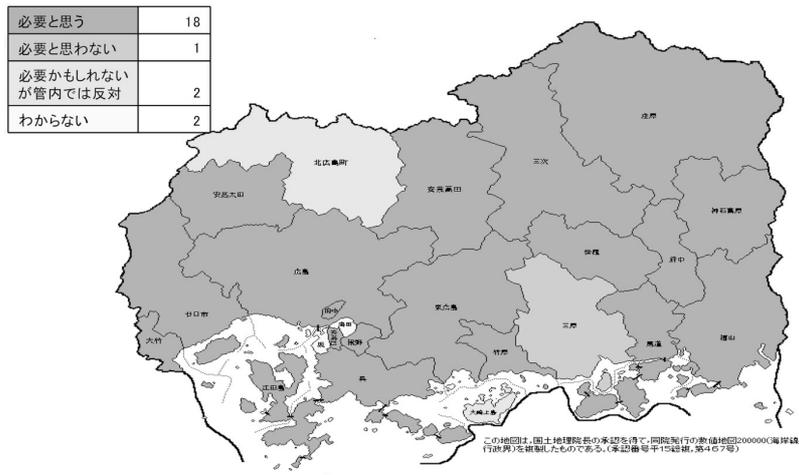
附図6 集約化への住民への賛同が得られると思うか (2006.2 調査)

思う	10
思わない	8
その他	4
無回答	1



この地図は、国土地理院長の承認を得て、同院発行の数値地図200000(海岸線・行政界)を複製したものである。(承認番号平15総研,第467号)

附図7 貴市町の病院小児科が連携病院になる可能性があるが、許容できるか



附図8 小児科医療資源の集約化・重点化に関する県の案 (2006.3)

1. 課題

保健医療圏	課題
広島	安佐地区を含めた北部の初期救急体制の整備、現在は初期救急も舟入病院で対応している。
広島西	初期救急・二次救急とも舟入で対応している。
呉	初期・二次救急の機能分担が不十分。医師が多い。
広島中央	沿岸部(竹原・安芸津・大崎上島町)の初期救急が不十分。二次救急は東広島医療センターが対応している。
備北	初期・二次救急ともに三次中央病院、庄原赤十字病院が対応し、医師の過剰労働が課題。

2. 具体的な対応策

保健医療圏	対応策
広島	安佐市民病院と安佐地区の開業小児科医が協力して準夜帯の初期救急に対応する。
広島西	JA広島総合病院の小児科医を3名増員し、初期・二次救急対応をする。
呉	
広島中央	県立安芸津病院の小児科医を1名増員する。
備北	三次中央病院の小児科医を2名増員する。

3. 医師確保の方法

総合病院のうち、1～2人で小児科対応している病院を集約する。

病院名	小児科医数	病院名	小児科医数
広島記念病院	1	大谷リハビリテーション病院	1
広島鉄道病院	2	八本松病院	1
福島生協病院	1	公立みつぎ総合病院	1
広島通信病院	2	総合病院三愛	1
中電病院	1	沼隈病院	1
広島共立病院	1	安芸市民病院	2
山本整形外科病院	1	自衛隊呉病院	1
済生会広島病院	2	松田病院	1
小計	11	小計	9
		合計	20

4. 県の支援策

市町とともに、集約化し、人員増となった中山間地域の病院で当直に当たる医師に対し手当等の助成を行う。

広島県地域保健対策協議会小児救急医療体制検討特別委員会

委員長	桑原 正彦	広島県小児科医会
委員	上田 一博	広島市立安佐市民病院
	大西 博之	市立三次中央病院
	岸本 昭憲	広島市社会局保健部
	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	佐々木伸孝	厚生連尾道総合病院
	杉原 雄三	東広島地区医師会
	高杉 敬久	広島県医師会
	高田 佳輝	広島県医師会
	藤井 肇	広島市立舟入病院
	細木 宣男	福山市医師会
	堀江 正憲	広島県医師会
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室
	松浦 正明	広島県福祉保健部保健医療総室
	森岡佐代子	広島県市町会
	渡辺泰三郎	佐伯地区医師会
	渡邊 弘司	呉市医師会

広島県地域保健対策協議会小児救急医療体制検討特別委員会

小児救急医療体制検討WG

班 長	桑原 正彦	広島県小児科医会
委員	岸本 昭憲	広島市社会局保健部
	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	杉原 雄三	東広島地区医師会
	高田 佳輝	広島県医師会
	藤井 肇	広島市立舟入病院
	細木 宣男	福山市医師会
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室
	松浦 正明	広島県福祉保健部保健医療総室

発達障害者支援特別委員会

目 次

発達障害者支援特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 活 動 内 容
- III. ま と め
資 料

発達障害者支援特別委員会

(平成17年度)

発達障害者支援特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会発達障害者支援特別委員会

委員長 大澤多美子

目次

- I. はじめに
- II. 活動内容
 - (1) 自閉症等発達障害児(者)の医療に関するアンケートの実施
 - (2) リーフレット“医師、患者に、会う”の作成
 - (3) 研修会の開催：発達障害の理解と対応
 - 発達障害児(者)とのより良い関係を求めて—
- III. まとめ
- 資料
 - 1. アンケートの内容(資料1)
 - 2. リーフレット(資料2)
 - 3. 講演会チラシ(資料3)

I. はじめに

この委員会は平成17年度に新規に発足した。その背景として、平成17年4月1日より、発達障害者支援法が施行され、国や地方自治体の責務が定められたことが大きい。この法律により、発達障害の定義がなされ、今までは法制度もなく、従来の施策では十分な対応がされていなかった「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が低年齢において発現する障害」への支援の必要性が求められた。また、県や市町村や国民などの責務が述べられ、早期発見および早期療育のための医学的または心理学的診断を受けることのできる「専門医療機関の確保」は県の責務となった。さらに、「医療機関の相互協力の推進および情報提供」が県および市町村の責務とされた。しかし、県内の現状として、①制度の谷間として、発達障害は人口に占める割合が高いにもかかわらず、今

までは法制度もなく、従来の施策では十分な対応がなされていなかった、②専門的医療機関が不足しており、発達障害に関する専門医師や専門的医療機関が少なく、地域における関係者の連携も不十分で、支援体制が整っていなかった。そのために、③家族の不安が大きいことがあげられる。以上より、県内の発達障害児(者)を専門に診断できる医療機関は限られているため、初診は数カ月から1年待ちという状態が続いており、発達障害児の早期発見、早期療育に支障を来している。また、発達障害の診断を受けず何の支援も受けないまま学童期になり、成人し、二次的に不登校や引きこもり、またうつ病など精神疾患に罹患している場合があり、これまで発達障害に気付かれずに別の診断および不適切なアドバイスを受けている場合もある。そのために地域での支援もなく、このような現状と法に基づく対応として、医療機関のネットワークの構築、早期発見に結びつく医療機関の機能強化のあり方等を、専門的視野から研究・協議し、体制整備に資する為に事業を行った。

II. 活動内容

(1) 自閉症等発達障害児(者)の医療に関するアンケートの実施

(目的) 児童相談所などの関係機関には発達障害の医療に関する相談も寄せられているが、①発達障害が疑われる場合に、どこの医療機関を受診すればいいかわからない、②発達障害児(者)がさまざまな病気になったとき、対人関係やコミュニケーションの障害など、障害の特性を配慮して診察してもらえる医療機関が見つかりにくいことが特に緊急の課題になっている。また、文部科学省の調査で、発達障害児が小中学校児童・生徒も約6%いるのではないかと推定されており、対応が急務になっている。

そのため、発達障害児（者）およびその家族を支援するため、広島県医師会会員を対象に、資料1の通り、アンケート調査を行い、医療・福祉・教育機関などが利用するための名簿を作成することとした。

（方法） 広島県医師会速報の平成17年7月15日号に、アンケート調査票を入れ、7月22日までにファックスでの回答をお願いした。また、医療機関のリストを作成したいので、名前や連絡先を載せることを了解いただけるかどうかも答えていただいた。中には、期日までに返答がない場合、こちらが把握している範囲で、専門診療をしておられると思われる医師に個人的にあたって返答していただけるようお願いし、なるべく洩れないようにリストを作成した。

（結果） (1) 発達障害児（者）の専門診療を行っている医師は計35名（約0.5%）であった。その内訳として、精神科・心療内科医は17名、小児科医は14名、その他4名であった。広島市の医師は20名（57%）、東広島市5名、呉市および尾道市は各3名、廿日市市および大竹市は各2名、因島市1名であった。医療機関は計25機関であった。

(2) 工夫して身体疾患の診療を行っている医師は計21名。その内訳として、小児科・内科医は19名（95%）、脳外科1名、耳鼻咽喉科1名であった。診療の工夫としては、分かりやすく話す（短く、ゆっくり、具体的に等）は17名、事前に保護者から、要望、注意点を聞いて対処する13名、先の見通しを立ててあげる12名、見せて伝える（絵や写真を見せる、文字に書くなど）9名、電話で時間の予約ができる（到着から診療まで極力待たせない）は11名、その他であった。

（考察） 広島県医師会会員約6,500名の内、35名（約0.5%）が発達障害を専門に診療しているとリストアップできたが、圧倒的に数は足りないと思われる。また、地域的な偏りも大きく、広島市の医師は20名（57%）、東広島市は5名（14%）以外、ほとんどの地域で専門の医師がいないことがいえる。今後、せめて県内のそれぞれの市に、1～2名の専門医師がいることが求められる。また、工夫して診療している医師（医療機関）も21名（約0.3%）と圧倒的に少なく、それも小児科・内科が主で19名（90.5%）であった。地域的にも偏りがあり、広島市が12名（57%）、東広島市、三原市、尾道市が各2名、呉市、福山市、廿日市市が各1名であった。医師の名

簿は後述するリーフレットや地対協のホームページ（<http://www.citaikyo.jp/>）に載せ、だれでも利用できるようにした。また、今回、広島県歯科医師会も同様のアンケート調査を行って下さり、①診療の工夫をしている歯科医師名のリスト（工夫している歯科医院は277カ所、診療したことはないが支援することができる歯科医院は39カ所）を作成された。現在、専門診療できる医師も工夫する医師の数も少なく、地域に偏りがあるが、専門機関の確保やネットワーク構築のための第一歩になったと思われる。

(2) リーフレット、“医師、患者に、会う”（資料2）の作成

（目的） 医師として発達障害児（者）に出会った時、すぐに、医師の役割を果たせるよう、最低限の知識と情報を伝えるために作成した。医師の役割とは、①健康診断などで、乳幼児・児童に接する医師は早期発見に十分留意する、②発達障害の疑いのある児や者を発見した時は、適切な支援を行うため、専門の医療機関や発達障害者支援センターなどを紹介する、また助言する、③発達障害児（者）を診察する場合、そのコミュニケーションや対人関係の障害を配慮して患者に接するなどである。多くの医師が、発達障害についてより専門知識を持ち、障害の特性に配慮し、早期発見や早期支援、必要な援助が更に充実することを願って、リーフレットを作成した。

（内容） 発達障害者支援法での発達障害の定義および、医師の役割を述べた後、

① 発達障害の特性—こんな子を見つけたら・・・ （リーフレットのp3参照）

<1歳前に気づかれること>

- ・運動発達の遅れ（ハイハイしない、抱きにくいなど）
- ・感覚の異常（音に過敏、逆に大きな音に驚かない）
- ・対人関係の問題（あやしても笑わない、名前を呼んでも振り向かない、視線が合わないなど）
- ・その他

<1歳以降に気づかれること>

- ・コミュニケーションの問題（ことばの遅れなど、出ていた言葉の消失など）
- ・こだわり、常同的な行動の問題（特定の動作、順序、物などに執着する、手をひらひら、指を動かしてじっと見るなど）

- ・ジョイントアテンションの問題（指差しをしないなど）
- ・心の理論の障害（やりとり遊び，ごっこ遊びが成立しないなど）
- ・多動（落ち着きがなく，手を離すとどこへいくかわからないなど）
- ・その他（かんしゃく，夜眠らず，睡眠時間が一定しないなど）

<集団の中で気づかれること>

- ・コミュニケーションの問題（話し言葉がうまく使えない，平坦で奇妙な話し方，オウム返しなど）
- ・心の理論の障害（場の雰囲気を読み取れない，人の嫌がる事を平気とするなど）
- ・対人関係の問題（友達とうまく遊べない，集団行動が取れないなど）
- ・こだわり（子どもにしては興味が大人びているか，興味が非常に限局している）
- ・多動（落ち着きがなく，いつも注意されている）
- ・衝動性（乱暴で，衝動的である，・手が出てしまう）
- ・不注意（指示が通りにくく，何回言っても約束が守れない）

以上のような症状のある子どもを見かけたら，専門機関への紹介を勧めて欲しいことを述べた。

② 医療場面での対応（リーフレットのp4参照）

発達障害の子どもは主に以下の理由で医療場面において不適応を起こし，診察室でも困ることがあるため，気軽に医療機関を受診することができない。そのため病気などが発見されにくく，十分な治療を受けることができずにいる。

<発達障害者（児）が医療場面で不適応を起こす理由>として，

- ・過去の記憶がいつまでも残っている。一度嫌な思いをすると修正しにくい
- ・何をされるか分からない。見通しをもてないことには異常な不安・恐怖を持つ
- ・話しことばでは情報が汲み取れない
- ・感覚の偏りがある（痛みに敏感または鈍感，音への過敏など）
- ・こだわりがあり，特定のものに固執する
- ・人の多いところは苦手。初めての場所，人は苦手

などがある。そのため，以下のような工夫をする

ことで，少しでも多くの発達障害児が安心して受診できるように具体的対応例を挙げた。

<受診前の工夫>

- ・できるだけ「予約」をして長く待たせない。混雑をさける
- ・受診前にあらかじめ苦手なこと，好きなことなどの情報を得ておく
- ・受診を事前に伝え，騙して連れてこないようにしてもらう

<診察時の工夫>

- ・終了までの診察手順を視覚的に伝える（絵，写真，文字，具体物）
- ・毎回なるべく同じ手順で診察を行う
- ・スタッフの顔写真などを見せておく
- ・採血や検査なども絵や手順を示し，納得を得て行う
- ・穏やかな話し方で，できるだけ叱らない
- ・最初ですべて済まそうとせず，練習として次回に回すことも考慮する
- ・苦手なことは省略できればしない（舌圧子など）
- ・また次に来る気になれる診察を心がける

③ 診療時の支援—工夫の実際例—（リーフレットのp5参照）

診療時の工夫および歯科での工夫の実際例について載せた。絵カードを用いて，診療後注射をして帰るということや，歯科での具体的な処置を行う前に伝えて，見通しを持って診察・治療を受けてもらうための工夫である。絵でなく写真の方がわかる子どももいる。終われば“ごほうびが待っている”という情報も入れるとより効果的である。絵や写真にこだわらず，文章にして，診察や処置の手順を予告することも効果的である。ホームページに具体例を載せているので参照下さい。

④ 発達障害児（者）を支援することのできる医師名簿

アンケートをもとに，平成17年11月30日現在の医師名簿を載せた。医師を始め，多くの関係者に利用していただければと思う。また，今後更に専門医師の名簿が充実する事を期待している。

⑤ その他，発達障害に関する相談先として，広島県および広島市発達障害者支援センターの情報などを載せた。

(3) 研修会の開催（資料3参照）

(目的) 医師を始め医療，保健，福祉，教育等の

関係者と、発達障害児（者）がより良い関係を作るために、発達障害についての共通理解を深めるために開催した。

（日時）平成18年2月16日（木）

午後6時30分～9時

（場所）広島県医師会館 2階 大講堂

（内容）シンポジウム

（座長）広島県立心身障害者コロニー

わかば療育園所長 岩崎 學

1. 発達障害者支援法と広島県の施策について

広島県福祉保健部福祉総室

知的障害者福祉室 宮原 洋治

（抄録）発達障害者支援法の趣旨は、発達障害の早期発見、国・地方公共団体の責務の明確化、学校教育等による支援を図ることである。県の責務のうち緊急の課題は、発達障害者支援センターの設置と、専門的医療機関の確保であると認識している。広島県発達障害者支援センターは、平成17年10月に開設した。（広島市のセンターも同時開設）専門的医療機関の確保の取組みとしては、地対協に発達障害支援特別委員会が設置され、専門診療を行っている医師の名簿のとりまとめや、研修の実施などに取り組んでいる。県は、教育機関や就労支援機関などを構成員とする協議会を設置し、関係機関と連携しながら施策を推進している。今後の県の施策の方向性は、早期発見体制整備、専門性確保のための研修の実施、ライフステージに対応した一貫した支援体制の構築であり、平成18年度は、発達障害者支援体制整備事業・発達障害者圏域支援体制整備事業・発達障害専門医師養成研修事業を実施する予定である。

2. 発達障害って何？

広島市こども療育センター医療部長・

児童精神科医 大澤多美子

（抄録）広島県医師会会員全員に配布した「医師、患者に、会う」のリーフレットに沿い、自閉症スペクトラムを中心とした発達障害の特性および最近の研究の知見等について述べた。まず発達障害者支援法による定義および障害の適切な介入支援の入り口となる早期発見・早期診断の意義と医師の役割、そのためのスクリーニング尺度である M-CHAT、診断のための道具として CARS や ADOS について説明。診断については DSM-IV-TR のカテゴリー分類から、ソーシャル・コミュニケーション (SC) の次元

に沿った2層診断について、SCに関しては誕生から思春期までの発達について説明した。原因では最近ではジョイント・アテンション障害説が注目されているが、治癒はまだ存在していない。そのため子どもの発達や人生の質の向上には、適切な教育が最も重要。最後に受診者への対応として、視覚的支援や構造化など障害特性を理解した対応や感覚異常への配慮の必要性について述べた。

3. 一般診療での工夫と支援

広島市こども療育センター・小児科医

河村理英子

（抄録）発達障害児は医療場面では不適応を起こしやすく、診察室で困ることが多くある。そのため、気軽に医療機関を受診することができないため、十分な治療ができないことがある。しかし、障害の特性を理解することで対応を工夫し、安心して受診する環境を作ることができる。基本は構造化と視覚的コミュニケーションである。また、診察室の工夫をし、刺激を整理するだけでも受診しやすくなる。このたびの研修では、できるだけ、簡単に身近なものでその工夫できることを取り上げた。主には、①視覚的な支援：絵カード等を使って注射や診察などの苦手な行為に見通しを持たせる、②終わりをわからせる工夫：視覚的に時間の経過を知らせ、苦手なことでもいつ終わるかで我慢をさせる工夫、③診察室の工夫：刺激を整理して、落ち着きを持って診察に望む工夫などを具体的に紹介する。その他、診療時に配慮したいことをリーフレットを元に説明した。

4. 歯科における支援の一例

— X線撮影時における自閉症児（者）への視覚支援の試み—

広島大学大学院医歯薬学総合研究科

（歯科麻酔学） 寶田 貫

（抄録）だれにとっても、歯科治療は快いものではありません。「治療中、術者との距離が非常に近い」、「顔や口腔内を触れられる」、「横に寝かされる」など歯科診療の特異性があり、また診療室自体も、見慣れない機器・耳障りな音・独特な匂い・まぶしい照明など刺激的な環境となっています。従って、発達障害児（者）の歯科診療時にはさまざまな支援が必要となります。広島大学病院歯科放射線科では X線撮影時において、自閉症児（者）へ絵カードによる視覚支援を行っています。撮影場所を分かりやすくし、撮影の見通しが持てるようにし、目で見て分

かるための工夫（視覚的支援）を行い、患者が安心して撮影ができるよう配慮しています。一般診療と同様に、歯科診療でも写真や絵カードで手順を伝えて見通しを持たせ、安心して治療を受けてもらうことが有効です。光・音などの刺激を遮断し、また予期しないことが起きる状況をできるだけ少なくして、不安を軽減する配慮が必要です。また、どうしても治療を続けられない場合に備えて、「治療中断の合図を決めておく」ことや「静かな、刺激の少ないタイムアウトの場所を設けておく」ことも大切になります。

5. 質疑応答

（コメンテーター）松田病院 松田 文雄（抄録）26年前、恩師“牧田清志教授”がレオ・カナリー（現在のカナリー症候群の提唱者）のところに留学され、児童精神医学を持って帰られた関係で、当時約250名の自閉症の子ども達が通院していました。子どもの理解、かかわり方、保護者への説明など四句八苦しながらの対応であったと思います。現在法律が整備され、県の施策が決まり、本日講演して頂いた先生方に多くを学ぶことができました。全体を知ることと個を知ることの両方が大切と思います。最後に、専門家であり、仲間の1人である「よこはま発達クリニック」吉田友子先生の論文の一部を紹介させていただきます。本日の内容に相応しい論文です。「・・・一人ひとりに合った工夫が必要です。その方が、自分もまわりのひとも幸せになります。せっかくの自閉症の脳の特徴を生かす工夫、自閉症のために損をしない工夫をみんなで考えましょう。」

（感想）定員400名の講堂に立ち見の出るほど多くの参加者があり盛況であった。参加者は医師55名、歯科医師34名、医療従事者45名、保育士102名、教員49名、行政31名、福祉施設職員30名、相

談員29名、その他言語聴覚士、心理療法士、作業療法士などさまざまな職種の約450名が参加した。参加者へのアンケートもいずれも、大局的な話や先進的な話を分かり易く話していただき大変勉強になった等、大変好評であった。

Ⅲ. ま と め

平成17年度は、以上のように、アンケート調査を行い、専門診療を行っている医師などの名簿を作成し、市町、相談機関等へ配布すると共に、発達障害児を早期発見するための医師向けのリーフレットを作成し、広島県医師会の全会員の他、約2,000部を関係機関に配布した。また、医療・保健・福祉・教育関係者に対する研修会を開催した。発達障害に係わる専門的医療機関の確保に資するとともに、関係者が障害の特性を配慮し、必要な援助を充実することが期待される。今年度の委員会ですべての事業は100%実施し、いずれも大変好評であったが、この委員会の目的である「専門的医療機関の確保」については達成率は極めて低いままである。つまり、平成17年度は発達障害についての啓発活動が中心であったが、次年度は全体のレベルアップと専門性の確保のため、次の項目についてさらに研究を行い、発達障害児（者）を早期に発見するための体制整備を図る必要がある。(1) 早期診断に結びつく医療機関の機能強化の方策の検討（医師を中心とした研修会の実施、診断の手引の作成など）、(2) 医療機関のネットワークの構築（医師のほか、保健師、臨床心理士など早期発見・心理学的検査など診療を援助する専門職の確保）、(3) 医療機関と本人・保護者のネットワークの構築（受診サポートブックの作成・配布など）。今後さらに調査・研究を深めていきたい。

(資料1) アンケートの内容

平成17年7月15日

広島県医師会会員各位

広島県地域保健対策協議会
会長 碓井 静照
発達障害者支援特別委員会
委員長 大澤 多美子

自閉症等発達障害児(者)の医療に関するアンケートについて(依頼)

平成17年4月1日に自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)などの発達障害者を支援する「発達障害者支援法」が施行され、国、県、市町及び国民の責務が規定されました。

児童相談所等の関係機関には発達障害の医療に関する相談も寄せられていますが、

- ① 発達障害が疑われる場合にどこの医療機関を受診すればよいか分からない
- ② 発達障害児(者)が様々な病気になったとき、対人関係やコミュニケーションの障害に配慮していただける医療機関が見つかりにくい

以上の2点について、特に緊急の課題になっています。

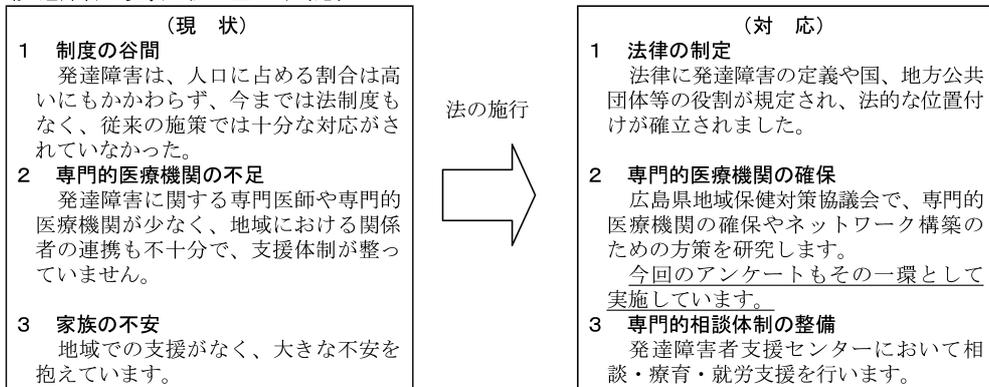
また、発達障害児(者)は小中学校児童・生徒の6%くらいいるのではないかと推定されており、対応が急務になっています。

そこで、発達障害児(者)及びその家族を支援するため、本協議会において、会員の皆様を対象に、別紙のとおりアンケートを行い、医療・福祉・教育機関等が利用するための名簿を作成することにしました。

つきましては、アンケートに協力していただける会員におかれましては、別紙「アンケート調査票」に必要な事項を記載して、平成17年7月22(金)までにFAXで回答してください。

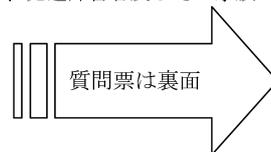
- ・ 回答先 広島県医師会地域医療課 (TEL 082-232-7211)
- ・ FAX 番号 082-293-3363

(発達障害の現状と法に基づく対応)



(発達障害者支援センターについて)

- 発達障害児(者)は、人間関係の障害のために社会生活への対応ができないという障害の特性があるため、他の知的障害児(者)と一緒に療育することになじまず、個別・専門的な対応が必要とされています。
- そこで、国は19年度末までにすべての都道府県・指定都市にセンターを設置することを目指しており、広島県及び広島市は、平成17年10月からセンターを開設して、発達障害者及びその家族に対する支援体制の充実を図る予定です。



広島県地域保健対策協議会 発達障害者支援特別委員会
アンケート調査票

広島県医師会 地域医療課 行き
(FAX 番号 082-293-3363)

員氏名： _____
療科目： _____
所： _____
話番号： _____

の1から4の質問で、該当するものに○をしてください。

- 1 発達障害児（者）の専門診療を行っている（はい ・ いいえ）
- 2 発達障害児（者）の身体疾患の診療を工夫して行っている（はい ・ いいえ）

↓
2で「はい」とお答えの方にお聞きします。どのような工夫をされていますか（複数回答可）

- ア 分かりやすく話す（短く、ゆっくり、具体的に等）
- イ 見せて伝える（絵や写真を見せる、文字に書く等）
- ウ 先の見通しをたててあげる（これから何が起こるか分かる範囲で伝える等）
- エ 電話で時間の予約ができる（到着から診療まで極力待たせない）
- オ 事前に保護者から、要望、注意点を聞いて対処する
- カ その他

- [_____]
- 3 発達障害児（者）について、研修やマニュアルがあれば、それをもとに診療に工夫を取り入れたいと思いますか（はい ・ いいえ）
 - 4 このアンケートの結果をもとに、発達障害児（者）がより安心して診療を受けられるように、医療機関のリストを作成したいと考えています。その場合、お名前、連絡先等を載せることにご了解いただけますか（はい ・ いいえ）

その他、ご意見がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました

医師，患者に，会う

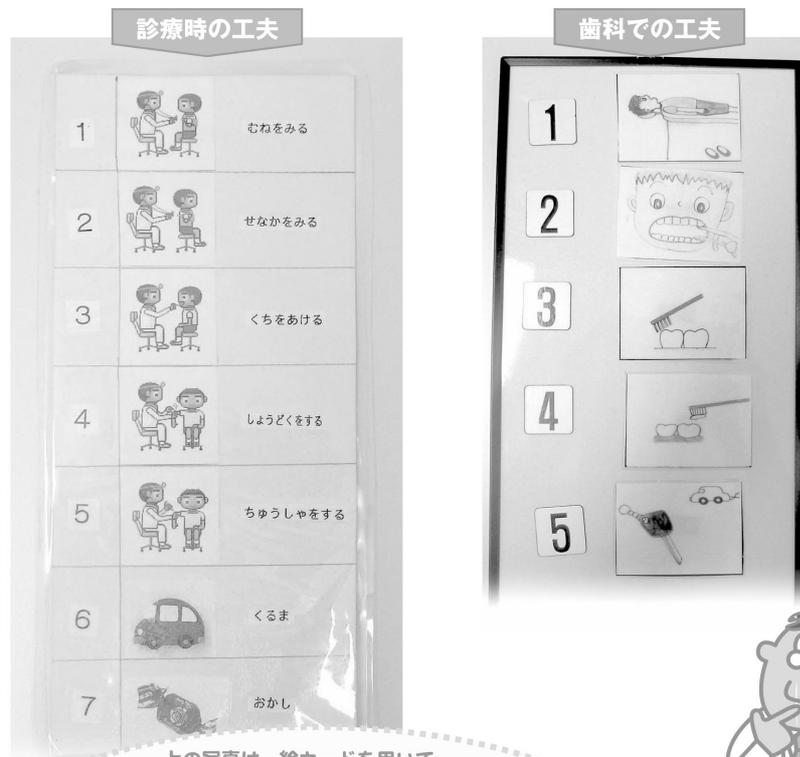
Doctors meet Patients as East meets West.

「発達障害者とのより良い関係を求めて」

広島県地域保健対策協議会
発達障害者支援特別委員会

診療時の支援 ～工夫の実際例～

* 写真や絵カードで手順を伝えて見通しを持たせ、安心して診療してもらう工夫の実際例です。



上の写真は、絵カードを用いて
診療後注射をして帰るということや、歯科での具
体的な処置を行う前に伝えて、見通しを持って診察・治療をうけて
もらうため工夫です。絵でなく写真のほうがわかる子供もいます。終わ
れば、“ごほうびも待っている”などの情報も入れてみるとより効果的です。
このように見通しを持たせると診察や、嫌な処置もがんばれるこ
とがあります。

絵や写真にこだわらず、文字も視覚的
な情報です。文章にして、診察や処置の手順を予告す
ることも効果的です。



ホームページに具体例を掲載しておりますので、診療に役立てて下さい。

(資料3) 講演会チラシ

発達障害の理解と対応
～発達障害児(者)とのより良い関係を求めて～

平成17年4月1日に自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害(LD)、注意欠陥多動性障害(ADHD)などの発達障害者を支援する「発達障害者支援法」が施行され、国、県、市町及び国民の責務が規定されました。

発達障害児(者)は小中学校児童・生徒の6%くらいいるのではないかと推定されており、対応が急務になっています。

そこで、保健、医療、福祉、教育等の分野で、発達障害のある人の支援に携わっている方を対象に、研修会を開催致します。

- 日時 平成18年2月16日(木) 午後6時30分～9時
 場所 広島医師会館2階 大講堂
 広島市西区観音本町1-1-1 TEL 082-232-7211
- 内容 シンポジウム
- | | | |
|---------|---|-------|
| 座長 | 県立心身障害者コロニーわかば療育園所長 | 岩崎 學 |
| コメンテーター | 松田病院院長 | 松田 文雄 |
| (1) | 発達障害者支援法と広島県の施策について
広島県福祉保健部福祉総室知的障害者福祉室長 | 宮原 洋治 |
| (2) | 発達障害って何？
広島市こども療育センター医療部長・児童精神科医 | 大澤多美子 |
| (3) | 一般診療での工夫と支援
広島市こども療育センター・小児科医 | 河村理英子 |
| (4) | 歯科における支援の一例
～X線撮影時における自閉症児(者)への視覚支援の試み～
広島大学大学院医歯薬学総合研究科展開医科学専攻助手 | 寶田 貫 |
| (5) | 質疑応答 | |
- 対象者 保健、医療、福祉、教育等の分野で、発達障害のある人の支援に携わっている方
 (行政担当者、施設職員、保健師、保育士、教員等)
 (注：保護者の方は対象外です)
- 参加費 無料
- 申込 参加ご希望の方は、下記申込書により FAX にてお申込み下さい。
 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)
 TEL 082-232-7211 FAX 082-293-3363
- 主催 広島県地域保健対策協議会

FAX 082-293-3363
 広島県医師会 地域医療課 行き

<研修会>発達障害の理解と対応 申込書
 平成18年2月16日(木) 午後6時30分～

氏名	
職種	医師・医療従事者・その他()
所属機関名	TEL

広島県地域保健対策連絡協議会発達障害者支援特別委員会

委員長	大澤多美子	広島市こども療育センター
委員	岩崎 學	広島県立心身障害者コロニー
	河村理英子	広島市こども療育センター
	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	佐伯真由美	広島県総合精神保健福祉センター
	寶田 貫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	谷山 純子	広島市精神保健福祉センター
	西村 浩二	社会福祉法人つつじ
	新田 修三	広島県福祉保健部福祉総室
	堀江 正憲	広島県医師会
	松田 文雄	松田病院（広島県精神病院協会）
	宮原 洋治	広島県福祉保健部福祉総室
	安常 香	広島県広島こども家庭センター

乳幼児聴覚障害対策特別委員会

目 次

乳幼児聴覚障害対策特別委員会報告書

- I. 広島県における
新生児聴覚検査事業について
- II. 母子保健事業等における聴覚発達
チェックおよび支援体制について
- III. 広島県における乳幼児聴覚検診の問題点

乳幼児聴覚障害対策特別委員会

(平成 17 年度)

乳幼児聴覚障害対策特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会乳幼児聴覚障害対策特別委員会

委員長 平川 勝洋

解析担当者 益田 慎・岡本 羊子

広島市社会局児童福祉課

I. 広島県における 新生児聴覚検査事業について

広島県では、広島県医師会をはじめ関係機関の全面的な協力をいただき、聴覚障害に対してできるだけ早い段階で適切な措置を講じて、聴覚障害によりもたらされるコミュニケーション障害や言語発達の遅れを軽減することを目的に、平成 15 年 11 月から新生児聴覚検査事業を行っている。

1 事業概要

(1) 新生児聴覚検査

ア 対象者

県内（広島市を除く。）に住所を有する新生児で、保護者が検査を希望する者。

イ 検査方法

自動 ABR とする。ただし、平成 17 年 3 月までの間は、OAE 検査も実施した。

ウ 検査場所・時期

検査機器が整っている県内の産科医療機関に委託し、原則として入院中に初回検査を行

う。委託医療機関数は 57 施設（平成 18 年 3 月 31 日現在）。

エ 検査の流れ（表 1）

(2) 早期支援体制整備

要再検となった子どもとその保護者への支援、療育機関等との連携により医療機関から療育機関まで一貫した支援が行われるよう、医療機関の関係者や地域支援を行う保健師への研修会を開催した。

2 実施結果

平成 15 年 11 月から平成 18 年 3 月までの検査実施状況は次のとおりである。

(1) 県内出生児に対する検査カバー率

61.8%（全出生数 34,644 人に対する受検者数 21,426 人の割合）

(2) 委託医療機関における受検率

96.0%（出生数 22,324 人に対する受検者数 21,426 人の割合）

(3) 精密検査対象者数の受検者に対する割合

73 人（0.3%）

表 1 検査の流れ

区分	自動 ABR	OAE
委託先医療機関 (入院中)	「初回検査（自動 ABR）」→ pass ↓ refer 「確認検査（自動 ABR）」→ pass ↓ refer	「初回検査（OAE）」→ pass ↓ refer 「確認検査（OAE）」→ pass ↓ refer 「再検査機関」の紹介 ↓
委託先医療機関		「再検査（自動 ABR）」→ pass ↓ refer
精密検査実施機関	「精密検査」→ 聴覚障害なし ↓ 聴覚障害あり	「精密検査」→ 聴覚障害なし ↓ 聴覚障害あり
早期支援機関	「早期支援開始」	「早期支援開始」

(4) 精密検査結果 (表2)

表2 精密検査結果

区分	パス	聴覚障害あり	聴覚障害の疑い	経過観察他	合計
人数(人)	5	10	26	28	69

※ 精密検査対象者数73人のうち、1人は他疾患でフォローアップ後に紹介される予定。3人は精密検査前に再度自動ABR検査を受け、パスとなり精密検査を紹介しなかった。

3 地域における支援ネットワーク

この検査事業で発見された子どもが、早期に必要な支援を受けることができるよう地域社会における支援体制の確立が重要である。

そのため、本県では、この検査事業の関係者により新生児聴覚障害対策特別委員会において聴覚検査の方法、再検査が必要となった方への対応、精密検査実施機関、早期支援体制等について協議・検討を重ね、手引書を作成するとともに、検査についての普及啓発、関係者への研修、検査結果の把握・分析、関係機関との連携により検査・療育体制の充実に努めた。

各保健所では、委託医療機関からの検査結果の報告を受け、地域での支援が必要な子どもとその保護者に対して状況把握を行い、その状況に応じて聴覚検査の意義や今後の見通しをもった説明や育児方法の指導等を行った。さらに保護者の不安や疑問を解決し良好な親子関係の確立ができるよう、関係機関とも連携をしながら家庭訪問等の支援を行った。

市町に対しては、妊娠届出時にこの検査事業について保護者へ周知するとともに、要支援となった子どもについては、乳児相談や健康診査等の機会において、経過の把握及び保護者の精神的支援を行う等、長期にわたる経過の中でフォローアップから漏れないように保健指導を依頼した。

また、産科、小児科、耳鼻咽喉科医療機関及び療育機関等では、県への結果報告を始めとして保護者の不安に配慮しながら検査、説明、支援を行っていただいている。

4 今後の課題

この検査事業を行う中で、今後の課題も明らかになった。

(1) 県内の検査カバー率は、平成15年度は56.8%、平成16年度は64.3%と上昇したが、平成17年度は61.6%と減少した。これは、OAE検査方法により検査を行っていた分娩数の多い医療機関の契約終了の影響も大きい。

引き続き産科医療機関の理解と協力を得ながら検査実施体制を充実させていく必要がある。

(2) 委託医療機関以外で出生するなどの事情で、この検査を受けられない子どもについては、乳幼児健診や保護者の家庭での観察等により「子どもの耳のきこえ」に関心を持ってもらいながら早期発見ができるよう保護者を始め市町保健師に対する普及啓発に努める。

(3) 市町の乳幼児健診の精度を高め、後発性難聴などを確実に発見できるように、健診に関わるスタッフに対してその必要性、具体的留意事項及び方法など、聴覚障害に関する知識技術の習得を支援する。

(4) 保護者への支援体制については、現在、手引書に基づき関係機関の連携によりそれぞれの機関で行っているが、長期間の支援となるため、途切れることなく必要な支援を継続して行うよう、保健師に対して継続した意識付けを行うとともに、関係機関に対しても協力を求めている。

(5) 精密検査結果でも明らかなように、聴覚障害児への支援は長期にわたるため、関係者が共通の意識により継続支援する必要がある。そのために、今後も専門医を始めとした関係者の意見を聞きながら本事業を充実していきたい。

(6) 事業の評価について、平成17年度は、乳幼児聴覚障害対策特別委員会において、本事業における要精密検査事例のうち、データ分析のため第三者機関へ情報提供する同意が得られた19事例について分析を行っていただいたが、情報量が少なく事業評価は困難であった。

今後は、第三者機関への情報提供について家族の同意を得ているため、データを集積して分析を行っていくとともに、乳幼児期全体にわたる聴覚検査の状況について、日本耳鼻咽喉科学会広島地方部会の協力を得て検討・分析していただいた報告内容等に基づいて、事業のあり方を検討したい。

Ⅱ. 母子保健事業等における聴覚発達 チェックおよび支援体制について

1 趣 旨

難聴児を早期に発見し、適切に療育へ結びつけるための、広島市における乳幼児健診等の母子保健事業の取組みについて報告する。

2 実施内容および方法

実施内容は資料1のとおり

(1) 保護者に対する普及啓発

乳幼児の聴覚の発達状況は、家庭での観察を通じて把握することが重要であることから、発達のおおまかな目安を月齢ごとに示した、聴覚発達チェックリスト（『「きこえ」の育ち・チェック表』）を、平成17年4月から交付する母子健康手帳に組み込んでいる（資料2）。

(2) 乳幼児健診における取組み（表3）

ア 聴覚発達チェック体制の充実

4か月児健康相談・1歳6か月児健康診査を通じた聴覚発達チェック体制を継続実施した。

イ 精密健康診査を要する児と保護者のフォロー

精密健康診査の受診状況の確認および保護者の不安等に対応するため、保健師による支援を実施した。

(3) 医療機関と連携した支援

新生児聴覚検査で要観察・要精検となった児とその保護者に対して適切な支援を行うため、平成16年11月から平成17年10月まで、試行的に未熟児センターを有する市内4医療機関と保健センターが連携して支援を行い、支援の方法や医療機関との連携方法について検討した結果、引き続き支援を行うこととした。

Ⅲ. 広島県における乳幼児聴覚検診の問題点

1. 目 的

聴覚障害児を早期に発見し、アプローチすることの重要性が強調されて久しい。これを目的とした法的に整備された聴覚検診は、1歳半健診における言語発達検診と3歳児健診における聴覚検診である。広島県ではこれらに加えて、平成15年11月から新生児聴覚スクリーナー（自動聴性脳幹反応検査：自動ABRと耳音響反射検査スクリーナー：OAEスクリーナー）を用いた生後1カ月までの聴覚検診（新生児聴覚検診）を事業化し、運営している。また、広島市は生後4カ月児を対象に独自の聴覚検診を実施している。

本委員会では、これら4つの検診を聴覚障害児を早期に発見するための一連の検診システムととらえて、システムとしての有用性と課題について検討するため、調査を実施した。

2. 調査方法と調査対象

日本耳鼻咽喉科学会広島県地方部会の推薦を受けて、新生児聴覚検診で要精査となった乳児の聴覚精密検査を担当している広島県内11カ所の耳鼻咽喉科（以後、「推薦精査機関」とする）に調査を依頼した。推薦精査機関を平成17年5月1日から平成18年1月31日までに初診した未就学児で、「聞こえにくい」などのきこえの問題、あるいは「ことばが遅い」「発音がおかしい」などのことばの問題を訴えた児を調査対象とした。推薦精査機関を受診する以前に、難聴もしくは言語発達障害など、聴覚や言語発育に関連する診断を受けている児は対象外とした。聴覚検診で難聴や言語発達障害を疑われ、推薦精査機関以外の医療施設を受診し、その医療機関がすぐに精密検査を推薦精査機関に依頼した事例は対象に含めた。

【参考】

表3 乳幼児健診における聴覚発達チェック実施結果（平成17年度）

区 分	受 診 者 数	経過観察		精密健康診査		難聴診断	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
4か月児健康相談	12,343	71	0.58%	7	0.06%	1	0.01%
1歳6か月児健康診査	12,047	1,754	14.56%	28	0.23%	2	0.02%
3歳児健康診査	10,759	-	-	84	0.78%	4	0.04%

調査を実施するにあたって、対象児の診察に同席した養育者に文書および口頭で本調査の目的および方法について説明し、調査に関する同意を得た。同意が得られた対象児について、推薦精査機関を受診するまでの経緯、生下時の難聴リスク（表4）の有無¹⁾、聴覚検診の結果、養育者が異常と気づいた時期についてを主に養育者から聴取した。さらに、各々の事例について最終的な聴力検査結果と言語病理学的な診断名を加えて集計した。

表4 生下時の難聴リスクファクター

三親等以内の家族内難聴
2,000g以下の低出生体重
血漿交換を必要とした新生児高ビリルビン血症
風疹、サイトメガロウィルスなどの胎内感染
新生児仮死（APGARスコアで3点以下）
痙攣などの異常神経症状
口蓋裂などの頭頸部奇形
長期におよぶ呼吸器管理の必要性
髄膜炎などの重症感染症
アミノグリコシド系抗生物質などの耳毒性薬剤の使用

また、広島県の新生児聴覚スクリーニング事業の対象児のうち、改めて追跡調査の許可が得られた例について、推薦精査機関で追跡調査を行い、経時的な聴力検査結果を収集した。

3. 結果

期間中に136名の未就学児について調査の同意を得た。受診動機別に初診時年齢をまとめて表5とした。新生児聴覚検査で要精査とされた場合、一般的には生後3カ月以内に精査機関を受診した方が良い

と言われている。今回の調査で新生児聴覚検査で要精査となった30名のうち、11名が生後1カ月以内に、7名が生後1カ月、2名が生後2カ月で推薦精査機関を受診していた。したがって残り10名については、新生児聴覚検査を実施してから精査機関を受診するまでの経緯に問題があると考えられる。初診までの経過が最も長かった新生児聴覚検査要精査例は生後8カ月に推薦精査機関を初診しているが、広島県の新生児聴覚スクリーニング事業として自動ABRが実施された症例であるにもかかわらず、広島県が取り決めた手続きが取られておらず、さらに最終的には両耳難聴児として療育が必要となった例であった。

新生児聴覚検査要精査例ではなく、きこえの問題を主訴に生後10カ月以内に推薦精査機関を受診した例は10名であった。このうち1名が広島市が独自に進めている4カ月児健診の例であった。1歳半を過ぎると、急速にことばの問題を主訴に初診する例が多くなるが、4歳をすぎるときこえの問題で受診をする例と、ことばの問題で受診をする例はほぼ同数となった。

表6に最終的な診断を受診動機別に分類した。表中の「知的障害ほか」には口蓋裂の手術後、粘膜下口蓋裂、自閉症、広汎性発達障害などのほか、精密検査中で結論が出ていない事例が含まれている。

1) 両耳難聴例について

表6に示したように対象症例136例のうち、療育を必要とする両耳難聴児と判断した例が14例であった。14例の推薦精査機関を初診した年齢を受診動機別にみる（表7）と、生後10カ月以内に初診をし、両耳難聴と診断された7例は全例新生児聴覚検査で

表5 受診動機と推薦精査機関を初診した年齢

	～生後10カ月	～1歳半	～3歳	～4歳	4歳以降	計
新生児聴覚検査で要精査	30	2				32
きこえの問題	10	1	5	8	17	41
ことばの問題	1	2	20	23	17	63
計	41	5	25	31	34	136

表6 受診動機と最終診断

	異常なし	片耳難聴	両耳難聴	言語発達障害・ 機能性構音障害	知的障害ほか	計
新生児聴覚検査で要精査	15	6	7		4	32
きこえの問題	14	7	4		16	41
ことばの問題	8		3	36	15	62
その他				1		1
計	37	13	14	37	35	136

表7 両耳難聴例における受診動機と実際に医療機関を初診した年齢

	～生後10カ月	～1歳半	～3歳	～4歳	4歳以降	計
新生児聴覚検査で要精査	7					7
きこえの問題				2*	2	4
ことばの問題			1	2		3
計	7	0	1	4	2	14

※ 2名のうち1名が3歳児健診で要精査とされた

要精査となった例であった。

一方、1歳半健診をきっかけに両耳難聴が発見された例は調査中にはなく、3歳児健診から両耳難聴が発見された例は1例のみであった。

さらに、養育者が児の聞こえやことばに関して不安を感じ始めた時期と推薦精査機関を初診した時期を表8で比較した。新生児聴覚検査で要精査とされた7例は養育者が難聴に気づく前に新生児聴覚検査が実施されたと考え、全例「無回答」に分類した。

表8の中で斜体で示した4例(症例A～D)については、養育者が不安を感じてすぐに推薦精査機関を受診すれば、難聴がもっと早期にみつかった可能性がある。すなわち、受診時期が不適切に遅くなった例と考えられ、これらの事例について、さらに問題点を明らかにするために個別に検討したが、症例Aについては詳細を追跡できなかった。

症例B) 女兒：初診時3歳2カ月

【発育歴】 出生時、難聴リスクはなかった。

【経過】 1歳半までに母は異常に気づいており、1歳半健診で「ことばの遅れ」として要精査となり、A耳鼻科を受診した。A耳鼻科で「3歳まで様子を見るように」と指示され、3歳を過ぎてB推薦精査機関を受診し、聴性脳幹反応検査(以後、ABR)で難聴とされる。診断確定のためにさらにC推薦精査機関を受診し、聴力レベルが確定する。3歳児健診は未受診。

【検査結果】 4歳3カ月時にC推薦精査機関で行った遊戯聴力検査(図1)によれば、両側対称性の中等度難聴と考えられた。

【難聴確定後の経過】 B推薦精査機関で難聴を疑われた段階で、ただちにD療育機関に紹介となり、現在両耳に補聴器を装用の上、療育を受けている。

表8 養育者が異常に気づいた年齢と実際に医療機関を初診した年齢(両耳難聴例)

		医療機関を初めて受診した年齢					
		～生後10カ月	～1歳半	～3歳	～4歳	4歳以降	計
気 づ い た 時 期 に	養育者が異常に気づいた時期			1	1		2
	1歳半まで				1		1
	2歳まで					1	1
	3歳まで				2*		2
	3歳以上(無回答)	7				1	8
	計	7		1	4	2	14

※ 2名のうち1名が3歳児健診で要精査とされた

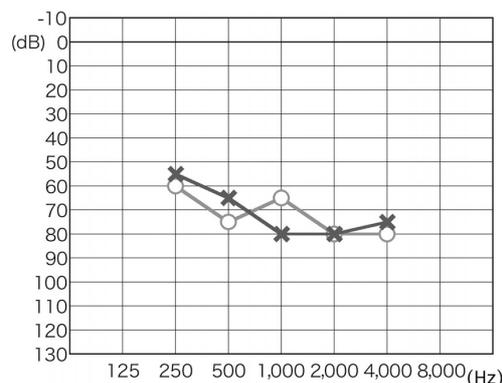


図1 症例Bの遊戯聴力検査結果

症例 C) 女児：初診時 3 歳 6 カ月

【発育歴】在胎 28 週のとときに帝王切開で出生し、肺機能低下、腸機能低下により、E 病院にてその後約 5 カ月人工呼吸器管理となる（難聴リスクあり）。

【経過】E 病院 NICU に入院中に自動 ABR を受け、右耳について「要精査」とされる。その後、推薦精査機関ではない E 病院耳鼻科で ABR による精査を受け、右耳はほぼ聾という診断であったが、左耳は「よく聞こえている」と診断された。その後、2 歳になっても歩行ができず、有意味語を発語しないことから、F 療育施設に通所することになった。ことばが遅れていることについては両親は知的障害によるものという説明をうけた。3 歳 6 カ月のとときに、ことばの遅れについてのセカンドオピニオンを希望して、G 推薦精査機関を受診し難聴と診断される。

【検査結果】条件詮索反応聴力検査（以後、COR）を実施するが、知的障害のためか閾値が安定せず、直ちに ABR と聴性定常反応検査（以後、ASSR）が行われた。ABR では両側とも 95 dBnHL に反応がなく、ASSR では左耳のみに反応がみられた。ASSR から推定される聴力レベルでは、左は中等度難聴で、右は聾であった（図 2）。

【難聴確定後の経過】ただちに H 療育機関に紹介となり、知的障害と難聴の重複例として療育を受けることになった。

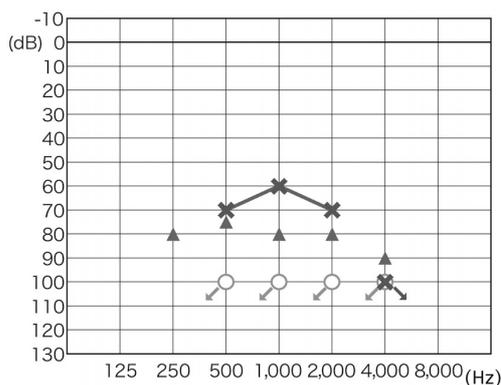


図 2 症例 C の COR と ASSR の結果

○が右 ASSR からの推定聴力閾値、
×が左 ASSR からの推定聴力閾値、
▲が COR 閾値

症例 D) 女児：初診時 5 歳 10 カ月

【発育歴】出生時、右副腎出血があった。難聴リスクはなかった。

【経過】1 歳半健診では「異常なし」とされた。母は 2 歳前から発語がないことを心配していたが、

2 歳を過ぎてしゃべり始めたら急速に発語が増えたため、だんだん気にしなくなった。3 歳児健診では「難聴が疑われるが様子を見ましょう」と言われた。その後、複数の耳鼻咽喉科から「難聴は耳あかや中耳炎のせいだ」と言われ、母もその説明で納得していた。5 歳 9 カ月時、たまたま受診をした I 推薦精査機関で難聴を疑われて、聴力確定のために J 推薦精査機関を紹介され、難聴および粘膜下口蓋裂と診断される。

【検査結果】6 歳 5 カ月時の遊戯聴力検査（図 3）では、右が高音急墜型難聴、左が軽度難聴であった。

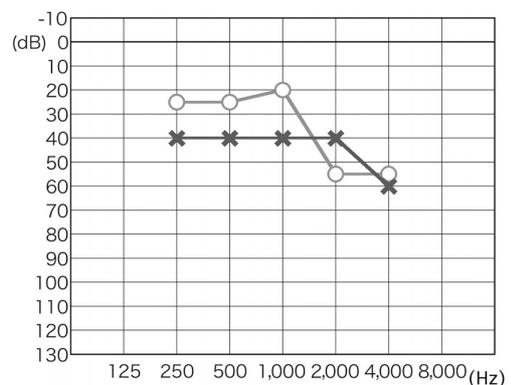


図 3 症例 D の遊戯聴力検査結果

【難聴確定後の経過】獲得語彙数が極端に少なく、助詞の省略も多い。このため会話時にはジェスチャー表現が多い。以上のことから、粘膜下口蓋裂が言語発育に及ぼした影響も無視できないが、難聴も少なからず言語発達に影響していると判断した上で、J 推薦精査機関で言語聴覚療法を実施した。言語療法を開始してから 9 カ月後に就学したが、就学時の言語レベルでは、将来的に学習障害として問題になることが予想された。また、補聴器の装用を試みたが、常時装用あるいは必要時装用にはいたらなかった。

2) 新生児聴覚検査要精査児の聴力レベル確定時期

広島県の新生児聴覚スクリーニングを受けた児のうち、養育者から改めて追跡調査を許可された 12 名の聴力検査結果を図 4 に示した。症例 1～6 が両耳とも良聴と判断された児であり、症例 7～9 が片耳難聴と判断された。症例 10～12 の 3 例が両耳難聴として療育機関に通所している症例の結果であるが、いずれも図中の聴力レベルは良聴耳の結果である。

生後 6 カ月までは ABR と COR（条件詮索行動聴

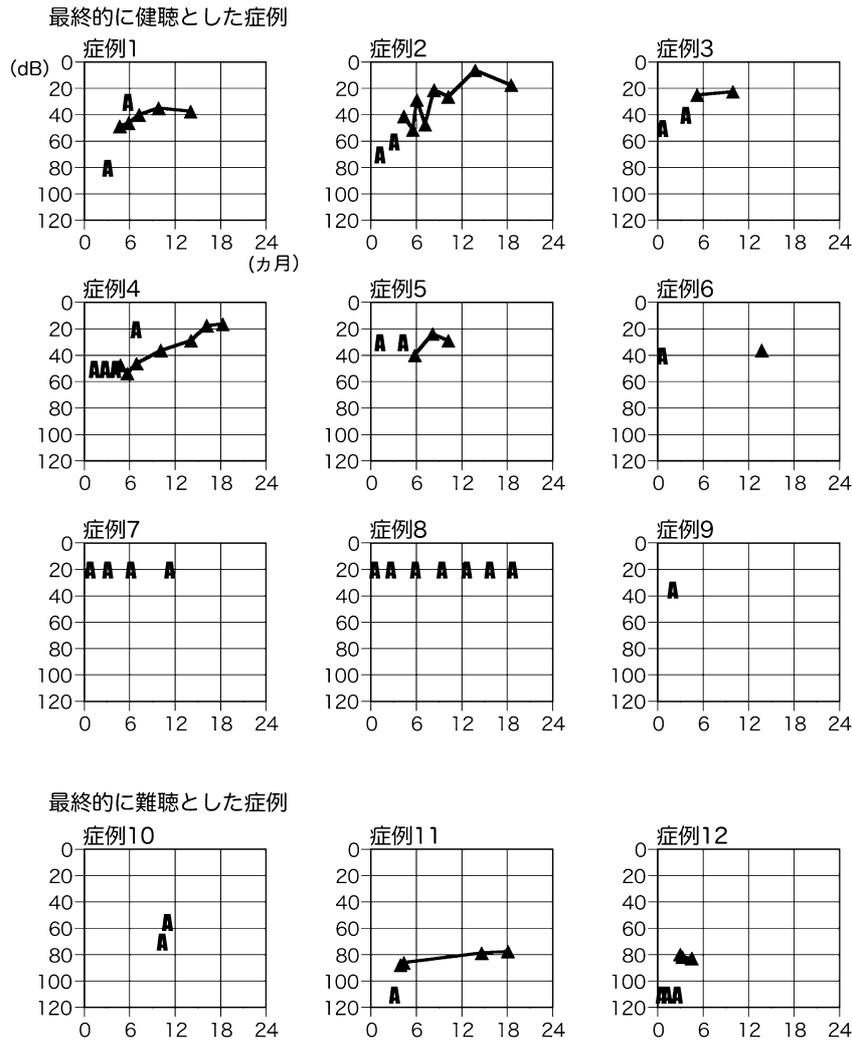


図4 新生児聴覚検査要精査児の経時的な聴力結果

各グラフの横軸は検査時の月齢、縦軸は聴力レベルを示す。図中のAはABRのV波を指標とした良聴耳の聴力閾値であり、▲はCOR上の500、1,000、2,000Hzの3点平均聴力レベルである。

力検査)の閾値は変動する可能性があり、総じて閾値は時間とともに低下する傾向にあった。最終的に健聴もしくは一側難聴とした症例と両側難聴とした症例の聴覚閾値を比較すると、生後6カ月までの閾値だけで両者を明確に区別することは困難であると思われた。また、今回調査した症例の中に早期から進行性に聴力が悪化している例はなかった。

ここで改めて、推薦精査機関を受診し両耳難聴と診断された児の診断確定時の月齢と新生児聴覚検査で要精査とされながら、最終的に両耳とも良聴と判断された児の診断確定時の月齢を図5で比較した。

診断確定時期がはっきりしないなどの理由で、対象症例が限定されたためにノンパラメトリック解析(Wilcoxon検定)による統計処理を実施したが、両者に有為な差を認めなかった。この解析結果からは

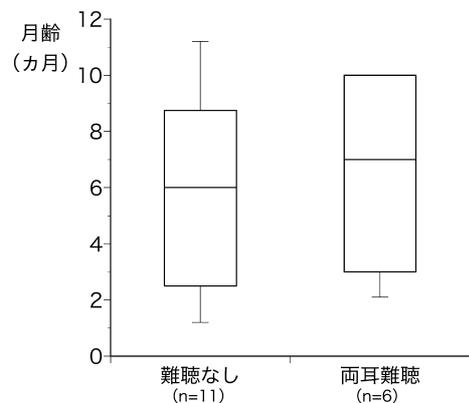


図5 新生児聴覚検査要精査児の診断確定時期

新生児聴覚検査で要精査とされた児は、生後6～7カ月ごろに難聴の有無を診断されることが平均的と考えられる。

4. 考 察

1) 本調査の限界

広島県が実施している新生児聴覚スクリーニング事業では、新生児聴覚検査で「要精査」と判定された子どもについては、広島県内に11カ所ある推薦精査機関で聴覚検査を実施することになっている。しかし、実際にはその取り決め通りに検査が実施されない乳児も存在し、その実数は現時点で把握できていない。

また、広島市在住の新生児は広島県の事業の対象外とされているため新生児聴覚スクリーニング事業に該当する子どもは広島県全出生の40%弱であり、過半数の新生児がこの事業に参加していない。しかも事業外の子どもに自動ABRなどの新生児聴覚検査が実施された場合には、必ずしも推薦精査機関を受診するとは限らないため、さらに実数の把握は困難である。

また、1歳半健診における言語発達検診と3歳児健診における聴覚検診で、要精査となった場合のその後の精密検査をどの機関で実施するかという点に関する取り決めはなく、今回の調査期間に推薦精査機関を受診した子どもは、調査対象の条件として合致する未就学児の一部に過ぎない。

このような理由で、今回調査対象となった子どもは、本来対象とすべき未就学児全体からすると一部であり、逆に総数を推定するための根拠にも不足している。本委員会では把握した結果は「少なくともこのような事例があった」と解釈すべきだと考える。

今回の調査結果から全体を推計する方法として、1歳半健診および3歳児健診で同期間に発行された精密検査依頼書を確認して、今回の調査対象となった子どもと照合する方法も考えられる。しかし、広島県および広島市ともに依頼書のデータと本調査のデータを照合することは、個人情報保護法に違反するとの解釈であり、データ照合は実施しなかった。

2) 受診時期について

米国では、新生児聴覚スクリーニングをいわゆる「1-3-6」ルール²⁾で実施するように国を挙げて取り組んでいる。「1-3-6」ルールでは生後1カ月以内に自動ABRなどによる聴覚スクリーニングが全出生児に対して行われ、生後3カ月以内に聴覚精密検査を実施し、発見された難聴児に生後6カ月以内にアプローチすることを目指している。

米国と日本では、聴覚検診のあり方や難聴に対す

る療育システムが異なることから、「1-3-6」ルールをそのまま日本に導入することには批判が多い^{3),4)}。しかし、その一方で新生児聴覚検査で「要精査」とされた児の養育者の立場になれば、無用に不安な時間を長く過ごすよりは早期に難聴の有無を確定されることが重要である⁵⁾。養育者の立場をとれば、新生児聴覚検査で「要精査」とされた児が、なるべく早期に精査機関を受診することは重要であるが、約1/3の事例で生後3カ月を過ぎてから推薦精査機関を受診しており、課題の残る結果であった。

新生児聴覚スクリーニングというシステムが社会的に認知されるに従い、難聴やことばの発育に関心を寄せる養育者も増えた。この影響から生後10カ月までに、難聴やことばの遅れを疑って受診をする例が比較的多い。生後10カ月では有意味語の発語はなく、喃語を盛んに発しているだけの状態が通常であり、この時点でことばの遅れを疑うというのは、過敏な反応とも考えられる。幸い、今回の調査では生後10カ月までに推薦精査機関を受診した事例のうち新生児聴覚検査の要精査例ではない11例からは両側難聴の事例はなかった。

ことばの遅れなどを受診動機に推薦精査機関を受診した例は1歳半健診を契機に急に増加するが、実際には1歳半健診の精査を依頼されて受診した例を今回の調査期間中に認めなかった。これは1歳半健診の精査は、法的には小児科が担当することになっていることにも関連していると思われる。また、そもそも1歳半健診の目的が自閉症をスクリーニングすることにあることを考えても、1歳半健診の結果として難聴が発見されなかったのは、ある意味当然だったのかもしれない。しかしながら、香川県のように1歳半健診を使って難聴児を発見することに実績を上げている自治体もあり⁶⁾、一考の余地はあると考える。

3歳児健診を契機に難聴を相談する例が増えている事実は今回確認できなかった。3歳児健診を幼小児難聴を発見する最後の機会と位置づければ、3歳児健診の時期を境に、きこえの問題を受診動機として推薦精査機関を受診する例が増えるはずであるが、表5の結果はそのようになっていない。3歳から4歳までの間に4名の難聴例が発見されており、3歳児健診の一定の成果だとも考えられるが、実際には3歳児健診の要精査で難聴が発見された例は1例である。しかも、3歳児健診での対応が不適切であっ

たために難聴の発見が遅れた事例（症例 D）もあったことから、今後広島県における3歳児健診における聴覚検診のあり方を考える必要がある。

3) 新生児聴覚検査について

今回の調査で発見された両側難聴14例のうち、半数の7例が新生児聴覚検査で発見された。また、生後10カ月以内に受診をした41名のうち、両側難聴と判明した例は全例新生児聴覚検査で「要精査」とされた例であった。自動ABRを用いた新生児聴覚検査は、療育が必要な難聴を発見することに貢献していると結論付けても良いと考える。

今回の調査から新生児聴覚検査の精度を考えると、新生児聴覚検査で要精査とされた5人に1人が両耳難聴、5人に1人が片耳難聴、5人に3人が難聴ではないという結果であった。これは他の報告⁷⁾と比較すると「要精査」例に難聴ではない例が占める割合（非的中率）が多いという結果である。原因として、OAEスクリーナーによる新生児聴覚検査例が存在する、あるいは自動ABRによる聴覚検査手順に問題があるなどが考えられる。しかし、今回の調査ではこれらを分析するだけのデータを収集できなかった。

新生児聴覚検査における「要精査」例に対する精密聴覚検査は、最終的な診断には難聴の有無にかかわらず時間を要する。最終診断に至るまでの時間的なギャップが養育者の不安をあおるとして批判があることも事実である。今回の調査では難聴例も非難聴例も平均的には生後6～7カ月で結論が得られていた。図5からも明らかなように、生後6カ月までは従来型ABRであってもその閾値は変動することがある⁸⁾。さらには症例Cのように生後すぐには片耳難聴とされた例がその後進行して両側難聴になる事例が存在することは以前から指摘されている⁹⁾。このようなことを考えると、乳児の聴力の確定には慎重さが必要であり、精密聴覚検査に一定以上の時間がかかることはある程度やむを得ない。

4) 遅れて発見された難聴例と聴覚検診の強化

養育者が早期から異常に気づきながら、早期アプローチにつなげることができなかった、いわゆる不適切に遅く発見された難聴例は、今回の調査では4例みつかった。冒頭にも記述したとおり、広島県全体には相当数の発見されていない難聴未就学児が存在すると推察される。

療育や聴覚言語療法などのアプローチが遅れた直

接の原因は、結果的にみれば不必要な経過観察である。過去の報告^{10),11)}でも、根拠もなく「様子を見るように」という言葉が聴覚検診の精度を下げる大きな原因として指摘されている。生後10カ月以降であれば、ABRやASSRよりは短時間に済み、鎮静を必要としないCORで難聴の程度を大半のケースで判断することは可能である¹²⁾。聴覚閾値を確認することなく「難聴ではない」と判断することは、厳に慎まなければならない。

また経過観察を指示された養育者が、それでも疑問に思ったときにアドバイスを受けるようなバックアップ体制や、健診で「要精査」とした後の対応が適切であるかをチェックするシステムがないことも問題である。

知的障害と難聴の合併例では、新生児聴覚検査で両耳「合格」あるいは片耳「要精査」と判断されると、その後の言語発達障害を知的障害によるものと判断しやすい。このため、両耳難聴の発見が遅れ、言語発達障害をさらに助長する一因ともなる。重複例の診断は非常に困難であることも多いが、ある程度の知的能力が確保された例に言語発達障害を認めただけの場合には、常に難聴を意識する必要があることを強調したい。

5. まとめ

県内11カ所の推薦聴覚精密検査機関を平成17年5月から平成18年1月までの9カ月間に受診した「難聴」と「ことばの異常」を訴えた未就学児136名について集計した。

1) 新生児聴覚検査は難聴例の早期発見に貢献していたが、1歳半健診および3歳児健診が難聴例を早期発見することへの貢献度には疑問が残る結果であった。特に3歳児健診における聴覚検診のあり方には一考を要する。

2) 新生児聴覚検査「要精査」例の聴覚レベルの確定は生後6～7カ月に行われていた。

3) 養育者が異常に早期から気づきながら、不適切にアプローチが遅れた難聴例が4例あった。

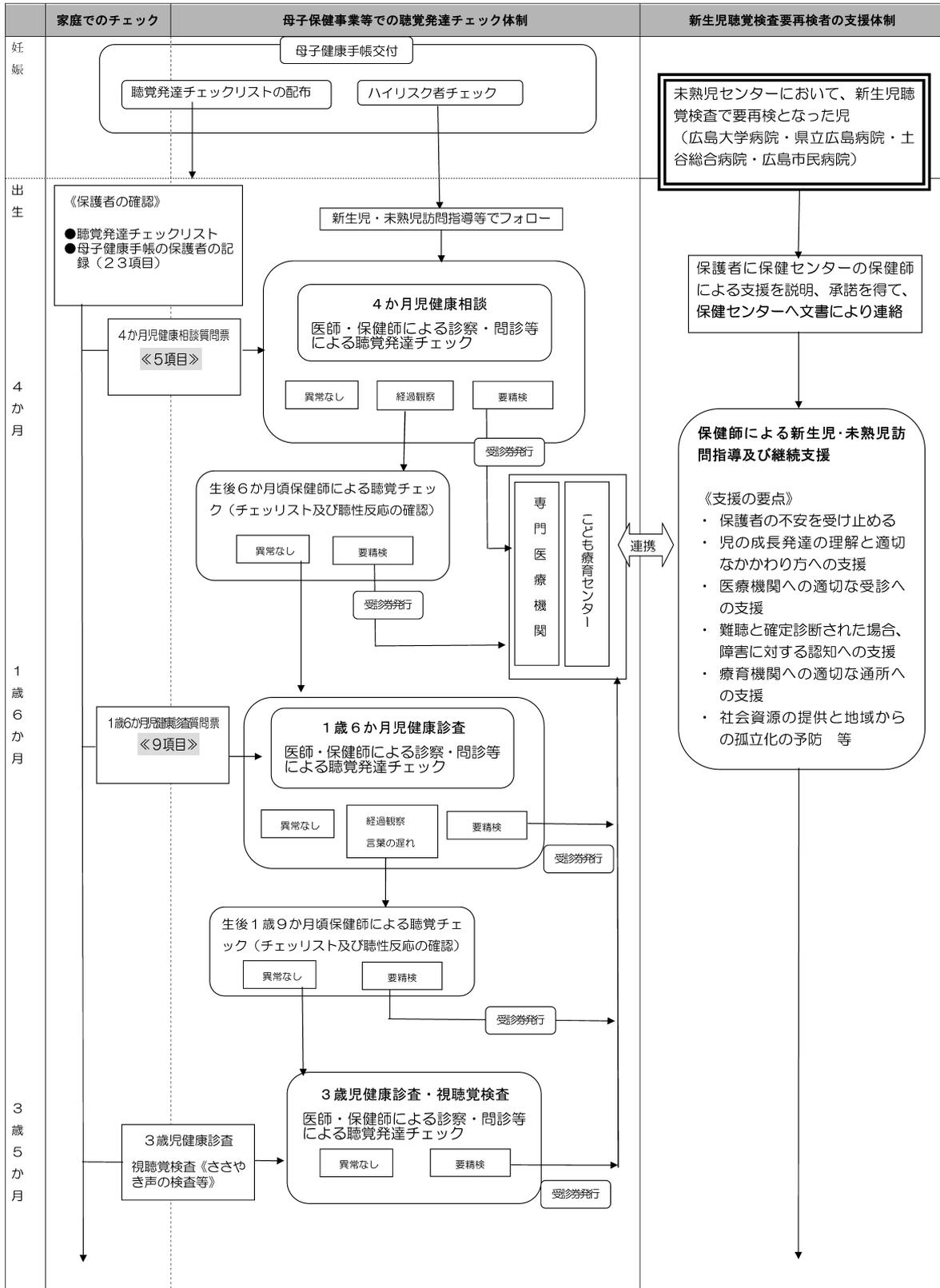
文 献

- 1) 池原由香, 津田幸子ら: 周産期障害と聴覚スクリーニング異常. *JOHNS* 16: 205-208, 2000.
- 2) <http://www.health.state.mn.us/divs/fh/mch/unhs/index.html>

- 3) 服部 浩：新生児聴覚スクリーニングにしばしば引用される Itano らの論文について. 日耳鼻 108: 542-543, 2005.
- 4) 田中美郷：Yoshinaga-Itano の聴覚障害児の言語発達に関する早期臨界期説批判. 小児耳鼻咽喉科 26: 61-66, 2005.
- 5) 夜陣紘治, 益田 慎ら：平成 16 年度新生児聴覚障害対策特別委員会報告書. 広島医学 58: 788-799, 2005.
- 6) 真鍋敏毅, 福永一郎：1 歳 6 ヶ月児健診の問題点. JOHNS 15: 1179-1183, 1999.
- 7) 福島邦博, 福田章一郎ら：難聴精査機関からみた新生児聴覚ユニバーサルスクリーニング. Otol-ogy Japan 11: 184-189, 2001.
- 8) 加我君孝：発達とともに変化する聴性脳幹反応. Neonatal Care 1995 春季増刊：126-133, 1995.
- 9) 針谷しげ子, 田中美郷：新生児聴覚スクリーニング精密検査後の聴力変動例. Audiology Japan 48: 196-204, 2005.
- 10) 森田訓子：3 歳児聴覚検診の問題点. JOHNS 15: 1185-1188, 1999.
- 11) 平岩幹男：健診で着目する疾患・発達課題の知識. 保健師ジャーナル 60: 426-429, 2004.
- 12) 加我君孝, 田中美郷：乳幼児の調整脳幹反応と行動観察による聴力検査からみた発達の変化. 脳と発達 10: 284-290, 1978.

(資料1)

聴覚発達チェック及び支援体制



「きこえ」の育ちチェック表

この表はお子さんの「きこえ」の育ちのめやすとなるものです。母子健康手帳にはさんでご活用ください。お子さんと生活を共にされる皆さんには、お子さんの「きこえ」の様子を観察できる機会がたくさんあります。

乳幼児健診では、この表をもとに「きこえ」の育ちを確認しますので、チェックを忘れないでください。



「きこえ」の育ちをチェックしてみましょう。
※以下の項目について「はい○」「いいえ×」で答えてください。

月齢	はい○ いいえ×	項目
0か月児		突然の音にビクッとする。
		突然の音にまぶたがギョッと閉じる。
		眠っているときに突然大きな音がするとまぶたが開くことがある。
1か月児		突然の音にビクッとして手足を伸ばす。
		眼が開いているときに急に大きな音がするとまぶたが開く。 泣いているとき、または動いているとき物音がすると、泣きやんだり動作が止まったりする。
月2児か		眠っていて急に鋭い音がすると、ビクッと手足を動かす。

チェック表の使用上の注意

- *この表は、発達のおおまかなめやすであり、お子さんによって個人差があります。
- *特に0～5か月の時期は反応が分かりにくかったり、月齢の前半と後半で反応が違ったりするので、表にこだわり過ぎないことが大切です。
- *反応をみようとして、しつこく試すことはお子さんにとって不愉快なことです。また、何回も試すと音に慣れて反応が得られなくなることがあります。
- *表の月齢と比較してかなり遅れている場合は、念のため、かかりつけの医師またはお住まいの区の保健センター保健師に気軽にご相談ください。

「きこえ」の育ちをチェックしてみましょう。

※以下の項目について「はい○」「いいえ×」で答えてください。

月齢	はい○ いいえ×	項目
5か月児		他の音や声に比べて、母親の声にはよく反応する。
		名前を呼ぶとゆっくり顔をむける。
6か月児		話しかけや歌をうたてると、その人の方を見る。
		名前を呼ぶと振りむく。
		楽器や物音に敏感に振りむく。 テレビのコマーシャルの音に反応することがある。
月7児か		となりの部屋の物音や、外の動物のなき声などに振りむく。
7か月児		話しかけたり歌をうたてると、じっと見つめる。
		テレビのコマーシャルや、番組のテーマ音楽の変わり目にバツと向く。 叱った声（メッ！コラッ！など）や、近くで鳴る突然の音に驚く。
8か月児		動物のなき声をまねると喜ぶ。
		機嫌よく声を出しているとき、まねてやると喜ぶ。
		ダメッ！コラッ！などというと、動きを止める。
		耳もとでの小さな音（鈴の音など）に振りむく。
9か月児		外のいろいろな音（車の音、サイレンの音など）に関心を示す。
		歌をうたてると、喜ぶ。
10か月児		ちょっとした物音や、変わった音がするとハッとむく。
		となりの部屋で物音をたてたり、遠くから名を呼ぶとはてくる。 「ママ」、「マンマ」または、「ネンネ」など、人のことをまねて、それらしくいう。
月11児か		そっと近づいて、ささやき声で名前を呼ぶと振りむく。
11か月児		音楽のリズムに合わせて身体を動かす。
		「……ちょうだい」というと、そのものを手渡す。
12か月児		「……どこ？」と聞くと、そちらを見る。
		となりの部屋で物音がすると、不思議がって、耳を傾ける。 「ティッシュをとって」などの簡単な言いつけに応じて行動する。

聴覚発達検査表（田中、進藤）を参考



- 広島県地域保健対策協議会乳幼児聴覚障害対策特別委員会
- 委員長 平川 勝洋 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
- 委員 井口 郁雄 広島市立広島市民病院
- 岡本 羊子 広島県福祉保健部保健医療総室
- 相楽多恵子 県立広島大学保健福祉学部
- 澤田 道夫 広島市こども療育センター
- 塩満 和弘 広島市社会局障害福祉課
- 白河 一郎 医療法人社団 白河産婦人科
- 新田 修三 広島県福祉保健部福祉総室
- 堀江 正憲 広島県医師会
- 益田 慎 県立広島病院
- 三宅 静香 広島県福祉保健部保健医療総室
- 山崎 和子 県立広島大学保健福祉学部
- 山本 洋子 広島市社会局保健部
- 吉岡 明彦 広島県東広島地域保健所

アトピー性皮膚炎対策特別委員会

目 次

アトピー性皮膚炎に対するシャワー浴の効果に関する調査

—予備調査結果報告—

- I. は じ め に
- II. 対 象 と 方 法
- III. 結 果
- IV. 考 察

アトピー性皮膚炎対策特別委員会

(平成 17 年度)

アトピー性皮膚炎に対するシャワー浴の効果に関する調査

—予備調査結果報告—

広島県地域保健対策協議会アトピー性皮膚炎対策特別委員会

委員長 秀 道広

解析担当者 亀好 良一・田中 稔彦

I. はじめに

アトピー性皮膚炎 (AD) の治療において、増悪因子の除去・回避は、薬物治療、スキンケアと並ぶ 3 本柱の一つである。本委員会は、主に学校生活における AD の増悪因子とその対策の実情を調査し、学校環境ないし行事と皮膚炎の状態の関連を明らかにすることにより、AD 克服のための適切な方法を提言することを目的として設立された。初年度である 16 年度は、学校生活における AD 対策の実情についてアンケート調査を実施した。その結果、学校において対策を必要とする児童生徒は必ずしも多くないが、それを必要とする重症児童生徒に対し適切な対策を施すことが重要であることを示唆する結果を得た¹⁾。

汗は多くの AD 患者に共通する増悪因子であり、学校生活との関連では、夏季の体育授業、特に運動会の練習の時期に AD が増悪することはしばしば経験される。そのため、平成 11 年に日本学校保健会から発行された「学校生活におけるアトピー性皮膚炎 Q&A」では、体育授業の後のシャワー浴が推奨されている²⁾。しかし、昨年度実施したアンケート調査の結果、シャワー設備の普及率とシャワー浴の実施率には大きな開きがあることが示された。実施している学校の半数以上では「AD に対し効果がある」と判断しているのに対し、実施していない学校の多くは「実施の必要性がない」と判断していることも示された¹⁾。

学校における AD 克服のための適切な対策としては、有効であることとともに実施が容易であることも必要である。シャワー浴の実施にあたっては、設備の設置が前提となることに加え、時間、手間などの負担もある。そこで、本年度は一部の学校の協力

を得て、AD 児童生徒に対するシャワー浴を実施し、学校でのシャワー浴にともなう問題点を検討した。また、専門医の診察によりその効果を客観的に検証するための予備調査を行い、調査法についても検討した。

II. 対象と方法

調査実施校

16 年度本委員会事業における、学校を対象としたアンケート調査において、児童生徒が使用できる温水シャワーがあり、AD に対するシャワー浴の効果の調査に協力する、あるいは協力を検討するとの回答があった学校に対し、改めて文書で協力を依頼した。今回の調査の趣旨、および下記実施法について同意の得られた学校のうち、実際に児童生徒の参加協力を得られた学校で調査を実施した。

対象児童生徒

原則的に中等症～重症 AD 児童生徒を対象とし、調査の趣旨、方法について詳細に記載した参加協力依頼書を保護者に配布した。その内容を理解し、文書により保護者の同意が得られた児童生徒を対象として実施した。なお、対象者の選定は学校に依頼した。

調査法

1) シャワー浴

参加者 (保護者) の希望により、図 1 に示す A, B, C の 3 群に分け、それぞれの規定に従いシャワー浴を実施した。シャワー浴は、大休憩、昼休み、放課後など、それぞれの学校の状況により可能な時間に実施した。シャワーの際は、原則的に石鹸を使用

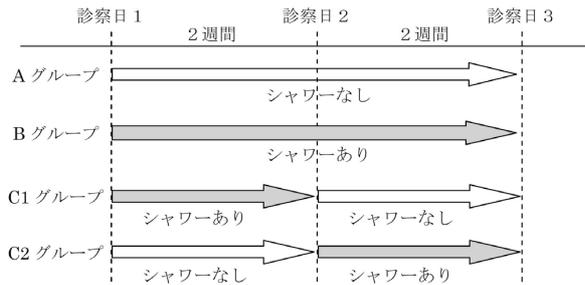


図1 シャワー浴の効果調査：実施法

参加者はそれぞれの希望によりA, B, Cの3群(A群：シャワー浴をしない, B群：全期間シャワーを実施する, C群：調査期間の前半, 後半のいずれか2週間のみシャワーを実施する(C1, C2は無作為に割り当てる))に割り付けられ, シャワー浴を実施した。いずれの群の参加者も期間中毎日シャワー日誌に記入し, 開始時, 開始2週間後, 終了時の3回医師の診察を受けることを求められた。

せず, 水(温水)浴のみとした。シャワー後のスキンケアについては, 特に指定せず, 主治医の指示があればそれに従うこととした。ただし, シャワー後に薬, 保湿剤などを使用した場合には日誌への記入を指示した。なお, 調査開始前にすでにADの治療を受けている児童生徒については, 症状の改善にともない治療を軽減する場合を除き, 調査期間中なるべく治療を変えないよう求めた。

2) 評価法

調査開始時(診察日1), 2週間後(診察日2), 4週間後(診察日3)の計3回, 皮膚科医が学校を訪問し診察した。症状の評価にはSCORADを用い, 皮疹の面積, 皮疹の強さ(紅斑, 浮腫/丘疹, 浸出液/痂皮, 擦り傷, 苔癬化, 皮膚の乾燥の各項目), 自覚症状(痒み, 睡眠障害)を評価し, スコア化した³⁾。また, 自覚症状, かゆみの評価のために, 調査期間中毎日シャワー日誌(図2)の記載を求めた。

調査実施後のアンケート調査

調査終了後, 養護教諭を対象にアンケート調査を実施し, 対象者の選定, シャワー浴の実施, 今回の調査法などについて質問した。

Ⅲ. 結 果

広島県西部の小学校4校, 中学校1校において, 男女各4名, 計8名を対象として調査を実施した(表1)。シャワー浴実施法の割付は, A群3名, B群3名, C群2名であった。以下, 終了後のアンケート調査, 診察を担当した医師の感想などから得た結果を中心に述べる。

シャワー日誌(小学生用)

年 組 名前 _____
 それぞれ当てはまるものに○をしてください(休みの日は, かゆみとその他の気づきだけ)

月/日	体育授業、運動会の練習、運動クラブなどがありましたか	シャワーをしましたか	シャワー後に薬を塗りましたか	今日のかゆみはどのくらいでしたか	シャワーの効果を感じましたか	その他の気づき(通院なども記入してください)
○/△	はい いいえ 体育、運動会、クラブ	はい いいえ 大休憩、昼休み、放課後	はい (いいえ)	0 1 ② 3 4	(はい) いいえ	
/	はい いいえ 体育、運動会、クラブ	はい いいえ 大休憩、昼休み、放課後	はい いいえ	0 1 2 3 4	はい いいえ	
/	はい いいえ 体育、運動会、クラブ	はい いいえ 大休憩、昼休み、放課後	はい いいえ	0 1 2 3 4	はい いいえ	
/	はい いいえ 体育、運動会、クラブ	はい いいえ 大休憩、昼休み、放課後	はい いいえ	0 1 2 3 4	はい いいえ	
/	はい いいえ 体育、運動会、クラブ	はい いいえ 大休憩、昼休み、放課後	はい いいえ	0 1 2 3 4	はい いいえ	

シャワー後に使用した薬があれば下に記入してください

薬の名前:

かゆみの強さ
 0 ほとんどかゆみを感じない
 1 時にむずむずするが、かくほどではない
 2 時に手がゆき、軽くかく
 3 かなりかゆく、人前でもかく
 4 いてもたってもいられないかゆみ

図2 シャワー日誌(部分)

表1 調査参加校とシャワー浴実施状況

	A 小学校	B 小学校	C 小学校	D 小学校	E 中学校
全校児童生徒数	216	500	700	1,023	547
中等症以上のAD児童生徒数	1	5	3	5	4
実際に調査に参加した人数	1	2	1	2	2
うちシャワー浴実施人数	1	1	0	2	1
調査開始日	9/12	9/20	9/28	9/28	9/9
シャワーの設置場所	主事室	保健室	障害児トイレ	保健室前	障害児学級
シャワー実施時間	大休憩 昼休み	大休憩		昼休み 放課後	体育後

1. シャワー浴の実施に関する問題点

1) 対象者の選定について

各校における中等症以上のAD児童生徒数、あるいは養護教諭から参加希望を募った児童生徒数に対し、実際に参加しシャワー浴を実施した人数は少なかった(表1)。その理由としては、本人が遊ぶ時間がなくなるため希望しなかった、あるいは本人(保護者)が、他の児童生徒と違うことをしたく(させたく)ないため希望しなかった、などが挙げられた。また、今回は学校に対象者の選定を依頼したが、重症度の評価、対象候補者の選定に苦慮したとの意見が複数みられた。時期によりADの重症度が違うため、健康調査により養護教諭が得ている情報が必ずしも適切とは限らず、全校児童生徒を対象として募集した方がよいとする意見、あるいは学校医との連携を期待する回答もみられた。なお、本人(保護者)が気にしているため、あらかじめ電話で説明し同意を得た後に実際の依頼書を手渡すなどの工夫が必要であったとする回答もみられた。

2) シャワーの実施について

シャワーの設置場所、実施時間は表1に示す通りであった。実施にあたっての問題点として、保健室で実施した場合には、他の来室児も多いため、プライバシーの保護に特に留意する必要があった、あるいは他の来室児に対応するため、十分にシャワー中の児童生徒の安全管理ができなかった、との回答があった。逆にシャワーが保健室外にある場合には、シャワー浴中の児童の安全管理のため、保健室を空けることになることが問題とされた。その他、シャワー浴の継続に対する本人の意識が低く、養護教諭が呼びに行く必要がある児童もあり、本人の意識も実施にあたっての問題点として挙げられた。

なお、実際にシャワー浴および調査を実施した上

での意見として、学校でのシャワー浴の実施が適当な人数は、2-3人までとする回答が多かった。

2. 調査の実施法に関する問題

養護教諭からのアンケート回答および診察を担当した医師の感想からは、今回の調査法については特に問題ないと考えられた。医師が3回訪問し診察することはいずれの学校でも問題なかったが、来室児が多いため診察についてもプライバシーを考慮する必要があると回答した学校が1校あった。日誌の記載については曜日欄の設置希望、かゆみの程度がわかりにくいとの回答もあったが、おおむね問題ないと思われた。シャワー実施法のA、B、C群の割付についてはいずれも問題ないとの回答であった。

各学校における調査開始時期を表1に示すが、より早期の開始を希望する学校が多かった。夏休み後早期の開始を計画していたが、実際には事務手続きなどにより遅くなった学校が多く、特に遅く開始した学校では汗が問題となる時期を過ぎていたと考えられた。参加者の募集の時期についても、1学期の懇談に間に合わない学校もあったため、より早期の実施が望まれた。

3. シャワー浴の効果について

今回の調査では、対象者が各群3名以下であり、その多くは炎症をとまなう皮疹をほとんど認めない軽症者であり、シャワー浴実施者に重症者は含まれていなかった。そのため皮疹の変化からシャワー浴の効果を評価することは困難であった。また、痒みについても、SCORADにおける痒みスコアの変化、日誌に記載された痒みスコアとも一定の傾向はみられず、今回の調査からシャワー浴の効果を評価することはできなかった。

Ⅳ. 考 察

今年度の調査では、学校におけるシャワー浴の実施にともなう問題点を検討し、あわせてシャワー浴の効果の客観的な評価のための調査法について検討した。その結果、対象者を適切に選択すれば学校におけるAD児童生徒に対するシャワー浴は現実的な対策であると考えられた。また、医師が学校を訪問し皮疹の状態を評価する調査法も特に問題なく実施できると考えられた。

汗が多くAD患者に共通する増悪因子であり、シャワー浴が有効なAD対策の一つであることは広く認識されている。しかし、学校におけるAD対策として考える場合には、有効性の評価とともに実施にともなう問題点を検討し、その負担も考慮した上で学校におけるシャワー浴の有用性を判断する必要がある。

今回シャワー浴を実施した学校からは、シャワー浴実施の際の問題点、あるいは特に配慮した点として、プライバシーの保護、シャワー浴実施中の児童生徒の安全管理、あるいは逆にシャワー浴実施のために他の児童に対する対応が不十分となる可能性などが挙げられた。しかし、実際には大きな問題なくシャワー浴が実施され、担当した養護教諭からは1校につき2-3名程度までなら実施できるとの判断が示された。昨年度の調査において、シャワー浴実施校の養護教諭が、今後も対象者があれば実施したいと希望していたこととあわせ、対象者が限定されればシャワー浴は現実的な対策と考えられる。

ADでも軽症の場合には、学校での対策を必要としないことが多く、学校での対策が必要となる中等症、重症以上の児童生徒の数は限られる。平成12-14年の本協議会皮膚疾患専門委員会での広島県における疫学調査では、学童期におけるADの有症率は10%程度、重症以上は3.5%程度であった^{4),5)}。全国の小学校健診の結果でも有症率11%、そのうち軽症が約3/4、重症以上は2%であることが示されている⁶⁾。したがって、各校の児童生徒数を考えると、シャワー浴を必要とする児童生徒数は限られ、その対象者を適切に選び、シャワー浴を実施することは現実的で有用と考えられる。

このことはシャワー浴を有意義に実施するためには、対象者の選定がもっとも重要であることを意味する。今回の調査では、養護教諭、担任教諭が健康

調査の結果などを参考に候補者を選定し、それぞれの保護者に参加協力を依頼した。しかし、ADの状態は時期によっても異なるため、年度初健康調査結果と夏季のシャワー浴の必要性が必ずしも一致しない可能性がある。重症度の判断、候補者の選定が困難であったことは、実施後のアンケート、あるいは調査に協力できる学校を募集した際の学校からの問い合わせでも示された。今回の予備調査では、当初候補者と考えられた児童生徒から十分な協力が得られず、実際の参加者は本人(保護者)が強く希望した児童生徒が中心となり、ほとんどが軽症者となってしまった。今後シャワー浴の普及を考えるためには、希望者の中から実際に必要(適切)な児童生徒を選択する方法を検討する必要がある。これには主治医の意見書、あるいは学校での検診によるスクリーニングなどの方法も考えられる。

なお、シャワー浴の効果については、今回の調査では評価できなかった。これには、参加者が少なかったこと、しかもそのほとんどが軽症で評価すべき炎症所見がなかったこと、学校によっては涼しくなってから調査を実施したこと、などが関連すると思われる。学校におけるシャワー浴の有効性については、昨年度の調査でも示唆され、最近群馬県での調査結果も報告されているが⁷⁾、まだ十分に評価されているとはいえない。今回の予備調査が特に問題なく実施できたことから、今後対象者を適切に選択することにより、医師の診察による客観的な効果の評価ができるものと考えられる。

今回の調査の結果をもとに、18年度は対象校、参加者を増やし、実際にシャワー浴の効果の評価することを目標として調査を計画している。なお、今回問題として挙げられた対象者の選定については、まず全校児童生徒を対象として参加希望者を募集し、専門医の診察により実際の参加者を決定する予定である。

謝 辞

稿を終えるにあたり、今回の調査にあたりオブザーバーとして有意義なご指導を戴いた広島県教育委員会、広島市教育委員会に深謝いたします。また、実際に調査にご協力いただいた各学校の校長、養護担当教諭の先生方にも深謝いたします。

文 献

- 1) 秀 道広, 亀好良一, 田中稔彦: 学校におけるアトピー性皮膚炎, アレルギー疾患対策に関するアンケート調査結果報告. 広島医学 58: 800-812, 2005.
- 2) アトピー性皮膚炎小委員会: 学校生活におけるアトピー性皮膚炎 Q&A. 東京. 財団法人日本学校保健会. 1999.
- 3) European Task Force on Atopic Dermatitis: Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis. Dermatology 186: 23-31, 1993.
- 4) 秀 道広, 望月 満ら: 広島県におけるアトピー性皮膚炎患者に関する実態調査 (第2報) 一年齢別有症率調査—広島医学 55: 753-760, 2002.
- 5) 秀 道広, 望月 満ら: 広島県におけるアトピー性皮膚炎患者に関する実態調査 (第3報) 一年齢別有症率調査—広島医学 56: 790-795, 2003.
- 6) 玉置邦彦: 小学校健診によるアトピー性皮膚炎の患者数実態調査に関する研究『アトピー性皮膚炎の患者数の実態および発症・悪化に及ぼす環境因子の調査に関する研究』厚生労働科学研究費補助金免疫アレルギー疾患予防・治療研究事業, 平成 14 年度総括・分担研究報告書 (主任研究者: 山本昇壯), 2003, 13-15.
- 7) 望月博之, 森川昭廣: アトピー性皮膚炎における小学校でのシャワー浴の効果について. 日皮アレルギー 13: 174-179, 2006.

広島県地域保健対策協議会アトピー性皮膚炎対策特別委員会
委員長 秀 道広 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員 有田 昌彦 ありた小児科・アレルギー科クリニック
岡野 伸二 岡野皮ふ科クリニック
亀好 良一 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
高路 修 県立広島病院
田中 稔彦 広島大学病院
谷口 昌信 広島県福祉保健部保健医療総室保健対策室
西 美和 広島赤十字・原爆病院
堀江 正憲 広島県医師会
宮迫 英樹 広島市佐伯区厚生部健康長寿課
望月 満 独立行政法人国立病院機構呉医療センター
森田 健司 森田皮膚科医院
山本 匡 ながつき会山本皮膚科医院

がん診療専門委員会

目 次

がん診療連携拠点病院の申請に向けて

- I. はじめに
- II. 広島県がん診療基礎調査結果の概要
- III. がん診療連携拠点病院の整備に関する指針
- IV. 広島県におけるがん診療連携拠点病院の推薦要件
- V. 広島県から厚生労働省への推薦

がん診療専門委員会

(平成17年度)

がん診療連携拠点病院の申請に向けて

広島県地域保健対策協議会がん診療専門委員会

委員長 井内 康輝

I. はじめに

平成16年度より活動を始めた本委員会は、広島県民全てが日常の生活圏の中で、質の高いがん医療を受けることのできる体制をつくることを目指している。そのためには、広島県下で広くがん医療水準の向上をはかること、がん検診の精度の向上に取り組むことが課題であり、後者については、検診精度管理部会が担当している。一方、前者の目的を果たすために厚生労働省は、平成13年8月に“地域がん診療拠点病院”の制度を定めたが、平成17年7月その機能の充実強化や診療連携体制の確保などを推進するため、この制度の見直しを行い、平成18年2月に“がん診療連携拠点病院の整備に関する指針”を定めて、各都道府県に通知した。

広島県では、平成13年8月に示された“地域がん診療拠点病院”については、これまでその推薦を行っていなかったが、先に述べた地域におけるがん医療の水準の向上をはかるという目的のために、平成16年度に本委員会に対して推薦基準の作成を依頼した。それに基づいて本委員会では、平成16年度中に“広島県がん診療基礎調査”を実施して広島県内のがん医療の実態を調査し、平成17年度に推薦基準の作成を行うこととしていたが、先に述べたように厚生労働省から新たな指針として“がん診療連携拠点病院”の整備方針が示されることが予想されたため、それに対応できる推薦基準の作成を目指して活動することとした。

II. 広島県がん診療基礎調査結果の概要

先に述べたように平成16年度に計画し、平成16年12月1日現在で調査した広島県のがん医療の実態を、平成17年6月にまとめたものを表1に示す。

III. がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

平成18年2月1日付で示され、同年4月1日付で施行となった厚生労働省の“がん診療連携拠点病院の整備に関する指針”は表2に示す通りである。

その要点は以下のようにまとめられる。

1. 都道府県がん診療連携拠点病院を都道府県に概ね1カ所、地域がん診療連携拠点病院を2次医療圏に1カ所程度整備する。
2. 地域がん診療連携拠点病院では、①わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がん）について集学的治療および各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療を行う体制を有すること、②緩和医療が提供できること、③地域の医療機関への診療支援や病病連携・病診連携の体制を有すること、④専門的ながん医療に携わる医師およびコメディカルスタッフが配置されていること、⑤専門的治療室が設置されていること、⑥地域のかかりつけ医を対象とした研修体制のあること、⑦相談支援センターを設置して患者、家族および地域の医療機関等からの相談等に対応する体制を有すること、などが指定の要件となる。
3. 都道府県のがん診療連携拠点病院の指定の要件としては、地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、地域がん診療連携拠点病院で専門的な医療を行う医療スタッフの研修を実施することや、都道府県がん診療連携協議会を設置し、情報交換を行うこと、等があげられる。
4. これらの指定は4年ごとに更新を受けなければならない。

以上のように、これらの指定は単にその医療機関において高度ながん医療が行われることを求めるのみでなく、地域のがん医療の水準の向上のために、

医療機関相互の連携や情報交換機能の強化を求めており、これらを全て満たすことはかなり厳しい条件といえる。

Ⅳ. 広島県におけるがん診療連携拠点病院の推薦要件

上記Ⅲの厚生労働省の示した指針にもとづいて本委員会としては、広島県におけるがん診療連携拠点病院の推薦要件を定めた。この要件は厚生労働省の示した指針に準拠したものであるが、これに広島県としては以下の2点、すなわち、病床数と広島県で行う地域がん登録の届出実績を加えた。

- 1) 一般病床 200 床以上を持ち、内科および外科を有し、放射線治療が可能な広島県内の医療機関であること。
- 2) 平成 17 年 1 月 1 日から平成 18 年 2 月末日まで

地域がん登録の届出実績のある医療機関であること。

Ⅴ. 広島県から厚生労働省への推薦

平成 17 年 3 月 30 日付で、先に述べた広島県の推薦条件を満たす医療機関に対して、がん診療連携拠点病院の指定を希望する場合は、推薦の申請書を提出するように要請した。その申請書は表 3 に示す。

この申請書にもとづいて本委員会では、各医療機関のがん医療の内容を評価し、先に述べた厚生労働省の示す指定要件を満たす医療機関であるか否かを平成 18 年 4 月中に審査し、その結果を 5 月には公表することを予定している。なお厚生労働省では、各県から推薦された医療機関について第三者によって構成されている検討会で審議し、平成 18 年 8 月上旬には指定する医療機関を発表する予定である。

表 1 広島県がん診療基礎調査結果の概要

〔 平成 17 年 6 月 〕
〔 広島県地域保健対策協議会・広島県 〕

I 調査の目的

県内医療機関のがん診療体制の整備状況を把握し、県内のがん医療水準の向上に資する。

II 調査対象

一般病棟を持ち、内科および外科を有する病院 122 施設

III 調査時点

平成 16 年 12 月 1 日現在

IV 回答数

104 施設 (回答率 85%)

V 有効回答数

99 施設 (5 施設については、がん診療を行っていない等の理由により集計対象外)

VI 調査結果の概要

年間入院患者数 (平成 15 年度)	① 全入院患者数 : 236,916 人 ② がん入院患者数 : 31,820 人 (C00-C97, D00-D09) ③ 全入院患者に占めるがん入院患者の割合 : 13.4% (②/①)
-----------------------	---

※上記患者数は、81 施設の合計値。なお、18 施設はがんによる入院患者の把握が不能。

1 診療体制

(1) 専門的医療体制の状況

(単位：人)

区 分	年間入院患者数 (平成 15 年度)	
	合 計	平 均
口唇、口腔および咽頭の悪性新生物 (C00-C14)	415	5.3
消化器の悪性新生物 (C15-C26)	16,542	209.4
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物 (C30-C39)	3,275	41.5
骨および関節軟骨の悪性新生物 (C40-C41)	51	0.6
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物 (C43-C44)	312	3.9
中皮および軟部組織の悪性新生物 (C45-C49)	143	1.8
乳房の悪性新生物 (C50)	1,732	21.9
女性性器の悪性新生物 (C51-C58)	1,728	21.9
男性性器の悪性新生物 (C60-C63)	2,075	26.3
尿路の悪性新生物 (C64-C68)	1,893	24.0
眼、脳および中枢神経系のその他の部位の悪性新生物 (C69-C72)	218	2.8
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物 (C73-C75)	438	5.5
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物 (C76-C80)	1,584	20.1
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物 (C81-C96)	1,064	13.5
独立した (原発性) 多部位の悪性新生物 (C97)	18	0.2
上皮内新生物 (D00-D09)	277	3.5
合 計	31,765	402.1

※上記患者数は、79 施設の合計値、平均値。なお、20 施設はがんによる入院患者の区分把握が不能。

(2) 医師の配置状況

区 分	医 師 数	
	合 計	平 均
がん診療を行う医師の数	常勤 1,775 人 非常勤 292 人	常勤 18 人 非常勤 3 人

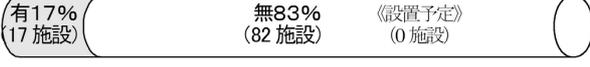
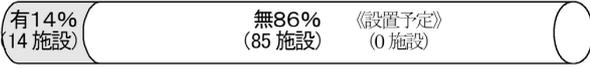
区 分	配 置 状 況
放 射 線 治 療 医	配置の有無  有19% (19施設) 無81% (80施設) 合計 常勤 37 人 非常勤 8 人 配置予定 0 人
	常勤医配置でない場合の協力を得られる体制の有無  有26% (21施設) 無74% (60施設)
病 理 専 門 医 (日本病理学会認定)	配置の有無  有31% (31施設) 無69% (68施設) 合計 常勤 19 人 非常勤 25 人 配置予定 0 人
	常勤医配置でない場合の協力を得られる体制の有無  有49% (41施設) 無51% (42施設)
	年間解剖件数 (平成 15 年度) 合計 556 件

(3) 診療従事者の配置状況

区 分	配 置 状 況
専門的な看護に携わる 看護師	配置の有無  有9% (9施設) 無91% (90施設) 合計 42 人 平均 4.7 人 配置予定 1 人
	がん関係の専門看護師，認定看護師の配置状況 ●がん性疼痛看護認定看護師 2 名 ●ホスピスケア認定看護師 1 名
精神保健福祉士	配置の有無  有12% (12施設) 無88% (87施設) 合計 14 人 平均 1.2 人 配置予定 0 人
臨床心理に携わる者	配置の有無  有11% (11施設) 無89% (88施設) 合計 17 人 (うち資格者 14 人) 平均 1.5 人 配置予定 0 人
診療録管理に携わる者	配置の有無  有47% (47施設) 無53% (52施設) 合計 108 人 (うち資格者 42 人) 平均 2.3 人 配置予定 9 人

区 分	配 置 状 況
ソーシャルワークに携わる者	配置の有無  有51% (50施設) 無49% (49施設)
	合計 96人 平均 1.9人 配置予定 3人

(4) 医療施設の設置状況

区 分	設 置 状 況																								
放射線治療施設	施設の有無  有17% (17施設) 無83% (82施設) 《設置予定》(0施設)																								
	無の場合で放射線治療の協力を得られる体制の有無  有41% (33施設) 無59% (48施設)																								
高度医療機器	<table border="1"> <thead> <tr> <th>医療機器名</th> <th>台数</th> <th>医療機器名</th> <th>台数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>小線源治療装置</td> <td>5台</td> <td>血管撮影装置</td> <td>25台</td> </tr> <tr> <td>ハイパーサーミア</td> <td>1台</td> <td>R I 診断装置</td> <td>12台</td> </tr> <tr> <td>リニアック</td> <td>18台</td> <td>マンモグラフィ</td> <td>56台</td> </tr> <tr> <td>MR I</td> <td>67台</td> <td>超音波診断装置</td> <td>11台</td> </tr> <tr> <td>C T</td> <td>88台</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ※各医療機関から記載のあった主なものを集計した。 医療機器名、台数は、各医療機関の自己申告等による。	医療機器名	台数	医療機器名	台数	小線源治療装置	5台	血管撮影装置	25台	ハイパーサーミア	1台	R I 診断装置	12台	リニアック	18台	マンモグラフィ	56台	MR I	67台	超音波診断装置	11台	C T	88台		
医療機器名	台数	医療機器名	台数																						
小線源治療装置	5台	血管撮影装置	25台																						
ハイパーサーミア	1台	R I 診断装置	12台																						
リニアック	18台	マンモグラフィ	56台																						
MR I	67台	超音波診断装置	11台																						
C T	88台																								
集中治療室	施設の有無  有33% (33施設) 無67% (66施設) 《設置予定》(内2施設)																								
無菌病室	施設の有無  有14% (14施設) 無86% (85施設) 《設置予定》(0施設)																								
医療相談室	施設の有無  有65% (64施設) 無35% (35施設) 《設置予定》(内3施設)																								

(5) 院内がん登録システムの稼動状況

区 分	稼 動 状 況
システムの有無	システムの有無  有8% (8施設) 無92% (91施設) 《稼動予定》(内4施設)

(6) 広島県地域がん登録への協力状況

区 分	協 力 状 況
協力実績の有無	協力実績の有無  有46% (46施設) 無54% (53施設) 《協力予定》(内11施設)
	平成 15 年度実績 合計 4,805 件 平成 16 年度実績 (11 月末まで) 合計 2,964 件

(7) 緩和医療提供体制の状況

区 分	取 組 状 況
緩和ケア病棟の有無	緩和ケア病棟の有無
緩和ケア病棟入院料の算定	緩和ケア病棟入院料算定の有無
緩和医療チームの有無	緩和医療チームの有無
緩和ケア診療加算の算定	緩和ケア診療加算算定の有無

(8) がん診療にあたって他の医療機関との連携・協力体制の状況

区 分	取 組 状 況
連携・協力先医療機関	他医療機関との連携の有無
連携・協力の具体的内容	<p>【主な回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・社会資源活用についての紹介・情報提供 ・相互の患者紹介 ・手術，化学療法，放射線治療等の依頼 ・術前，術後のフォロー ・在宅緩和ケア ・セカンドオピニオン

2 研修体制

区 分	取 組 状 況
地域の医療従事者に対する研修	<p>【主な回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病診連携カンファレンス ・各診療科オープンカンファレンス ・在宅ケア症例検討会 ・学術講演会 ・開放病床症例検討会 <p style="text-align: right;">年間合計 180回開催 (15年度実績)</p>
病院内の医療従事者に対する研修	<p>【主な回答】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内カンファレンス ・看護部研修 ・症例検討会 ・緩和ケア支援センターでの専門研修 ・医療安全対策研修会 ・院内CPC ・肺癌・血液病研修会 ・臨床検査部勉強会 ・緩和ケア勉強会 ・接遇研修 <p style="text-align: right;">年間合計 834回開催 (15年度実績)</p>

3 情報提供体制

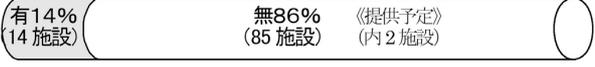
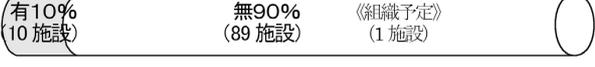
区 分	取 組 状 況
ホームページの有無	<p>ホームページの有無 《開設予定》 (内1施設)</p>  <p>有77% (76施設) 無23% (23施設)</p>
ホームページによるがん診療情報提供の有無	<p>ホームページによるがん診療情報提供の有無</p>  <p>有14% (14施設) 無86% (85施設) 《提供予定》 (内2施設)</p> <p>情報提供内容</p> <p><u>【主な回答】</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【自院のがん診療に関する情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5年生存率 ・手術件数 ・治療内容に関する情報 ・研究内容に関する情報 ・専門医など医師の資格に関する情報 ・担当医 ・マンモグラフィによる乳がん検診の情報 ・緩和ケアに関する情報 ・人間ドックの内容 <p>【一般的ながんに関する情報】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主な疾患に関する説明, 治療法 ・がんの解説 </div>
その他の方法によるがん診療情報提供の有無	<p>その他の方法によるがん診療情報提供の有無</p>  <p>有10% (10施設) 無90% (89施設) 《組織子定》 (1施設)</p> <p>情報提供手段と情報提供内容</p> <p><u>【主な回答】</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・肝がんに関する市民公開講座を開催 (会場からの質問にも答えている) ・市民向け無料相談の実施 (1週間) ・院内広報紙を活用し, がんの知識や治療法, 検診のすすめ ・看護部門の出前広報 ・医師会講演会での情報提供 ・年報による手術件数や治療成績に関する情報 ・ホームページの情報をプリントアウトして配布 </div>

表2 がん診療連携拠点病院の整備に関する指針

I がん診療連携拠点病院の指定について

- 1 都道府県知事が下記2を踏まえて推薦する医療機関について、第三者によって構成される検討会の意見を踏まえ、厚生労働大臣が適当と認めるものをがん診療連携拠点病院として指定する。
- 2 各都道府県においては、医療計画等との整合性を図りつつ、地域がん診療連携拠点病院にあっては、2次医療圏に1ヵ所程度、また、都道府県がん診療連携拠点病院にあっては都道府県に概ね1ヵ所整備することとする。
- 3 国立がんセンター中央病院および東病院は、本指針で定めるがん診療連携拠点病院とみなし、特に、他のがん診療連携拠点病院への支援、ならびに専門の医師等の育成等の役割を担うこととする。
- 4 厚生労働大臣は、がん診療連携拠点病院が指定要件を満たさないと判断される場合、指定を取り消すことができる。

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

- ① 各医療機関が専門とする分野において、集学的治療（手術・抗がん剤治療・放射線治療等の組み合わせや緩和医療を含む複数診療科間における相互診療支援等）および各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療ならびに応用治療を行うこと。また、クリティカルパスの整備が望ましい。

(注) 各医療機関が専門とする分野とは、例えば、肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん、膵がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍その他、放射線診断・治療、病理診断、外来抗がん剤治療および緩和医療等をいう。

(注) クリティカルパスとは、検査、治療などを含めた詳細な診療計画表をいう。

- ② わが国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がんおよび乳がん）について、集学的治療および各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療ならびに応用治療を行う体制を有するか、または連携によって対応できる体制を有すること。

- ③ わが国に多いがんについて、セカンドオピニオンを提示する機能を持つか、または施設間連携によって対応できる体制を有すること。

(注) セカンドオピニオンとは、診断や治療方法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。

- ④ 緩和医療の提供体制

ア 医師、看護師、医療心理に携わる者等を含めたチームによる緩和医療の提供体制を整備すること。ただし、当該提供体制には、一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制を含むこととする。また、当該チームによる緩和医療が、対象患者が退院した後も必要に応じて外来等において継続される体制を整備すること。

イ 地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制を整備すること。

ウ かかりつけ医とともに地域がん診療連携拠点病院内外で共同診療を行い、早い段階から緩和医療の導入に努めること。

エ かかりつけ医の協力・連携を得て、退院後の緩和医療計画を含めた退院計画を立てること。

- ⑤ 地域の医療機関への診療支援や病病連携・病診連携の体制

ア 地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ、および患者の状態に適した地域の医療機関への逆紹介を行うこと。

イ 地域がん診療連携拠点病院内外の医師が相互に症例相談・診断依頼等（病理診断、画像診断、抗がん剤や手術適応等に関する相談を含む）を行う連携体制を整備すること。

ウ 地域の医療機関の求めに応じて、がん患者に対する共同診療計画の作成等に関する支援を行うこと。

エ 地域連携クリティカルパスの整備が望ましい。

(注) 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいう。

(2) 診療従事者

① 専門的ながん医療に携わる医師の配置

ア 抗がん剤治療に関する専門的知識を有する医師が1人以上配置されているか、または他の医療機関から協力を得られる体制が確保されていること。

イ 病理診断医が1人以上配置されているか、または他の医療機関から協力を得られる体制が確保されていること。

ウ 放射線診断・治療に関する専門的知識を有する医師が1人以上配置されているか、または他の医療機関から協力を得られる体制が確保されていること。

② 専門的ながん医療に携わるコメディカルスタッフの配置

ア がん薬物療法に精通した薬剤師が1人以上配置されていることが望ましい。

イ がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師が1人以上配置されていることが望ましい。

ウ 医療心理に携わる専任者が1人以上配置されていることが望ましい。

エ 診療録管理（がん登録実務を含む）に携わる専任者が1人以上確保されていること。

オ 放射線治療を専門とする分野に掲げる場合は、もっぱら放射線治療に従事する診療放射線技師が1人以上確保されていること。

③ すべての医療スタッフがその診療能力を十分発揮できる勤務環境が整備されていること。また、複数診療科の医師間における情報交換・連携の確保を恒常的に推進する観点から、各診療科を包含する医師控え室等を設置することが望ましい。

④ 当該拠点病院の長は、専門的ながん医療に携わる医師の専門性や活動実績等を定期的に評価し、改善すること。

なお、評価にあたっては、紹介患者数、逆紹介患者数、手術件数、抗がん剤治療件数（入院・外来）、放射線治療件数（入院・外来）、論文発表実績、研修会・日常診療等の機会を通じた指導実施実績、研修会・学会等への参加実績等を参考にすることとする。

(3) 医療施設

① 専門的治療室の設置

ア 集中治療室が設置されていることが望ましい。

イ 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室が設置されていること。

ウ 外来抗がん剤治療室が設置されていることが望ましい。

エ 放射線治療を専門とする分野に掲げる場合は、放射線治療装置が設置されていること。また、その操作・保守に精通した者が配置されているか、または他の医療機関から協力を得られる体制を整えていることが望ましい。

② 禁煙対策の推進

施設内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2 研修体制

(1) 主に地域のかかりつけ医等を対象とした、早期診断、緩和医療等に関する研修を実施すること。なお、研修対象者の募集・選定にあたっては、医療機関間の格差の是正に配慮すること。

(2) 地域がん診療連携拠点病院内外の講師による公開カンファレンスを定期的に開催すること。

3 情報提供体制

(1) 地域がん診療連携拠点病院内に相談支援機能を有する部門（相談支援センター等）を設置すること。

① 当該部門に専任者が1人以上配置されていること。

② 当該部門は、地域がん診療連携拠点病院内外の医療従事者の協力を得て、当該拠点病院内外の患者、家族および地域の医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。

(注) 上記機能を有すれば、各医療機関において当該部門の名称を設定しても差し支えない。

＜相談支援センターの業務＞

- ア 各がんの病態、標準的治療法等がん診療に係る一般的な医療情報の提供
 - イ 地域の医療機関や医療従事者に関する情報の収集、紹介
 - (ア) 医療機関の診療機能、入院・外来の待ち時間、訪問看護を提供した患者数等
 - (イ) 医療従事者の専門とする分野、経歴、発表論文、医師あたり紹介患者数等
 - ウ セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
 - エ 患者の療養上の相談
 - オ 患者、地域の医療機関、かかりつけ医（特に紹介元・紹介先の医師）等を対象とした意識調査
 - カ 各地域における、かかりつけ医等各医療機関との連携事例に関する情報の収集、紹介
 - キ アスベストによる肺がんおよび中皮腫に関する医療相談
 - ク その他、相談支援に関すること
- (注) 相談支援センターの業務については、積極的に広報すること。

- (2) わが国に多いがん以外のがん（膵がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍等）について、集学的治療および各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療ならびに応用治療を行っている場合は、その疾患名等を広報すること。
- (3) 臨床研究等を行っている場合は、下記を実施すること。
 - ① 公的ならびに私的研究費に基づく進行中の臨床研究および、過去の臨床研究の成果を広報すること。
 - ② 参加中の治験がある場合、その対象疾患名および薬剤名等を広報することが望ましい。
- (4) 別途定める標準登録様式に基づく院内がん登録を実施すること。また、当該院内がん登録を活用することにより、都道府県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること。

III 特定機能病院をがん診療連携拠点病院に指定する場合の指定要件について

医療法第4条の2に基づく特定機能病院をがん診療連携拠点病院に指定する場合、Ⅱの地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

- 1 複数種類の腫瘍に対する抗がん剤治療を行う機能を有する部門（腫瘍センター等）を設置すること。
 - (1) 当該部門の長は、専任とすること。
 - (2) 当該部門では、地域のがん診療連携拠点病院の医師等に対する研修を行うこと。なお、研修へ参加する医師等を募集、選定するにあたっては公正を期すること。
(注) 上記機能を有すれば、各医療機関において当該部門の名称を設定しても差し支えない。
- 2 他のがん診療連携拠点病院へ診療支援を行う医師の派遣に積極的に取り組むこと。

IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

都道府県がん診療連携拠点病院は、Ⅱで定める地域がん診療連携拠点病院の指定要件に加え、次の要件を満たすこと。

- 1 都道府県がん診療連携拠点病院は、都道府県の中心的ながん診療機能を担い、下記の機能を有すること。
 - (1) 主に地域がん診療連携拠点病院で専門的ながん医療を行う医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修を実施すること。
 - (2) 地域がん診療連携拠点病院等に対し、情報提供、症例相談や診療支援を行うこと。
 - (3) 都道府県がん診療連携協議会を設置し、当該協議会は下記の事項を行う。
 - ① 地域におけるがん診療連携体制等がん医療に関する情報交換を行うこと。
 - ② 都道府県内の院内がん登録データの分析、評価等を行うこと。
 - ③ 都道府県レベルの研修計画、診療支援医師の派遣調整を行うこと。
 - ④ 地域連携クリティカルパスの整備を行うことが望ましい。

V 指定の推薦・更新、指針の見直し等について

1 すでに地域がん診療拠点病院の指定を受けている医療機関の取扱いについて

平成13年8月30日健発第865号厚生労働省健康局長通知の別添「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」に基づき、地域がん診療拠点病院の指定を受けている医療機関（以下、「既指定病院」という。）にあつては、平成20年3月末までの間に限り、本指針で定める地域がん診療連携拠点病院として指定を受けているものとみなす。

2 指定の推薦手続き等について

(1) 都道府県は、Iの1に基づく指定の推薦にあつては、推薦意見書を添付の上、毎年10月末までに別途定める「新規指定推薦書」を厚生労働大臣あて提出すること。

また、地域がん診療連携拠点病院を都道府県がん診療連携拠点病院へ指定換えする場合も、同様の手続きとする。

(2) がん診療連携拠点病院は、指定後2年を経過する日の前年の10月末までに別途定める「現況報告書」を都道府県を経由の上、厚生労働大臣に提出すること。

3 指定の更新について

(1) Iの1の指定は、4年ごとにその更新を受けなければ、その期間（以下、「指定の有効期間」という。）の経過によって、その効力を失う。

(2) (1) または (4) の更新の申請があつた場合において、指定の有効期間の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

(3) (2) の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

(4) 都道府県は、がん診療連携拠点病院の指定の更新を推薦する場合は、指定の有効期間の満了する前年の10月末までに推薦意見書を添付の上、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣あて提出すること。

なお、既指定病院を平成20年4月1日以降、引き続き地域がん診療連携拠点病院として指定する場合は、前述に関わらず平成19年10月末までに推薦意見書を添付の上、別途定める「指定更新推薦書」を厚生労働大臣あて提出すること。

4 指針の見直しについて

本指針は、がん診療連携拠点病院の整備状況ならびにがん医療水準の改善状況等をふまえ、必要があると認めるときは、これを見直すこととする。

5 施行期日

本指針は、平成18年4月1日から施行する。

表3 がん診療連携拠点病院推薦申請書

【記載上の留意事項】

- 申請書については、「調査日」を平成18年2月28日現在として記載してください。
- なお、注意事項等で「今年度」とあるものは、平成17年4月1日から平成18年2月28日までのことをいい、「次年度」とあるものは、平成18年4月1日から平成19年3月31日までのことをいう。
- 「常勤」とは、原則として、病院で定めた当該職種の勤務時間の全てを勤務する者をいう。(週40時間勤務)

1 医療機関の概要

(1) 医療機関名等

医療機関名	
所在地等	住所：〒 HPアドレス：
連絡先	所属・職： 氏名： 電話（内線）： (内) FAX： e-mail：
開設	①開設者： ②開設年月日： 年 月 日 ③管理者：
面積	①土地： m ² ②建物： m ²
診療科目	開設診療科数：(科) ※標榜診療科目名を全て記載してください。
病床数	計(床) <種別内訳> ①一般（療養型病床群除く。）： 床 ②療養（療養型病床群含む。）： 床 ③精神： 床 ④結核： 床 ⑤感染症： 床 ⑥緩和ケア（再掲）： 床（診療報酬上の「緩和ケア病棟入院料」の算定のため、 地方社会保険事務局長に届け出た病床に限る）
職員数	計(人) <職種別内訳> ①事務： 人 ②医師： 人 ③看護師： 人 ④准看護師： 人 ⑤薬剤師： 人 ⑥管理栄養士： 人 ⑦栄養士： 人 ⑧臨床検査技師： 人 ⑨診療放射線技師： 人 ⑩理学療法士： 人 ⑪作業療法士： 人 ⑫臨床工学技士： 人 ⑬精神保健福祉士： 人 ⑭医療心理に携わる者： 人 ⑮ソーシャルワーカー： 人 ⑯その他（名称および人数） 【()： 人】【()： 人】
年間退院患者数 (平成16年度)	①全退院患者延べ数：()人 ②がん退院患者延べ数：()人 (C00-C97, D00-D09) (※※) ③退院患者に占めるがん患者の割合(. %) (②/①×100)

※1 調査日現在で記載してください。

※2 年間退院患者数（平成16年度）の延べ数は、平成16年4月1日から平成17年3月31日までの間に退院した患者の延べ数を記載してください。

【注】：診療科が変わって診療報酬上、退院となる場合でも、病院内の他診療科に移る場合は、退院として算定しない。（病院から完全に退院する場合に算定する。）

(例1) 胃がんで入院していた患者Aさんが16年7月に退院した後、同疾患で9月に再度入院し10月に退院した場合の「がん退院患者延べ数」は2名となる。

(例2) 肺がんで入院していた患者Bさんが、16年4月に退院した後、糖尿病で11月に入院し、12月に退院した場合、「全退院患者延べ数」は2名、「がん退院患者延べ数」は1名となる。

※3 「連絡先」については、当該調査票の記載内容について、貴病院で窓口となる職員を記載。

(2) がん退院患者延べ数（平成 16 年度）の内訳

区 分	がん退院患者 延べ数
口唇、口腔および咽頭の悪性新生物（C00－C14）	人
消化器の悪性新生物（C15－C26）	人
呼吸器および胸腔内臓器の悪性新生物（C30－C39）	人
骨および関節軟骨の悪性新生物（C40－C41）	人
皮膚の黒色腫およびその他の悪性新生物（C43－C44）	人
中皮および軟部組織の悪性新生物（C45－C49）	人
乳房の悪性新生物（C50）	人
女性性器の悪性新生物（C51－C58）	人
男性性器の悪性新生物（C60－C63）	人
尿路の悪性新生物（C64－C68）	人
眼、脳および中枢神経系のその他の部位の悪性新生物（C69－C72）	人
甲状腺およびその他の内分泌腺の悪性新生物（C73－C75）	人
部位不明確、続発部位および部位不明の悪性新生物（C76－C80）	人
リンパ組織、造血組織および関連組織の悪性新生物（C81－C96）	人
独立した（原発生）多部位の悪性新生物（C97）	人
上皮内新生物（D00－D09）	人
合 計	人（※※）

※1 (1) の「年間退院患者数（平成 16 年度）」欄の「②がん退院患者延べ数」の内訳を記載してください。

※2 多重がんで入院していた患者が退院した場合は、その主要ながんに記載してください。

2 がん専門医の配置状況

(1) 「わが国に多いがん」の専門医の配置状況

がんの種類別	学会名	専門医名	専門医数	
			常勤	非常勤
肺がん	日本呼吸器学会	呼吸器専門医	人	人
	日本胸部外科学会	呼吸器外科専門医	人	人
	日本呼吸器外科学会	呼吸器外科専門医	人	人
胃がん	日本消化器病学会	消化器病専門医	人	人
	日本消化器外科学会	消化器外科専門医	人	人
	日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡学会認定専門医	人	人
肝がん	日本消化器病学会	消化器病専門医	人	人
	日本肝臓学会	肝臓専門医	人	人
	日本消化器外科学会	消化器外科専門医	人	人
大腸がん	日本消化器病学会	消化器病専門医	人	人
	日本消化器外科学会	消化器外科専門医	人	人
	日本消化器内視鏡学会	消化器内視鏡学会認定専門医	人	人
乳がん	日本乳癌学会	乳腺専門医	人	人

(2) 「わが国において多いがん以外のがん」の専門医の配置状況

学会名	専門医名	専門医数	
		常勤	非常勤
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人
		人	人

- ※1 貴医療機関の専門医（学会認定）の配置状況を記載してください。
- ※2 1人の専門医が複数のがんの診断・治療を担当する場合は、当該複数の認定資格にそれぞれ記載してください。
 (例) 胃がんと大腸がんの診断・治療を担当する医師1名が、日本消化器病学会消化器病専門医である場合は、胃がんと大腸がんそれぞれの欄の「日本消化器病学会消化器病専門医」に1名と記載する。
- ※3 1人の専門医が複数の学会認定資格を有している場合は、当該複数の認定資格にそれぞれ記載してください。
 (例) 肺がんの専門医1名が、日本呼吸器学会呼吸器専門医と日本胸部外科学会呼吸器外科専門医の資格を有している場合は、「日本呼吸器学会呼吸器専門医」と「日本胸部外科学会呼吸器外科専門医」それぞれの欄に1名と記載する。
- ※4 (2)の「わが国において多いがん以外のがん」とは、膵がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍等をいう。

3 各医療機関が専門とする分野における集学的治療等の実施

(1) 集学的治療（手術・抗がん剤治療・放射線治療等の組み合わせや緩和医療を含む複数診療科間における相互診療支援等）の実施について

① 今年度の実施の有無（どちらかに○をしてください。）

有る	なし
----	----

② 集学的治療を実施している分野

① 肺がん	② 胃がん	③ 肝がん	④ 大腸がん	⑤ 乳がん	⑥ 膵がん
⑦ 子宮がん	⑧ 前立腺がん	⑨ 頭頸部がん	⑩ 食道がん	⑪ 膀胱がん	⑫ 腎がん
⑬ 小児がん	⑭ 造血器腫瘍 その他	⑮ 放射線診 断・治療	⑯ 病理診断	⑰ 外来抗がん 剤治療	⑱ 緩和医療

※ 集学的治療を実施している分野に「○」を記載してください。（複数に○をして可）

③ 手術・抗がん剤治療・放射線治療等の組み合わせや緩和医療を含む複数診療科間における相互診療支援に関わる診療科目名

診療科目名を記載してください。

(2) 各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療の実施について

① 今年度の実施の有無（どちらかに○をしてください。）

有る	なし
----	----

② 学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療を実施している分野

分野	学会名	ガイドライン名
肺がん		
胃がん		
肝がん		
大腸がん		
乳がん		
膵がん		
子宮がん		
前立腺がん		
頭頸部がん		
食道がん		
膀胱がん		
腎がん		
小児がん		
造血器腫瘍その他		
放射線診断・治療		
病理診断		
外来抗がん剤治療		
緩和医療		

(3) 応用治療の実施について

① 今年度の実施の有無（どちらかに○をしてください。）

有る	なし
----	----

② 学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療では適さない場合、どのような対応をしていますか。

--

(4) クリティカルパスの整備状況

① 今年度の整備の有無（どちらかに○をしてください。）

有る	なし
----	----

② クリティカルパスを整備している分野の整備状況を記載してください。

(記載例) ○○がんの術後管理に関するクリティカルパス

分野	整備状況
肺がん	
胃がん	
肝がん	
大腸がん	
乳がん	
膵がん	
子宮がん	
前立腺がん	
頭頸部がん	
食道がん	
膀胱がん	
腎がん	
小児がん	
造血器腫瘍その他	
放射線診断・治療	
病理診断	
外来抗がん剤治療	
緩和医療	

4 わが国に多いがんに係るセカンドオピニオン

(1) 自病院内でのセカンドオピニオンの対応（どちらかに○をしてください。）

肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん
有る ・ なし				

※ 自病院内でのセカンドオピニオンとは、

- ・ 院内の患者が求めた場合等において、院内の他の医師を紹介し、セカンドオピニオンを対応している。
- ・ 他の病院の患者がセカンドオピニオンを求めた場合等において、院内の医師を紹介し、セカンドオピニオンを対応している場合をいう。

(2) 施設間連携によりセカンドオピニオンの対応（どちらかに○をしてください。）

肺がん	胃がん	肝がん	大腸がん	乳がん
有る ・ なし				

※ 施設間連携によるセカンドオピニオンとは、院内の患者が他の病院の医師の紹介を求められた場合、連携している病院を紹介し、セカンドオピニオンを対応している場合をいう。

5 緩和医療提供体制

緩和ケア病床を有する医療機関は、(1) および (2) について記載されなくても結構です。

- (1) 「チームによる緩和医療提供体制」の整備
(どちらかに○を記載してください。)

有る	・	なし
----	---	----

※1 「チームによる緩和医療提供体制」とは、医師、看護師、医療心理に携わる者等がチームにより緩和医療を提供できる体制をいい、診療報酬上の「緩和ケア診療加算」算定のできる緩和ケアチームだけを対象としたものではない。

2 「チームによる緩和医療提供体制」には、一般病棟におけるチーム医療の一部として緩和医療を提供できる体制も含むものとする。

- (2) 「チームによる緩和医療提供体制」が整備されている医療機関については、次の問いに記載してください。

- ① 貴病院には、診療報酬上の「緩和ケア診療加算」がありますか。
(どちらかに○を記載してください。)

有る	・	なし
----	---	----

- ② 退院患者が外来等において、チームによる継続的な緩和医療を提供されていますか。
(どちらかに○を記載してください。)

有る	・	なし
----	---	----

- (3) 地域において、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制

区 分	内 容 等
①かかりつけ医とともに、院内外で共同診療を行い、早い段階から緩和医療の導入を図っていますか。	○ 今年度の実施の有無 有る ・ なし
	<今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし
②かかりつけ医の協力・連携を得て、退院後の緩和計画を含めた早期退院計画を策定していますか。	○ 今年度の実施の有無 有る ・ なし
	<今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし
③その他、かかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制を確保していますか。	○ 提供体制の有無 有る ・ なし
	<提供体制が有る場合は、その内容を具体的に記載してください。>

6 地域医療機関への診療支援や病病連携・病診連携体制の整備

区 分	内 容 等
<p>①地域の医療機関からの紹介患者の受け入れおよび患者の状態に適した医療機関への逆紹介を行っていますか。</p>	<p>○ 今年度の「<u>地域の医療機関からの紹介患者の受け入れ</u>」の有無 有る ・ なし <今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし</p> <p>○ 今年度の<u>逆紹介</u>の有無 有る ・ なし <今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし</p>
<p>②院内外の医師が相互に症例相談・診断依頼等（病理診断，画像診断，抗がん剤や手術適応等に関する相談を含む。）を行う連携体制が確保されていますか。</p>	<p>○ 今年度の実施の有無 有る ・ なし <今年度、実施している場合></p> <div data-bbox="587 741 1305 958" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>実施方法を記載してください。</p> </div> <p><今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし</p>
<p>③地域の医療機関の求めに応じて，がん患者に対する共同診療計画を作成していますか。</p>	<p>○ 今年度の実施の有無 有る ・ なし <今年度、実施している場合></p> <div data-bbox="587 1171 1305 1388" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>実施方法を記載してください。</p> </div> <p><今年度、実施していない場合、次年度の予定> 有る ・ なし</p>
<p>④地域内で各医療機関が共有する，各患者に対する治療開始から修了までの全体的な治療計画である地域連携クリティカルパスを整備していますか。</p>	<p>○ 整備の有無 有る ・ なし <今年度、整備している場合></p> <div data-bbox="587 1570 1305 1787" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>整備内容等を記載してください。</p> </div>

7 専門的ながん医療に携わる医師の配置

(1) 抗がん剤治療に関する専門的知識を有する医師

① 調査日現在の人数

常勤 (名) 非常勤 (名)

② 常勤医師の専門分野等について

氏名				
専門とする分野				
学会認定等 資格名				
がん診療に携わっ てきた年数	年	年	年	年
指導に当たる若手 医師等の年間人数 (今年度)	人	人	人	人
地域の医師・コメ ディカル等への研 修会等の教育実績 (今年度)	○研修会回数 (回) ○延べ参加人数 (人)	○研修会回数 (回) ○延べ参加人数 (人)	○研修会回数 (回) ○延べ参加人数 (人)	○研修会回数 (回) ○延べ参加人数 (人)

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

③ 非常勤職員の勤務形態を具体的に記載してください。

氏名	勤務形態

※ (勤務形態の記載例) 週○回, 10:00~16:00勤務。常勤職員と同じ勤務。など

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

④ 他の医療機関から協力を得ている場合は、その状況について記載してください。

<具体的に記載してください。>

※ (記載例) 週○日, 抗がん剤治療に関する専門的知識を有する医師が派遣されている。患者を○○病院へ紹介している。など

(2) 病理診断医

① 調査日現在の人数

常勤 (名) 非常勤 (名)

② 常勤医師の資格名等について

氏名				
学会認定等の 資格名				
がん診療に携わっ てきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

③ 非常勤職員の勤務形態を具体的に記載してください。

氏 名	勤 務 形 態

※ (勤務形態の記載例) 週〇回、10:00~16:00勤務。常勤職員と同じ勤務。など

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

④ 他の医療機関から協力を得ている場合は、その状況について記載してください。

<具体的に記載してください。>

※(記載例) 週〇日、病理診断医が派遣されている。検体を他の〇〇病院へ送付している。患者を〇〇病院へ紹介している。など

(3) 放射線診断・治療に関する専門的知識を有する医師の配置

① 調査日現在の人数

	常 勤		非 常 勤	
	人数	内、日本医学放射線学会放射線科専門医 もしくは日本放射線腫瘍学会認定医数	人数	内、日本医学放射線学会放射線科専門医 もしくは日本放射線腫瘍学会認定医数
放射線診断医	人	人	人	人
放射線治療医	人	人	人	人
両方兼ねている医師	人	人	人	人

② 常勤医師の専門分野等について

氏 名		
専門とする分野		
学会認定等の 資格名	①日本医学放射線学会放射線科専門医 ②日本放射線腫瘍学会認定医 ③その他 () ④資格等なし	①日本医学放射線学会放射線科専門医 ②日本放射線腫瘍学会認定医 ③その他 () ④資格等なし
放射線診断医・治療医の別 (該当する項目に○を記載してください。)	①放射線診断医 ②放射線治療医	①放射線診断医 ②放射線治療医
放射線診断・治療に携わった年数	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

③ 非常勤職員の勤務形態を具体的に記載してください。

氏 名	勤務形態

※ (勤務形態の記載例) 週○回、10:00~16:00勤務。常勤職員と同じ勤務。など

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

④ 他の医療機関から協力を得ている場合は、その状況について記載してください。

<具体的に記載してください。>

※(記載例) 週○日、放射線診断・治療に関する専門的知識を有する医師が派遣されている。

フィルムを○○病院へ送付。患者を○○病院へ紹介している等

8 専門的ながん医療に携わるコメディカルスタッフの配置

(1) がん薬物療法に精通した薬剤師

① 調査日現在の人数

常勤 (名) 非常勤 (名)

② 常勤者の資格等

氏 名				
学会認定等の 資格名				
抗がん剤調剤に 携わってきた 年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

(2) がん化学療法看護等がんの専門看護に精通した看護師

① 調査日現在の人数

常勤 (名) 非常勤 (名)

② 常勤者の資格等

氏 名				
看護協会等の 認定資格				
がん看護に携わっ てきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に提出してください。

(3) 医療心理に携わる専任者の配置 (※専任者のみについて記載してください。)

① 調査日現在の人数

常勤 (名) 非常勤 (名)

② 常勤者の資格等

氏 名				
資 格 名				
医療心理に携わっ てきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

(4) 診療録管理（がん登録実務を含む）に携わる専任者の配置
 （※専任者のみについて記載してください。）

① 調査日現在の人数
 常勤（ 名） 非常勤（ 名）

② 常勤者の資格等

氏 名				
資 格 名				
診療録管理に携わってきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

(5) もっぱら放射線治療に従事する診療放射線技師の配置

① 調査日現在の人数
 常勤（ 名） 非常勤（ 名）

② 常勤者の資格等

氏名				
学会認定等の資格名				
放射線治療に携わってきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

③ 他の医療機関から協力を得て確保している場合はその状況を記載してください。

9 全ての医療スタッフがその診療能力を十分発揮できる勤務環境をどのように整備されているか。

※ 貴医療機関における方針や取組み等を記載してください。

10 調査日現在、各診療科を包含する医師控え室の設置状況

有る ・ ない

11 専門的ながん医療に携わる医師の専門性や活動実績等を定期的に評価し、改善していますか。

① 実施の有無（どちらかに○を記載してください。） 有る ・ なし
② 実施している場合は、方針、具体的な取組み等を記載してください。

12 調査日現在の専門的治療室の設置の有無等

区 分	設置の有無 (どちらかに○を記載してください。)	病床数	リクライニング チェア
集中治療室	有る ・ なし	床	-
無菌病室	有る ・ なし	床	-
	<なしの場合、今後の設置予定> 有る ・ なし (平成 年 月設置予定)		
外来抗がん剤治療室	有る ・ なし	床	床

※ 「病床数」は、それぞれの病床数について記載してください。なお、「外来抗がん剤治療室」はリクライニングチェアの設置数も記載してください。

13 放射線治療装置の設置状況等についてお伺いします。

(1) 調査日現在の放射線治療装置の設置状況

	機 器 名	導 入 年 月	保有台数
リニアック			台
RALS			台
その他			台

※ 必要に応じて、欄を追加してください。

(2) 調査日現在、放射線治療装置の操作・保守に精通した者の配置状況等

配置の有無	(どちらかに○を記載してください。)	
	有る ・ なし	
配置数	常勤 () 名	非常勤 () 名
常勤職員のうち、 資格を有している 者	資 格 名	人 数
		名
		名
年間治療実患者数	() 名	

※1 「資格名」については、放射線治療品質管理士等を記載してください。

※2 「年間治療実患者数」は、今年度に放射線治療をした療患のうち、がん患者の実人数で記載してください。(同一人物は1人として算定すること。)

(3) 放射線治療装置の操作・保守に精通した者が配置されていない医療機関については、他の医療機関からの協力をどのように得ているか、具体的に記載してください。

--

14 禁煙対策の推進

(1) 施設内・敷地内の禁煙状況 (①, ②, ③, ④のいずれかに○を記載してください。)

施設内・敷地内の禁煙状況
① 禁煙対策を全くしていない。
② 施設内「部分禁煙」を実施している。
③ 施設内「全面禁煙」を実施している。
④ 敷地内「全面禁煙」を実施している。(施設内全面禁煙も含む。)

(2) その他のタバコ対策

--

※今年度、禁煙のための講習会等を開催するなど、「その他のタバコ対策」(1)以外の対策を実施している場合、その内容を記載してください。

15 研修体制

(1) 主に地域のかかりつけ医等を対象とした早期診断、緩和医療等に関する研修

① 今年度の実施の有無 (どちらかに○を記載してください。)

有り ・なし

② 実施内容

研 修 内 容	開催回数	対 象 者	受講者 人 数
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人

※ 必要に応じて、当該様式の欄を追加して記載してください。

(2) 病院内外の講師による公開カンファレンスの開催状況

① 今年度の実施の有無 (どちらかに○を記載してください。)

有り ・なし

※ 病院内の講師のみで公開カンファレンスを実施している場合は「なし」に○を記載してください。

② 実施内容

公開カンファレンスの内容	開催回数	対 象 者	受講者 人 数
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人
	回		人

※ 必要に応じて、当該様式の欄を追加して記載してください。

16 院内において、「医療機関、患者等に対する相談支援機能」を有する部門

(1) 調査日現在の設置の有無（どちらかに○を記載してください。）

有り	・なし
----	-----

※ なしの場合は (3) から記載してください。

(2) 設置している医療機関は次の事項について記載してください。

① その組織の名称を記載してください。

--

② 当該部門の専任者の配置の有無等

専任者の配置（どちらかに○を記載してください。）	有る ・ なし
専任者が配置されている場合の人数等	常勤：()人 非常勤 ()人

③ 専任者の資格等

氏名				
常勤・非常勤の別				
資格名				
医療相談業務に携わってきた年数	年	年	年	年

※ 必要に応じて、当該様式を次欄に追加してください。

④ 院内外の医療従事者の協力を得て、地域医療機関や患者からの相談に対応できる体制の確保

(相談支援の実施体制を記載してください。)

--

(3) 設置していない医療機関は次の事項について記載してください。

① 設置予定の有無

有り (平成 年 月設置予定)	・なし
-----------------	-----

② 設置予定のある場合、当該部門の専任者の配置予定

有り (平成 年 月設置予定)	・なし
-----------------	-----

- 17 「わが国において多いがん以外のがん」について、集学的治療及び各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療並びに応用治療を行っている場合、どのように、その疾患名等を広報しているか。

今年度の 広報の有無	(どちらかに○を記載してください。) 有る ・ なし
広報の方法	
広報している がんの種別	

※1 「わが国において多いがん以外のがん」は、膵がん、子宮がん、前立腺がん、頭頸部がん、食道がん、膀胱がん、腎がん、小児がん、造血器腫瘍等をいう。

※2 「広報の方法」は、広報している場合、その広報媒体等を記載してください。(ホームページ等)

- 18 臨床研究等を行っている場合は、次の事項について回答してください。

区 分	公的並びに私的研究費に基づく進行中の臨床研究	公的並びに私的研究費に基づく過去の臨床研究の成果	参加中の治験がある場合は、その対象疾患名および薬剤名等に係る広報
今年度の広報の有無	有る ・ なし	有る ・ なし	有る ・ なし
広報の方法			
広報をしていない場合、次年度の広報予定	有る ・ なし (年 月から広報予定)	有る ・ なし (年 月から広報予定)	有る ・ なし (年 月から広報予定)

※ 「広報の方法」は、広報している場合は、その広報媒体等を記載してください。(ホームページ等)

- 19 今年度の院内がん登録の実施

区 分	実施の有無
院内がん登録	有る ・ なし
標準様式	有る ・ なし

※ 「標準様式」とは、「地域がん診療拠点病院院内がん登録標準項目(2003年度版)」のことをいう。
(国立がんセンターのホームページ「地域がん診療拠点病院院内がん登録支援」参照)

- 20 県が行う地域がん登録事業への今年度の協力

協力の有無	有る ・ なし
実施体制	① 全診療科で実施 ② 一部の診療科で実施 ③ 一部の医師等で実施

※ 「実施体制」については、該当するところに○を記載してください。

- 貴医療機関が「県がん診療連携拠点病院」の申請を行なう場合は、次の項目(22～24)についても記載してください。

22 県内の医療機関で専門的ながん医療を行う医師・薬剤師・看護師等を対象とした研修の実施状況について記載してください。

- (1) 今年度の実施の有無（どちらかに○を記載してください。）

<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし

- (2) 研修内容

研修の内容	対象者	研修回数	研修期間	受講者 人数
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人
		回		人

23 がん診療を行う県内の医療機関に対し、情報提供、症例相談及び診療支援体制の実施について記載してください。

(1) 今年度の実施の有無（どちらかに○を記載してください。）

有り ・なし

(2) 実施している場合は、次の事項について記載してください。

区 分	内 容
情報提供の実施内容	
症例相談の実施内容	
診療支援体制	

24 県がん診療連携協議会の設置予定等について記載してください。

(1) 設置予定（どちらかに○を記載してください。）

有り ・なし

(2) 設置予定がある場合は、当該協議会の体制等について記載してください。

--

○ 貴医療機関が「特定機能病院」の場合は、次の項目についても記載してください。

25 複数種類の腫瘍に対する抗がん剤治療を行う機能を有する部門（腫瘍センター等）の設置予定について記載してください。

(1) 次年度の設置予定

区 分		設置予定等
腫瘍センター等の設置	設置予定の有無等	次年度の設置予定が有る (平成 年 月設置予定) ・ 次年度の設置予定はない。
腫瘍センターの長	専任者の配置予定の有無等	次年度の配置予定が有る (平成 年 月設置予定) ・ 次年度の配置予定はない。

(2) 複数種類の腫瘍に対する抗がん剤治療を行う機能を有する部門（腫瘍センター等）を設置後、当該部門において、今後、指定される地域がん診療連携拠点病院の医師等に対する研修予定の有無について記載してください。（どちらかに○を記載してください。）

有り ・ なし

26 貴医療機関が指定された場合、他のがん診療連携拠点病院へ診療支援を行う医師の派遣予定について記載してください。

区 分	実施予定
今後の派遣予定	有り ・ なし (年 月から派遣可能)
派遣可能な医師の人数	人
専門とする分野	
派遣期間等の診療支援体制	

広島県地域保健対策協議会がん診療専門委員会

委員長	井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	有田 昌彦	広島県医師会
	碓井 亜	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	梶谷 晴樹	広島市社会局保健部
	川崎 正典	広島県福祉保健部保健医療総室
	河野 修興	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	高杉 敬久	広島県医師会
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室

がん診療専門委員会 検診精度管理部会

目 次

調 査 研 究 報 告 書

I. は じ め に

II. 平成17年度の活動

がん診療専門委員会 検診精度管理部会

(平成 17 年度)

調 査 研 究 報 告 書

広島県地域保健対策協議会がん診療専門委員会検診精度管理部会

部 会 長 河 野 修 興

I. は じ め に

現在、がんの早期発見、早期治療は重要な課題となっており、がん検診の精度を高めることが地域保健対策上もっとも重要な課題となっている。

平成 17 年度には、広島県におけるがん検診の問題点を探る目的で平成 16 年度に続いてそれぞれの研修会を行った。

II. 平成 17 年度の活動

① 肺がん

アスベスト関連疾患医療体制整備事業に基づいて研修会を開催した（別紙 1）。

② 乳がん

広島県乳がん検診実施指針（平成 17 年 9 月 1 日作成）に基づき研修会を実施した（別紙 2）。

（別紙 1）

アスベスト関連疾患医療体制整備事業について

1 事業の概要

アスベスト関連疾患の適切な診断、治療を行う医療体制を県内に整備するため、診療所等の地域のかかりつけ医師およびアスベスト関連疾患に対応する専門医の診断、治療技術の向上を図るための研修を行う。

※ アスベスト関連疾患…悪性中皮腫・石綿肺・肺癌・良性石綿胸水・びまん性胸膜肥厚 等

2 アスベスト関連疾患医療関係者研修（基礎研修）

1) 目 的

○ アスベストによる健康被害について、県民の不安を解消するためには、各地域の医療機関でアスベスト関連疾患に対する適切な対応を図ることが必要である。

○ そのため、地域の診療所等の医師に対し、これまでに症例が少ないアスベスト関連疾患について、基本的知識の習得および胸部エックス線検査の読影技術の向上により、アスベスト関連疾患に関する再認識を図るための研修を行う。

2) 事業内容

(ア) 研修対象 県内の医療機関に勤務する医師等

研修場所：県内 3カ所

(イ) 研修概要 研修時間：約 2 時間 受講者：100 名 / 回

内 容：○アスベスト関連疾患に関する基本的な知識（アスベストばく露後に罹る疾病について）

○アスベスト関連疾患の診断・治療について（胸部 X 線読影の実技講習 20 枚）

○アスベスト関連疾患患者への対応（精密検査機関への紹介、精検後のフォロー）

18:30～	受講者は、講義前に胸部レントゲン写真（20枚）を読影 ※ 回答用紙は、複写式とし、無記名のまま、1枚を提出する。
19:10～	開会 講義 1 アスベスト関連疾患について（約60分） 講師：アスベスト関連疾患専門医 ・アスベスト関連疾患の基本的な事項 ・アスベスト関連疾患の診断・治療 ・精密検査の必要な患者への対応、精密検査後のフォロー 講義 2 胸部エックス線検査の読影について（約40分） 講師：呼吸器科専門医 ・講義前に受講者が読影した写真の解説 ・アスベスト関連疾患に関する読影の留意事項
21:00	終了

3 アスベスト関連疾患専門医研修（専門研修）

1) 目的

- アスベスト関連疾患の悪性中皮腫は、胸膜にできるまれな腫瘍であり、肺癌、結核等の呼吸器系疾患との鑑別診断が難しく、胸部エックス線検査の読影について多数の経験を積む必要がある。
- 精密検査等に対応する医療機関の医師に対し、アスベスト関連疾患の鑑別診断および治療技術のより専門的な技術の向上を図るとともに、患者からの労災認定等の相談に対し適切な対応を図るための研修を行う。

2) 事業内容

- (ア) 研修対象 呼吸器科専門医，肺がん検診胸部 X 線検査読影医師
- (イ) 研修場所 県内 2 カ所
- (ウ) 研修概要 研修時間：3 時間 受講者：30 名／回
内 容：○アスベスト関連疾患の病理等基本的事項
○アスベスト関連疾患の鑑別診断・治療
○胸部エックス線，肺 CT 検査の読影実技講習

4 今後の読影医師研修計画

年 度	H17	H18	H19	H20
基礎研修 (医療機関の医師， 放射線技師)	年 3 回 ・基本事項の啓発 ・X 線検査撮影および読影技術の向上	開催回数：協議 →	→	→
専門医研修 (呼吸器科専門医， 肺がん検診胸部 X 線 検査読影医師)	年 2 回 ・関連疾患の啓発 ・X 線検査の読影 技術向上	開催回数：協議 ・肺 CT 検査の 読影技術向上	→	→
備 考				

平成17年度 アスベスト関連疾患研修会の実績報告

1 開催状況、受講者数

	年月日	地区	会場	申込者	受講者	実技講習
基礎	H 18年2月2日(木)	広島	広島医師会館	98	64	54
	2月9日(木)	呉	呉市医師会館	25	27	23
	3月1日(水)	福山	福山市ふれあいセンター	51	34	25
小 計				174	125	102
専門	H 18年1月7日(土)	福山	福山市医師会館	22	21	19
	2月18日(土)	広島	広島大学病院	59	54	39
小 計				81	75	58
合 計				255	200	160

2 研修内容

(1) 基礎研修

18:30～ 受付後に読影実技受講者は、胸部X線写真(20枚)を読影
 19:10～ 開会
 講義1 アスベスト関連疾患について(60分)
 講師：広島赤十字原爆病院 呼吸器科部長 有田健一
 講義2 胸部X線検査の読影について(50分)
 講師：県地对協 肺がんワーキング委員
 21:00 終了

(2) 専門研修

13:00～ 受付後に受講者は、胸部X線写真(25枚)を読影
 ※回答用紙は、複写式とし、無記名のまま、1枚を受付に提出。
 13:50～ 開会 座長：広島赤十字原爆病院呼吸器科部長 有田健一
 講義1 病理専門医から見たアスベスト関連疾患(60分)
 講師：広島大学医歯薬学総合研究科教授 井内康輝
 講義2 アスベスト関連疾患の臨床診断・治療(60分)
 広島会場 医療法人厚生会奈良厚生会病院名誉院長 成田亘啓
 福山会場 (独)労働者健康福祉機構岡山労災病院副院長 岸本卓巳
 講義3 胸部X線検査および肺CT検査の読影(60分)
 講師：県地对協 検診精度管理部会 肺がんワーキング委員
 17:00 終了

※ 広島県地域保健対策協議会 検診精度管理部会肺がんワーキング委員

河野 修興	広島大学病院	福岡 治仁	中電病院放射線科
有田 健一	広島赤十字原爆病院呼吸器科	堀口 純	広島大学病院放射線部
中島 正光	広島国際大学保健医療学部	峠岡 康幸	広島大学病院第二内科
内藤 晃	中国労災病院放射線科	春田 吉則	〃
住吉 秀隆	広島市立広島市民病院呼吸器科	藤高 一慶	〃
奥崎 健	三原市医師会病院		

平成17年度 乳がん検診講習会について

県内の乳がん検診の精度向上を図るため、視触診を行う医師の技術向上を目的とした研修会となるよう、一般的な乳がん検診の講演と実地〔ファントムや視触診ビデオ〕を盛り込んだ研修会を開催した。また、いずれの会場でも同様の内容とすべく、各会場で講師を務めるワーキング委員がそれぞれ分担し、①乳がんの疫学、②乳がんの現状と問題点、③乳がんのリスクファクターと予防、④診断、⑤マンモグラフィの撮影と読影、⑥超音波診断について、スライドを作成し講演にあたった。

総勢 605 名の受講があった。

各会場の講習講師は、県地对協 検診精度管理部会乳がんワーキングの委員が務めた。

日時	会場	講師	参加者数
平成 17 年 10 月 19 日 (水)	市立三次中央病院	広島市立安佐市民病院外科部長 久松 和史	64 名
10 月 27 日 (木)	福山市医師会館	国立病院機構福山医療センター外科 三好 和也	148 名
10 月 28 日 (金)	呉市医師会館	広島大学大学院保健学研究科教授 片岡 健	63 名
11 月 16 日 (水)	広島医師会館	広島市民病院乳腺・内分泌外科主任部長 檜垣 健二	190 名
平成 18 年 1 月 26 日 (木)	広島医師会館	広大原医研外科講師 大崎 昭彦	103 名
5 月 17 日 (水)	広島医師会館	広島大学大学院保健学研究科教授 片岡 健	37 名

広島県の乳がん検診の現状

1 市町村の乳がん検診実施結果〔地域保健老人保健事業報告〕

年度	H13	H14	H15	H 16
乳がん検診対象者	518,758	518,535	527,975	433,557
乳がん検診受診者	70,872	71,988	75,468	61,779
受診率	13.7	13.9	14.3	14.2

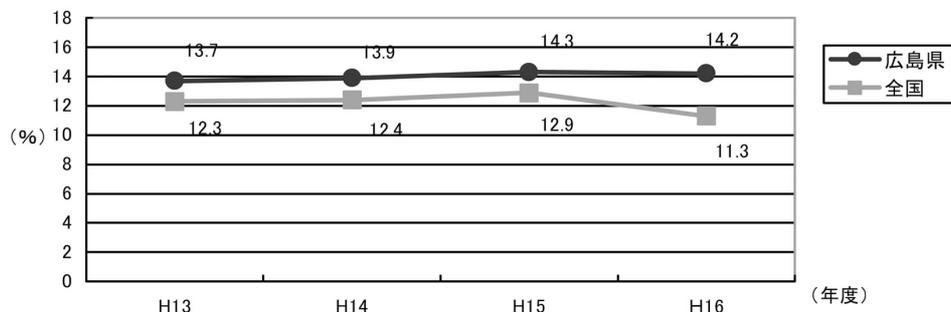


図 1 乳がん検診受診率〔地域保健老人保健事業報告〕

2 検診方法別 乳がん検診受診者の推移

検診方法 年 度	視触診のみ				マンモグラフィ併用			
	H13	H14	H15	H 16	H13	H14	H15	H 16
実施市町村数	86	82	74	26	3	4	17	19
受診者	67,767	68,726	69,889	49,208	3,015	3,262	5,579	12,571
個別検診	26,085	22,108	30,118	20,203	2,492	2,611	3,604	6,087
集団検診	41,682	46,618	39,771	29,005	613	651	1,975	6,484
要精密検査者	2,014	2,031	2,451	1,831	309	256	472	1,210
要精検査者の割合	3.0	3.0	3.5	3.7	10.2	7.8	8.5	9.6
精密検査受診者	1,646	1,581	1,869	1,595	284	224	437	1,157
要精密検査受診率	81.7	77.8	76.3	87.1	91.9	87.5	92.6	95.6
乳がん発見者	54	41	66	53	14	7	19	47
乳がん発見率	0.08	0.06	0.09	0.11	0.46	0.21	0.34	0.37
陽性反応適中度	2.68	2.02	2.69	2.89	4.53	2.73	4.03	3.88

3 平成16年度 乳がん検診の検査別・年齢別受診者数

1) 視触診のみ

	一次 検診	精密検査				精密検査結果				検診精度の指標	
	受診者	対象者	要精 検査率	受診者	受診率	異常なし	乳がん	乳がん 疑い	その他 疾患	がん 発見率	陽性反応 適中度
	A	B	B/A×100	C	C/B×100	D	G	E	F	G/A×100	G/B×100
40-49	9,799	467	4.8	397	85.0	97	9	3	189	0.09	1.93
50-59	13,729	502	3.7	417	83.1	170	16	2	179	0.12	3.19
60-69	15,277	532	3.5	483	90.8	226	20	2	198	0.13	3.76
70-79	9,182	295	3.2	273	92.5	134	8	1	105	0.09	2.71
80-	1,221	35	2.9	25	71.4	6	0	0	8	0.00	0.00
計	49,208	1,831	3.7	1,595	87.1	663	53	8	679	0.11	2.89

2) マンモグラフィ併用（視触診+マンモグラフィ）

	一次 検診	精密検査				精密検査結果				検診精度の指標	
	受診者	対象者	要精 検査率	受診者	受診率	異常なし	乳がん	乳がん 疑い	その他 疾患	がん 発見率	陽性反応 適中度
	A	B	B/A×100	C	C/B×100	D	G	E	F	G/A×100	G/B×100
40-49	2,636	299	11.3	286	95.7	78	9	12	176	0.34	3.01
50-59	3,879	410	11.1	390	95.1	162	16	5	189	0.41	3.90
60-69	4,116	333	8.1	317	95.2	146	14	4	141	0.34	4.20
70-79	1,767	156	8.8	153	98.1	90	8	4	45	0.45	5.13
80-	173	12	6.9	11	91.7	8	0	0	3	0.00	0.00
計	12,571	1,210	9.6	1,157	95.6	484	47	25	554	0.37	3.88

4 平成18年度 乳がん検診実施体制

圏域	市町 (23)	実施方法				対象年齢		
		視触診のみ		視触診+MMG		視触診のみ	視触診+MMG	
		集団検診	個別検診	集団検診	個別検診			
広島	広島市	-	-	○	○	-	40※	※偶数年齢
海田 地区	府中町	-	-	○	○	-	40※	※生まれ年で隔年
	海田町	-	-	○	-	-	40	
	熊野町	○	-	○	-	18	40	
	坂町	○	-	○	-	40	40	
芸北 地区	安芸高田市	○	○	○	○	30	40	
	安芸大田町	○	-	○	-	25	40	※5歳間隔
	北広島町	○	○	○	○	40	40	
広島 西部	大竹市	○	-	○	-	40	40	
	廿日市市	-	-	○	○	-	40	
呉	呉市	○	-	○	-	30	40	
	江田島市	○	-	○	-	30	40※	※偶数年齢
広島 中央	竹原市	-	-	○	-	-	40※	※隔年
	東広島市	○	○	○	-	30	40※	※偶数年齢
	大崎上島町	○	-	○	-	40	40~54※	※年齢で隔年
尾三	三原市	○	○	○	○	20	40※	※生まれ年で隔年
	尾道市	-	-	○	○	-	40※	※年齢で隔年
	世羅町	-	-	○	-	-	40	
福山 府中	福山市	○	○	○	○	30	40※	※偶数年齢
	府中市	○	○	○	○	30	40	
	神石高原町	○	-	○	-	20	40	
備北	三次市	○	-	○	-	40	40	
	庄原市	○	○	○	○	30	40	
実施市町村数		16	7	23	10			

広島県乳がん検診実施指針

1 目的

乳がんの罹患率および死亡率は年々増加している。乳がんは、早期に発見し治療を行えば予後は良好であり、乳房の温存による生活の質の維持・向上が期待される。そのため、検診精度の向上および検診実施体制を整備し、乳がんを早期に発見、治療することを目的とする。

2 検診対象者

当該市町の区域内に居住地を有する40歳以上の者を対象とする。

3 検診間隔

原則として、同一人について2年に1回行うものとする。

4 検診項目

検診項目は、問診、視診および触診（以下「視触診」という）、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）を行う。

(1) 問診

問診にあたっては、受診者が乳がんになりやすい状況（ハイリスク群）であるかどうかを確認するため、①年齢（40歳以上かどうか）、②身長および体重（健康診査等で肥満を指摘されたことがあるか）、③乳がんの家族歴（2親等以内に乳がんになりかけた者がいるか）、④既往歴（乳がん又は乳腺疾患の罹患の有無）、⑤月経状況（特に閉経時期）、⑥出産（初産年齢）について、聴取するとともに、そ

の他必要に応じて、乳房の状態（乳房表面の皮膚の陥凹や膨隆等）、過去の検診受診状況等、必要な事項を聴取する。

(2) 視診

乳房、乳房皮膚、乳頭および腋窩の状況を観察する。視診にあたっては、対座位で、乳房の対称性（大きさおよび形）、乳房皮膚の陥凹、膨隆、浮腫、発赤、乳頭陥凹、乳頭びらんの有無を観察する。

(3) 触診

乳房、乳頭およびリンパ節の触診を行う。触診時の体位は、仰臥位又は対座位とする。触診は指腹法、指先交互法により、両手の手指で乳房の内側から外側（または外側から内側）に、かつ頭側から尾側に向かって、乳房を軽く胸壁に向かって圧迫するように行う。

ア 乳房の触診

腫瘤、結節および硬結の有無並びに数、大きさ、形、硬度、表面の性状、境界、可動性、固定、圧痛、えくぼ症状（デインプリング）の有無等について診察する。

イ リンパ節の触診

腋窩リンパ節および鎖骨窩リンパ節の腫脹の有無並びに数、大きさ、硬度、表面の性状、固定等について診察する。

ウ 乳頭の触診

乳頭からの異常な分泌物の有無および性状等について診察する。

(4) 乳房エックス線検査（マンモグラフィ）

ア 別紙に規定する基準に適合した実施機関において撮影を行う。

イ 原則として40歳代は、内外斜位方向と頭尾方向の2方向撮影を行い、50歳以上は、内外斜位方向の1方向撮影とする。ただし、50歳以上の対象者にも、内外斜位方向撮影を補完する方法として、頭尾方向撮影を追加することは差し支えない。

ウ 乳房エックス線写真の読影は、十分な経験を有する医師により適切な読影環境の下において、二重読影を行う。二重読影を実施する医師のうち1名は、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会（以下「精中委」という）の開催する講習会を修了し、B判定以上の医師が行うこととする。

エ 読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行う。

5 検診の実施体制

乳がん検診の実施にあたっては、検診精度管理等の検診の実施体制が整っていることを要件とする。

視触診にあたる医師は原則として、広島県地域保健対策協議会（以下、県地对協）が開催する乳がん検診従事者講習会または県地对協が指定する学術集会を年2回以上受講し、県地对協に登録した医師とする。

乳房エックス線検査実施機関は、原則として、「広島県乳がん検診実施機関の基準」に定める医療機関とする。

特に乳房エックス線検査については、適切な方法および精度管理の下に実施することが不可欠であることから、市町は、保健所、地区医師会、受託実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるものとする。

また県は、検診が適切な方法および精度管理の下で円滑に実施されるよう、広域的な見地から市町、地区医師会、検診実施機関、精密検査機関等の関係者と調整を行う。

6 結果の通知

検診の結果については、問診、乳房エックス線検査および視触診の結果を総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知する。

7 記録の整備

検診の記録は、氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、乳房エックス線検査および視触診の結果、精密検査の必要性の有無等を記載するものとする。

また、受診指導の記録を合わせて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果、治療の状況等を記録するものとする。

乳房エックス線写真は、少なくとも3年間保存しなければならない。

8 乳がんの予防について

乳がんは、日常の健康管理の一環としての定期的な自己触診によって、乳房の皮膚の陥凹、乳頭からの分泌物の有無、しこり（腫瘍）が触れる等の所見が発見される場合がある。したがって、検診の場で受診者に対し、定期的な検診受診の重要性のみならず、乳がんの自己触診の方法やそれによって所見が見出された場合の速やかな医療機関への受診、またその際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択に関する情報等について説明するよう努める。また、あらゆる機会をとらえて、乳がん予防に関する正しい知識の啓発、普及を行い、乳がん検診の受診率の向上を図る。

9 受診者への指導内容

乳がん検診の結果「要精検」および「精検不要」と判定された者に対し、それぞれの内容の指導を行う。

(1) 「要精検」と区分された者

ア 乳がん検診の結果「要精検」と判定された者に対し、医療機関において精密検査を早期に受診するよう指導する。精密検査実施機関は、原則として「広島県乳がん検診精密検査実施機関の基準」に定める医療機関への受診を指導する。

イ 医療機関との連携の下に受診結果等について把握に努める。

ウ 受診指導およびその後の受診状況は、検診の記録に併せて記録し、継続的な指導に役立てる。

(2) 「精検不要」と区分された者

ア 乳がん検診の結果「精検不要」と判定された者に対しては、次回の検診受診を勧めるとともに、乳がんのリスク要因である肥満の状態にならないよう体重管理を指導し、乳がんの早期発見に向け、乳房の自己触診に関する指導も行う。

イ 自己触診でしこり等の所見を発見した場合は、速やかに乳房の専門医療機関や検診実施機関を受診することもあわせて指導する。

10 その他

(1) その他の事項については、「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針（老老発第0401001号）」に準ずるものとする。

(2) 健康手帳にがん検診の記録に係るページを設ける場合に当たっては、「がん予防重点健康教育およびがん検診実施のための指針（老老発第0401001号）」の別添様式を標準的な様式例とする。

(3) 検診実施上の留意事項は、必要に応じて示すこととする。

広島県乳がん検診実施機関および精密検査実施機関の基準

第1 目的

広島県における乳がん検診の精度を確保し、検診の効率および効果の向上を図るために、検診実施機関および精密検査実施機関の登録・管理を行い、市町の検診体制を支援する。

第2 定義

この基準の中で、登録検診実施機関とは、乳がん検診を行う機関のうち、検診精度管理状況等の基準に適合したうえで、広島県地域保健対策協議会事務局に登録した検診実施機関である。

また、登録精密検査実施機関とは、市町が実施する乳がん検診において「要精密検査」と判定された者に対して精密検査を行う機関のうち、以下に示す精密検査実施機関の基準に適合したうえで、広島県地域保健対策協議会事務局に登録した医療機関をいう。

第3 登録検診機関の基準

1 視触診実施機関

- (1) 視触診実施機関は、原則として「広島県乳がん検診実施指針」の規定に基づき、検診業務を行うこと。
- (2) 視触診にあたる医師は、原則として広島県地域保健対策協議会（以下、県地对協）が開催する乳がん検診従事者講習会又は県地对協が指定する学術集会等を年2回以上受講し、「乳がん検診視触診担当医」として県地对協に登録した医師であること。初年度は、県地对協が開催する乳がん検診従事者講習会を1回は受講すること。

2 乳房エックス線検査実施機関

(1) 乳房エックス線検査実施機関の基準

- ア 乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適切な撮影装置（※原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たしているものとし、少なくとも適切な線量および画質基準を満たすことが必要である。）を備えるものとする。
- イ 実施機関は、撮影装置、現像機、シャウカステンその他の当該検査に係る機器などについて、日常かつ定期的な品質管理を行わなければならない。

(2) 乳房エックス線検査の撮影の基準

乳房エックス線検査の撮影は、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会が（以下、精中委）が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了した診療放射線技師が乳房撮影を行うことが望ましい。

(3) 乳房エックス線検査の読影の基準

- ア 乳房エックス線写真の読影は、読影室の照度やシャウカステンの輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、視触診と同時に行うことが望ましい。
ただし、乳房エックス線撮影装置を搭載した検診車による検診の場合や乳房エックス線写真の二重読影については、この限りではない。
- イ 読影は、二重読影を原則とする。2名の医師のうち1名は、十分な経験を有することとし、同時にまたはそれぞれに独立して読影することが望ましい。
- ウ 読影を実施する十分な経験を有する医師とは、原則として、精中委の開催する講習会を修了し、認定テストでBランク以上と判定された者とする。

3 乳がん精密検査実施機関の基準

- (1) 乳がん診断に習熟した医師（原則として日本乳癌学会の認定医または専門医）が、常勤していること。
- (2) 乳がん診断用の画像診断機器（超音波診断装置、乳房エックス線撮影装置、MRI、CT等）による診断ができること。
- (3) 乳房エックス線撮影装置は、日本医学放射線学会の基準を満たし、線量（3mGy）および画質基準を満たしたものを有すること。
- (4) 乳房の細胞診および生検の病理診断のできる病理診断医が常勤または非常勤で勤務するか、他院の病理診断医に診断を委託できること。
- (5) 手術等の治療の施行が可能かまたは乳がん治療を専門とする医療機関との連携が図れていること。
- (6) 市町等による精密検査結果の収集に協力できること。

第4 登録の手続き

1 乳がん検診実施機関の登録申請

- (1) 登録を希望する機関は、「乳がん検診実施機関登録申請書」により、広島県地域保健対策協議会事務局へ申請を行う。
- (2) 登録更新は、毎年とする。更新の手続きは、「乳がん検診実施機関登録申請書」により広島県

地域保健対策協議会事務局へ申請を行う。

2 乳がん検診精密検査実施機関の登録申請

(1) 登録を希望する機関は、「乳がん検診精密検査実施機関登録申請書」により、広島県地域保健対策協議会事務局へ申請を行う。

(2) 登録更新は、申請内容が変更になった場合に行うこととする。更新の手続きは、「乳がん検診精密検査実施機関登録申請書」により、広島県地域保健対策協議会事務局へ申請を行う。

3 登録の取り消し

登録検診機関または登録精密検査実施機関が、その業務を廃止または登録の取り消しを希望する場合は、「乳がん検診登録抹消届出」により広島県地域保健対策協議会事務局へ届出を行う。

第5 基準の改正

本基準の改正は、広島県地域保健対策協議会の意見を聴いたうえで決定する。

(施行期日)

この基準は、平成 17 年 9 月 1 日から施行する。

登録制度は、平成 18 年 4 月 1 日から開始する。

別記 登録要件となる講習会および学術集会の一覧

講習会			
1	乳がん検診従事者講習会	7	日本乳癌学会
2	広島乳腺疾患研究会	8	日本乳癌学会中四国地方会
3	広島乳腺フォーラム	9	福乳会
4	乳腺診断フォーラム広島	10	広島県婦人科医部会
5	福山乳房画像研究会	11	日本がん検診・診断学会
6	日本乳癌検診学会		

※その他、県地对協検診精度管理部会乳がん検診ワーキングにおいて認めるもの。

乳がん検診に用いる乳房エックス線装置の仕様基準

(1) マンモグラフィの撮影装置が以下のいずれかの基準を満たすこと

1) 原則として日本医学放射線学会(※)の定める仕様基準を満たしている。

2) 上記仕様基準を満たさない場合は、線量(3mGy以下)および画質基準を満たすこと

※日本医学放射線学会の定める仕様基準

1. インバーター式エックス線高電圧装置を備えること。

2. 自動露出制御(AEC)を備えること。

3. 移動グリッドを備えること。

4. 管電圧の精度・再現性

(a) 表示精度: ±5%以内(24~32kV)

(b) 再現性: 変動係数 0.02以下

5. 光照射野とX線のずれ

左右・前後のずれSIDの2%

6. 焦点サイズ

公称0.3mmのとき、0.45×0.65mm以内

7. 圧迫板透過後の線質(半価層, HVL)

モリブテン(Mo)ターゲット/モリブテン(Mo)フィルタのとき

(測定管電圧/100) + 0.03 ≤ HVL (mmAl) < (測定管電圧/100) + 0.12

8. 乳房圧迫の表示

- (a) 厚さの表示精度：±5 mm 以内
- (b) 圧迫圧の表示精度：±20N 以内

9. AEC の精度

- (a) 基準濃度：1.4 管理幅：±0.15 以内
 (ファントム厚 20, 40, 60 mm およびこれらの厚さに対して 100 mAs 以下の X 線照射が行える管電圧の選択範囲とする)
- (b) 再現性：変動係数 0.05 以下

※ 広島県地域保健対策協議会 検診精度管理部会乳がんワーキング委員

片岡 健	広島大学大学院保健学研究科
伊藤千賀子	広島原爆障害対策協議会
井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科病理学
大崎 昭彦	広大原医研外科
高杉 敬久	広島県医師会
檜垣 健二	広島市立広島市民病院
増井 伸明	広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室

広島県地域保健対策協議会がん診療専門委員会

検診精度管理部会

- | | | |
|-----|-------|----------------------------|
| 部会長 | 河野 修興 | 広島大学大学院医歯薬学総合研究科分子内科学 |
| 委員 | 碓井 亞 | 広島大学大学院医歯薬学総合研究科腎泌尿器科学 |
| | 片岡 健 | 広島大学大学院保健学研究科看護開発科学講座成人健康学 |
| | 河内 孝明 | (財)広島県健康福祉センター事務局 |
| | 杉原 正憲 | 広島市社会局保健部保健医療課 |
| | 高杉 敬久 | 広島県医師会 |
| | 新田 一博 | 広島県福祉保健部保健医療総室健康増進・歯科保健室 |
| | 増井 伸明 | 広島県福祉保健部保健医療総室医療対策室 |
| | 吉原 正治 | 広島大学保健管理センター |

健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会

目 次

広島県民の健康食品に関する意識調査

I.	緒	言
II.	方	法
III.	結	果
IV.	考	察
V.	結	語

健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会

(平成 17 年度)

広島県民の健康食品に関する意識調査

広島県地域保健対策協議会健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会

委員長 木平 健治

I. 緒 言

身の回りには健康によいと称して販売されているさまざまな健康食品が流通している。しかし、なかには医薬品成分が含まれていたこと等で、摂取により健康被害を起こした事例も報告されている^{1)~6)}。そこで、広島県地域保健対策協議会・健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会では、医師や薬剤師など医療関係者が取り組む健康食品の正しい知識の普及・啓発に役立てるため、広島県民にアンケート調査を実施し、健康食品の使用状況や購入目的、どのような情報が必要かなどを調査したので報告する。

II. 方 法

(1) 調査方法

図1の「健康食品について聞かせて！アンケート」によった。

(2) 調査対象、調査期間

- ア 県民公開講座「健康食品の正しい知識」の参加者、平成17年10月10日(月)
- イ 広島市佐伯区・西区区民まつり参加者、平成17年11月13日(日)
- ウ 広島県内の薬局来店者、平成17年11月10日(木)~平成17年11月18日(金)
- エ 福山大学薬学部学生、平成17年11月11日(金)

(3) 有効回答者数(表1)

回答は県民公開講座の参加者393名、区民まつり参加者330名、薬局来店者786名、薬学部学生223名の合計1,732名から得られた。年齢別では、19歳以下が3.7%、20~39歳が34.1%、40~59歳が32.3%、60~79歳が27.6%、80歳以上が2.4%であった。

健康食品について聞かせて！アンケート

■広島県地域保健対策協議会・健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会 [2005.11]

身の回りには健康によいと称して売られているさまざまな健康食品が流通しています。県民の皆様には、健康食品の使用状況や購入目的、また、どのような情報が必要かを御専門し、医師や薬剤師など医療関係者が取り組む健康食品の正しい知識の普及・啓発に役立てていきたいと思っておりますので、アンケートにご協力をお願いします。

◆あなたの該当するところにチェック(✓)をしてください。
【年齢】19歳以下 20~39歳 40~59歳 60~79歳 80歳以上
【性別】男性 女性

あなたは健康食品に興味、関心がありますか。(該当するところにチェック(✓)又は記入してください)
□ある □ない

あなたは健康食品を使ったことがありますか。
□ある【あると答えた方は、3以降の質問へ進んでください】
□ない【ないと答えた方は、8と9の質問にお答えください】

あなたは現在、健康食品を使用していますか。
□毎日 □時々 □使用していません
差し支えなければ、現在使用されている健康食品を記入してください。(商品名でもよい)
()

健康食品を使用する理由は何ですか。(複数回答可)
□健康維持・増進のため □栄養補給のため □疲労回復のため □美容のため
□ダイエットのため □病気の予防や治療のため □健康な性生活のため
□その他()
差し支えなければ、現在治療中の病気があれば主な病名を記入してください。
()

健康食品の購入時に参考にする情報はどれですか。(複数回答可)
□商品説明書 □店頭での説明 □新聞チラシ □T V □雑誌・書籍 □インターネット
□知人の勧め □その他()

健康食品はどこで入手しますか。(複数回答可)
□薬局 □スーパー・コンビニ □通信販売(新聞・T V) □通信販売(雑誌・書籍)
□訪問販売 □インターネット □知人・家族 □個人輸入 □その他()

健康食品を利用する際に注意していることはありますか。
□医師・薬剤師に相談する □摂取目安量、注意事項などの商品情報 □健康被害の情報
□薬とは一緒に使用しない □体調 □特に注意していることはない

→ 健康食品に対してどのような印象をお持ちですか。(複数回答可)
□健康によい □病気の予防になる □栄養素が効果的に摂取できる □食品だから薬より安全
□副作用がない □健康食品は信じられない □よくわからない
□その他()

→ 健康食品に対してどのような情報が必要だと思いますか。(複数回答可)
□健康食品の安全性に関する情報 □医薬品と健康食品の飲み合わせ □効能・効果
□注意が必要な広告事例 □健康被害の事例
□その他()

**** ご協力ありがとうございました。****

図1 アンケート様式

調査対象区分により年齢構成はかなり異なっていた。平均年齢は薬学生がもっとも若く、次いで薬局来店者、区民まつり参加者、公開講座の参加者の順で、特に公開講座の参加者では60歳以上が70%であった。

性別では、男性が28.7%、女性が71.3%であった。女性が70%を越えており、偏りが認められたが、いずれの調査対象、年齢区分でも女性が70%前後であり、この分類では大きな差は認められなかった。

表1 有効回答者数

対象	有効回答者数	年齢別					性別	
		～19歳	20～39歳	40～59歳	60～79歳	80歳～	男性	女性
公開講座	393	0	27	96	240	19	92	165
区民まつり	330	6	55	105	116	5	84	207
薬局来店	786	2	320	330	100	15	193	546
薬学生	223	53	161	2	0	0	62	152
合計	1,732	61	563	533	456	39	431	1,070

以上のことから、集計に当たっては、対象別、年齢別、性別による分析も行うこととした。また、県民公開講座の参加者のうち、医療関係者と回答した人も別区分として分析した。

Ⅲ. 結 果

(1) 「健康食品」に対する関心度 (図2)

約75%が「健康食品」に対して興味、関心を持っていた。いずれの調査対象区分でも関心を持っている人が65%を越えていた。特に県民公開講座の参加者の関心度が高かった。

年齢が高くなるほど、興味・関心の割合は増加していたが、もっとも低い19歳以下でも65%を越えていた。男性よりも女性の関心度が少し高かった。

(2) 「健康食品」の使用経験 (図3)

約74%が「健康食品」の使用経験があった。県民

公開講座の参加者では80%を越えていた。

年齢が高くなるほど、使用経験の割合は増加していた。男性よりも女性の使用経験度が少し高かった。関心のある人でも15%程度は使用経験がなく、逆に関心のない人でも25%程度は使用経験があった。

(1)の興味、関心の割合と平行な関係になっていた。

(3) 「健康食品」の使用頻度 (図4)

「毎日使用している」が43.9%、「時々使用している」が36.3%、「使用していない」が17.7%であった。県民公開講座の参加者では毎日使用が60%を越えていた。年齢が若いほど毎日使用の割合は下がっていた。男女の差はほとんどなかった。関心のある人では約半数が毎日使用しているが、関心のない人では約半数が現在は使用していなかった。

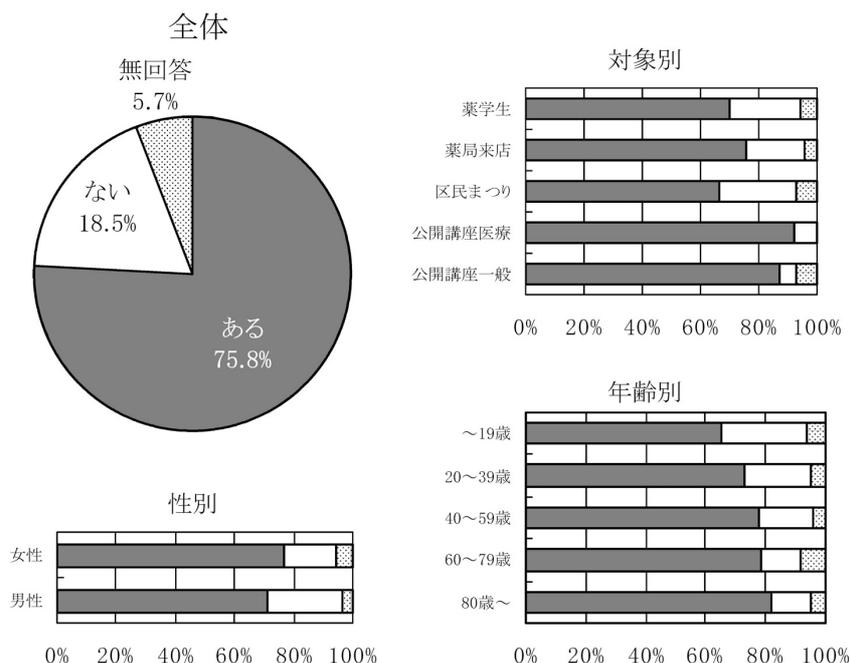


図2 「健康食品」に対する関心度 (回答者 1,633名 無回答者 99名)

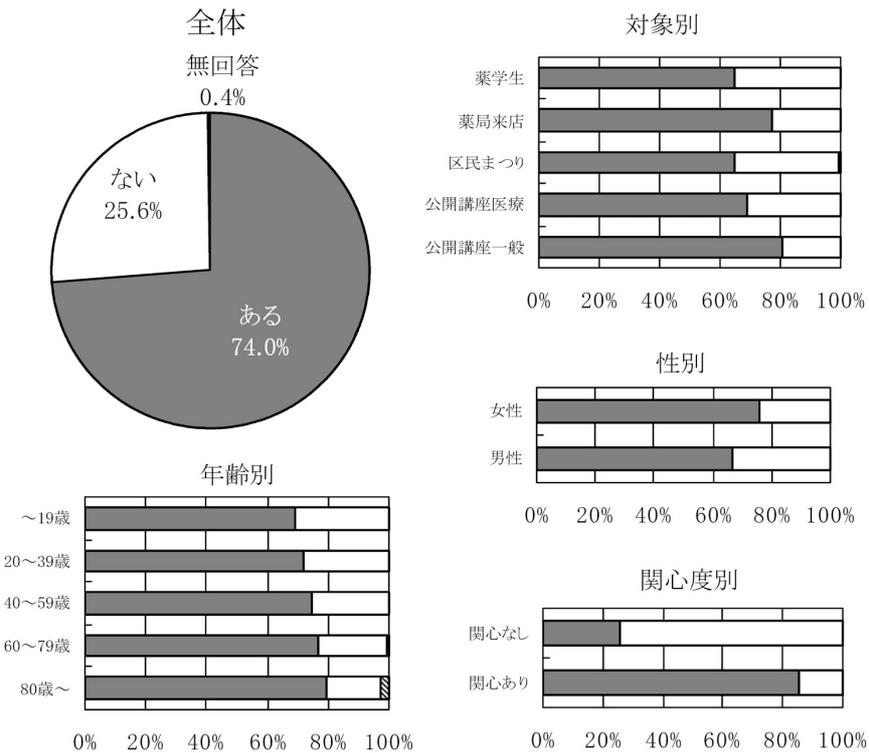


図3 「健康食品」の使用経験（回答者 1,726名 無回答者 6名）

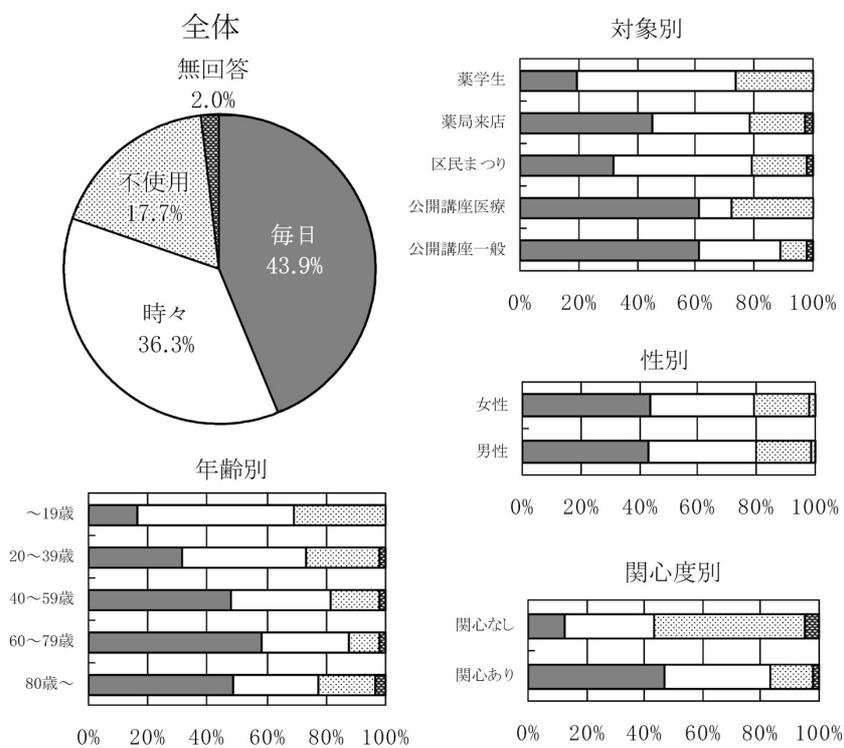


図4 「健康食品」の使用頻度（「健康食品」の使用経験がある1,282名の回答）

【現在使用している健康食品】

現在使用している「健康食品」を自由回答で、商品名でも可としたため、一人で多くの「健康食品」を記入した人も多かった。記入のあった「健康食品」についてそれぞれの延べ件数を全体、調査対象区分ごとに集計し、上位 20 種を表 2 に示した。記入のあった「健康食品」は多種多様であり、複数の成分を含むものもあったが、代表的なものに纏めた。

年齢構成のもっとも若い薬学生では、回答率が低かったが、使用している「健康食品」の大部分はビタミン、ミネラルであった。公開講座参加者は年齢構成がもっとも高く、「健康食品」に関心を持っている人が多いことを反映して、回答率も高く、色々な種類の健康食品を使用していた。滋養強壮薬や総合ビタミン剤といった医薬品を、使用している「健康食品」として記載している例もあった。

(4) 「健康食品」を使用する理由 (図 5)

全体では、「健康維持・増進のため」(62.5%) がもっとも多く、「栄養補給のため」(28.1%) や「疲労回復のため」(26.2%) が続いた。「病気の予防や治療のため」という回答も多かった (21.6%)。若年齢層では「栄養補給のため」が多く、年齢の増加と

ともに、「健康維持・増進のため」や「病気の予防や治療のため」が増える傾向にあった。また、「美容のため」は 20~39 歳の女性に多かった。男性は「病気の予防や治療のため」、女性は「美容のため」の割合が高かった。「健康食品」に関心のある人は、「健康維持・増進のため」、「病気の予防や治療のため」の割合が高く、関心のない人は「栄養補給のため」の割合が高かった。毎日使用している人は、「健康維持・増進のため」、「病気の予防や治療のため」の割合が高かった。

(5) 「健康食品」の購入時に参考にする情報 (図 6)

全体では、「商品説明書」(33.8%) がもっとも多く、「知人の勧め」(30.8%) や「雑誌・書籍」(24.2%) が、それに続いた。「インターネット」での情報収集は少なかった。「知人の勧め」はどの対象、年齢層でも安定して多く、特に 60~79 歳の女性に多かった。若年齢層では「商品説明書」「店頭での説明」の割合が多かった。性別、使用頻度による違いによる大きな差はなかったが、男性は「新聞チラシ」、女性は「知人の勧め」の割合が高く、毎日使用している人は、「商品説明書」、「知人の勧め」の割合が高い傾向にあった。

表 2 使用している健康食品とその件数

健康食品名	全体	公開講座	薬局来店	区民まつり	薬学生
	件数 (順位)				
マルチビタミン	97 (1)	22 (3)	45 (3)	10 (1)	20 (1)
CoQ10	80 (2)	24 (2)	48 (2)	7 (3)	1 (5)
酢 (黒酢・玄米酢等)	76 (3)	20 (4)	51 (1)	5 (5)	0
ビタミン C	62 (4)	19 (5)	33 (4)	4 (9)	6 (2)
青汁・青麦若葉	49 (5)	19 (5)	25 (6)	5 (5)	0
ローヤルゼリー	47 (6)	26 (1)	13 (13)	8 (2)	0
ブルーベリーエキス	40 (7)	12 (11)	23 (7)	5 (5)	0
コラーゲン	39 (8)	13 (10)	26 (5)	0	0
カルシウム	38 (9)	14 (8)	17 (11)	4 (9)	3 (3)
ニンニク	28 (10)	16 (7)	6 (25)	5 (5)	1 (5)
クロレラ	26 (11)	6 (16)	18 (9)	1 (22)	1 (5)
プロポリス	25 (12)	14 (8)	4 (29)	6 (4)	1 (5)
ビタミン E	23 (13)	8 (12)	11 (15)	4 (9)	0
茶 (各種)	23 (14)	4 (23)	19 (8)	0	0
グルコサミン	22 (15)	8 (12)	12 (14)	2 (15)	0
リポ酸	22 (16)	3 (28)	18 (9)	0	1 (5)
ミネラル	20 (17)	7 (16)	9 (18)	2 (15)	2 (4)
イチョウ葉エキス	20 (18)	6 (16)	11 (15)	3 (13)	0
コンドロイチン	20 (19)	8 (12)	11 (15)	1 (22)	0
ウコン	17 (20)	5 (22)	9 (18)	3 (13)	0
その他	354	129	189	30	6

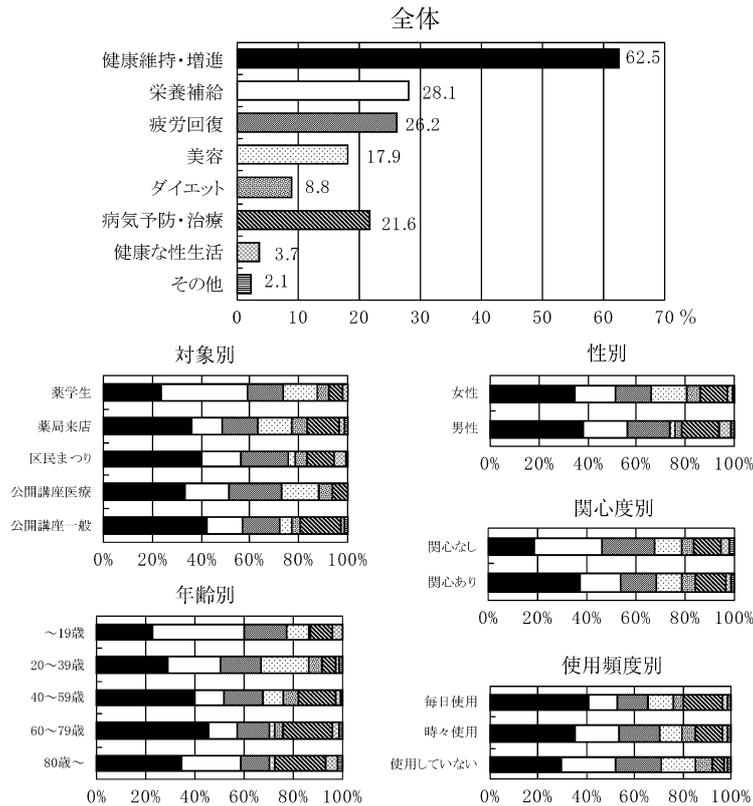


図5 健康食品を使用する理由（「健康食品」の使用経験がある1,282名の回答）
 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合（%）を示す。
 その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合（%）を示す。

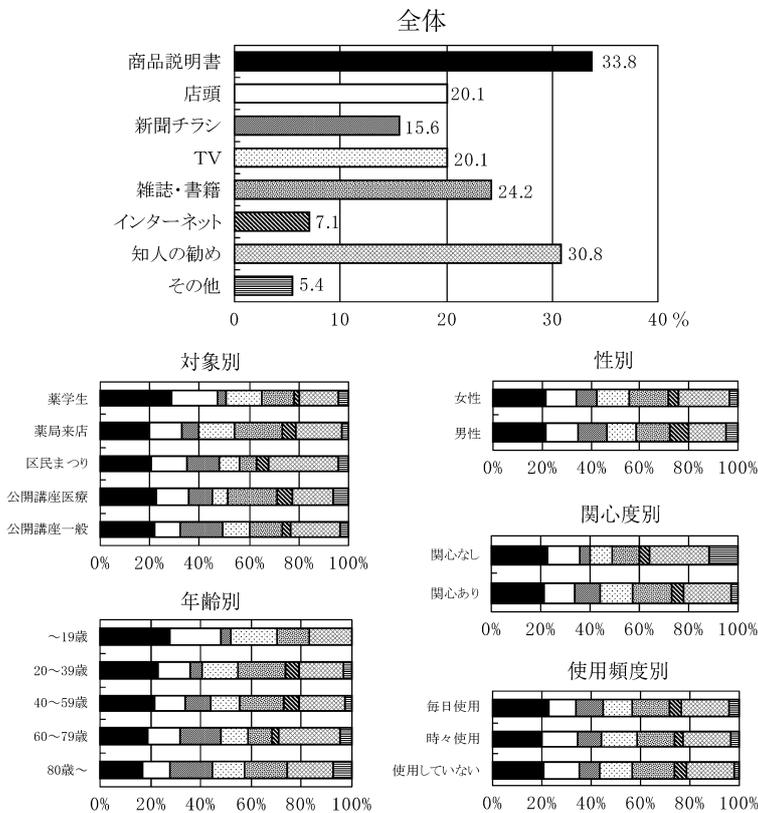


図6 健康食品の購入時に参考にする情報（「健康食品」の利用経験がある1,282名の回答）
 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合（%）を示す。
 その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合（%）を示す。

(6) 「健康食品」の入手先 (図7)

全体では、「薬局」で入手するが55.7%と群を抜いていた。次に多かったのは、「知人・家族」(16.6%)であった。「訪問販売」、「インターネット」、「個人輸入」は少なかった。若年齢層ほど「薬局」の比率が高かった。「通信販売」は高年齢層で比率が高かった。男性は「スーパー・コンビニ」で、女性は「知人・家族」から入手する割合が高かった。毎日使用している人は、「通信販売」、「知人・家族」から入手する割合が高かった。「健康食品」に関心のある人は「薬局」、「通信販売」で入手する割合が高く、関心のない人は「知人・家族」から入手する割合が高かった。

(7) 「健康食品」を利用する際に注意していること (図8)

全体では、「摂取目安量、注意事項などの商品情報」(48.3%)がもっとも多かったが、その比率は年齢の増加と共に減少する傾向にあった。これに対し、「医師・薬剤師に相談する」や「健康被害の情報」が、年齢の増加と共に増加する傾向にあった。「特に注意していることはない」が2番目に多く、若年齢

層、関心のない人で比率が高かった。男性は「医師・薬剤師に相談する」、女性は「摂取目安量、注意事項などの商品情報」、「体調」に注意する割合が高かった。

(8) 「健康食品」に対する印象 (図9)

全体では、「健康によい」(35.6%)と「栄養素が効果的に摂取できる」(35.0%)が、ほぼ同程度で多かった。「食品だから薬より安全」が11.3%、「副作用がない」が6.5%あった。若年齢層では「栄養素が効果的に摂取できる」が、高年齢層では「病気の予防になる」、「副作用がない」の割合が高かった。男性は「健康によい」、「信じられない」の割合が、女性は「栄養素が効果的に摂取できる」の割合が高かった。「健康食品」に関心のある人、使用経験のある人は、「健康によい」、「栄養素が効果的に摂取できる」とする人が多かった。一方、関心のない人、使用したことがない人では「健康食品は信じられない」、「よくわからない」とする比率が大きく「健康食品」に懐疑的である人が多かった。その他の回答としては、色々な記載があったが、表3に示したように「健康食品」に肯定的なもの、否定的なもの、その中間

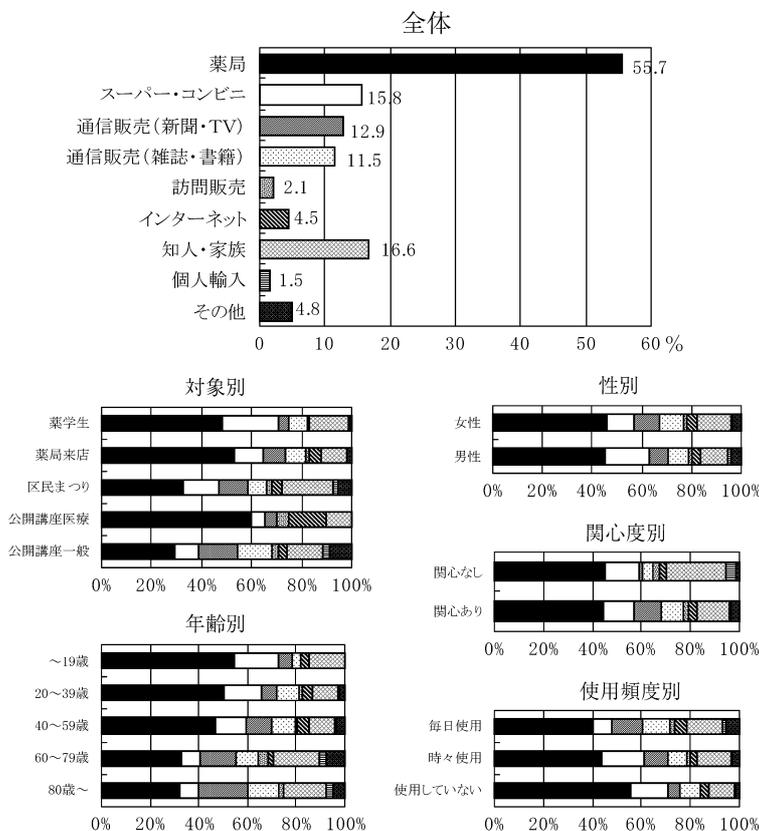


図7 健康食品の入手場所 (「健康食品」の利用経験がある1,282名の回答) 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合(%)を示す。その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合(%)を示す。

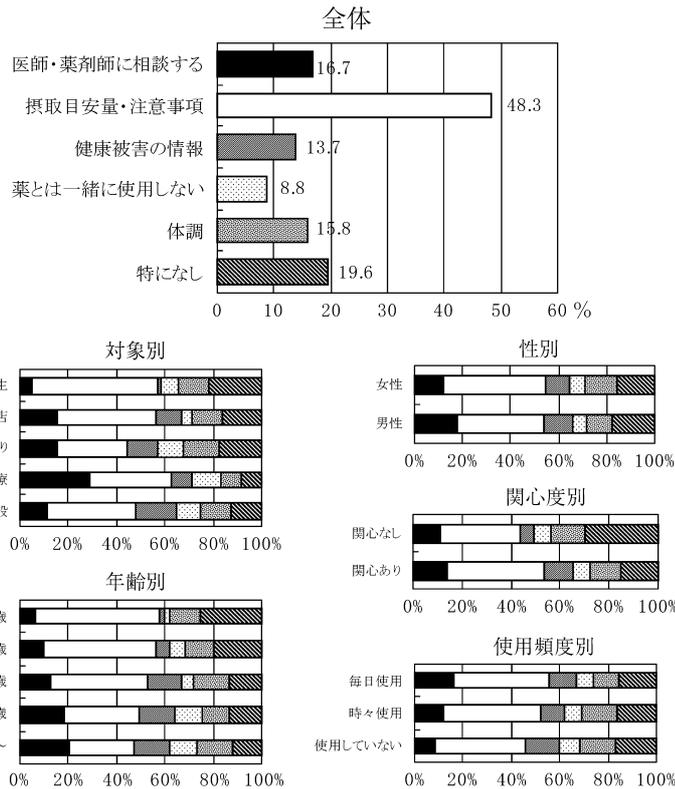


図8 健康食品を利用する際に注意していること（「健康食品」の利用経験がある1,282名の回答）
 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合（%）を示す。
 その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合（%）を示す。

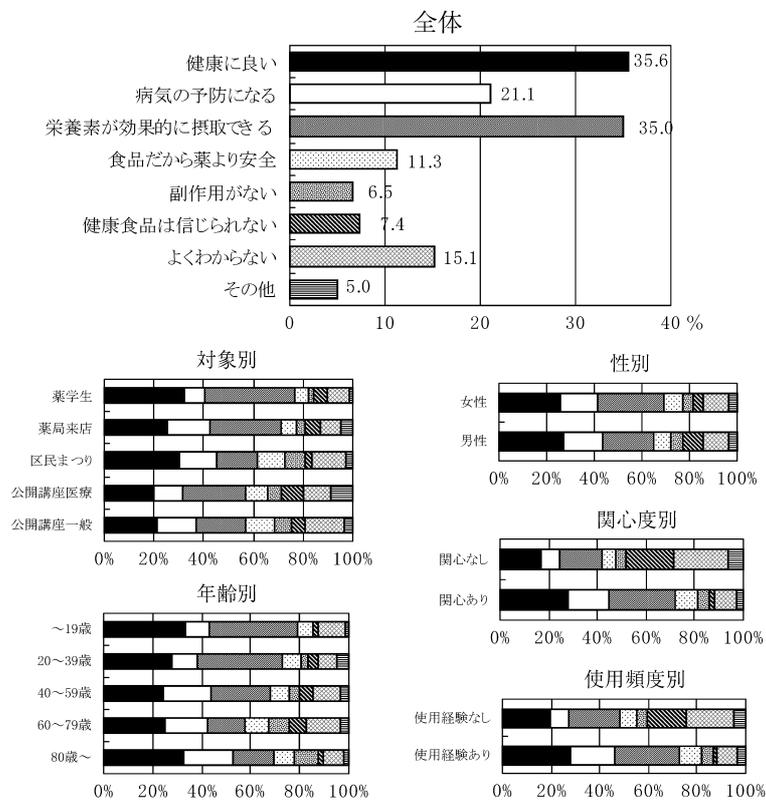


図9 健康食品に対する印象（アンケート回答者 1,732名の回答）
 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合（%）を示す。
 その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合（%）を示す。

表3 健康食品に対する印象（その他）

肯定的な意見	中間的な意見	否定的な意見
<ul style="list-style-type: none"> • 今の健康を保つことができる • 病院医師等より信頼している • 体が楽になる • やせられる • 有効なものもある • 中には効果の良いものもある • 医薬品にないものがある • 体調が整う • 食品と思えないほど効果のあるものもある • 薬をのむ程でないときに使う • 飲まないよりは良い • 体がだるくない、疲れがたまりにくい • 体質によりそれぞれ違った結果がでるのでは • 食事からは基準の量はとれない • 食事でもとれないものが補給できる • 健康を補う補助食品 • 日常で不足しているものを補う位の感じ • 手軽に試せる • 手間が省けて良い 	<ul style="list-style-type: none"> • 医薬品メーカー（ブランド）を信じる • 信頼できる大手メーカーのみ使用 • 本当に信頼できるものしか信じていない • 内容をよくチェックすれば安全 • 効果的な利用をしないとだめ • ある程度値段の高いものじゃないと効果が得られないような気がする • 本当にいい健康食品はハデな宣伝をしない • 選択が必要 • 有効なものとはそうでないものを見極めが大切 • 効果は期待していないが少しでも体にいいと思うので • 気休め・気分的安心 • これといった効果は感じられないが、何となく摂取している • 種類によっては注意するものがある • 半信半疑 • 摂り方により薬にも毒にもなる • 他の薬との関係に注意 • 量を少なめにとっている • あまり信用しないようにしている • 安全と思う反面害について不安 • 栄養素の補填（効果的かは不明） 	<ul style="list-style-type: none"> • うさんくさい • 食品 • むだ • 特に必要と思わない • 危険なものが多い • 食品だから薬より安全はうそ • あまり効果なし • 食品よりも効果的に栄養が取れるとは思わない • 自分の体の免疫機能が落ちる気がする • いろいろな会社が販売しているので、信用性に疑問 • 効能効果に過大な宣伝がある • テレビなどのマスコミ情報で影響されやすい • 値段が高い • 健康がすべてだとは思わない • 栄養素はまず食事から • 情報が少ない • 興味なし • 製造・販売会社がわからない • 逆にそればかり食べて栄養が偏りそう • 大型のドラッグストアにあまりにも効果があるように出回りすぎ • 健康食品の基準が分からない • 定義があいまい

のものの三つに分類され、「健康食品」に対してさまざまな意見があることがうかがわれた。

(9) 「健康食品」についての必要な情報（図10）

全体では、「健康食品の安全性に関する情報」（61.8%）がもっとも多く、「医薬品と健康食品の飲み合わせ」（48.9%）や「効能・効果」（42.7%）が続いたが、5項目とも必要とする人が149名（8.5%）もいた。年齢の増加と共に「健康食品の安全性に関する情報」が増え、「効能・効果」は減少した。調査対象、性別、関心の割合、使用経験による違いによる大きな差はなかったが、男性は「効能・効果」、女性は「安全性に関する情報」の割合が高く、使用したことのない人は「注意が必要な広告事例」、「健康被害の事例」の情報を必要とする割合が高い傾向にあった。関心のある人は、情報を必要とする割合が高かった。

(10) 「健康食品」の口コミによる広がり

「健康食品」の購入時に参考にする情報としては、2番目に「知人の勧め」が多かった（395名（30.8%））が、このうち「知人の勧め」と単独で回答した人は177名（10.2%）であった。この単独で回答し

た人のうち、問6で「健康食品」の入手先として、「知人・家族」とした人は、91名（51.4%）と半数を超えていた（図11）。

また、「健康食品」の入手先として、「知人・家族」をあげた人は213名（16.6%）で、「知人・家族」と単独で回答した人は126名（7.3%）であった。この単独で回答した人のうち、問5で「健康食品」の購入時に参考にする情報として、「知人の勧め」とした人は、98名（77.8%）と8割近くを占めていた（図12）。さらに、これらの人の健康食品を使用する理由は「健康維持・増進のため」が多かった。

IV. 考 察

「健康食品」に対する興味・関心は、無回答の人を集計に含めても約75%が「あり」と回答していた。また、使用経験もほぼ同率で「あり」としており、若年齢層ほど「あり」の率は下がるものの、65%を越えていて、健康食品が一般によく浸透していることがうかがわれた。

しかし、その使用目的に関しては、年齢により大きく異なっており、若年齢層では、大部分がビタミ

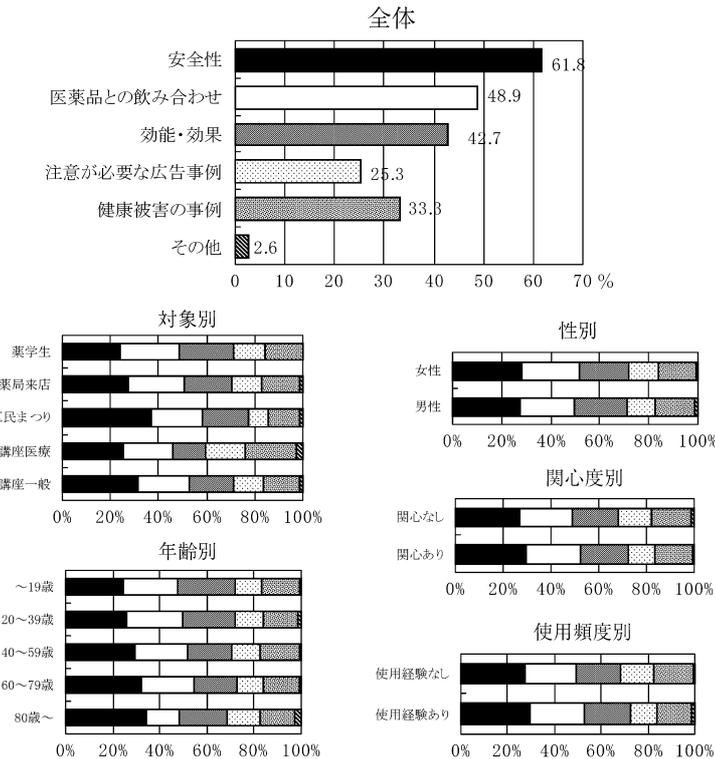


図10 健康食品に対して必要な情報（アンケート回答者 1,732名の回答）
 全体図は回答者を100とした時のそれぞれの回答項目の割合（%）を示す。
 その他の図は各区分の延べ項目数を100とした時のそれぞれの項目の割合（%）を示す。

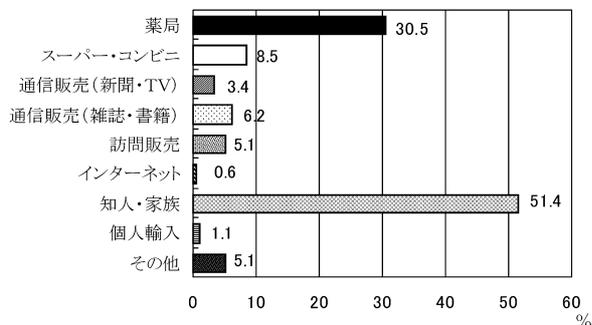


図11 健康食品の購入時に参考にする情報を知人の勧めとした人の健康食品の入手先

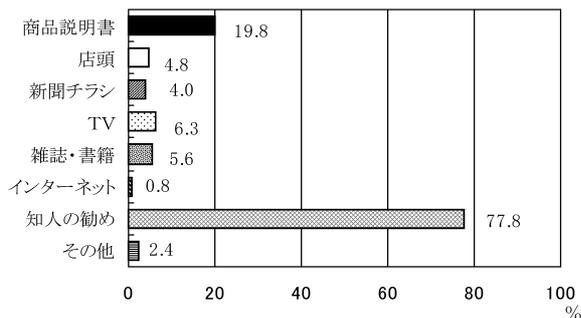


図12 健康食品の入手先を知人・家族とした人の健康食品の購入時に参考にする情報

ン、ミネラルなどの「栄養補給のため」であったが、年齢の増加とともに、「健康維持・増進のため」や「病気の予防や治療のため」が増え、色々な種類の健康食品を使用するようになる傾向がうかがえた。「病気の予防や治療のため」という回答は21.6%もあり、「健康食品」を医薬品のようにとらえている人がかなり存在することがうかがえた。また、これに関連して、使用している健康食品として滋養強壮薬や総合ビタミン剤といった医薬品を記載している例もあり、医薬品と健康食品の境目がわかりにくくなっていることにも注意が必要と考えられる。

性別による違いは、「美容のため」、「ダイエットのため」が20~39歳の女性に多かったほか、男性は女性より少し関心が低く、「信じられない」など懐疑的である人の割合が少し高い傾向にあったが、全般に性別による大きな違いは認められなかった。

「健康食品」の購入時に参考にする情報としては、もっとも多かった「商品説明書」(33.8%)と同じくらい「知人の勧め」(30.8%)が多く、特に60~79歳の女性に多かったが、どの年齢層でも同じ程度の割合であった。また、このことに関連して、「健康食品」の入手先として、「知人・家族」(16.6%)と回

答した人が多く、口コミによる広がり大きなウエートを占めていることがうかがわれた。

以上のことから、健康維持・増進のための「健康食品」を「知人の勧め」で「知人・家族」から入手するいわゆる口コミルートが「健康食品」の広がり大きなウエートを占めていることがうかがわれた。

「健康食品」の入手先では「薬局」(55.7%)が群を抜いていたが、調査対象に薬局来店者が4割以上もいることが大きく影響していることがうかがわれた。また、若年齢層ほど「薬局」の比率が高かったが、これは、使用している「健康食品」の種類との関連がうかがわれた。

「健康食品」を利用する際に注意していることでは約半数の人が「摂取目安量・注意事項などの商品情報」としていたが、その比率は年齢の増加とともに減少し、「医師・薬剤師に相談する」や「健康被害の情報」が増加する傾向にあり、これも「健康食品」を使用する理由と関連があると考えられる。

「健康食品」に対する印象は、関心度、使用経験の違いによって大きく異なっており、関心のある人、使用している人では、「健康維持・増進のため」、「病気の予防や治療のため」の割合が高く、肯定的である人が多い反面、関心のない人、使用したことがない人では「健康食品は信じられない」、「よくわからない」とする比率が高く、健康食品に懐疑的である人が多かった。また、「食品だから薬より安全」(11.3%)、「副作用がない」(6.5%)といった間違っただけの理解をしている人もかなりいた。総じて「健康食品」に対しては、肯定的なもの、否定的なもの、その中間のものなどさまざまな印象があることがうかがわれたが、肯定的な印象を持っている人が大半を占めていた。

「健康食品」に関する情報は、多くの人が色々な情報を必要としており、今後どのような内容をどう発信していくのが重要であると考えられる。

V. 結 語

(1) 「健康食品」に対する興味・関心は、約75%

が「あり」と回答しており、「健康食品」が一般によく浸透していることがうかがわれた。しかし、その使用する理由は、年齢により大きく異なっていた。また、「健康食品」を医薬品のように捕らえている人がかなり存在することがうかがえた。

(2) 性別による大きな違いは認められなかった。

(3) 「健康食品」の購入時に参考にする情報や「健康食品」の入手には、口コミが大きなウエートを占めていることがうかがわれた。

(4) 「健康食品」に対する印象は、関心、使用経験のある人は肯定的である人が多い反面、関心、使用経験のない人では懐疑的である人が多かったが、全体としては、肯定的な印象を持っている人が大半を占めていた。

(5) 「健康食品」に関する情報は、多くの人が色々な情報を必要としていた。

文 献

- 1) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：中国製ダイエット用健康食品（未承認医薬品）による健康被害事例等。報道発表資料，平成17年11月22日。
- 2) 厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課：ダイエット用食品「天天素（天天素清脂こう嚢）」（マジンドール等を含む無承認無許可医薬品）によると疑われる健康被害について。報道発表資料，平成17年5月27日。
- 3) 厚生労働省食品安全部 新開発食品保健対策室：「いわゆる健康食品」による健康被害事例。報道発表資料，平成17年3月11日。
- 4) 中国製ダイエット用健康食品（未承認医薬品）に関する調査結果（概要）：厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課（平成15年2月12日）。
- 5) 「個人輸入した未承認医薬品等の服用後に発生した健康被害事例について」平成14年7月12日，厚生労働省医薬局監視指導・麻薬対策課。
- 6) 中国未承認医薬品による健康被害について（平成14年7月22日医薬監麻発第0722008号）。

広島県地域保健対策協議会健康食品の正しい知識の普及に関する特別委員会

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
	大久保雅通	久安外科・内科医院
	小澤孝一郎	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	金森 久幸	広島県福祉保健部
	神田 博史	広島大学医学部附属薬用植物園
	宗 文彦	広島県薬剤師会
	田坂 佳千	広島市医師会
	田中 秀雄	広島市保健所
	村上 行雄	広島県福祉保健部
	森井 紀夫	広島県薬剤師会
	山崎 健次	広島県歯科医師会
	籾池千恵子	広島県保健環境センター
	行武 理江	広島県警察職員診療所

メンタルヘルスケア対策特別委員会

目 次

職場のメンタルヘルスケアの推進（第4報）

—地域自殺予防対策への展開—

- I. は じ め に
- II. 中高年向けメンタルヘルス研修会
- III. メンタルヘルスケア情報リーフレットの
アップデート
- IV. お わ り に

メンタルヘルスケア対策特別委員会

(平成 17 年度)

職場のメンタルヘルスケアの推進 (第 4 報)

—地域自殺予防対策への展開—

広島県地域保健対策協議会メンタルヘルスケア対策特別委員会

委員長 山脇 成人

解析担当者 岡本 泰昌・吉村 靖司

I. はじめに

近年における労働者のメンタルヘルスは非常に深刻な状況が続いており、抜け出す兆しが見られない。昨年あたりから大企業の業績の劇的回復があちこちで報じられ、あたかも労働者の環境に光明が差しような雰囲気も一部にあるが、これはかつてない大規模なリストラが大きく寄与したものであって、多くの労働者の退職や減給の上に成り立っていることを忘れてはならない。警察庁データでは、わが国の自殺者数は平成 16 年には実に 32,325 人にのぼり、統計を取り始めて以来最悪となった平成 15 年 (34,427 人) には及ばなかったものの、平成 10 年から自殺者が年間 3 万人を超える状況が続いている。そのうち全体の約半数である 7,893 人が被雇用者であり、同じ年の交通事故死者数 6,871 人よりも多くなっている。特に 50 歳台男性の自殺率が増加しており、不況の影響をまともに受けているといえよう。また、自殺に至らなくとも精神障害による休職や労災認定の増加も著しく、精神障害による労災認定件数も平成 11 年度の 14 件 (うち自殺認定件数 11 件) から平成 16 年度には 130 件 (同 45 件) と急増しており、労働の現場では生産性・収益性の向上とメンタルヘルスの維持・増進をともに目指さなければならないという厳しい舵取りを日々迫られている。

本特別委員会は、職場のメンタルヘルスに関する課題の提起・解決に取り組むことにより、一般住民へのメンタルヘルスケアの普及・啓発、ひいては地域のメンタルヘルスケアの充実を図ることを目的として、平成 14 年度に発足した。平成 14 年度 (第 1 報) は広島県内における職場のメンタルヘルスケアに関する現行システムの調査を行い、①産業精神保

健のさまざまなシステムを精神科医が把握できていないこと、②既存のメンタルヘルスケア・システムに職場からアクセスしにくい現状があることが明らかになった。平成 15 年度 (第 2 報) には、①産業医を含めた産業保健スタッフと精神科医との連携をテーマにシンポジウムを開催、②メンタルヘルスケア情報リーフレットの作成と配布を行い、連携の強化を図った。平成 16 年度 (第 3 報) では、産業医などの専門スタッフを対象にしたものから労働者自身や管理監督者といった直接のメンタルヘルスケア対象者に対しても手を広げ、①就業者向けメンタルヘルス研修会の共催、②管理監督者向けの自殺予防マニュアルの作成・配布を行った。そして平成 17 年度は、メンタルヘルスに関する知識の普及、特に自殺の多い中高年に焦点を当てることを目的として、①中高年向けのメンタルヘルス研修会の後援、さらに産業医などから精神医療へのアクセスを維持するため、②平成 15 年度に作成・配布したメンタルヘルスケア情報リーフレットのアップデートを行った。

II. 中高年向けメンタルヘルス研修会

職場のメンタルヘルスの維持・増進には、こころの健康に関する知識や意識の向上が欠かせない。平成 14 年労働者健康状況調査によると、わが国の労働者の 61.5% が自分の仕事や職業生活に対して「強い不安、悩み、ストレスがある」と回答しており、内容では「職場の人間関係」が 35.1%、「仕事の量」32.3%、「仕事の質」30.4%、「会社の将来性」29.1% などとなっている。誰にとっても快適な労働環境・労働条件というのはあり得ないが、現在の職場のメンタルヘルス活動は、精神疾患を有する一部の従業員の治療や職場復帰対策だけでなく、従業員全体を

対象としたストレス対策も同時に行うことが重要となっている。その方法の一つとして、精神疾患についての正しい理解を深めるために啓蒙を行うことが有効であると思われる。

そこで、広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センターの主催、広島県地域保健対策協議会などの後援で平成 18 年 1 月 28 日（土）に「中高年のメンタルヘルスとうつ病セミナー」を広島大学東千田キャンパス（広島市中区）で開催した（図 1, 2）。以下に講演の要旨を箇条書きに抜粋したものを記す。

テーマ 1 「中高年におけるうつ病の現状」

（坪田信孝 広島産業保健推進センター所長）

- 原因動機別自殺死亡者数では「健康問題」が約半数を占める
- 職業別自殺死亡者数では無職者が約半数、勤労者が約 4 割
- 戦後の自殺死亡率のピークはこれまでに 3 回で過去 2 回は中高年男性が構成
- 平成 10 年以降のピークは負債総額のピークと重なっている
- 平成 18 年 4 月 1 日より改正労働安全衛生法が施行、長時間残業を行った労働者に対する医師による面接指導が義務づけられる

テーマ 2 「うつ病の特徴と医学的治療」

（岡本泰昌 広島大学大学院医歯薬総合研究科精神神経医科学講師）

- うつ病の時点有病率は 4%，生涯有病率は 18%
- うつ病の特徴は、抑うつ気分か、ほとんどすべての活動における興味または喜びの喪失のいずれかが少なくとも 2 週間存在すること
- うつ病は 1 年以内に約半数が回復するが、難治例も 2 割存在
- うつ病の約半数は 1 回のみのエピソードだが、約半数は再発する
- うつ病の長期予後は必ずしも良好とは限らず、15% は社会生活ができず、10% が自殺
- うつ病の治療は急性期、持続期、維持期に大別
- 急性期は薬物療法、精神療法、休養が中心で、自殺を禁じ周囲にアドバイスする
- 持続期はリハビリを行い、早すぎる出勤要求や服薬中断に注意する

- 維持期は再発因子が多ければ長期に治療継続

テーマ 3 「うつ病の心理社会的特徴と社会復帰に向けたリハビリテーション」

（鈴木伸一 広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター助教授）

- うつ病患者の心理社会的問題は主観的喪失（失敗）体験の存在、達成感の低下、否定的思考による自罰的悪循環、自尊心の低下がある
- 認知行動療法により、思考の柔軟性と多様性を回復する
- 広島大学病院精神神経科では、認知行動療法プログラムを集団療法として展開
- 本人の取り組みとともに、家族や職場がうつ病を正しく理解し支援していくことが重要

テーマ 4 「地域でのうつ病対策と自殺予防」

（横田則夫 広島県立総合精神保健福祉センター所長）

- うつ病は公衆衛生的な対策が必要な疾患
- 広島県の自殺者は全国レベルでは少ないが、自殺率の高い中山間地域を多く抱える
- うつ病と診断された人の 4 分の 3 は、どの医療機関も受診していなかった
- 受診まで 4 週間以上かかった理由として、受診への心理的抵抗感、うつ病の認識不足、情報不足があげられた
- うつ病にはさまざまな精神症状や身体症状があり、早期発見には一般医がうつ病を疑って症状を聞き出すことが重要
- 自殺率の高い東北日本海側や南九州で地域介入研究が実施され、自殺率の減少という成果を上げている
- うつ病患者への家族の対応のポイントは、「心配しすぎない」「励ましすぎない」「原因を追究しすぎない」「重大な決定は先延ばしにする」「ゆっくり休ませる」「薬をうまく利用する」

セミナー会場は多くの聴衆で盛況であり、昨年が続いてこの分野に対する一般市民の関心がきわめて高いことがあらためて印象づけられた。このように、メンタルヘルス活動の裾野を広げるためにさまざまな形での啓蒙活動を今後も継続的に行う意義があると思われた。

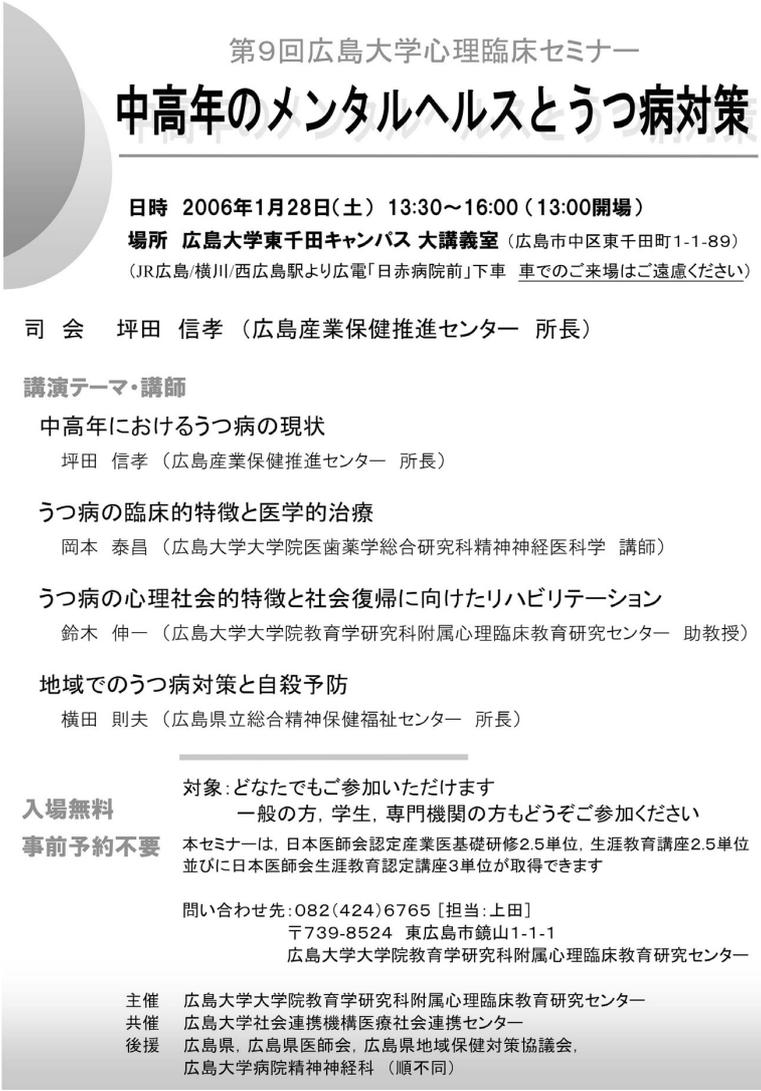
Ⅲ. メンタルヘルスケア情報リーフレットのアップデート

産業医から精神科医へのアクセスをスムーズにすることを目的として平成15年度にメンタルヘルスケア情報リーフレットを作成した。これには県内の精神科診療所、精神科を有する総合病院、精神科病院それぞれの名称、所在地、連絡先などが記載され、使い勝手のよいものに仕上がっている。こういったリーフレットはできるだけ最新の情報を掲載する必要があり、前回作成後に新規開業や自治体合併による施設名変更などが相次いだため、今回アップデー

トに踏み切った。情報公開などの点をクリアして平成18年度には完成する予定である。

Ⅳ. おわりに

かつて「交通戦争」とまで言われ、昭和45年には16,765人にまでのぼった交通事故死者数は、安全教育、罰則強化、道路改良などにより、ついに半減した。自殺者数の減少も現代社会における重要な急務の一つであり、この3年間は啓蒙や情報提供といった活動が主体であったが、今後はさまざまな形で個人や集団に積極的に介入する活動も視野に入れるべきであると思われる。



第9回広島大学心理臨床セミナー
中高年のメンタルヘルスとうつ病対策

日時 2006年1月28日(土) 13:30~16:00 (13:00開場)
場所 広島大学東千田キャンパス 大講義室 (広島市中区東千田町1-1-89)
(JR広島/横川/西広島駅より広電「日赤病院前」下車 車でのご来場はご遠慮ください)

司会 坪田 信孝 (広島産業保健推進センター 所長)

講演テーマ・講師

中高年におけるうつ病の現状
坪田 信孝 (広島産業保健推進センター 所長)

うつ病の臨床的特徴と医学的治療
岡本 泰昌 (広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経医学 講師)

うつ病の心理社会的特徴と社会復帰に向けたリハビリテーション
鈴木 伸一 (広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター 助教授)

地域でのうつ病対策と自殺予防
横田 則夫 (広島県立総合精神保健福祉センター 所長)

対象:どなたでもご参加いただけます
一般の方、学生、専門機関の方もどうぞご参加ください

入場無料
事前予約不要

本セミナーは、日本医師会認定産業医基礎研修2.5単位、生涯教育講座2.5単位並びに日本医師会生涯教育認定講座3単位が取得できます

問い合わせ先:082(424)6765 [担当:上田]
〒739-8524 東広島市鏡山1-1-1
広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター

主催 広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター
共催 広島大学社会連携機構医療社会連携センター
後援 広島県、広島県医師会、広島県地域保健対策協議会、
広島大学病院精神神経科 (順不同)

図1 中高年のメンタルヘルスとうつ病セミナーのポスター

ご挨拶

広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センターは、臨床心理士養成、臨床心理学の先端研究、心の健康に問題を持つ方々への心理的支援の実践、そして心の健康に関する心理学的な社会貢献の4つの目的を掲げ、平成14年の設置以来毎年2回定期的に東広島市と広島市で一般、教員、臨床現場の方々に向けて広島大学心理臨床セミナーを開催しております。

今年度から、広島大学社会連携機構医療社会連携センターのご理解を得て、当センターに露地区東研究棟の一室を貸与いただき、臨床心理士をめぐり大学院学生の研修ならびに臨床心理の研究活動をしております。このことは、東広島キャンパスの文系研究科と露キャンパスの医療系研究科との間で、全国的にもまれな研究科コラボレーションが成り、広島大学として医療活動ならびに医学、心理学研究の特色を世に訴えることにもなっております。

この度、医療社会連携センター長の丹根一夫教授のお力添えで、同センターとの共催でセミナーを開催するにあたり、広島県、広島県医師会、広島県地域保健対策協議会、広島大学病院精神神経科のご後援を得て、本セミナーを日本医師会認定産業医基礎研修並びに生涯教育認定講座として位置づけていただくことができますことは、広島大学の医療社会連携の一環としての実をあげることに繋がっております。このことは、本セミナーの主催者の一人として大変光栄に思いますとともに、ご支援いただいた関係各位に厚くお礼申し上げます。

本日は、現代社会でも関心が高く、特に産業界における働く方々の心の健康の支援に関係の深いテーマである「中高年のメンタルヘルスとうつ病対策」を取り上げたセミナーとして、この領域に関わっておられる医療、産業界、心理学の専門の方々にお話をさせていただきます。

なお、本セミナーは医療関係者のみならず一般の方、学生、専門機関の方と幅広くご参加を呼びかけました。その意味で、ご参加の皆様が、心の健康問題に関心を持っていただくと同時に、広島大学並びに広島県医療関係者の社会貢献活動に対し深いご理解を賜はる幸甚に存じます。

広島大学大学院教育学研究科附属
心理臨床教育研究センター
センター長 利島 保

プログラム

開催日:2006年1月28日(土)
開催時間:13:30~16:00(13:00開場)
開催場所:広島大学 東千田キャンパス大講義室

司会 坪田 信孝
(広島産業保健推進センター 所長)

講演テーマ・講師

中高年におけるうつ病の現状

坪田 信孝
(広島産業保健推進センター 所長)

うつ病の臨床的特徴と医学的治療

岡本 泰昌
(広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経医学 講師)

うつ病の心理社会的特徴と社会復帰に向けたリハビリテーション

鈴木 伸一
(広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター 助教授)

地域でのうつ病対策と自殺予防

横田 則夫
(広島県立総合精神保健福祉センター 所長)

お問合せ先
広島大学大学院教育学研究科附属
心理臨床教育研究センター
〒739-8524 東広島市鏡山1丁目1-1
電話・FAX 082-424-6765
センターホームページ:
<http://home.hiroshima-u.ac.jp/trccp/>

第9回 広島大学心理臨床セミナー

中高年のメンタルヘルスとうつ病対策

主催

広島大学大学院教育学研究科附属
心理臨床教育研究センター

共催

広島大学
社会連携機構医療社会連携センター

後援

広島県、広島県医師会
広島県地域保健対策協議会
広島大学病院精神神経科

講師紹介

■坪田 信孝 (つぼた のぶたか)

広島産業保健推進センター 所長

ープロフィールー

広島産業保健推進センターの所長として、広島県の産業界、衛生管理者、保健師など産業保健スタッフの支援・育成を行っています。実践的に活発な産業保健活動が弱小企業から巨大企業まで広く実践されることを期待しています。

専門は公衆衛生学で、岡山大学医学部、同大学院を修了後広島大学に赴任、平成13年8月まで同助教授を務め、9月から現在の仕事をしています。

「中高年におけるうつ病の現状」

近年、社会経済的ストレス等の増大から中高年の自殺が問題となっている。警察庁の自殺統計からこの動向を分析してみると、平成10年に急激に増加したことがわかる。この急増に比べれば以後の変動は微増であり、この時期の社会的変化が主因であり、毎年増加しているわけではない。自殺の原因では健康問題次いで経済生活問題で、この2つで70%を占めている。職業別では半数近くが無職で、次いで被雇用者である。社会経済的状況の深刻さが主因と思われる。産業保健で対策のとれる管理職と被雇用者は20~25%程度である。産業保健では職場内での予防的対策がとりやすく、実効性も期待でき、労働安全衛生法の改正を中心として具体的なメンタルヘルス対策が進んでいる。平成18年4月1日から施行されるこの改正について簡単な解説を行う。

■岡本 泰昌 (おかもと やすまさ)

広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経医学 講師

ープロフィールー

どうしてヒトはうつ病や躁うつ病といった気分障害になるのか、気分障害になったらどうしたらよくなるのかをテーマにして、臨床と研究を行っています。

大学病院ではうつ病の専門外来を担当し、様々な治療法を組み合わせた統合的アプローチを行っています。また、うつ病の新しい診断法や治療法を見つけるために、脳の機能を科学的に調べる研究を行っています。

「うつ病の臨床的特徴と医学的治療」

うつ病は予後の良い疾患と考えられてきましたが、最近ではうつ病は再発しやすい疾患であり、そのため予防が重要であること、うつ病の30%は慢性化、難治化することなどが認識されるようになってきました。抗うつ薬の進歩によりうつ病治療は格段に向上しましたが、再発防止や難治性うつ病の治療には、薬物療法に加えて、精神療法、家族療法、職場の環境調整などの統合的アプローチが重要です。本発表

では、うつ病の臨床的特徴と医学的治療について、概説したいと思えます。

推薦図書

一般向け

・うつ病をなおす 講談社現代新書 野村 総一郎 (著)

・「うつ」を治す PH新書 大野 裕 (著)

専門家向け

・気分障害治療ガイドライン 医学書院 精神医学講座担当委員会、

上島 国利(編)

■鈴木 伸一 (すずき しんいち)

広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター 助教授

ープロフィールー

臨床心理学(認知行動療法)、行動医学、ストレス科学を専門とし、うつ、不安およびストレス性障害への認知行動療法の効果に関する研究や、慢性疾患患者の心理社会的支援をねらった行動医学的アプローチの効果に関する臨床・研究活動に従事している。

「うつ病の心理社会的特徴と社会復帰に向けたリハビリテーション」

近年、うつ病の医学的治療は大きく進歩し、うつ病の症状は治療によりかなり改善されるようになってきた。しかし一方で、社会(職場)復帰が困難なケースや、再発を繰り返してしまうケースなども多く報告されており、うつ病の方への心理社会的リハビリテーションの重要性が指摘されている。

本講演では、うつ病の方が抱える心理的苦痛と閉じこもりがちな生活との悪循環を解説するとともに、社会(職場)復帰に向けた心理社会的リハビリテーションの実践について紹介する。また、広島大学大学院心理臨床教育研究センターと広島大学病院精神神経科が連携して取り組んでいるうつ病の方を対象としたグループセミナーの内容と成果についても紹介する。

推薦図書

・いやな気分よさようなら 星和書店

・心のつやがきがあたえをえる 星和書店

・うつと不安の認知療法練習帳 創元社

・自殺予防の認知療法 日本評論社

・慢性うつ病の精神療法:CBASPの理論と技法 医学書院

・実践者のための認知行動療法テクニックガイド 北大路書房

・学校、職場、地域におけるストレスマネジメント実践マニュアル

北大路書房

■横田 則夫 (よこた のりお)

広島県立総合精神保健福祉センター 所長

ープロフィールー

専門は臨床精神医学、特にうつ病、認知症、高次脳機能障害などです。こころの病気に薬物療法の効果があるかについてや、精神疾患の脳機能についての研究をしてきました。また、脳外傷などによる高次脳機能障害者の支援を行っています。現在は、県民のこころの健康増進や精神障害者の保健医療福祉の推進を役割とした精神保健福祉センターで働いています。

「地域でのうつ病対策と自殺予防」

1998年以降、日本では自殺者が急増して3万人を超える状況が続いており、これは交通事故で亡くなる方の3倍以上です。また日本は世界で10番目に自殺率が高い国です。政府も危機感を持って自殺対策に乗り出しています。

じつは、自殺する方の90%前後はこころの問題を抱えていて、その半分はうつ病などの気分障害であることがわかってきています。うつ病はストレスに関連した病気で、10人に一人はかかるような誰でもなりうる病気です。しかも治療により良くなる病気です。しかし、うつ病になっても治療を受ける人は1/4にすぎません。自殺の予防にはいろいろ対策が必要ですが、うつ病について一般市民に知ってもらい、ストレスに対処する工夫をしてもらい、うつ病になったら早期に治療を受けてもらうことが大事です。地域、職場、学校、病院、いろいろなど取り組むことで、人の命を大事にする社会にしていきたいです。

推薦図書およびサイト

■うつ病の本

・うつ病をなおす 講談社 野村総一郎 (著)

・あなたのその気分、「うつ」かも知れませんが、中経出版

うつ・不安啓発委員会 (編著)

■サイト

UTU-NET (うつネット)

<http://www.utu-net.com>

いきなり自殺予防対策ページ

<http://www.ncnp-k.go.jp/ikiru-hp/>

パリアモア広島ホームページ

<http://www.pref.hiroshima.jp/nhwcc/index.html>

図2 中高年のメンタルヘルスとうつ病セミナーのリーフレット

広島県地域保健対策協議会メンタルヘルスケア対策特別委員会

委員長	山脇 成人	広島大学大学院医歯薬総合研究科
委員	岡本 泰昌	広島大学大学院医歯薬総合研究科
	中村 泰久	広島県福祉保健部保健医療総室
	佐伯 俊成	広島大学大学院医歯薬総合研究科
	塩山 慎二	広島市社会局精神保健福祉室
	世木田久美	広島市精神保健福祉センター
長	健	府中地区医師会
	坪田 信孝	広島産業保健推進センター
	永田 正典	広島県福祉保健部保健医療総室
	堀江 正憲	広島県医師会
	山中 祐介	神経内科山中クリニック
	鎗田圭一郎	マツダ株式会社 健康推進センター
	横田 則夫	県立総合精神保健福祉センター
	吉村 靖司	安芸太田町加計病院

生活習慣病予防専門委員会

目 次

生活習慣病対策専門委員会の報告書について

- I. 設 置 趣 旨
- II. 活 動 目 的
- III. 活 動 課 題
- IV. ス ケ ジ ュ ー ル
- V. 検 討 結 果
- VI. 今後の事業について

生活習慣病予防専門委員会

(平成 17 年度)

生活習慣病対策専門委員会の報告書について

広島県地域保健対策協議会生活習慣病予防専門委員会

委員長 烏帽子田 彰

I. 設置趣旨

国においては、平成 12 年度に「健康日本 21」を策定し、国民の健康増進の総合的な推進をしている。

広島県においても、国の動向に沿って平成 13 年度に県民が主体的に取り組める健康づくり運動を総合的に推進するための計画「健康ひろしま 21」を策定し、望ましい食生活習慣の確立、生活習慣病のリスクファクターの軽減を重点目標として、県民の健康増進対策に取り組んでいる。

広島県地域保健対策協議会では、平成 15 年度に「健康づくり専門委員会」を設置し、「健康ひろしま 21」の普及啓発、効果的な推進方策等について検討を行ってきた。

平成 17 年度においては、平成 18 年度に行われる「健康ひろしま 21」の中間評価および見直しの方針を検討するため、この委員会を設置した。

II. 活動目的

県健康増進計画「健康ひろしま 21」の中間評価を行うため、中間評価のための調査方法、調査内容、健康ひろしま 21 の目標値の見直しについて協議を行った。

なお、今後の生活習慣病対策については、メタボリックシンドロームに着目した推進が求められるため、循環器疾患等の臨床医等にも出席いただき今後のあり方を検討した。

III. 活動課題

- (1) 健康ひろしま 21 の中間評価および改定に関する方向性の検討
- (2) 健康ひろしま 21 推進のための具体的方策の検討

IV. スケジュール

- (1) 第 1 回委員会 今年度事業計画について「健康ひろしま 21」の中間評価の方向性について協議
- (2) 第 2 回委員会 「健康ひろしま 21」目標値の見直しについて協議
- (3) 第 3 回委員会 「健康ひろしま 21」見直しに位置付ける目標項目

V. 検討結果

県の健康増進計画の見直しのポイントを次の 5 点としてとりまとめた。

- (1) 生活習慣病の発症・重症化予防に向けた具体的・重点的な数値目標の提示

目標項目を 87 項目から、「メタボリックシンドロームの認知度」「適正体重」「朝食欠食」「健診受診」「メタボリックシンドローム」「糖尿病」「循環器病」「自殺者等」等にし、重点項目を絞り込むことに決定した。

目標項目を減らし、県民に認知されやすい目標数・目標値の設定を検討することが必要である。

- (2) 健康増進法に基づく市町、保険者等の役割分担と連携方策の提示

県の役割として健康増進計画の策定、関係者の役割分担と総合調整機能の強化を行い、市町は、健康増進計画の策定および推進、住民の健康管理の徹底、健康づくり普及啓発事業の推進が必要である。

また、保険者および企業は健診・保健事業の徹底が必要であり、保健事業の共同実施が今後必要である。

- (3) 各主体の取組みの進捗状況や目標達成度の評価
平成 20 年度からは保険者による健診・保健事業

を実施・徹底することが必要となっており、新たな健診推進体制の整備が求められ、健診および保健指導の実施状況等を把握していくことが必要である。

進捗状況等の評価については、効果指標等の設定と評価体制の構築が求められる。

(4) 県民健康意識調査の実施

県民健康意識調査を実施し、県民の健康状態の把握に努める。必要な調査規模は、母集団の0.2%程度と言われている。広島県の場合は約5千人が適当である。

調査対象地区を選定する場合は、都市部、山間部、島嶼部等が入るように選定することが必要である。

(5) メタボリックシンドロームの概念に着目した具体的対策の推進

生活習慣病対策推進のためのキャッチフレーズ

等を作成し、生活習慣病対策を展開していくことが必要である。また、メタボリックシンドロームの概念に着目した健診・保健指導の実施が必要である。

VI. 今後の事業について

委員会における有識者の意見に基づき、広島県において平成18年7月～8月に広島県健康増進計画「健康ひろしま21」の中間評価を目的とした県民健康意識調査を実施することとなった。

調査結果から、健康ひろしま21の見直しが必要な重点課題を設定し、健康ひろしま21の改定を行い、広島県として健康づくりの施策の方向を示し、市町や健康増進関係団体等との役割分担と連携・協働のもとで一貫した保健指導・事業を実施する体制の確立を図ることに決定した。

広島県地域保健対策協議会生活習慣病予防専門委員会

委員長	烏帽子田彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	石本 勝三	広島県歯科医師会
	新宮 哲司	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	高田 耕基	広島鉄道病院
	名越 雅彦	広島県保健所長会
	新田 一博	広島県福祉保健部保健医療総室
	信國 好俊	広島大学原爆放射線医科学研究所
	平野 保子	広島市社会局保健部
	堀江 正憲	広島県医師会
	三宅 静香	広島県福祉保健部保健医療総室

生活習慣病予防専門委員会 糖尿病予防対策部会

目 次

糖 尿 病 予 防 対 策 部 会 報 告

- I. は じ め に
- II. 糖尿病対策推進のための調査
- III. 考 察
- IV. ま と め

生活習慣病予防専門委員会 糖尿病予防対策部会

(平成 17 年度)

糖 尿 病 予 防 対 策 部 会 報 告

広島県地域保健対策協議会生活習慣病予防専門委員会糖尿病予防対策部会

部 会 長 伊藤千賀子

I. は じ め に

世界中で糖尿病患者の著しい増加が見られ、WHO は 2025 年には 2003 年の 72% 増の 33,300 万人になると推定しており、そのうちアジアが世界の糖尿病患者の 50% を占めると考えられている¹⁾。わが国においても同様に、厚生労働省は 2002 年「糖尿病が強く疑われる人」740 万人、「可能性が否定できない人」880 万人と推定して公表した²⁾。広島市の原爆被爆者の糖尿病頻度の推移をみると、糖尿病頻度は 1971 年から 2003 年までに男女とも 4.1 倍に増加している。糖尿病受療率の推移を比較すると、2002 年には 1955 年の 29 倍³⁾ に、糖尿病による透析患者数も 1983 年から 2003 年までに 19 倍に増加している⁴⁾。このまま推移すれば 2010 年の透析患者は 94,000 人と推測される。このような状況にあって、日本糖尿病学会は日本医師会に働きかけて、日本糖尿病協会と共に 2005 年 2 月に日本糖尿病対策推進会議を立ち上げた。広島県においても、地域対策協議会の中に糖尿病予防対策部会を設置して有益な糖尿病対策を検討することになった。

II. 糖尿病対策推進のための調査

糖尿病対策を推進するために、図 1 に示すような計画を作成し調査を行った。すなわち、行動変容を起こさせるための生活習慣改善プログラム作成のための調査である。

広島県糖尿病実態調査として、表 1 に示す内容で平成 18 年 1 月～2 月中旬にアンケート調査を行った。委員から出された意見をもとに患者・事業所(事業主)・市町に対して調査が行われた。回収率は患者調査 35.2% (回答患者数 264 人)、事業所(事業主) 21.1% (回答企業数 564)、市町用 100.0% (回答市町 24) であった(表 1)。

1) 糖尿病患者アンケート結果

回答患者数 264 人で性別は男性 58.7%、女性 39.0%、平均年齢 65.5 ± 10.5 歳、50 歳～70 歳代が約 85% を占めた。血糖コントロール状況の指標であるヘモグロビン A1c は、最高値 16.7%、最低値 5.2% 平均値 7.4 ± 1.5 %、コントロール状況“良”とされる 6.5% 未満は 20.6% であった。治療状況は食事療法 80.3%、運動療法 62.5%、血糖降下剤が 58.0%、イ

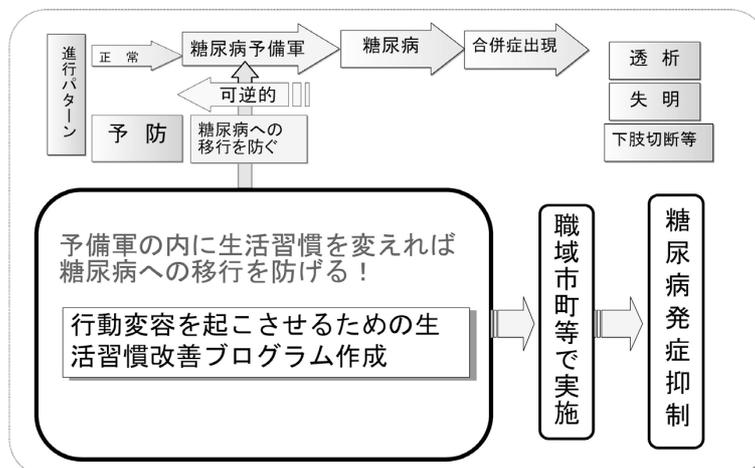


図 1 広島県における糖尿病対策の推進 (2005～)

表1 広島県糖尿病実態調査

対 象	内 容	調査方法	回収率	
1. 患者 調査	広島市内 200 床以上の15医 療施設 (750人)	・糖尿病管理状況 ・医療機関受診経緯 ・合併症の知識 ・指導後の行動変容 ・治療中断の有無と理由	医療機関に調査票 を郵送後、郵送で 回収	回収数 264人 (35.2%)
2. 事業所	広島県内各商 工会89組織の 事業主 (2,670人)	・事業所職員数 ・健康保健状況 ・健診受診状況 ・健診後の対応 ・糖尿病検診受診状況 ・地域における健康づく り関連施設認知状況	広島県商工会連合 会を通じて各市町 の商工会に調査票 を郵送後、Fax お よび郵送で回収	回収数 564人 (21.1%)
3. 市・町	24市町	・健診実施状況 ・健診後の指導状況 ・要指導者の把握状況 ・糖尿病関連事業の取り 組み状況など	各市町に調査票を 郵送後、Fax およ び郵送で回収	回収数 24 (100%)

ンスリン 31.8%，降圧薬が 26.1% であり，罹患状況は高血圧症 26.9%，高脂血症 18.9% であった。糖尿病の家族歴は，父母 33.7%，不明 23.5%，兄弟姉妹 20.8% で，平均治療期間は 12.6±9.7 年で，5 年未満が 24.2% であった。

初めて治療を受けたきっかけは健康診断（人間ドック含む。）が 60.6%，続いて「他の病気で受診したとき」が 18.9% であり，健康診断と回答したものの約半数は職場の健診を受けていた。初めて治療を受けた後，「食習慣又は運動習慣を改めた」の回答は，「自分も合併症になるかもしれないと思う」，および「合併症の知識がある」の回答と相関関係が見られ，特に「自分も合併症になるかもしれないと思う」の回答とは強い相関関係が見られた。

これらの結果をまとめると図 2 に示すように，行動変容を起こすためには「糖尿病合併症への罹患性」の理解が重要であることが示唆された（図 2）。

糖尿病の診断を受けながら医療機関を受診しなかった理由は，「症状がないので受診の必要性を感じなかった」34.5%，「食事や運動に気をつけられればいいと思った」33.1% であった。治療中断経験者は 18.9% で，その理由は「症状がないので受診の必要性を感じなかった」34.5%，「食事や運動に気をつけられればいいと思った」33.1% であった。糖尿病になって大変だと感じていることは，食事のこと 78.8%，合併症のこと 56.4% 運動のこと 47.3% であった。

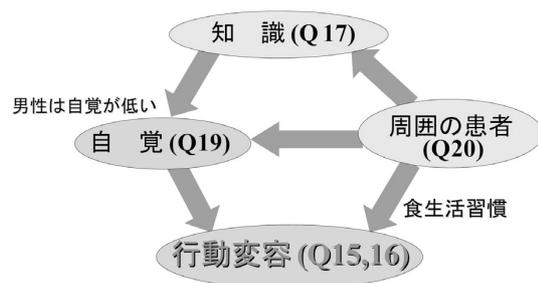


図 2 問診票の内容からみた行動変容を起こさせるプロセス

問診は糖尿病で初めて治療を受けた時の状況を調査
 Q17：合併症に関する知識
 Q19：自分も合併症になるかもしれないと思ったか
 Q20：初診時に合併症のある人を知っていたか
 Q15：治療を受けて食習慣を改めたか
 Q16：初めて治療を受けて運動習慣を改めたか

2) 事業所（事業主）へのアンケート

平均従業員数は 18.3±34.6 人で，0～9 人までの事業所が 58.9% を占め，従業員は 100～299 人規模の事業所に勤務する者が 23.8% と一番多かった。事業内容は卸売・小売・飲食業が 26.0%，製造業 25.7%，建設業 23.9% であり，産業医等の整備状況は，「嘱託産業医はいないが，相談できる医師がいる」34.4% であった。事業主 63.7% および従業員 66.7% とともに政府管掌保険が一番多く，続いて国民健康保険事業主 27.5%，従業員 27.0% であった。事業

主の過去1年間の健康診断や人間ドックの受診状況は72.3%で、職場健診が51.1%、個人受診が33.6%であった。その結果、「要精密検査」又は「要受診」となった事業主で医療機関を受診したものは76.0%であり、「要保健指導」となった事業主で指導を受けたものは53.9%であった。過去1年間に健康診断や人間ドックを受けなかったと回答した者は27.0%で、その理由は、「時間が取れなかった」39.5%、「心配な時はいつでも医療機関を受診できる」34.9%、「健康だから」23.0%であった。さらに、その中で「過去3年間健康診断や人間ドックを受けたか」の質問に対し、「受けた」28.6%、「受けなかった」46.7%、無回答25.0%であった。「従業員が過去1年間に健康診断や人間ドックを受ける機会があった」と回答した事業主は75.2%であった。

3) 市町へのアンケート

健康増進計画策定済み6市町(25.0%)、策定中5市町(20.8%)、未策定10市町(41.7%)であり、策定済み市町の83.3%は糖尿病に関する目標があると回答し、その中で糖尿病一次予防・二次予防に関する目標は全て盛り込まれていた。糖尿病の実態の把握方法は基本健康診査等の健康診断結果90.5%、人口動態統計(死亡統計)57.1%、医療費統計52.4%であった。市町で糖尿病医療機関と連携があると回答したのは1市町のみであった。

糖尿病対策として平成17年度に市町独自の事業があると回答したのは11市町52.4%であったが、関連する職員の研修については、実施していると回答したのは6市町28.6%であった。基本健康診査の実施状況は平均27.3%であり、市町の95.2%でヘモグロビンA1cを実施していた。実施機関は医療機関委託81.0%、検診機関委託76.2%で、事後指導の実施機関は市町95.2%、委託機関38.1%であった。検診後の要指導者の指導率や要医療者の受診率等の把握状況については、「把握している」は市町の23.8%、「大体把握している」は38.1%、「把握していない」は38.1%であった。

Ⅲ. 考 察

1) 患者へのアンケートについて

患者アンケートから明らかになったのは、恐怖を感じていないと自分の行動を変えにくいことであり、相談するにしても、身近なところでアクセスしやすい場所と人が必要である。このようなことから糖尿

病の知識が広まれば糖尿病対策を推進できると思われる。運動のできる時間と場所の確保が必要だが、身近なところでは食生活が取り組みやすい状態にある。糖尿病になって大変だと感じていることの1位が食事のこと、78.8%となっていた。バランスのよい食事で十分だと思うが、患者が負担に感じているところをどのように対応すればいいのかが課題である。初めて治療をうけたきっかけは健康診断(人間ドックを含む)が一番多いのは予想以上であった。合併症のことなどの普及が大切であるが、市町での取り組みは地味でなかなか進んでいないのが実状である。

以上、アンケート結果は広島市内の200床以上の病院の平均的なデータであるが、食習慣や運動習慣の改善という行動変容を起こすためには、糖尿病の合併症の罹患性や知識普及への取り組みが必要であり、性差もあることが示唆されたので、今後何をやらべいいかが明らかになってきた。食事に比べると運動の指導を受けない患者が多い。どういう運動をどこでやればいいのか等の知識が大切である。医療機関に受診している人の1/3がヘモグロビンA1cが高い値を示しており、三次予防のためにも適切な施策が必要である。

2) 事業主へのアンケートについて

職場の健康対策として運動はあまり取り組まれていない実態がみられる。事業主は予想以上に健康診断や人間ドックを受けているが、職場での検診後の事後指導の実施率はこのアンケート結果よりも低いのではないかと推測されることから、現状はもっと厳しいと思われる。職場で想像以上に検診を実施されており、個人で健康診断を受けている人も多いが、糖尿病のように自覚症状のない疾病は組織的に検診を実施することが必要と思われる。過去3年間も健康診断を受けていない人が71人(無回答の人も含めると109人)もいる。その中に糖尿病の人が隠れている可能性も高く、健康診断(人間ドック)を受けることが重要と言える。

3) 市町へのアンケートについて

市町は糖尿病予備群への啓発事業を計画的に考える必要がある。糖尿病は自覚症状に乏しいので啓発事業は重要である。市町で取り組みがあるかどうかは地域住民に影響が大きい。糖尿病については検診後ハイリスク者に個別に対応している市町もある。市町は検診をやりっぱなしでなく、事後対応を徹底すべきである。糖尿病対策推進会議で糖尿病検診率向

上のためのパンフレットや検診受診者に配布するパンフレット等を作成しているので活用していただきたい。

Ⅳ. ま と め

糖尿病患者，事業所，市町を対象とした現況調査結果から，広島県における糖尿病を取り巻く問題が示された。この調査結果は極めて貴重であり，今後の広島県における糖尿病対策の推進に役立て，糖尿病対策の方向性を示すものと言える。

文 献

- 1) Zimmet P, Shaw J, Murray S et al: The diabetic epidemic in full flight: forecasting the future Diabetes Voice 48: 12-16, 2003.
- 2) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室 (2003) 平成14年 糖尿病実態調査 厚生省.
- 3) 厚生統計協会 (2001) 受療率 国民衛生の動向 48: 450-459.
- 4) 日本透析学会統計調査委員会 (2004) わが国の慢性透析療法の現状 (2002年12月31日現在). 透析会誌 37(1): 1-24.

広島県地域保健対策協議会生活習慣病予防専門委員会

糖尿病予防対策部会

部会長	伊藤千賀子	グラントタワーメディカルコート
委員	有田 健一	広島県医師会
	大久保雅通	久安外科・内科医院
	吉川 克子	安芸太田町保健医療福祉統括センター
	佐藤 健一	広島大学原爆放射線医科学研究所
	谷本 文代	広島市社会局保健部
	辻下 守弘	県立広島大学保健福祉学部
	中谷 隆	県立広島大学保健福祉学部
	新田 一博	広島県福祉保健部保健医療総室
	三森 倫	広島市中区厚生部
	村上 文代	安田女子大学家政学部
	山根 公則	広島大学大学院医歯薬学総合研究科

慢性肝疾患の疫学専門委員会

目 次

献血を契機に見出された HCV キャリアの肝病態と その経年的推移

- I. は じ め に
- II. 対 象 と 方 法
- III. 結 果
- IV. 結 論 と 考 察

慢性肝疾患の疫学専門委員会

(平成 17 年度)

献血を契機に見出された HCV キャリアの肝病態と その経年的推移

広島県地域保健対策協議会慢性肝疾患専門委員会

委員長 吉澤 浩司

解析担当者 田中 純子・片山 恵子

小宮 裕・水井 正明

I. はじめに

自覚症状がないまま、献血を契機に発見された HCV キャリアの発見時の肝病態およびその後の経年的推移を明らかにすることにより、HCV キャリアの健康管理から治療に至る肝炎・肝がん対策の指針を作成することを目的として、本委員会および広島県肝炎調査研究会では、1991 年 8 月から献血を契機に発見された HCV キャリアに対して通知を行うと同時に県内 20 の肝臓専門外来への受診を勧め、その後の経過を観察してきた。この 11 年間の成績をまとめたので報告する。

II. 対象と方法

広島県赤十字血液センターにおいて、1992 年から 2003 年までの間に献血を契機に見出され、広島県肝炎研究会に参画する県内の 20 の病院の肝臓専門医を受診した 1,019 例を対象とした。このうち、初診の時点から 5 年以上の経過観察が可能であった 408 例については、より詳細な肝病態の年次推移を再調査

し、解析した。

広島県肝炎調査研究会に参画する病院名、肝臓病専門医師名は表 1 に示した通りである。

III. 結 果

1) 1,019 例の初診時の臨床診断

1,019 例中、529 例 (51.9%) が慢性肝炎、5 例 (0.5%) が肝硬変、1 例が肝がん、1 例が急性肝炎と診断されており、残りの 483 例 (47.4%) は、血液生化学検査、画像検査上異常を認めないと診断されていた。

慢性肝炎と診断された 529 例のうち、主治医により直ちに治療を開始すべきであると判断されていた例は 242 例 (45.7%) であり、当面は経過を観察するだけで良いと判断されていた例は 222 例 (42.0%)、処置不明例は 65 例 (12.3%) であった。

男女別に分けてみると、慢性肝炎と診断された例は男性では 62.6% (299/478)、女性では 42.5% (230/541) であった (図 1)。

また、年齢別に分けてみると、慢性肝炎と診断さ

表 1 広島県肝炎調査研究会

安佐市民病院	辻 恵二	国立福山病院	坂田 達朗
県立安芸津病院	三浦 敏夫	広島市民病院	井上 純一
県立広島病院	北本 幹也	広島赤十字・原爆病院	相光 汐美
呉市医師会病院	荒瀧 桂子	広島総合病院	石田 邦夫
呉共済病院	山口 修司	三菱三原病院	寺面 和史
広島大学附属病院	中西 敏夫	庄原赤十字病院	鎌田 耕治
広島記念病院	中村 利夫	中国労災病院	丸橋 暉
広島鉄道病院	横山 達司	中電病院	田村 徹
国立呉病院	竹崎 英一	日本鋼管福山病院	吉田 智郎
国立大竹病院	折免 滋雄	尾道総合病院	大林 諒人

広島県赤十字血液センター

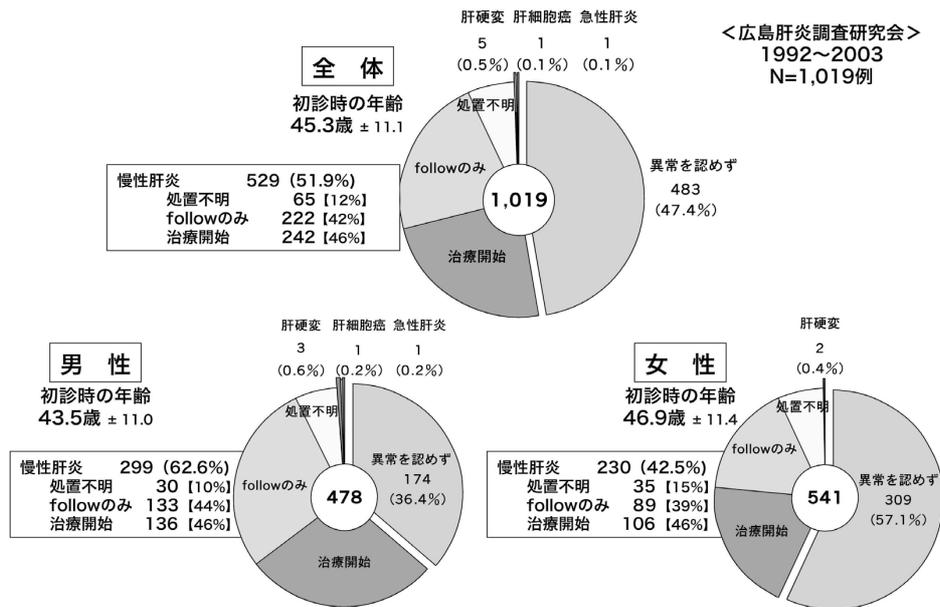


図1 献血を契機に発見されたHCVキャリアの初診時の臨床診断の内訳

れる頻度は、男性、女性とも、それぞれ50歳代の終わりまでは大きな差は認められないものの、60歳代以上ではその頻度が高くなっている点が注目された(図2)。

2) 5年以上の経過観察が可能であった408例の肝病態の年次推移

(1) インターフェロン(IFN)治療を受けていなかった211例の推移

この集団の初診時の年齢は、47.3歳(±11.2歳)であり、平均観察期間は8.8年(5.6~11.9年)であった。

経過観察期間中、さまざまな理由によりIFN治療を受けていなかった211例では、6例が肝がんへ、また、5例が肝硬変へ進展していた。なお、1例でHCV RNAの自然消失が認められたが、この症例がいつの時点でHCVに感染したかは不明である(図3)。

(2) IFN治療を受けた197例の推移

この集団の初診時の年齢は、46.0歳(±10.2歳)であり、平均観察期間は9.2年(5.0~11.7年)であった。

この集団では、経過観察期間中に、8例が肝がんへ、10例が肝硬変へ進展していた。なお、病態が進

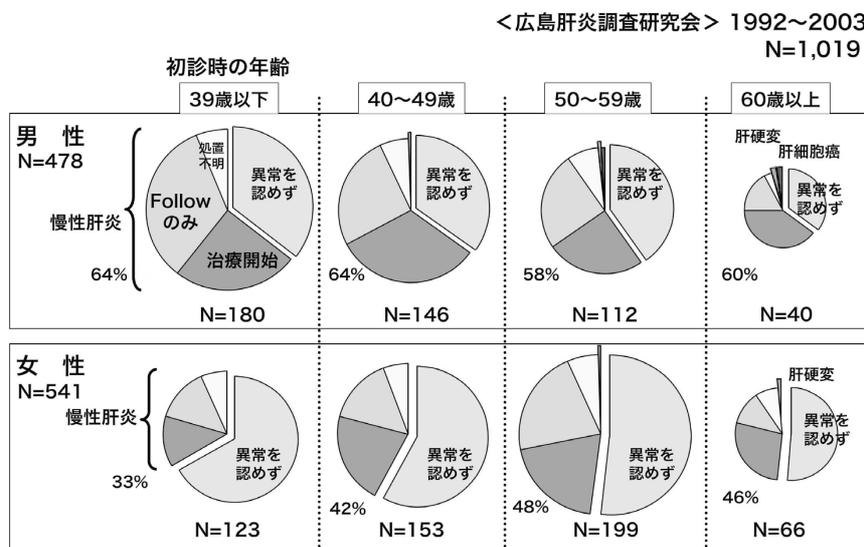


図2 献血を契機に発見されたHCVキャリアの初診時の臨床診断—年齢階級別・性別にみた内訳—

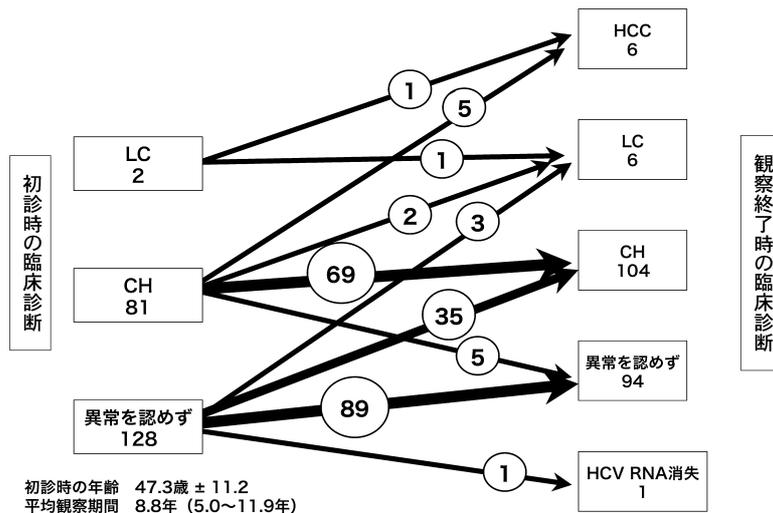


図3 5年以上の経過観察が可能であった408例のうちIFN治療を受けていない211例の臨床診断の変化

展していたこれらの17例は、IFN治療に対する無反応例（non-responder）であったことが明らかとなっている。一方、IFN治療により197例中61例がHCVキャリア状態から離脱していた（図4）。

(3) 肝硬変へ進展した15例、および肝がんへ進展した14例の詳細

経過観察期間内に肝硬変へ進展した、計15例の調査結果を表2に、また肝がんへ進展した、計14例の調査結果を表3にまとめて示した。いずれも、IFN未治療群と治療群の間で、年齢、性などに大きな差は認められない。なお、IFN治療群の中には、再治療が認められなかった初期の時代に1回だけのIFN治療を受けた症例が多数含まれていることを付記しておく。

IV. 結論と考察

1992年から2003年までの間に、広島県赤十字血液センターにおいて献血を契機に見出されたHCVキャリア1,019例を対象として広島県肝炎調査研究会に参画する各主治医の協力のもとに病院初診時の臨床診断名と、5年以上にわたって追跡が可能であった408例の肝病態の推移を再調査した。

その結果、1) 病院初診の段階で1,019例中529例（51.9%）が慢性肝炎、5例（0.5%）が肝硬変、1例が肝がん、1例が急性肝炎と診断されていた。2) 初診の段階で慢性肝炎と診断された529例のうち、診断時点において、直ちに治療を開始すべきであると判断されていた例は242例（45.7%）、当面は経過を

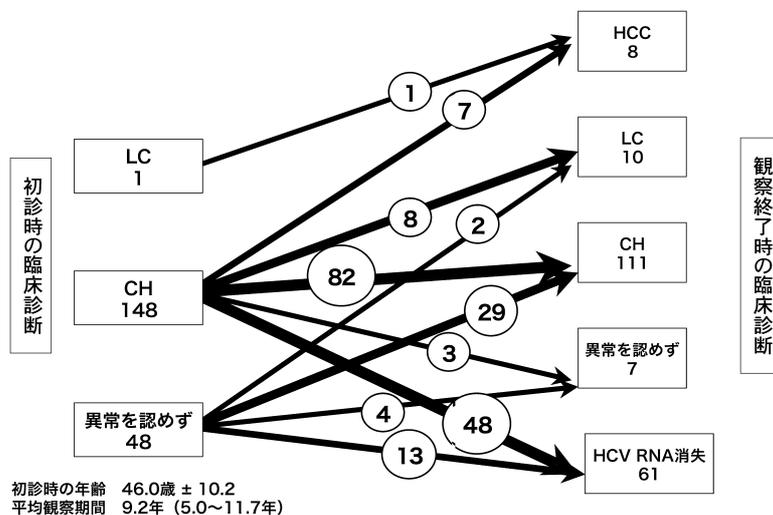


図4 5年以上の経過観察が可能であった408例のうちIFN治療を受けた197例の臨床診断の変化

表2 肝硬変へ進展した15例の内訳

	性	初診時 年齢	初診時 臨床診断	LC 診断時年齢	IFN 治療 の有無	HCV の genotype
1.	M	52	異常を認めず	56	無	genotype (1b/II)
2.	F	50	異常を認めず	58	無	genotype (1b/II)
3.	F	49	CH	59	無	genotype (1b/II)
4.	F	63	CH	66	無	genotype (1b/II)
5.	M	59	異常を認めず	68	無	genotype (1b/II)

6.	M	36	CH	46	有 NR	genotype (1b/II)
7.	M	40	CH	46	有 NR	ND
8.	M	41	CH	46	有 NR	ND
9.	M	42	異常を認めず	47	有 NR	ND
10.	F	45	CH	48	有 NR	genotype (2b/VI)
11.	F	48	CH	51	有 NR	genotype (2a/III)
12.	F	51	CH	51	有 NR	genotype (1b/II)
13.	F	55	CH	60	有 PR	ND
14.	M	56	CH	63	有 NR	genotype (1b/II)
15.	F	59	異常を認めず	66	有 NR	genotype (2a/III)

表3 肝がんへ進展した14例の内訳

	性	初診時 年齢	初診時 臨床診断	HCC 診断時年齢	IFN 治療 の有無	肝硬変の有無 (診断時の年齢)	死亡時年齢
1.	M	46	CH	53	無	10年間未受診, LC (53歳)	
2.	M	41	CH	60	無	食道静脈瘤治療中	
3.	M	58	CH	62	無	LC (62歳)	
4.	F	62	CH	67	無	死亡 (HCC)	70
5.	M	61	LC	68	無	死亡 (HCC)	70
6.	M	60	CH	71	無	CHからの発がん	

7.	M	40	CH	50	有 NR	LC (48歳)	
8.	M	52	LC	61	有 NR	LC (52歳)	
9.	M	53	CH	63	有 PR	LC (63歳), 肝部分切除 (63歳)	
10.	F	52	CH	62	有 NR	LC (56歳)	
11.	M	59	CH	64	有 NR	死亡 (HCC), CHからの発がん	68
12.	M	61	CH	68	有 中止	LC (66歳), 死亡 (くも膜下)	68
13.	M	63	CH	71	有 CR	IFN 投与 (64歳, 1993年), HCC (2000年, 切除)	
14.	F	65	CH	75	有 NR	LC (67歳)	

観察するだけで良いと判断されていた例は222例(42.0%), 処置不明であった例は65例(12.3%)であった。3) 5年以上の経過観察が可能であった408例のうち, この間にIFN治療を受けていなかった211例では, 6例が肝がんへ, 5例が肝硬変へ進展していた。また, この間にIFN治療を受けていた197

例では, 8例が肝がんへ, 10例が肝硬変へ進展していた。なお, 病態が進展していたこれらの17例は, IFN治療に対する無反応例(non-responder)であったことが明らかとなっている。なお, IFN治療により197例中, 61例でHCVキャリア状態からの離脱が認められた。

広島県地域保健対策協議会慢性肝疾患専門委員会

委員長	吉澤 浩司	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	相光 汐美	広島赤十字・原爆病院
	荒川 勇	広島県福祉保健部保健医療総室
	大林 諒人	厚生連尾道総合病院
	奥野 博文	広島市社会局保健部
	川上 広育	川上消化器・内科クリニック
	吉川 正哉	安佐医師会
	田中 純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	茶山 一彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	中西 敏夫	庄原赤十字病院
	新田 一博	広島県福祉保健部保健医療総室
	堀江 正憲	広島県医師会
	舛田 一成	医療法人 舛田内科・消化器科
	水井 正明	広島県赤十字血液センター
	吉田 智郎	日本鋼管福山病院

感染症対策特別委員会

目 次

広島県下における肺炎球菌および インフルエンザ菌の耐性状況調査報告書

- I. は じ め に
- II. 調査材料および方法
- III. 結 果
- IV. ま と め

感染症対策特別委員会

(平成 17 年度)

広島県下における肺炎球菌および インフルエンザ菌の耐性状況調査報告書

広島県地域保健対策協議会感染症対策特別委員会

委員長 横山 隆

解析担当者 桑原 正雄・藤上 良寛

I. はじめに

近年、小児科、内科および耳鼻科領域を中心とした市中感染症の主たる原因菌である肺炎球菌およびインフルエンザ菌においてペニシリン系薬や多くのセフェム系薬に低感受性を示すペニシリン耐性肺炎球菌 (penicillin intermediate *Streptococcus pneumoniae*: PISP または penicillin resistant *Streptococcus pneumoniae*: PRSP) や耐性インフルエンザ菌 (β -lactamase non-producing ampicillin resistant *Haemophilus influenzae*: BLNAR) が急激に増加し、とくに外来診療における抗菌薬選択の上で大きな問題となっている。こうした状況を鑑み、広島県下の耐性菌の現状を把握し、地域レベルでの情報を県民や県下の各医療機関へ提供することは、今後の感染症治療における適正な抗菌薬選択や耐性菌対策あるいは啓発活動を推進する上で大変重要なことと考える。

今回、広島県下各施設における肺炎球菌およびインフルエンザ菌の耐性状況を把握することを目的に調査を行った。

II. 調査材料および方法

1. 調査依頼および調査用紙の送付

(社)広島県臨床検査技師会学術部感染制御部門の協力を得て、広島県下の会員施設を対象に、施設長の承諾が得られた施設に調査用紙 (エクセルシート) を送付した。

2. 調査期間

2004 年 1 月から 12 月までの 1 年間を調査期間とした。調査は半年ごとに 2 回に分け、第 1 回目 (1 月～6 月分) を 2004 年 11 月末に、第 2 回目 (7 月～12 月分) を 2005 年 2 月末に収集した。

3. 調査内容

月別・診療科別・材料別に各協力施設で日常検査として測定された肺炎球菌およびインフルエンザ菌の薬剤感受性成績を収集した。診療科は小児科、耳鼻科および内科の外来 3 診療科に、材料は咽頭ぬぐい液、上咽頭ぬぐい液、鼻汁・鼻腔分泌物、耳漏、血液、髄液および喀痰の 7 種類に限定した。両菌種とも薬剤感受性判定に際しての breakpoint は米国臨床検査標準化委員会 (National Committee for Clinical Laboratory Standards: NCCLS M100-S14, 2004) の基準を採用した (文末参考資料参照)。すなわち、肺炎球菌については、期間中に各施設で測定された検査総株数、penicillin susceptible *Streptococcus pneumoniae* (PSSP)、PISP および PRSP のおのおのの株数を収集した。なお、肺炎球菌の disk 法による薬剤感受性測定については、NCCLS の判定基準では oxacillin (MIPIC) の阻止円直径が ≤ 19 mm を示す株については、penicillin G (PCG) の minimum inhibitory concentration (MIC) を測定し、PISP と PRSP とを区別することになっている。しかし、多くの施設では、disk 法を実施しながら同時に PCG の MIC を測定することは難しく、今回の調査では、disk 法で PSSP と判定された株以外 (MIPIC の阻止円直径 ≤ 19 mm の株) は PRSP として収集した。同様に、インフルエンザ菌についても検査総株数、 β -lactamase 産生株数および β -lactamase 非産生株における ampicillin (ABPC) に対する感受性が susceptible (S)、intermediate (I) および resistant (R) と判定されたおのおのの株数を収集した。また、各施設での測定法を把握するために、菌種別に disk 法 (センシディスク: 日本ベクトンディッキンソン, KB ディスク: 栄研化学) または MIC 法の選択記載欄を設けた。

4. 成績の集計方法

成績の集計に際しては、いずれの菌種もセンチディスク法、KBディスク法についてはNCCLSに準ずるdisk法として一括した。肺炎球菌についてはMIC法とdisk法とは別々に集計し、disk法でPRSPとして収集された株については「PISPまたはPRSP」として表記した。インフルエンザ菌については、disk法およびMIC法は「NCCLS法」として一括した。また、地域別検討に際しては、広島県二次保健医療

圏図(図1)の地域区分を採用し、広島、広島中央、広島西、呉、尾三、福山・府中および備北の7地域に分類した。

Ⅲ. 結 果

1. 協力施設および収集株数の内訳

今回の調査で協力の得られた施設は、検査センターを含む県下34施設であった(表1)。

地域別収集株の内訳を表2に、月別材料別収集株

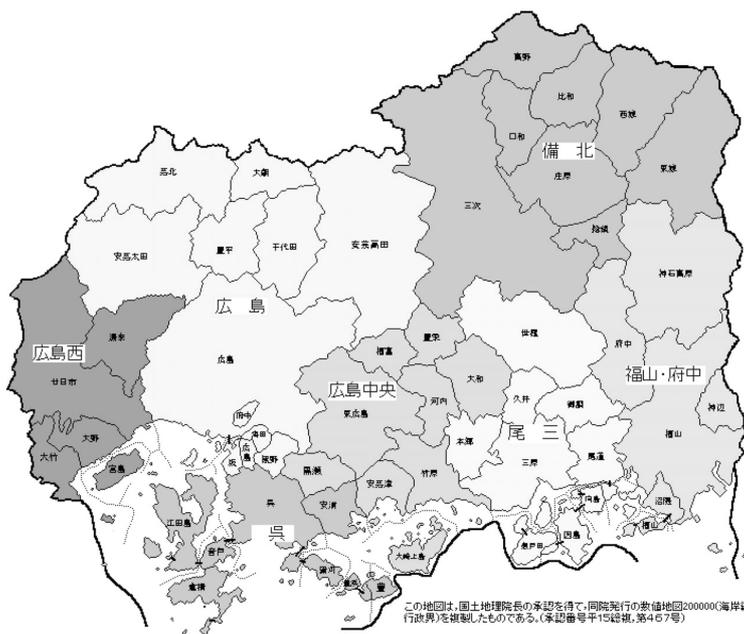


図1 広島県二次保健医療圏図
(<http://www.pref.hiroshima.jp/chiiki/chisui/kubun/s02.html>)

表1 調査協力施設(広島県下34施設) (順不同)

地域	施設名	地域	施設名	
広島	広島県立広島病院	尾三	特定医療法人里仁会 興生総合病院	
	広島大学病院		J A尾道総合病院	
	J R広島鉄道病院		日立造船健康保険組合 因島総合病院	
	J A吉田総合病院		公立世羅中央病院	
	広島市医師会臨床検査センター		医療法人啓卯会 村上記念病院	
	広島市立広島市民病院		福山・府中	公立学校共済組合 中国中央病院
	広島赤十字・原爆病院	国立病院機構 福山医療センター		
	広島共立病院	福山臨床検査センター		
	済生会広島病院	医療法人陽正会 寺岡記念病院		
	広島市立安佐市民病院	特定医療法人定和会 神原病院	日野内科・小児科クリニック	
広島中央	国立病院機構 東広島医療センター	蒼生会 楠本病院	福山市民病院	
	県立安芸津病院	備北		庄原赤十字病院
広島西	国立病院機構 広島西医療センター		町立西城病院	市立三次中央病院
	J A広島総合病院			
呉	国立病院機構 呉医療センター			
	呉市医師会病院臨床検査センター			
	呉共済病院			
	中国労災病院			

の内訳を表3-1および3-2に示した。なお、34施設中1施設については9月および10月の2カ月分のみ収集であった。収集された薬剤感受性成績は、肺炎球菌5,925株、インフルエンザ菌3,724株であった。地域別では、広島地域が肺炎球菌3,399株、インフルエンザ菌2,969株と最も多かった。由来材料の内訳は、両菌種ともに鼻汁・鼻腔分泌物由来

がもっとも多く、ついで咽頭ぬぐい液、上咽頭ぬぐい液、喀痰の順であった。また、血液からは肺炎球菌、インフルエンザ菌がそれぞれ44,4株、同様に髄液からはそれぞれ19,4株が分離されていた。また、収集株数は両菌種とも冬場に多く夏場に少ない傾向にあった。

表2 地区別収集株数 (単位：株数)

地 域	肺炎球菌	インフルエンザ菌
広 島	3,399	2,969
広島中央	213	173
広島西	77	40
呉	638	154
尾 三	253	266
福山・府中	1,139	86
備 北	206	36
計	5,925	3,724

表3-1 月別材料別収集株数 (肺炎球菌) (単位：株数)

年月 材料	2004年												計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
咽頭ぬぐい液	46	44	59	71	66	55	25	16	33	81	74	89	659
上咽頭ぬぐい液	40	45	54	63	52	36	11	14	10	26	38	52	441
鼻汁・鼻腔分泌物	215	246	282	308	281	260	127	96	228	550	347	386	3,326
耳漏	37	37	36	49	59	48	17	14	11	31	48	53	440
血液	1	0	2	1	1	1	2	0	3	31	0	2	44
髄液	0	0	0	0	0	0	0	0	6	13	0	0	19
喀痰	62	59	55	57	61	42	46	43	250	201	54	66	996
計	401	431	488	549	520	442	228	183	541	933	561	648	5,925

表3-2 月別材料別収集株数 (インフルエンザ菌) (単位：株数)

年月 材料	2004年												計
	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	
咽頭ぬぐい液	37	37	54	45	50	35	39	22	17	24	46	108	514
上咽頭ぬぐい液	27	39	36	49	24	24	13	15	9	7	23	43	309
鼻汁・鼻腔分泌物	166	207	219	249	181	165	90	70	68	136	215	258	2,024
耳漏	38	32	42	34	33	49	18	14	14	18	50	73	415
血液	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	4
髄液	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	4
喀痰	28	29	51	46	44	43	29	43	23	32	42	44	454
計	296	344	402	423	333	317	191	166	131	217	377	527	3,724

2. 薬剤感受性の測定法（表4）

薬剤感受性の測定は、いずれの施設も MIC 法、disk 法ともに NCCLS に準拠した方法で測定されていた。内訳は、肺炎球菌で MIC 法が 26 施設、disk 法が 8 施設、インフルエンザ菌で MIC 法が 23 施設、disk 法が 11 施設であった。なお、調査途中で disk 法から MIC 法へ変更した施設が、肺炎球菌で 2 施設、インフルエンザ菌で 1 施設にみられた。

表4 薬剤感受性測定法の内訳

(単位：施設)

測定法\菌種	肺炎球菌	インフルエンザ菌
MIC 法	26 (1)	23 (2)
disk 法	8	11

() 調査途中で、測定法を disk 法から MIC 法へ変更した施設を再掲

3. 薬剤感受性成績

収集された肺炎球菌およびインフルエンザ菌全体の薬剤感受性成績を表5-1 および5-2に示した。肺炎球菌 5,925 株のうち、MIC 法で測定された株は 4,613 株であり、このうち、PISP は 55.4%、PRSP は 10.4% であった。一方、disk 法で測定された株は 1,312 株で、このうち、「PISP または PRSP」と判定された株は 33.8% であった。インフルエンザ菌では 3,724 株のうち、S と判定された株は 37.7%、I は 15.6%、R は 39.4%、 β -lactamase 産生株は 7.3% であった。 β -lactamase 非産生で I および R を示した株を BLNAR とすると全体の 55.0% を占め、 β -lactamase 産生株を含めた ABPC 耐性株は 62.3% であった。

診療科別薬剤感受性成績を表6-1 および6-2に示した。肺炎球菌での PISP と PRSP とを合わせた耐

表5-1 収集株の薬剤感受性（肺炎球菌）

測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
MIC 法	4,613	1,575 (34.1)	2,556 (55.4)	482 (10.4)
disk 法	1,312	868 (66.2)	444 (33.8)*	

* PISP または PRSP

表5-2 収集株の薬剤感受性（インフルエンザ菌）

測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
NCCLS 法	3,724	1,404 (37.7)	582 (15.6)	1,468 (39.4)	270 (7.3)

S : susceptible I : intermediate R : resistant

表6-1 診療科別薬剤感受性（肺炎球菌）

診療科	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
小児科	MIC 法	1,503	446 (29.7)	848 (56.4)	209 (13.9)
	disk 法	478	388 (81.2)	90 (18.8)*	
耳鼻科	MIC 法	2,548	894 (35.1)	1,460 (57.3)	194 (7.6)
	disk 法	268	69 (25.7)	199 (74.3)*	
内科	MIC 法	562	235 (41.8)	248 (44.1)	79 (14.1)
	disk 法	566	411 (72.6)	155 (27.4)*	

* PISP または PRSP

表6-2 診療科別薬剤感受性（インフルエンザ菌）

診療科	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
小児科	NCCLS 法	1,017	352 (34.6)	240 (23.6)	342 (33.6)	83 (8.2)
耳鼻科		2,173	764 (35.2)	265 (12.2)	989 (45.5)	155 (7.1)
内科		534	288 (53.9)	77 (14.4)	137 (25.7)	32 (6.0)

S : susceptible I : intermediate R : resistant

性株，インフルエンザ菌での BLNAR は，内科由来株に比べ，小児科および耳鼻科由来株に高い傾向にあったが，PRSP は耳鼻科に比べ，小児科および内科由来株に多くみられた。インフルエンザ菌の β -lactamase 産生株の頻度に大きな差はみられなかった。

地域別薬剤感受性成績を表 7-1 および 7-2 に示した。肺炎球菌では，MIC 法での PISP および PRSP を合わせた耐性率は 59.6~78.9% に分布し，福山・府中 78.9%，備北 75.4%，広島中央 71.3% の順で高く，広島西，広島，尾三地域がこれに続いた。インフルエンザ菌では，BLNAR (I+R) は広島西を除く他の地域では 41.4~59.1% の範囲に分布したが，

広島西地域は 22.5% と比較的低い値であった。 β -lactamase 産生株は尾三地域が 14.3% ともっとも高く，他の地域は 0~7.5% の範囲で分布していた。

材料別薬剤感受性成績を表 8-1 および 8-2 に示した。肺炎球菌では，MIC 法での PISP と PRSP を合わせた耐性率は 58.2~71.2% に分布していた。喀痰由来株は 58.2% と検討材料の中でもっとも低い耐性率であった。インフルエンザ菌では BLNAR (I+R) は 25.0~68.1% に分布し，鼻汁・鼻腔分泌物が 68.1% ともっとも高かった。

以下，診療科別地域別薬剤感受性成績を表 9-1 および 9-2 に示した。

表 7-1 地域別薬剤感受性 (肺炎球菌)

地 区	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
広 島	MIC 法	3,092	1,125 (36.4)	1,679 (54.3)	288 (9.3)
	disk 法	307	51 (16.6)	256 (83.4)*	
広島中央	MIC 法	213	61 (28.7)	117 (54.9)	35 (16.4)
	disk 法	-	-	-	
広 島 西	MIC 法	23	8 (34.3)	8 (34.3)	7 (30.4)
	disk 法	54	41 (75.9)	13 (24.1)*	
呉	MIC 法	638	201 (31.5)	406 (63.6)	31 (4.9)
	disk 法	-	-	-	
尾 三	MIC 法	188	76 (40.4)	75 (39.9)	37 (19.7)
	disk 法	65	23 (35.4)	42 (64.6)*	
福山・府中	MIC 法	260	55 (21.1)	151 (58.1)	54 (20.8)
	disk 法	879	748 (85.1)	131 (14.9)*	
備 北	MIC 法	199	49 (24.6)	120 (60.3)	30 (15.1)
	disk 法	7	5 (71.4)	2 (28.6)*	

* PISP または PRSP (%)

表 7-2 地域別薬剤感受性 (インフルエンザ菌)

地 区	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
広 島	NCCLS 法	2,969	1,066 (35.9)	426 (14.3)	1,255 (42.3)	222 (7.5)
広島中央		173	73 (42.2)	44 (25.4)	56 (32.4)	0 (0)
広 島 西		40	29 (72.5)	2 (5.0)	7 (17.5)	2 (5.0)
呉		154	61 (39.6)	12 (7.8)	79 (51.3)	2 (1.3)
尾 三		266	118 (44.3)	72 (27.1)	38 (14.3)	38 (14.3)
福山・府中		86	39 (45.4)	18 (20.9)	23 (26.7)	6 (7.0)
備 北		36	18 (50.0)	8 (22.2)	10 (27.8)	0 (0)

S: susceptible I: intermediate R: resistant

表 8 - 1 材料別薬剤感受性 (肺炎球菌)

材料	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
咽頭ぬぐい液	MIC 法	554	160 (28.8)	300 (54.2)	94 (17.0)
	disk 法	105	58 (55.2)	47 (44.8)*	
上咽頭ぬぐい液	MIC 法	435	126 (29.0)	253 (58.1)	56 (12.9)
	disk 法	6	2 (33.3)	4 (66.7)*	
鼻汁・鼻腔分泌物	MIC 法	2,702	928 (34.4)	1,552 (57.4)	222 (8.2)
	disk 法	624	404 (64.7)	220 (35.3)*	
耳漏	MIC 法	417	150 (36.0)	237 (56.8)	30 (7.2)
	disk 法	23	4 (17.4)	19 (82.6)*	
血液	MIC 法	8	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25.0)
	disk 法	36	27 (75.0)	9 (25.0)*	
髄液	MIC 法	0			
	disk 法	19	19 (100.0)	0 (0.0)*	
喀痰	MIC 法	497	208 (41.8)	211 (42.5)	78 (15.7)
	disk 法	499	354 (70.9)	145 (29.1)*	

* PISP または PRSP (%)

表 8 - 2 材料別薬剤感受性 (インフルエンザ菌)

材料	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
咽頭ぬぐい液	NCCLS 法	514	178 (34.6)	105 (20.4)	186 (36.2)	45 (8.8)
上咽頭ぬぐい液		309	136 (44.0)	102 (33.0)	58 (18.8)	13 (4.2)
鼻汁・鼻腔分泌物		2,024	705 (34.8)	261 (12.9)	914 (45.2)	144 (7.1)
耳漏		415	138 (33.3)	42 (10.0)	199 (48.0)	36 (8.7)
血液		4	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0)	2 (50.0)
髄液		4	2 (50.0)	0 (0)	0 (0)	2 (50.0)
喀痰		454	244 (53.8)	71 (15.6)	111 (24.4)	28 (6.2)

S : susceptible I : intermediate R : resistant

表9-1 診療科別地域別薬剤感受性（肺炎球菌）

《小児科》					
地域	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
広島	MIC法	840	282 (33.6)	421 (50.1)	137 (16.3)
	Disk法	32	3 (9.4)	29 (90.6)*	
広島中央	MIC法	41	13 (31.7)	17 (41.5)	11 (26.8)
	disk法	—	—	—	
広島西	MIC法	2	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
	disk法	5	3 (60.0)	2 (40.0)*	
呉	MIC法	320	85 (26.6)	218 (68.1)	17 (5.3)
	disk法	—	—	—	
尾三	MIC法	70	30 (42.8)	23 (32.9)	17 (24.3)
	disk法	4	1 (25.0)	3 (75.0)*	
福山・府中	MIC法	152	24 (15.8)	109 (71.7)	19 (12.5)
	disk法	437	381 (87.2)	56 (12.8)*	
備北	MIC法	78	12 (15.4)	60 (76.9)	6 (7.7)
	disk法	0	—	—	
《耳鼻科》					
地域	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
広島	MIC法	1,952	709 (36.3)	1,119 (57.3)	124 (6.4)
	disk法	198	39 (19.7)	159 (80.3)*	
広島中央	MIC法	145	39 (26.9)	85 (58.6)	21 (14.5)
	disk法	—	—	—	
広島西	MIC法	0	—	—	—
	Disk法	7	3 (42.9)	4 (57.1)*	
呉	MIC法	256	90 (35.2)	157 (61.3)	9 (3.5)
	disk法	—	—	—	
尾三	MIC法	93	30 (32.3)	46 (49.5)	17 (18.3)
	disk法	53	18 (34.0)	35 (66.0)*	
福山・府中	MIC法	39	10 (25.6)	17 (43.6)	12 (30.8)
	disk法	10	9 (90.0)	1 (10.0)*	
備北	MIC法	63	16 (25.4)	36 (57.1)	11 (17.5)
	disk法	0	—	—	
《内科》					
地域	測定法	株数	PSSP (%)	PISP (%)	PRSP (%)
広島	MIC法	300	134 (44.7)	139 (46.3)	27 (9.0)
	disk法	77	9 (11.7)	68 (88.3)*	
広島中央	MIC法	27	9 (33.3)	15 (55.6)	3 (11.1)
	disk法	—	—	—	
広島西	MIC法	21	8 (38.1)	8 (38.1)	5 (23.8)
	disk法	42	35 (83.3)	7 (16.7)*	
呉	MIC法	62	26 (41.9)	31 (50.0)	5 (8.1)
	disk法	—	—	—	
尾三	MIC法	25	16 (64.0)	6 (24.0)	3 (12.0)
	disk法	8	4 (50.0)	4 (50.0)*	
福山・府中	MIC法	69	21 (30.5)	25 (36.2)	23 (33.3)
	disk法	432	358 (82.9)	74 (17.1)*	
備北	MIC法	58	21 (36.2)	24 (41.4)	13 (22.4)
	disk法	7	5 (71.4)	2 (28.6)*	

* PISPまたはPRSP (%)

表9-2 診療科別地域別薬剤感受性（インフルエンザ菌）

《小児科》						
地域	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
広島	NCCLS 法	775	254 (32.8)	201 (25.9)	256 (33.0)	64 (8.3)
広島中央		39	17 (43.6)	11 (28.2)	11 (28.2)	0 (0)
広島西		5	3 (60.0)	0 (0)	2 (40.0)	0 (0)
呉		99	31 (31.3)	8 (8.1)	58 (58.6)	2 (2.0)
尾三		97	45 (46.4)	20 (20.6)	15 (15.5)	17 (17.5)
福山・府中		1	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
備北		36	18 (50.0)	8 (22.2)	10 (27.8)	0 (0)
《耳鼻科》						
地域	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
広島	NCCLS 法	1,837	615 (33.5)	188 (10.3)	899 (48.9)	135 (7.3)
広島中央		113	49 (43.4)	22 (19.5)	42 (37.2)	0 (0)
広島西		6	3 (50.0)	1 (16.7)	0 (0)	2 (33.3)
呉		39	20 (51.3)	3 (7.7)	16 (41.0)	0 (0)
尾三		149	63 (42.3)	45 (30.2)	23 (15.4)	18 (12.1)
福山・府中		18	7 (38.9)	4 (22.2)	7 (38.9)	0 (0)
備北		11	7 (63.6)	2 (18.2)	2 (18.2)	0 (0)
《内科》						
地域	測定法	株数	S (%)	I (%)	R (%)	β -lactamase 産生株 (%)
広島	NCCLS 法	357	197 (55.2)	37 (10.4)	100 (28.0)	23 (6.4)
広島中央		173	73 (42.2)	44 (25.4)	56 (32.4)	0 (0)
広島西		29	23 (79.3)	1 (3.4)	5 (17.2)	0 (0)
呉		16	10 (62.5)	1 (6.3)	5 (31.3)	0 (0)
尾三		20	10 (50.0)	7 (35.0)	0 (0)	3 (15.0)
福山・府中		67	31 (46.3)	14 (20.9)	16 (23.9)	6 (9.0)
備北		24	10 (41.7)	6 (25.0)	8 (33.3)	0 (0)

S : susceptible I : intermediate R : resistant

Ⅳ. ま と め

2004年1月から12月までの1年間に、広島県下34施設の協力を得て、肺炎球菌およびインフルエンザ菌の薬剤感受性成績を収集、解析し、以下の結果を得た。

1. 肺炎球菌およびインフルエンザ菌ともに各施設での分離頻度は、冬場に多く夏場に少ない傾向にあり、その由来材料は鼻汁・鼻腔分泌物からの分離がもっとも多かった。

2. ペニシリン耐性肺炎球菌は、MIC法で判定されたPISPとPRSPとを合わせると全体の65.8%であった。disk法では、33.8%が「PISPまたはPRSP」と判定された。

3. BLNARはインフルエンザ菌全体の55.0%を占めた。 β -lactamase産生株は7.3%であった。

4. 地域別にみた肺炎球菌の耐性株は福山・府中、備北、広島中央地域に、インフルエンザ菌では、呉、広島中央、備北、福山・府中、広島地域に多い傾向にあった。

5. 材料別にみた耐性株は、肺炎球菌では喀痰を除く他の材料ではほぼ同等の耐性率であったが、喀痰由来株は他の材料に比べやや低い耐性率を示した。インフルエンザ菌においても同様の傾向であった。
6. 診療科別にみた耐性株はいずれの菌種も小児科および耳鼻科由来株に多くみられた。
7. 今回の調査で、広島県下における肺炎球菌およびインフルエンザ菌の薬剤耐性状況を把握するこ

とができた。広島県下においても両菌種ともに耐性化が進んでおり、地域によっては耐性化の程度に差がみられることが判明した。今後も、こうした地域レベルでの薬剤感受性サーベイランスを継続し、動向を監視していくことが重要であろう。

謝 辞

調査にご協力いただきました(社)広島県臨床検査技師会会員施設の皆様に深謝いたします。

【参考資料】

耐性菌の検出法 (NCCLS document M100-S14, 2004 より)

《肺炎球菌》

測定法	検出薬	測定培地	培養条件	判定基準
MIC 法	PCG	2.5% 馬溶血液添加 CAMHB ¹⁾	35°C, 20-24 h 好気培養	MIC PSSP : ≤0.06 μg/ml PISP : 0.12-1 μg/ml PRSP : ≥2 μg/ml
disk 法	MPIPC	5% 羊血液添加 MHA ²⁾	35°C, 20-24 h 5%CO ₂ 培養	S : 阻止円直径 ≥20 mm (≤19mm の株は, MIC を測定して確認)

1) Cation-adjusted Mueller-Hinton broth

2) Mueller-Hinton agar

《インフルエンザ菌》

測定法	検出薬	測定培地	培養条件	判定基準
MIC 法	ABPC	HTMB ¹⁾	35°C, 20-24 h 好気培養	MIC S : ≤1 μg/ml I : 2 μg/ml R : ≥4 μg/ml
disk 法	ABPC 10 単位 含有 disk	HTMA ²⁾	35°C, 16-18 h 5%CO ₂ 培養	阻止円直径 S : ≥22 mm I : 19-21 mm R : ≤18 mm

1) Haemophilus Test Medium broth

2) Haemophilus Test Medium agar

広島県地域保健対策協議会感染症対策特別委員会

委員長	横山 隆	広島市医師会運営・安芸市民病院
委員	荒川 勇	広島県福祉保健部保健医療総室保健対策室
	香川 治子	呉市保健所
	蔵田 和正	広島市社会局保健部保健医療課
	桑原 正雄	広島市医師会
	下江 俊成	福山市医師会
	田中 知徳	福山市保健所
	中島浩一郎	庄原赤十字病院
	名越 雅彦	広島県保健所
	藤井 肇	広島市立舟入病院
	藤上 良寛	広島県臨床検査技師会学術部感染制御部門
	堀江 正憲	広島県医師会
	宮崎佳都夫	広島県保健環境センター微生物第2部
	横崎 典哉	広島大学病院総合診療科
	吉田 哲也	広島大学大学院医歯薬学総合研究科ウイルス学
	渡辺 弘司	呉市医師会

臓器移植体制専門委員会

目 次

臓器移植体制専門委員会調査研究報告書

- I. 目 的
- II. 平成 17 年度の計画と実施結果
- III. 平成 18 年度以降の計画
- IV. ま と め

臓器移植体制専門委員会

(平成 17 年度)

臓器移植体制専門委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会臓器移植体制専門委員会

委員長 浅原 利正

I. 目 的

本委員会の目的は先進国の中でも際立って進まない脳死臓器移植を推進するために、広島県において末期臓器不全患者の把握のための実態調査を行い、併せてスムーズな臓器提供体制の構築を図るため活動することである。

II. 平成 17 年度の計画と実施結果

1) 委員会の開催

- (1) 6月20日：今年度の計画の再確認と実施のための提案
- (2) 11月28日：脳死臓器移植の現状、特に脳死臓器移植法改正と臓器提供啓蒙活動への対応、それに意思表示カードの配布、院内提供対象事例の調査
- (3) 1月27日：高校訪問講演と県から委嘱された院内コーディネーターの活動支援の対応、その他提供施設訪問、意思表示カードの配布
- (4) 3月16日：高校訪問講演の具体化、意思表示カードの有効な配布法

2) 透析施設実態調査

県内96施設を対象にこれまで実施してきた「広島県下の人工透析・腎移植実態調査」を行った。調査結果はまとめて広島医学に投稿予定である。

3) 末期肝不全の実態調査

今年度は末期肝不全の実態調査を行い、肝移植対象患者の把握を試みたが、アンケート回収率が悪く、参考資料にしかならなかった。

4) 臓器提供施設訪問

計画をしたが、国会での脳死臓器移植法改正案の上程の時期に実施するのが適当ということで、平成18年度に計画を移した。

- 5) 高校での訪問講演（臓器提供への理解のため）
平成18年5月15日、祇園北高校を訪問して臓器移植に関する講演を実施し、その目的について中国新聞に報道された。

III. 平成 18 年度以降の計画

1) 提供施設訪問

平成17年度に積み残した提供施設の訪問を梶川病院、安佐市民病院、県立広島病院、呉医療センター、中国労災病院、広島総合病院、東広島医療センター、広島市民病院、広島赤十字病院などを計画している。

2) 高校訪問講演

平成17年度に計画した臓器移植に関する高校訪問講演を専門委員が中心となって継続して実施する。

3) 意思表示カードの配布

企業の健康保険組合（麒麟麦酒など）、政府管掌健康保険、国民健康保険（福岡市、滋賀県）などが開始した臓器提供を「保険証へ意思表示」のような進んだ仕組みを行政（広島県、広島市）に働きかけて、意思表示カードの所持率向上を目指す。

4) 臓器提供のシミュレーション

臓器提供施設における臓器提供シミュレーションを計画する。

5) 院内の提供対象事例の調査

県より委嘱された院内コーディネーターのいる病院を対象に臓器提供対象事例の調査を実施する。

IV. ま と め

議員立法で上程される計画のある脳死臓器移植法改正案の承認に的を絞って活動を集中して実施する。そして、広島県においてより進んだ臓器移植体制の構築を目指す。

広島県地域保健対策協議会臓器移植体制専門委員会

委員長	浅原 利正	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	石川 哲大	県立広島病院
	板本 敏行	広島大学病院
	河野 修興	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	高杉 敬久	広島県医師会
	谷川 攻一	広島大学病院
	茶山 一彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	平田 佳子	広島市社会局保健部
	堀江 正憲	広島県医師会
	堀益 弘明	広島県福祉保健部保健医療総室
	増井 伸明	広島県福祉保健部保健医療総室

あ と が き

平成 17 年度における，広島県地域保健対策協議会の，各委員会活動の集大成である「広島県地域保健対策協議会平成 17 年度調査研究報告書」をお届けする。関係各位のご熟読をお願いしたい。

平成 17 年度の広島県地域保健対策協議会は，A. 保健医療基本問題，B. 地域連携，C. 子育て支援，D. 健康づくり，E. 疾病対策という 5 つの大きなカテゴリーのもとで，1 委員会，8 専門委員会，7 特別委員会，6 部会という組織構成で事業を推進してきた。

本年度に新規，又は組織改編された委員会は，救急医療・災害医療体制専門委員会，救急・災害医療情報検討部会，訪問看護推進部会，子育て環境整備専門委員会，小児に対する安全で有効な予防接種システムの検討部会，小児救急医療体制検討特別委員会，発達障害者支援特別委員会，乳幼児聴覚障害対策特別委員会，生活習慣病対策専門委員会，糖尿病予防対策部会，臓器移植体制専門委員会であり，いずれも今後の広島県の保健・医療・福祉のあり方について，その方向を決定づける成果が得られたものと確信している。

終わりに当たり，参画していただいた各委員会の委員長・委員の方々のご努力・ご労苦に深謝申し上げます。

そして，この報告書に盛り込まれた成果や提言が，今後の県行政の施策に充分反映されることを祈念する。

平成 18 年 11 月

広島県医師会（地対協担当理事）

副会長 高 杉 敬 久
常任理事 堀 江 正 憲

広島県地域保健対策協議会
調査研究報告書

通刊 第 37 号

平成18年12月 1 日

広島市西区観音本町1丁目1番1号
(広島医師会館内)

広島県地域保健対策協議会発行