

平成 18 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

(通刊第38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38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、療養病床の再編や後期高齢者制度の創設等の医療制度改革、更に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すと同時に大きな変革期にあります。これら状況に的確に対応し、県民の健康保持増進と「健康で、幸せな一生をこの地で過ごしたい」と願う県民の期待に応えるためにも今まで以上に県地対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、本年度は僻地等の医師確保対策、とりわけ産科・小児科医療体制のあり方や医療機関の集約化や重点化について集中的に検討してまいりました。

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とともに、乳がんの検診精度を図ることを目的として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に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、後発医薬品に対する問題点の検討と対応策等についても協議・検討を行ってまいりました。

このように県地対協では、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19年11月

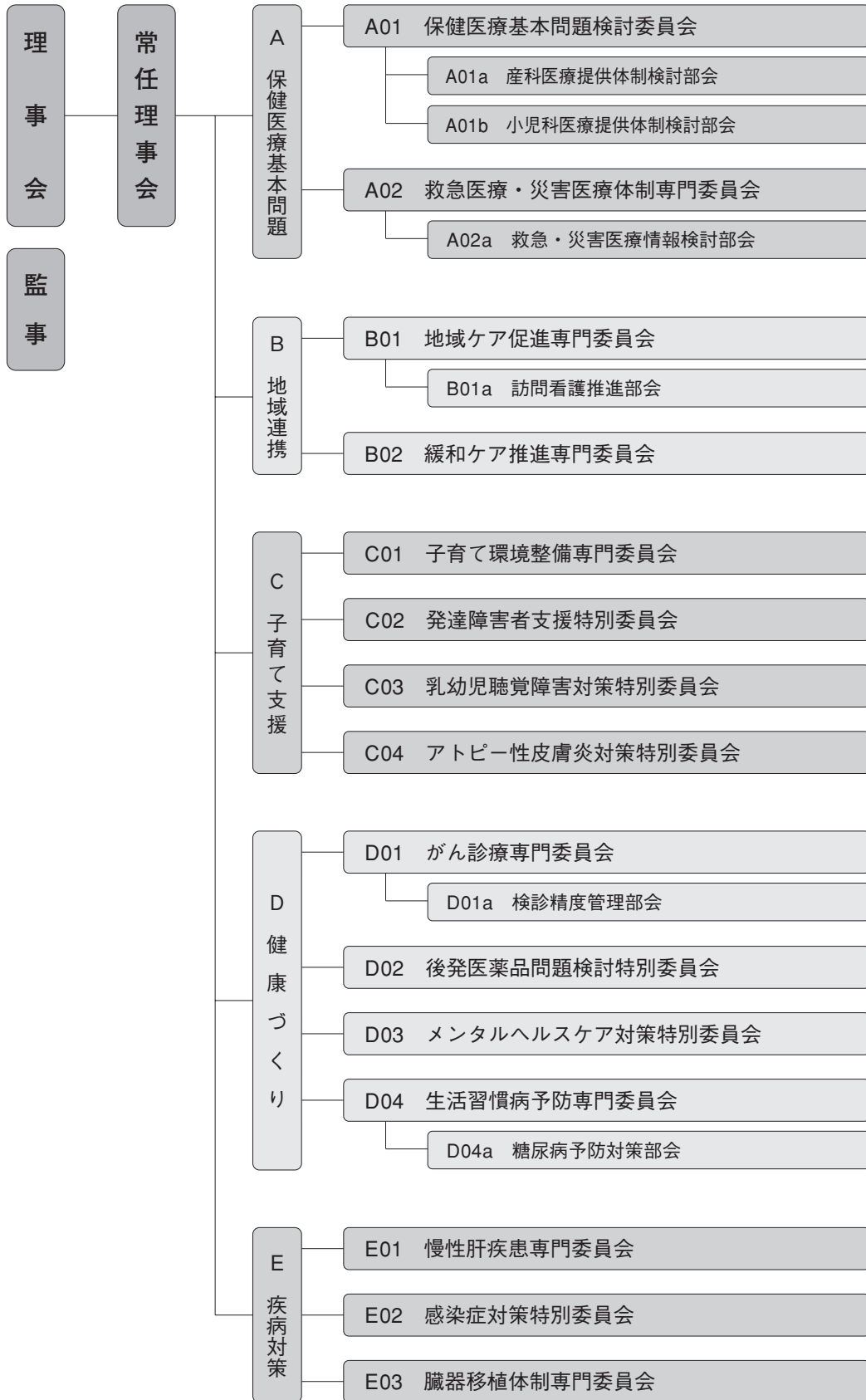
広島県地域保健対策協議会

会 長 碓 井 静 照

目 次

序	碓井 静照	i
平成 18 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		
産科医療提供体制検討部会		
平成 18 年度調査研究報告書		3
小児科医療提供体制検討部会		
小児科医療提供体制の確保について		13
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		23
救急・災害医療情報検討部会		
次世代救急・災害支援情報システム「救急医療 Net Hiroshima」のリアルタイム応需機能		31
地域ケア促進専門委員会		
平成 18 年度調査研究報告		41
訪問看護推進部会		
訪問看護ステーションのサービスの実態に関する調査		49
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		71
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		77
発達障害者支援特別委員会		
平成 18 年度発達障害者支援特別委員会報告書		81
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		97
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		105
がん診療専門委員会		
平成 18 年度調査研究報告書		113
検診精度管理部会		
調査研究報告書		127
後発医薬品問題検討特別委員会		
後発医薬品問題検討特別委員会報告書		149
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 5 報）		
——一般医のうつ病初期診療のレベルアップを目指して——		153
生活習慣病予防専門委員会		
生活習慣病予防専門委員会の報告		157
糖尿病予防対策部会		
糖尿病予防対策部会報告		159
慢性肝疾患専門委員会		
「肝炎ウイルス検診」により見出された肝炎ウイルスキャリアの		
医療機関受診率の把握とその問題点		
——呉市の取り組み——		163
広島県域における「HCV 検診」の実施状況と		
かかりつけ医および肝臓専門医への受診状況		
——1992 年のモデル的試行開始から「肝炎ウイルス検診」		
5 年目の区切りの時期を迎えた段階までの総括——		167
感染症対策特別委員会		
感染症対策特別委員会平成 18 年度活動報告		171
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		177
あ と が き		181

平成18年度広島県地域保健対策協議会組織図



保健医療基本問題検討委員会 産科医療提供体制検討部会

目 次

平成18年度調査研究報告書

産科医療提供体制検討部会調査について

- I. 目 的
- II. 調 査 検 討 内 容
- III. 産科医療提供体制に関するアンケート
調査結果の概要
- IV. 産科医療提供体制の課題
- V. 産科部門を有する病院の集約化・重点
化について
- VI. 平成19年度に向けた産科医療提供体制
確保についての基本的な考え方

保健医療基本問題検討委員会 産科医療提供体制検討部会

(平成 18 年度)

平成 18 年度 調査研究報告書

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産科医療提供体制検討部会

部会長 工藤 美樹

産科医療提供体制検討部会調査について

I. 目的

少子化に伴う出産数の低下や不規則な勤務体制により、新たに産科を希望する医師の減少を招いているほか、病院における産科医師の地域偏在が著しく、必要な産科医療を安定的に供給可能な体制の確保が困難な状況となっている。

住民も地方自治体も、産科医師が身近に存在し、必要な時にいつでも受診ができることを望んでいる。しかし、産科医師が急速に減少している地域において、従来通りの産科医師を配置すれば、結果的に広く薄いものとなり、個々の医師に過酷な勤務を強いることになり、また、緊急時の対応も含めて産科医療の質の低下を招き、医療の安全の観点からきわめて問題である。

少子化が進行する中で、安心して安全な産科医療提供体制確保に向け、重要かつ喫緊の課題の解決をめざして、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に産科医療提供体制検討部会を設置し、協議・検討を行った。

II. 調査検討内容

(1) 産科医療提供体制の現状の把握・分析

平成 18 年 9 月に広島県内の産科取り扱い施設を対象に産科医療提供体制に関するアンケート調査を実施し、現状の把握・分析を行った。

(2) 産科医療資源の集約化・重点化に関する検討

国から求められている緊急対策としての「産科における医療資源の集約化・重点化」に対して、今回のアンケート結果の分析を基に広島県の産科医療の具体的な集約化案に関して検討した。

(3) 産科医療における助産師の活用に関する研究
産科医師不足に対する助産師の活用方策に関しては今後検討を行う。

III. 産科医療提供体制に関するアンケート調査結果の概要

1. アンケート調査実施状況 (表 1)

表 1 アンケート調査実施状況

調査対象	調査対象数	回答数	回収率 (%)
産科・産婦人科標榜の医療機関の長	160	157	98.1
産科・産婦人科医師	246	141	57.3
医療機関の看護職の長	160	59	36.9
助産所の開設者の長	34	24	70.6
県内市町の長	23	23	100.0

2. 調査結果

1) 産科医療資源の状況

- 産科・産婦人科を標榜する医療機関数（閉院、休診除く）は、病院 44 か所、診療所 106 か所であった。閉院及び産科を休診している機関数は 7 か所、電話不通のため調査不能が 3 か所であった。
- 開業している助産所は 20 か所で、業務休止中は 4 か所であった。
- 妊婦健診、分娩実施施設数 (表 2)

表 2 妊婦健診、分娩実施施設数 (か所)

	開業施設数	妊婦健診実施施設数	分娩実施施設数	小児科併設施設数 (分娩実施機関のうち)
病院	44	37 (84.1%)	35 (79.5%)	31 (88.6%)
診療所	106	93 (87.7%)	40 (37.7%)	5 (12.5%)
助産所	20	7 (35.0%)	4 (20.0%)	

- ・産科・産婦人科医師がいる病院は41か所、診療所103か所となっており、妊婦健診を行っているのは、病院37か所(84.1%)、診療所93か所(87.7%)、助産所7か所(35.0%)であった。
 - ・分娩を行っているのは、病院35か所(79.5%)、診療所40か所(37.7%)、であり、診療所では4割弱と低くなっている。助産所で分娩を行っているのは4か所で全助産所中2割である。
 - ・分娩を行っている施設のうち、小児科を併設しているのは、病院31か所(88.6%)、診療所5か所(12.5%)であった。
- 分娩を行う病院・診療所のレジデントを含む常勤医の数は、病院123名、診療所61名であった。非常勤医は54名で常勤換算すると17.8名となっている。
- 医師に対する調査で回答のあった141名の年齢は、50歳代と40歳代がそれぞれ3割を占め、ついで70歳代が2割強であった。30歳未満は1割にも満たない状況であった。男女の割合は、男性が87.9%、女性が12.1%であった。約半数が開業医(開設者)で、勤務形態は常勤医(レジデント含む)が95%であった(表3)。

2) 分娩の状況

- 平成17年の分娩件数は、病院12,683件、診療所12,955件 総数25,638件であった。
- 医師一人あたりの分娩件数は病院103件、診療所209件で県平均は139件であり、日本産科婦人科学会の調査(平成17年12月1日調査)と同数であり、結果の信頼性は高いと思われる。
- 助産所の分娩件数は61件であった。
- 病院と診療所の分娩の割合は、ほぼ同じであり、呉圏域では病院での分娩数が83.8%と高く、広島中央圏域では診療所での分娩が90.4%であった(表4)。
- 今後の分娩の取り扱い見込みについては、「継続する意向がある」施設が63か所(84.0%)であった。「分娩の取り扱いを縮小する」、「妊婦健診のみとする」、「休止または廃止の意向がある」施設は6か所(8.0%)であった。
- 分娩の取り扱い見込み期間については、「5年後まで」と考えている施設が16か所(21.4%)であった。
- 医師数を変えることについては、「増やすことが可能」と回答した施設が27か所(36.0%)であり、「減らすことが可能」と回答した施設は0か所であった(図1)。

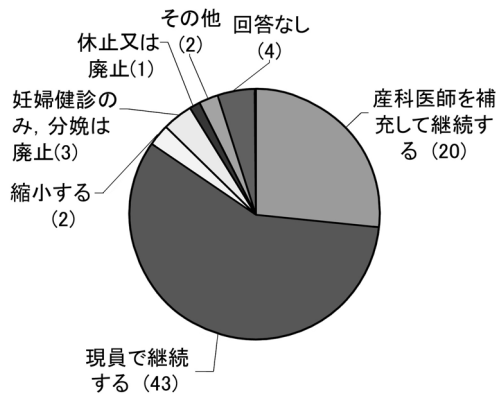
表3 医師に対する調査で回答のあった141名の年齢

	総数	30歳未満	30-39	40-49	50-59	60-69	70歳以上
男	124	1	5	37	38	12	31
女	17		6	4	4	2	1
合計	141	1	11	41	42	14	32
(%)	100.0	0.7	7.8	29.1	29.8	9.9	22.7

表4 病院と診療所の分娩の割合

二次保健医療圏	分娩件数			分娩件数割合(%)	
	病院	診療所	計	病院	診療所
広島県	12,683	12,955	25,638	49.5	50.5
広島	6,363	5,480	11,843	53.7	46.3
広島西	613	960	1,573	39.0	61.0
呉	1,893	367	2,260	83.8	16.2
広島中央	163	1,527	1,690	9.6	90.4
尾三	976	1,451	2,427	40.2	59.8
福山・府中	2,212	2,808	5,020	44.1	55.9
備北	463	362	825	56.1	43.9

今後の分娩の取り扱い見込み
(N=75)



分娩の取り扱いはいつ頃まで継続できそうですか(N=75)

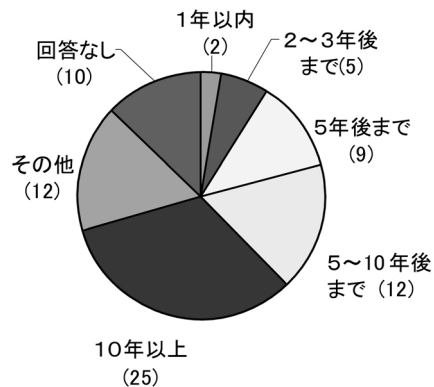


図1 今後の分娩の取り扱い

3) 産科・産婦人科医師の勤務状況

○ 分娩を行っている施設の平日の産科当直の状況は、「常勤医によるオンコール制」が52.0%，ついで「常勤医が当直」が26.7%であった。土日祝日についても同様であるが、「非常勤医の当直」が平日に比べわずかに増えている。(9.3% → 13.3%)

○ 医師に対する調査では、「当直勤務を行う医師」、「オンコール制の医師」及び「当直を行っていない医師」がそれぞれ3割強であった。

「当直を行う医師」(44名)の1ヶ月の当直勤務回数は、「1~4回」が16名(36.4%)と最も多く、ついで「5~9回」が12名(27.3%)である。「10日以上」が7名(15.9%)おり、「毎日」の者が8名(18.2%)もいた。

○ 当直等の翌日の診療状況は、ほとんどが「通常どおりのフルタイム勤務」であり、「半日勤務」、「休日」はなかった。当直等の回数及び翌日の勤務体制から、多くの医師が過酷な勤務状況であることがうかがえる。

○ 当直等の手当ては、「時間外手当(制限なし)」と「当直手当」が多くなっている。

4) 助産師数及び助産師外来等の状況について

○ 分娩取り扱い施設の助産師数は病院399人、診療所50人であった。

○ 病院では助産師数が「10~14人」の施設が10か所(28.6%)と最も多く、次いで「5~9人」が6か所(17.1%)であった。「20人以上」の施設が5か所(14.3%)であり、「助産師不在」の施設はなかった。

診療所では「助産師不在」の施設が6か所(15.0%)と最も多く、「1人」が4か所、「2人」が5か所、「3人」が4か所となっており、3人以下の施設が32.5%を占めていた(表5)。

表5 分娩取り扱い施設の助産師数による施設数

1施設あたりの助産師数(所)	病院	診療所	計
0人	0	6	6
1人	2	4	6
2人	2	5	7
3人	4	4	8
4人	1	3	4
5~9人	6	2	8
10~14人	10		10
15~19人	5		5
20~24人	3		3
25人以上	2		2
回答なし	0	16	16
総助産師数(人)	399	50	449
1施設あたり平均(人)	11.4	1.25	6.0

○ 「正常分娩を助産師のみで取り扱った事例がある」のは3か所(4%)、「ない」のは56か所(74.7%)であった。

○ 助産師外来及び院内助産所については、病院では「助産師外来を行っている」施設が4か所(11.4%)であった。「助産師外来、院内助産所の開設を考えている」施設は5か所(14.3%)であった。

診療所では「助産師外来、院内助産所を行っている」施設が3か所(7.5%)あり、「開設を考えている」のは1か所(2.5%)であった。

○ 助産師外来及び院内助産所を行うにあたっての

課題は、病院は①「医療事故・医療訴訟」(57.1%) ②「助産師の数」(48.6%) ③「助産師の再教育」(42.9%)であり、診療所は①「産婦人科医との連携」(32.5%) ②「助産師の数」, 「緊急時の体制整備」, 「医療事故・医療訴訟」(27.5%)であった。医療事故を防ぐ体制整備及び助産師の確保が課題となっている。

5) 産科医療資源の集約化・重点化について

○ 集約化・重点化は必要かという設問に対する回答(図2)

○ 産科医療資源の集約化・重点化については、「必要である」がいずれの対象においても最も多くなっており、特に医師においては60%と高率であった。医療機関の看護職の長では56%, 医療機関の長では40%, 市町では44%, 助産所の開設者では29%であった。

○ 医療機関の長に対する回答を、二次保健医療圏域別にみると、「必要である」は備北圏域が100%と最も高く、次いで福山・府中圏域が45.8%であった。「必要でない」は、尾三圏域が17.6%, 呉圏域が14.3%と他の圏域に比べ高くなっていた。

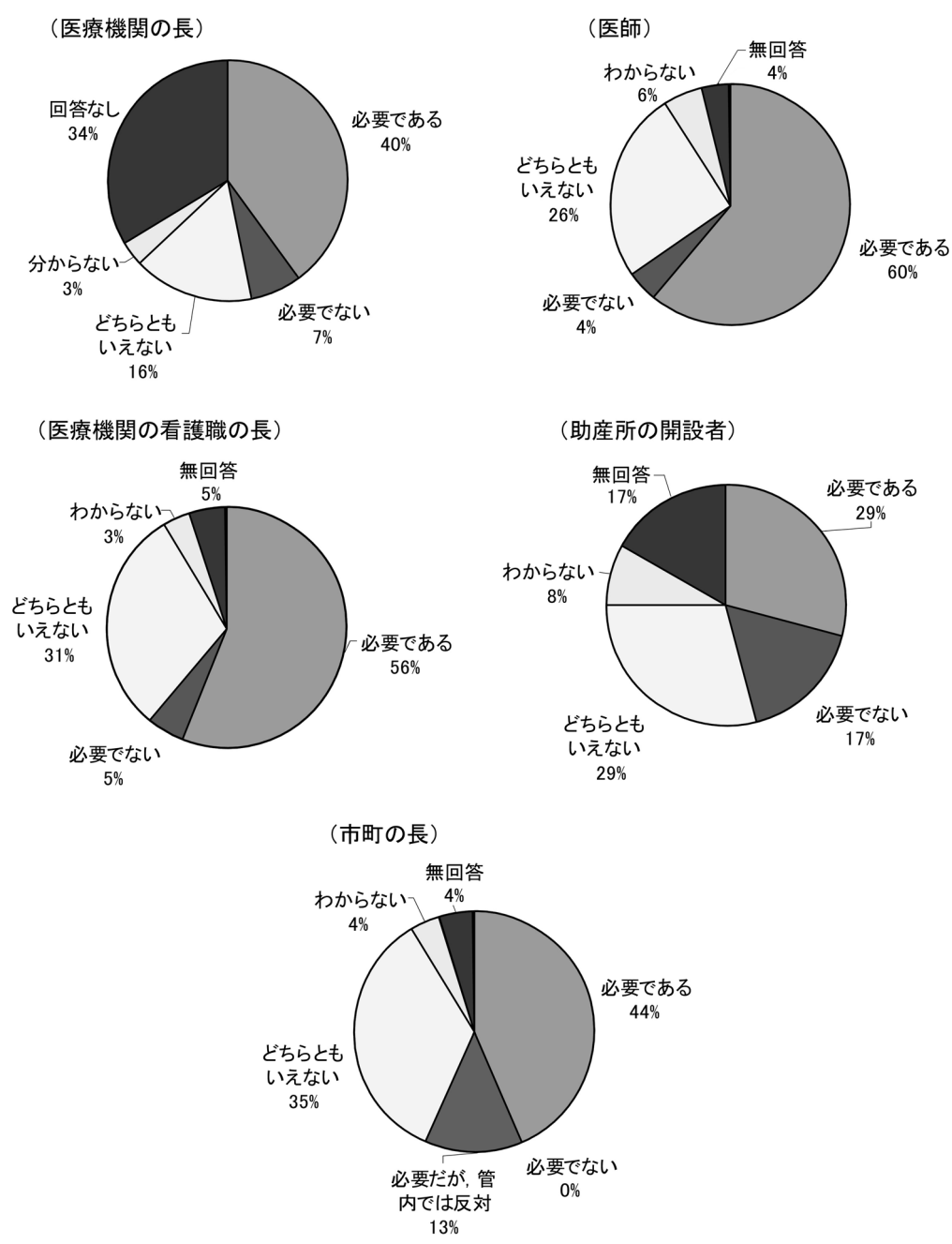


図2 集約化・重点化は必要かという設問に対する回答

広島西圏域では「どちらともいえない」が42.9%と最も高くなっていた。

- 集約化・重点化が必要な理由は、いずれの対象においても「医師の負担軽減」「医療の安全のため」「地域医療の確保のため」が多くなっている。
- 必要と思わない理由は、いずれの対象においても「医療機関までのアクセスが遠くなる」が最も多く、次いで「すでに十分対応できている」であった。
- 集約化・重点化に「協力できる」と回答した医療機関の長は30.7%、「条件付で協力できる」11.3%と併せると4割強が協力できるとしている。
- 集約化・重点化を進めるにあたっての課題（表6）

「連携強化病院の医師確保」及び「地域の病院と診療所等の連携体制の構築」は全てに共通した課題となっている。医療機関の長及び医師において

は、続いて「適正な医療資源の配置の検証」をあげており、看護職の長及び助産所の開設者においては、「患者搬送体制の整備」をあげている。助産所の開設者は「助産師の活用」が最も多くなっている。市町においては「住民の理解」をあげている。

- 連携強化病院に望むこととしては、「勤務体制」が88.8%で最も多く、続いて「報酬」63.2%、「施設の整備」48.8%であった（表7）。
- 産科医師を増やす方策としては、「勤務医の時間外に対する手当の完全支給」と「医療事故に対する補償制度」が76.7%と最も多く、続いて「勤務医の勤務体制の改善・整備」が73.6%であった。

勤務医の勤務体制の改善・整備では、望ましい医師数は「4名」及び「5名」が15.6%で最も多く、続いて「6名」及び「2名」が14.1%、10名

表6 集約化・重点化を進めるにあたっての課題
(多い回答を1位から3位まで列記)

対象	1位	2位	3位
医療機関の長	連携強化病院の医師確保	地域の病院と診療所等の連携体制の構築	適正な医療資源の配置の検証
医師	連携強化病院の医師確保	地域の病院と診療所等の連携体制の構築	適正な医療資源の配置の検証
医療機関の看護職の長	連携強化病院の医師確保	地域の病院と診療所等の連携体制の構築	患者搬送体制の確保
助産所の開設者	助産師の活用	患者搬送体制の確保	・地域の病院と診療所等の連携体制の構築 ・受診時のアクセスの整備
市町の長	連携強化病院の医師確保	地域の病院と診療所等の連携体制の構築	住民の理解

表7 集約化による連携強化病院で働くことになるとしたら、その病院に望むことは何ですか。(複数回答) N = 125

	(人)	(%)
医療機関の場所	50	40.0
勤務体制	111	88.8
報酬	79	63.2
患者の重症度	20	16.0
人間関係	34	27.2
施設の整備	61	48.8
研修体制	27	21.6
その他	6	4.8

が12.5%である。望ましい当直回数（1ヶ月）は「5回」が29.2%、「4回」及び「6回」が26.4%であった。

- 女性医師に対する調査では、女性医師としての悩みとして多いのは、「出産、子育てと仕事の両立が困難」47.1%、「家事、育児、介護による疲労」35.3%、「学会参加などの勉強時間が不足している」23.5%であった。

また、女性医師が職場に望む対策としては、「産育休中の職場の補充体制が整っている」「医師の過重労働の改善」が58.8%、「子ども及び家族が病気の時、休みが取りやすい体制」52.9%、「保育及び病児保育が保障されている」47.1%であった。

3. まとめ

産科医師不足により、医師の勤務環境が過酷となっている。1ヶ月の当直勤務の回数が10日以上の方が15.9%、毎日の者が18.2%と多く、当直の翌日はほとんどが通常どおりのフルタイム勤務であり、半日勤務及び休日はない現状である。

また、産科医師の年齢構成をみると、40歳代、50歳代がそれぞれ3割程度であり、60歳以上の医師の割合が32.6%を占めるなど、高齢化しているといえる。

分娩の取り扱いを中止する理由として、産科医師の過重労働や産科医師の減少、産科医の高齢化及び医療訴訟の多さ等が挙げられているが、本調査においても、今後分娩の取り扱い見込み期間が5年後までと考えている施設が21%であり、分娩施設の減少はますます深刻化することが予想され、早急な対策が必要である。

産科医師不足の現状において、「医師の負担軽減」「医療の安全を守るため」及び「地域医療の確保のため」産科医療資源の集約化・重点化が必要であるとする意見が多くなっているが、集約化・重点化の推進にあたっては、適正な医療資源の配置の検証及び中核となる病院と地域の病院、診療所との連携体制の構築が課題であり、併せて、住民の理解や患者搬送体制の確保に対する方策を検討する必要がある。

さらに、各地域の実情にあった産科オープンシステムの実施に向けた検討や、助産師外来及び院内助産所を行うにあたっての課題の整理など、様々な検討課題が控えていると思われる。

資料1, 2を参照。

IV. 産科医療提供体制の課題

産科・産婦人科医師

- 分娩を扱う病院の医師数は二次保健医療圏により地域差がみられる。特に、広島圏域及び呉圏域に医師が集中している。

分娩を行う病院

- 広島圏域は、ほとんどが広島市中心部に集中しており、分娩件数が400件未満の小規模の施設が多い。
- 広島西圏域は、分娩を扱う病院は厚生連広島病院の1か所である。
- 呉圏域は、呉市に地域周産期母子医療センター3か所が集中している。
- 広島中央圏域は、公的病院に産科がなく、全ての分娩を開業医が担っている。
- 福山・府中圏域は、分娩を扱う病院のほとんどが福山市中心部に集中している。
- 備北圏域は、圏域内に分娩を扱う医療機関は2か所で、病院は三次中央病院の1か所である。庄原市に常勤の産婦人科医がいないため、妊婦健診等医師の負担が大きくなっている。

V. 産科部門を有する病院の集約化・重点化について

- 地域の実情を把握し、現在の医療機関の配置状況を把握した上で、産科医療がおおむね完結するような圏域を設定する。
- 地域周産期母子医療センタークラスの病院の中から、圏域内で中心的な役割を果たす病院（以下「地域産婦人科センター」という。）を1か所ないし数か所設定し、併せて地域において地域産婦人科センターに協力する病院（以下「地域分娩施設・非分娩取扱施設」という。）を設定する（表8、図3）。

表 8

	地域産婦人科センター	地域分娩施設・非分娩取扱施設
診療機能	<ul style="list-style-type: none"> 産科医療：ハイリスク分娩を中心 婦人科医療の機能 小児科・新生児科医療（外来，病棟，NICU）の機能 麻酔科の機能 	<ul style="list-style-type: none"> 産科医療：正常分娩，妊婦健診等を含めた妊娠前後の診療（婦人科医療，小児科・新生児科医療は，圏域の実情を勘案し，地域産婦人科センターと機能分担）
医師配置	<ul style="list-style-type: none"> 産科医療：5人以上配置（宿日直の体制も含め，適切な勤務体制の確保ができる） 	<ul style="list-style-type: none"> 特に定めない（地域の実情を勘案する）
診療支援の体制	<ul style="list-style-type: none"> 地域分娩施設・非分娩取扱施設の外来診療等に対し，産科医師を派遣 オープン病院システムによる分娩室・手術室の提供 	

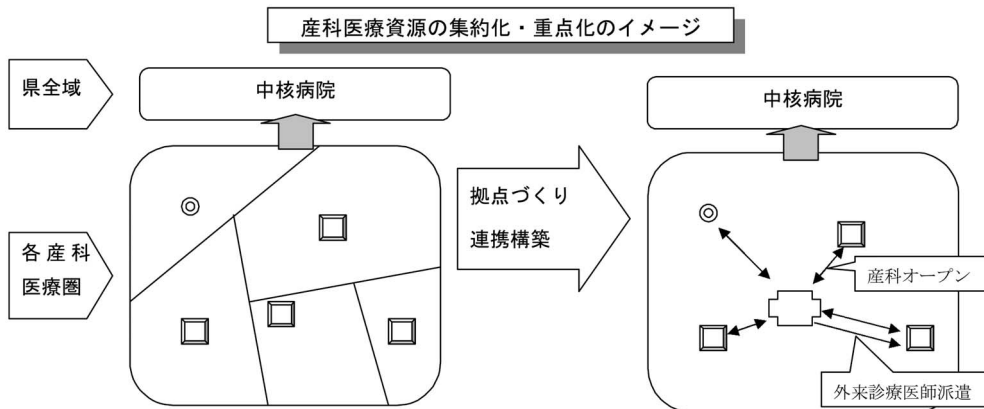


図3 産科医療資源の集約化・重点化のイメージ

Ⅵ. 平成19年度に向けた産科医療提供体制確保についての基本的な考え方

広島県地域保健対策協議会
産科医療提供体制部会

1 産科医師不足の現状 —産科医療提供体制に関する調査結果から（H18.10.1）—

- 産科医師不足により，医師の勤務体制が過酷となっている。
 - ・1ヶ月の当直勤務等の回数が10日以上の方が15.9%，毎日の者が18.2%と多い

- ・当直等の翌日はほとんどが通常どおりのフルタイム勤務。半日勤務及び休日はなし
- 今後，産婦人科医師の高年齢化等に伴う分娩の取り止めによる分娩施設の減少が，更に深刻化すると予想される。
 - ・60歳以上の医師の割合が32.6%を占める（60歳代9.9%，70歳以上が22.7%）
 - ・分娩の取り扱い見込み期間が「5年後まで」と考えている施設が21%
- 産科医療資源の集約化・重点化については，「必要である」と回答した者が最も多い（表9）。

表9 産科医療資源の集約化・重点化

	医療機関の長	医師	病院等の看護職	助産所	市町
必要	40%	60%	56%	29%	44%
必要ない	7%	4%	5%	17%	0%

分娩取り扱いの状況（H18.10.1現在）

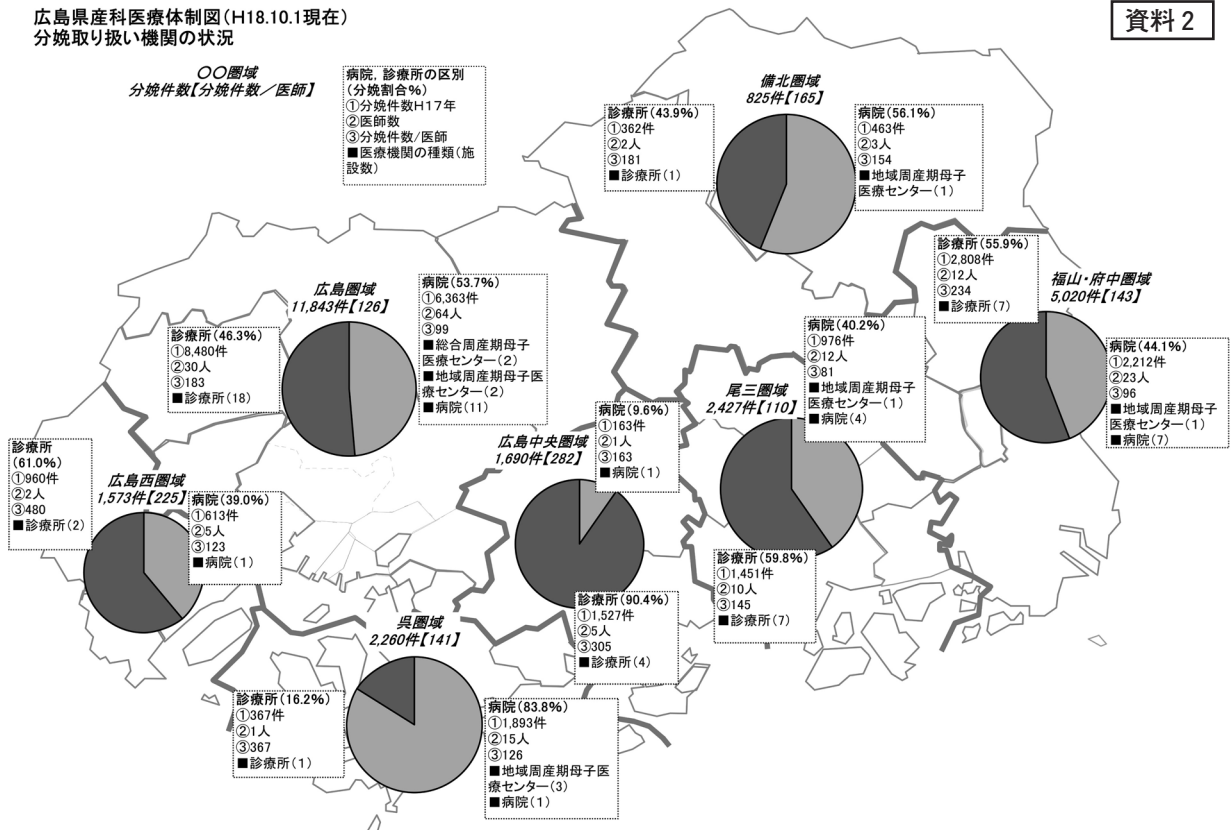
資料1

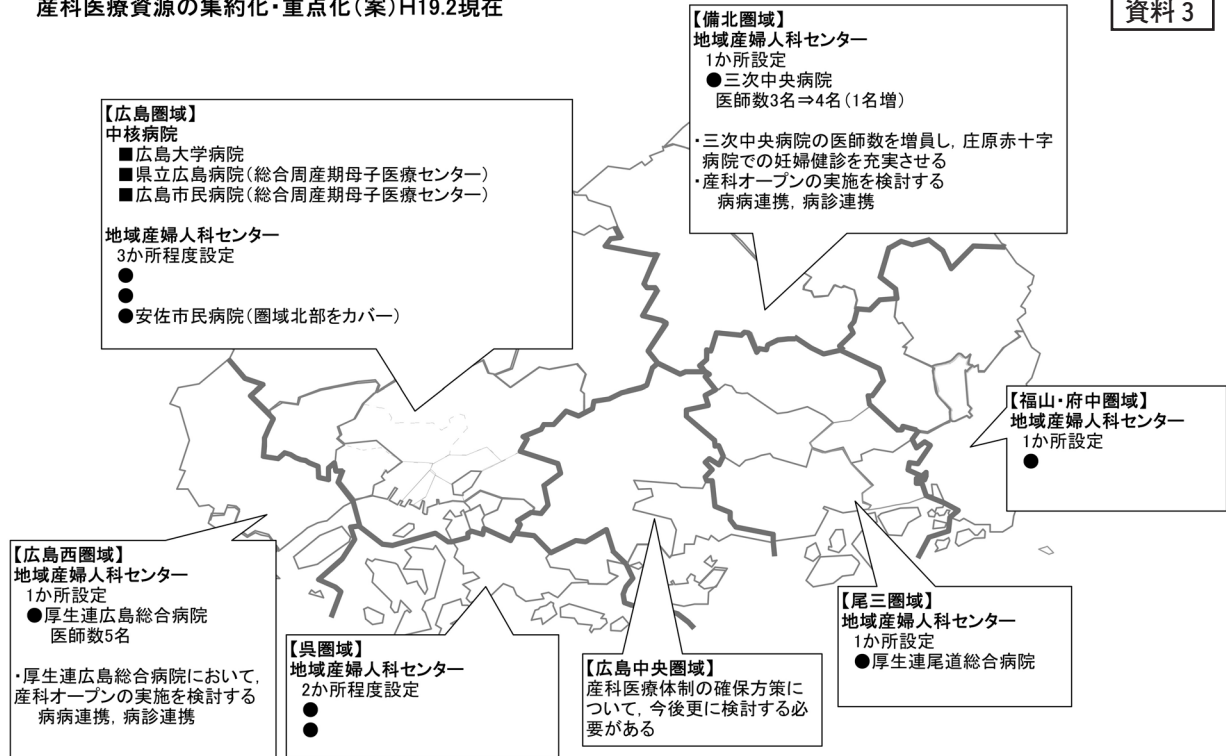
二次保健医療圏	分娩取り扱い機関数			産婦人科医師数 (常勤・レジデント)			分娩件数			分娩件数 / 医師		
	計	病院	診療所	計	病院	診療所	計	病院	診療所		病院	診療所
広島県	75	35	40	185	123	62	25,638	12,683	12,955	139	103	209
広島	33	15	18	94	64	30	11,843	6,363	5,480	126	99	183
広島西	3	1	2	7	5	2	1,573	613	960	225	123	480
呉	5	4	1	16	15	1	2,260	1,893	367	141	126	367
広島中央	5	1	4	6	1	5	1,690	163	1,527	282	163	305
尾三	12	5	7	22	12	10	2,427	976	1,451	110	81	145
福山・府中	15	8	7	35	23	12	5,020	2,212	2,808	143	96	234
備北	2	1	1	5	3	2	825	463	362	165	154	181

二次保健医療圏	平成17年 出生数	分娩カバー率 (分娩件数 / 出生数)	分娩対応可能数 (年間分娩件数 * 病院医師数)	
			年間分娩件数 103	年間分娩件数 120
広島県	24,740	104	12,669	14,760
広島	12,448	95	6,592	7,680
広島西	1,129	139	515	600
呉	1,957	115	1,545	1,800
広島中央	1,905	89	103	120
尾三	1,885	129	1,236	1,440
福山・府中	4,636	108	2,369	2,760
備北	780	106	309	360

広島県産科医療体制図(H18.10.1現在)
分娩取り扱い機関の状況

資料2





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

産科医療提供体制検討部会

- 部会長 工藤 美樹 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員 赤木 武文 市立三次中央病院
占部 武 県立広島病院
大年 博隆 広島県医療対策室
杉岡フミ子 社団法人日本助産師会広島県支部
臺丸 尚子 広島市南区厚生部
寺本 秀樹 広島鉄道病院
豊島 博幸 大竹市医師会
堀江 正憲 広島県医師会
松岡 敏夫 厚生連尾道総合病院
水之江知哉 国立病院機構呉医療センター
三好 博史 広島大学産婦人科学
山崎 裕恵 広島県看護協会
山本 暖 国立病院機構福山医療センター
温泉川梅代 広島県医師会
吉田 信隆 広島県産婦人科医会

保健医療基本問題検討委員会 小児科医療提供体制検討部会

目 次

小児科医療提供体制の確保について

- I. は じ め に
- II. 小児科の現状
- III. 各圏域における状況
- IV. ま と め

保健医療基本問題検討委員会 小児科医療提供体制検討部会

(平成 18 年度)

小児科医療提供体制の確保について

広島県地域保健対策協議会保健医療基本問題検討委員会小児科医療提供体制検討部会

部会長 小林 正夫

I. はじめに

地域によっては、小児科等の専門診療を行う医師が十分に確保できず、結果として、夜間・休日における十分な小児救急医療体制が組めないなどといった問題が生じており、特に中山間地域において、こうした状況が顕著となっている。

この背景には、平成 16 年度からの新たな臨床研修制度の導入を指摘する意見もあるが、小児科については、医師数自体は増加しているものの、核家族化による育児不安などから軽症の患者が夜間・休日に病院を受診するケースや、親の専門医志向から、初診で病院の小児科を受診するケースなどが増加し、少人数体制の病院の小児科医の勤務条件が過酷な状況となっていることなども考えられる。

こうした事態は、地域における小児医療の全面的な崩壊や、緊急時対応を含めた産科医療の質の低下を招き、医療の安全性の観点からも極めて深刻な問題である。

このため、国は、平成 17 年 12 月に「小児科・産科の医師偏在の問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が、住民への適切な医療の提供の確保のためには当面の最も有効な方策と考えられる。」との方針を示し、都道府県に対し、集約化・重点化計画の策定と、平成 20 年度からの医療計画への記載を求めている。

本部会では、平成 17 年度の「小児救急医療体制検討委員会」報告も踏まえ、小児科の集約化・重点化は不可避な状況との認識の下、圏域毎の基本的な考え方を検討したものである。

II. 小児科の現状

小児科の医師数をみると、主たる診療科として小児科に従事する医師は増加傾向にあるが、一方、小児科を標榜する医療機関数は減少傾向にある。

また、全国的に見ると、小児科に従事する 29 歳以下の女性医師が増加している（表 1, 2, 3, 図 1）。

表 1 小児科に従事する医師数の推移について

(単位：人)

区 分		10 年	12 年	14 年	16 年	16-14	16-12	16-10	
小児科 医師数	重 複	広島県	723	677	666	656	▲ 10	▲ 21	▲ 67
		全 国	34,064	33,580	32,706	32,151	▲ 555	▲ 1,429	▲ 1,913
	主たる 診療科	広島県	330	341	345	349	4	8	19
		全 国	13,989	14,156	14,481	14,677	196	521	688
全体医師数		広島県	6,168	6,277	6,421	6,472	51	195	304
		全 国	236,933	243,201	249,574	256,668	7,094	13,467	19,735

注 1 医師法第 6 条第 3 項に基づく従事届けによる。

2 各年の 12 月 31 日現在の人数である。

3 「重複」は、従事する診療科に小児科をもつ医師数であり、「主たる診療科」は小児科を主たる診療科とする医師数である。

表2 小児科を標榜する医療機関数の推移について

(単位：施設)

区 分	10年度	12年度	14年度	16年度	16-14	16-12	16-10
広島 二次保健医療圏	275	279	272	270	▲2	▲9	▲5
広島西	34	32	30	29	▲1	▲3	▲5
呉	102	95	96	91	▲5	▲4	▲11
広島中央	57	53	54	55	1	2	▲2
尾三	61	55	57	55	▲2	0	▲6
福山・府中	106	106	117	115	▲2	9	9
備北	30	25	22	22	0	▲3	▲8
合 計	665	645	648	637	▲11	▲8	▲28

注 1 数値は、医療施設動態調査の小児科を標榜する医療機関数で各年度の末日現在の数である。

2 医療機関数は、病院及び一般診療所の合計数である。

表3 小児科の性別・年齢階層別医師数

(単位：人、%)

		29歳以下		30歳～39歳		40歳～		総数	
		男	女	男	女	男	女	男	女
小児科	医師数	772	749	2,003	1,273	7,330	2,550	10,105	4,572
	構成比	50.8%	49.2%	61.1%	38.9%	74.2%	25.8%	68.8%	31.2%
全 体	医師数	16,806	9,154	49,721	14,136	148,101	18,750	214,628	42,040
	構成比	64.7%	35.3%	77.9%	22.1%	88.8%	11.2%	83.6%	16.4%

注 1 平成16年の医師・歯科医師・薬剤師調査による医師数。(医師法第6条第3項に基づく従事届けによる)

2 「小児科」は、主たる診療科とする医師数である。

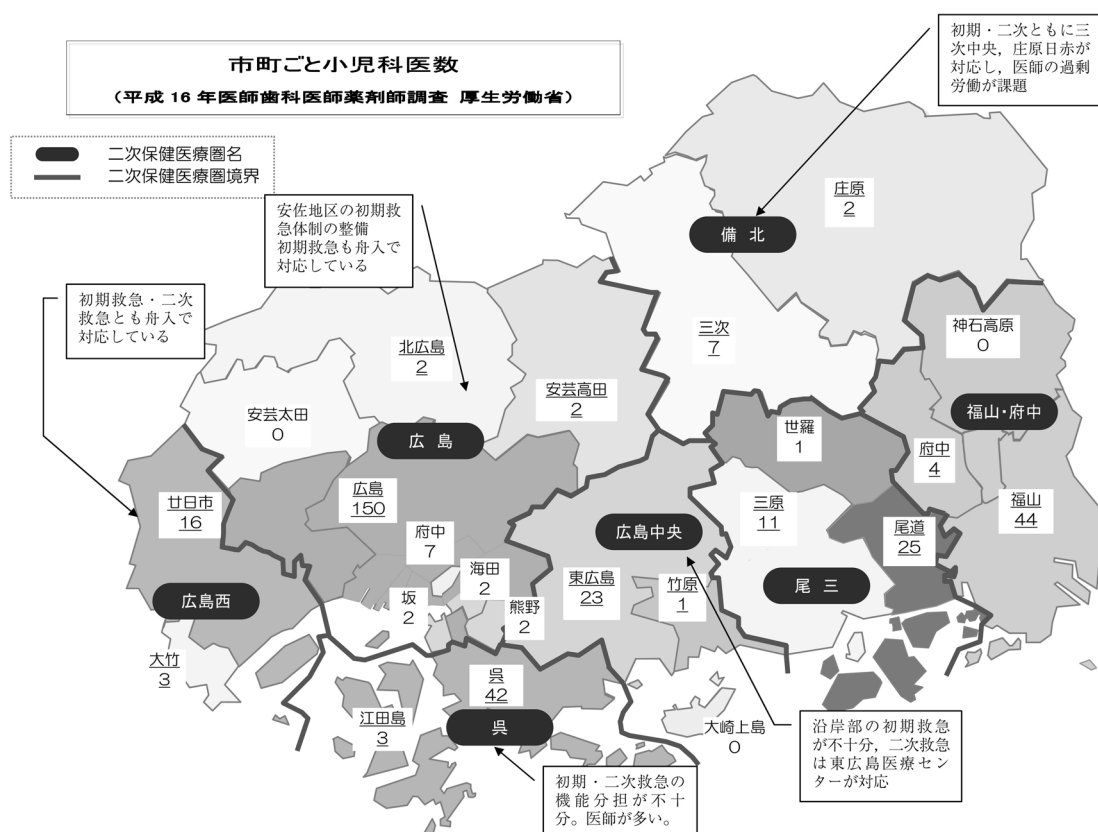


図1 市町ごとの小児科医数

Ⅲ. 各圏域における状況

1. 広島圏域

(1) 現 状

①南部：広島市内の中核病院での機能分担がほぼ完成している。() の数は小児科医師数)

ア. 中核病院

広島大学病院 (18)：血液腫瘍・稀少疾患
(先天性代謝異常症など)

県立広島病院 (13)：腎臓疾患・新生児医療
(母子医療センター)

広島市民病院 (15)：循環器疾患・神経疾患・新生児医療
(母子医療センター)

広島市立舟入病院 (9)：救急医療 (小児救急拠点病院)

広島赤十字・原爆病院 (5)：血液腫瘍・内分泌疾患

イ. その他の病院 (小児科医が3人以下)

土谷総合病院 (3)：循環器疾患・新生児
JR 広島病院 (2), 安芸市民病院 (2),
中電病院 (1), 記念病院 (1), 済生会広島病院 (2), 共立病院 (1), 福島生協病院 (1), 通信病院 (2)

②北部：安芸高田市の北東部は三次中央病院に依存。安芸高田市の他の地区は吉田総合病院及び広島市に依存。安芸太田町, 北広島町は広島市に依存

ア. 中核病院

安佐市民病院：夜間救急の一部を含めて網羅的に診療

イ. その他の病院

吉田総合病院

(2) 問題点 (よりよい診療のために、今後期待されること)

①南部：救急医療が舟入病院に一極集中しているため、冬場の繁忙期には休日の日勤帯・準夜帯と土曜日の準夜帯にオーバーフローする。この時間帯に受診者を分散させるため休日日勤帯の当番医の適正配置及び土曜・休日の準夜帯に1次救急を担当するサテライト診療所の設置が望まれる。

年末年始は行政、医師会の協力で強力な救急診療態勢が確立しているが、同様に連休が続くゴールデンウィークは受診者数が年末年

始と同等にも拘らず、通常の休日診療体制のままである。このため舟入病院に過度の負担がかかっており、何らかの対策が必要である。

②北部：安佐市民病院に地域の中核的病院機能と救急担当機能の両者を果たすことを求めれば、勤務医の疲弊を招くのは必定である。現在、土曜・休日準夜帯の救急診療を開始しているが、地域の小児人口を考えれば、今後新たな患者の掘り起しが進み受診者の増加は明らかである。さらに、平日の救急診療のバックアップ病院としての役割も要求されるようになれば連日、小児科医の当直を配置する必要に迫られる。スタッフの増員、開業医の支援などの対応が必要と思われる。

(3) 今後の対応及び課題等について

①南部：機能分担が図られており、中核病院間での集約化の必要性は薄い。

中小病院では地域医療の担い手、病院産科との兼ね合いの問題がある。さらに設立母体が、それぞれ異なり、医師派遣元も異なるため集約化のハードルは高い。

②北部：安佐市民病院は背景人口を考慮すれば、中核病院としての機能増大を求められる。十分な支援体制が必要である。

吉田総合病院は医療圏域を越えて三次中央病院と集約化を行い、昼間の地域医療の担い手として外来診療は行なうが、三次中央病院を増員した上で、そこから昼間のみ医師の派遣を受ける。入院及び夜間・休日の救急診療は三次中央病院または南部地域の病院に委ねる。

2. 広島西圏域

(1) 現 状

①概 観

廿日市市では JA 広島総合病院が唯一入院施設を持ち小児科診療の基幹病院である。しかし、未熟児、小児外科など特殊な疾患については広島市内へ依頼している。また、夜間救急患者の多くは舟入病院に受診している。

大竹市は小児科単科の開業医はなく、国立病院機構広島西医療センターが一般小児科診療の基幹病院である。また、筋ジス、重心など特殊疾患の専門病院でもある。患者の流れ

は廿日市方面よりむしろ岩国の方向に向かっている。

両市とも医療機関の多くが人口密集地である沿岸部に集積しており、小児科受診には山間部から約1時間要することもある。

②小児科標榜医療機関

○病院 JA広島総合病院 小児科医3名
広島西医療センター

一般小児科 3名
特殊疾患専門5名

○診療所 医療機関数 8 (全て廿日市市)
医師数 9名

③小児科救急医療体制

ア 廿日市市

準夜帯では月～木まで午後8時までの診療体制をとる医療機関がある。

日曜祝日在宅当番医制度は広島市医師会と連携をとり、佐伯区、西区の小児科医との調整を図り、当該制度の一部として小児救急体制に対応している。

正月当番に関しては小児科標榜医が12月30日および1月2日に診察するように在宅当番体制を組んでいる。

その他の時間帯に関する救急は各医院が個人的に対応する以外には多くは舟入病院に受診している。

イ 大竹市

日曜祝日当番医制度では大竹市休日診療所は小児科標榜していないが一部対応している。

準夜、深夜帯は個人的に対応している。

(2) 今後の対応及び課題等について

365日を通しての準夜間体制、24時間体制については医師数からみて現状では困難である。

準夜間体制が大竹市内に集約化されても、廿日市市からは受診しないと思われるが、廿日市市に集約されれば、大竹市からの受診は見込める。

内科医療機関の小児救急診療への協力体制、あるいは佐伯区内の小児科開業医の協力による準夜間救急体制の構築が必要か。

佐伯地区医師会では、医師会、広島総合病院を中心とした医療情報ネットワークを構築した。これを小児科医療体制に生かすことができないか検討課題である。

3. 呉 圏 域

(1) 現 状

小児科専門開業医 18名、病院勤務医 17名(病院数3:東部1,西部2)のほか、内科小児科医師による開業医24名で構成されている。周産期医療は、西部の2施設において行われている。東部にある中国労災病院は、主に黒瀬・豊田郡・安浦町・島嶼部(豊島・蒲刈島)からの患者が多く、西部にある国立病院機構呉医療センターは、旧市内・音戸・倉橋・江田島市からの患者、呉共済病院は、天応・吉浦・焼山・押込方面からの患者が多くを占めている。

夜間・休日医療体制は、国立病院機構呉医療センター、呉共済病院、中国労災病院と呉市医師会休日急患センター・小児夜間救急センターが行っている。機能分担としては、呉市医師会休日急患センター・小児夜間センターが一次救急、呉共済病院・中国労災病院が二次救急、国立病院機構呉医療センターが三次救急と決められているが、実際には、夜間に関しては、一次救急の45～50%が呉市医師会小児夜間救急センター、残りがほぼ均等に3つの公的病院に分散している。呉市医師会小児夜間救急センターは、小児科開業医(18名)と勤務小児科医により毎日実施している。

(2) 問題点

呉医療圏における問題点は、特殊な地域特性と一次救急の非効率性である。

前者における問題とは、当医療圏が多く島の島嶼部を有するという点と市内がトンネルで東西に区切られている点である。前記のように各公的病院に通う患者に地域特性が見られ、集約化に対して、現場勤務医は賛成であるが、患者・施設運営者は反対の意見である。

後者に関しては、現在、公的3病院と医師会休日急患センター・小児夜間救急センター(毎日:午後7時～10時40分、祝祭日:9時～18時)が一次救急を行っているが、公的病院は、さらに二次・三次救急も受け持っていることから、小児夜間救急センターの運営が勤務医の負担軽減に充分役立っているとはいえない。

(3) 今後の対応及び課題等について

今後の課題と対応について、望ましいのは、医療圏域内における小児科医師の集約化(小児

医療センターとサテライト)と機能分担(一次救急医療・二次救急医療等)である。機能分担については、3月の病院長会議(市内5病院院長会議)において、一次救急施設として呉市医師会小児夜間救急センター、二次救急施設として公的病院という機能分担に関して各院長の同意が得られた。今後は市民への啓発(一次救急は小児夜間救急センターを受診すること等)と小児夜間救急センターのレベルアップが課題である。

一方、集約化に関しては、公的病院の経営母体が異なること、各病院長が自院におけるセンター化を望んでいること、医師を供給する組織である大学側と地域医療を担っている医師会または圏域地对協との連携が充分でないことなどから、具体的な方針が定まっていない。今後は、地域における患者のニーズや流れ、小児科開業医のマンパワーなど地域特性に充分配慮し、地域医療側(圏域地对協)が主導的立場で医師供給機関である大学との協議を重ね、各院長に理解を求めつつ医師・医療資源の集約化を図っていく必要がある。

4. 広島中央圏域

(1) 現状

医療圏域として、広島中央圏は一つのエリアとされているが、東広島市を中心とした内陸部と竹原市・安芸津町の沿岸部・島嶼部(大崎上島)の二つの医療圏として考える方が実際的である。そして、それぞれに地域小児科センターとしての機能を持つ病院は国立病院機構東広島医療センター(小児科医4名)と県立安芸津病院(同2名)である。

東広島地区では2001年9月からの小児救急在宅輪番制(月~土)〈18時~22時〉及び休日診療所〈9時~16時〉〈12月末~3月第2週・9時~20時〉により、東広島医療センター時間外患者数は年間約6000名から3000名に半減している。ただし、22時以降は同医療センターの全面的なバックアップの下で二次救急病院群(東広島医療センター・井野口病院・本永病院・西条中央病院)が翌朝までカバーしている。小児科医が常駐しているのは東広島医療センターのみであり、残りの3病院では限界がある。黒瀬

地区の南部は地理的・時間的に呉医療圏でのフォロー体制を利用している。

竹原・安芸津地区では午前0時まで県立安芸津病院の小児科医2名で交代で時間外診療年間約3000名をカバーしている。竹原の休日診療は年間200名をカバーしているのみである。

(2) 問題点

県立安芸津病院の窮状があげられる。2名で東広島医療センターと同数の時間外診療を強いられている。

小児救急在宅輪番制の今後については、県下でも珍しく小児科専門医に匹敵する数の内科医の協力の下に成立している輪番制度であるが、広域合併による地理的な問題(30分以内での受診可能エリア内に当番医設置の要望)複数当番制への対応、担当医の高齢化による担当医の離脱が課題となっている。また、休日及び22時以降の小児科専門医不在時の対応の問題があり、それに伴う東広島医療センターへの直接受診者の増加傾向がみられる。この増加傾向は、専門医志向によるものかも知れない。

当圏域には新生児集中治療管理室(NICU)がない事も課題である。お産のできる産科が減少する中で周産期医療を考えると、NICUの併設された病院産科の存在(東広島医療センターの機能強化)が望まれる。

(3) 今後の対応及び課題等について

県立安芸津病院へは、県立病院全体としての派遣体制の工夫を含め、小児科の増員は不可欠である。小児科医の集約化重点化からの小児救急在宅輪番制の見直しに関しては、東広島医療センターの時間外診療を半減、現在充分機能している現制度は定着しつつあり、小児救急在宅輪番制の存続意義ありと考える。存続の方針で担当医の協力も得られている。

逆に地域小児科センター化による365日24時間診療体制では、コンビニ化・時間外診療の需要の掘り起こしの懸念があり、拠点病院としての24時間診療体制には十分な人的フォロー体制が不可欠と考える。現在、内科医の協力の下に成り立つ輪番制であるため、当地区では、小児科医共々病診連携を踏まえた小児救急及び小児診療の研修会を開催し研鑽を重ねている。

この5年間で培った小児診療のノウハウを無

駄にする事は勿体無いことであり、将来地域小児科センター化した場合には、小児救急輪番に携わった経験を活かした在宅輪番電話相談もしくは救急外来の振り分け（トリアージ）機能をもった電話相談に運用転換するアイデアは如何であろうか？ その際、センター病院を受診するほどの必要のない軽微な疾患であれば、診療も可能な電話相談機関であるとセンター病院は軽微な疾患で混み合わなくて済むのではないだろうか？ 患者教育も出来て、振り分け機能もあり、軽微な疾患も診療してくれる電話相談医療機関は存在は可能であろうか？ 初診での電話相談が保険点数が算定されると可能になるかもしれない。

5. 尾三圏域

(1) 現 状

開業小児科医 16 名（開業医療機関 14）、病院勤務医 15 名（病院数 6）である。病医院の地域分布は三原北部（大和、久井）、尾道南部（瀬戸田）を除いて、適度に分布している。ただし世羅地区には、非常勤小児科医 1 名（JA 尾道総合より派遣）で平日の外来診療のみで入院診療は行っていない。尾道・三原地区ともに病診・病病連携はとれているが、世羅地区は入院に関しては他地区（尾道、三原、三次等）に依存している。周産期医療は JA 尾道総合病院が地域周産期医療センターとしての機能を果している。

小児救急医療体制について、一次救急に関しては、尾道地区では開業小児科医が中心となって休日の在宅当番医として輪番制をとっている。休日及び平日夜間は、尾道市立夜間救急診療所（市民病院勤務医 2 名と大学からの応援で対応）で毎日対応している。三原地区では、三原市医師会病院休日夜間診療所（開業小児科医 4 名と勤務医 5 名で対応）で平日午後 10 時まで対応している。しかし、平日の午後 10 時以降と休日の救急に対応ができず、他科の病院当直医や他地区（尾道）へ依存している。世羅地区は、夜間には小児科医不在となり、他科の病院当直医あるいは他地区（尾道、三原、三次）へ依存している。2 次救急は JA 尾道総合病院が 2 次救急の拠点病院として 24 時間対応（実際には 1 次救急患者が年間約 1 万人に達している）し、また他

の各病院もオンコール体制で対応している。

(2) 問題点

尾道地区では、24 時間の救急体制が何とか敷かれているが、三原地区では、小児科医の数が少ないため、平日の午後 10 時以降と休日の救急に対応できず、他科の病院当直医や当番医、他地区（尾道）へ依存している。世羅地区では常勤小児科医がおらず、時間外の救急には小児科医が係ることができていない。また開業小児科医も今後高齢化が進むと、現在の体制の維持が困難になることが予想される。勤務医も実際にはかなりの平日夜間・休日の 1 次救急と 2 次救急に携わっており、特に 1 人勤務医や 2 人勤務医ところでは負担が大きくなっている。JA 尾道総合病院では小児科医 6 人体制で 24 時間の 1 次 2 次救急に携わっているが、新生児救急と重なることもあり負担が軽いとはいえず、さらに 1 次救急の患者数が増加傾向にある。また、1 次救急での病診連携はある程度取れているが、病院間での 1 次及び 2 次救急に対する連携は不十分である。

(3) 今後の対応及び課題等について

小児医療、新生児医療に関しては、現在のところ病診・病病連携はできている。病院小児科も 1 人体制のところもあるが、地域性も考慮すると病院小児科の集約化を急ぐ必要はないと思われる。ただ、世羅地区に関しては小児科医が不在であり、病院小児科医の常勤化は切実な課題であるが現在の状況では厳しいといわざるを得ない。小児救急医療体制に関しては、開業小児科医の高齢化や病院小児科医の負担を考慮すると、集約化による体制の構築（1 次救急と 2 次救急の一本化を含めた体制構築）が望まれる。そのためには、病院間での特に 1 次救急医療に対する連携がどこまで得られるかが重要であるとともに、開業小児科医と勤務医間の 1 次救急に関する連携及び協力がどこまで得られるかが重要となってくる。

6. 福山・府中圏域

(1) 現 状

①小児医療の現況

小児科専門開業医 23 名、病院勤務医 20 名（6 病院）、内科小児科開業医 61 名の計 104 名

で構成されている。(5年前と比べると小児科専門開業医は4名増加、病院勤務医は3名減少、内科小児科開業医は5名減少。)病院は、5病院が福山市内東西南北と中心部に、また1病院が府中市に分布しているが、神石高原町には小児科医のいる病院はない。周産期医療は国立病院機構福山医療センターにNICUがあり、3病院には未熟児室がある。

②夜間医療体制

夜間の一次救急は、19:00~23:00を福山市医師会夜間小児診療所が担当し、23:00以降はその日の二次救急病院が担当している。夜間小児診療所には27名の医師(小児科専門開業医20名、病院勤務医2名、内科小児科開業医5名)が出務している。夜間小児診療所では、冬場の患者の多い時期には2名体制で診療している。小児科二次救急は、福山市内の4病院(福山医療センター、福山市民病院、中国中央病院、日本鋼管福山病院)が基本的には勤務医数に応じて輪番制で担当している。また府中総合病院ではスポット的に担当している。

③休日昼間医療体制

内科・小児科系休日昼間一時救急は、地区医師会単位で、9:00~17:00に実施されている。福山市医師会では市内3医療機関、神石高原町で1医療機関、府中地区医師会では駅家地区と府中市でそれぞれ1医療機関、松永・沼隈地区医師会と深安地区医師会ではそれぞれ1医療機関が、在宅輪番制で担当している。福山市では3医療機関中1医療機関は小児科専門開業医または内科小児科開業医が担当している。小児科二次救急は福山市内の4病院が輪番制で担当している。

(2) 問題点

① 体制上は1次救急と2次救急は明確に住み分けられているが、実際には直接2次救急を受診する患者がかなりいる。特に休日昼間では、内科小児科開業医が担当の時には、2次救急を直接受診する患者が大幅に増加し、勤務医への負担が大きい。2次救急の病院では基本的には1次救急を診ないよう病院長への要請、マスコミやパンフレットによる小児救急医療への理解など実施している。また休日

昼間の在宅当番に小児科専門開業医を常設してはという意見もあるが、夜間診療所の出務に加え、休日当番の回数増加は負担が大きいという意見もあり現在検討中である。

② インフルエンザ流行時では患者数が急増し、2診体制でも対応できない場合がある。この時期には3診体制が必要となるが、今の夜間診療所ではスペースが足りず、増築を検討している。

③ 病院勤務医は5年前に比べ23名から20名と3名減少し、その為当直回数が増加し、また救急受診患者も増加傾向にあり、小児科勤務医は疲弊してきている。現状では近い将来、2次救急体制は崩壊するという勤務医の切実な悲鳴が聞こえる。その対策として、小児科の集約化を検討してきた。

(3) 今後の対応及び課題等について

2年前より岡山大学小児科教室、医師会、福山医療センターで集約化に向けて議論を重ねている。

7. 備北圏域

(1) 現状

中核的役割を担っていく病院としては、市立三次中央病院しかなく、今後とも24時間救急拠点病院を維持していくことが必要である。

(2) 問題点

平成19年4月より、吉田総合病院の小児科常勤医2名がいなくなる。

よって、吉田総合病院の平日昼間の診療は、大学から派遣される医師が担当するが、これまで吉田総合病院の夜間および休日時間外に受診していた患者や、入院患者の大半を市立三次中央病院が引き受けるようになることが予想される。

市立三次中央病院の医療圏は、三次市と庄原市の備北地域だけでなく、安芸高田市の大半が含まれるようになる。

その他にも、世羅町の半分、府中市上下町の大半、神石高原町の一部、岡山県新見市の一部、島根県の県境一帯も医療圏であり、医療圏人口は約15万人である。

市立三次中央病院における、外来・救急・入院患者は今後さらに増加することが予想される。

現在ぎりぎりのところでごんばっているが、現状の人員（常勤医4名+大学からの当直バイト）のままでは、近い将来、救急体制は破綻することとなる。対策としては、広島大学、開業医による救急診療の支援を増強していただいたり、近隣の庄原赤十字病院や安佐市民病院との連携を充実させたりして、まず今年を乗り切るしかない。また、多くの島根県の患者を診療している現状をふまえて、島根医大からの支援もお願いできないものであろうか。

(3) 今後の対応及び課題等について

これだけ広大な医療圏をさらに集約化することは不可能である。また、庄原赤十字病院の常勤医2名を維持していかないと、市立三次中央

病院（350床）には、これ以上患者を受け入れるベットもない。できるだけ早急に、市立三次中央病院の常勤医を増員することが必要である。

IV. ま と め

1. 基本的な考え方(案)

各圏域で求められるよりよい医療提供体制を考えた場合に必要な措置を検討した。

各圏域での方針を表4のとおりとし、今後、産科の動向も含め、検討していくものとする。

2. 各圏域の状況と集約化の要否（表5）

表4 集約化・重点化の方針

全県域 (救命救急センター)		・広島大学病院 ・広島市民病院 ・福山市民病院	・県立広島病院 ・呉医療センター
二次保健医療圏域	広島	南部	○とりあえずの集約化はなされている。 ○舟入病院の負担軽減のために冬場だけでも一次救急対応をするサテライト診療所の設置が望ましい。
		北部	○圏域内での集約化は不能。 ○中核的役割の安佐市民病院を開業医で支援する体制が求められる。
	広島西		○圏域内での集約化は資源不足で不能。集約化ではなく、一次（初期）救急体制の確保が課題。
	呉		○今後も安定して3病院（呉医療センター、呉共済病院、中国労災病院）への医師派遣が可能ではないので中核的な医療機関は2病院の方向で今後検討する。 ○救急に関しては、一次・二次の役割分担を3病院が明確にすべき。
	広島中央	東広島	○急いで集約化することは得策ではない。 理由としては、在宅当番医制が定着し、二次救急医療を担う東広島医療センターへの直接受診が半減したところであり、ここで東広島医療センターを拠点化すると直接受診が増加する恐れがある。
		沿岸部	○圏域内での集約は不能。 ○開業医も数件程度。安芸津病院の負担が大きい。圏域を超えて、安芸津病院と中国労災病院の連携、負荷の按分を行う必要がある。
	尾三		○集約化のメリットが明確でないため急いであることは不要か。 ○JA尾道総合と尾道市民、三原赤十字の連携が必要である。
	福山・府中		○福山医療センターを中核とし、福山市民、中国中央、鋼管福山の小児科医が支援する。
備北		○圏域での集約化は不能。 ○三次中央病院に既に集約されている。今後の課題は、増加する夜間救急患者への対応。	

表5 各圏域の状況と集約化の要否

区分	広島			広島中央		尾三	福山府中	備北
	南部	北部	広島西	呉	東広島			
現状	中核病院での機能分担はできている。	高田地区、山県地区は、広島市に依存	圏域内の病院小児科2件 小児科医数は11名 開業医9名。	・400床以上の公的3病院が5-6名の小児科医を抱え診療 ・一次と二次の役割分担が不明確 ・3病院の機能分担が不十分	在宅当番が定着し、二次医療機関の受診が半減した。	・尾道は一次が2病院に分散 ・三原は22時以降は尾道で対応、開業医の高齢化が課題 ・世羅は他地区で対応	一次は開業医中心の夜間診療所、二次は4病院の輪番制で対応	三次中央で一次、二次を対応
現在	大学病院 (高度救命救急) 舟入病院(1次~2.5次) 広島市民病院、 県立広島病院 (救命救急) 広島赤十字原爆病院	安佐市民病院	現在は舟入か西医療センター(8名) JA広島総合(3名)	呉医療センター 呉共済病院 中国労災病院 中国労災病院(呉地区)	東広島医療センター 一部は東広島医療センター、 安芸津病院 中国労災病院(呉地区)	JA尾道総合、	福山市民、 福山医療センター、 鍋管福山、 中国中央	三次中央病院
より期待すること	一次救急のみを担当するサテライト診療所を開業 医主体で休日、土日の準夜帯のみでも1~2カ所設置(冬場だけでも)	中核的役割を果たす安佐市民を開業医が支援する体制が求められる。	繁忙期にあわせ診療時間の変更。 内科医療機関の協力体制の推進	・公的3病院による輪番制の実施 ・一次、二次の役割分担の明確化	在宅当番医制が効果を発揮しているの で、二次救急医療を担う東広島医療センターを視察化すると直接受診が増える恐れがある。	一次、二次を舟入、三次中央のように一元化する。	4病院に医師を派遣する岡山大学の事情で不安定な体制になることもあり、2次医療機関の集約は避けられない。	・JA吉田は圏域が異なるが、月2回の当直ヘルプ ・島根県からの患者が多いので月1回島根からヘルプ
集約化の要否	・とりあえずの集約はなされている。 ・勤務医の負担軽減のため中小病院の小児科医を中核的病院に集約することも考えられる。	・圏域内での集約化は資源不足で不能	・3病院が中核的役割を果たしており集約が必要	・急いで集約化することは得策ではない、化は不能	・圏域内での集約化は不能	・集約化のメリットが明確でないため不要か。	・必要	・圏域内での集約化は不能
課題集約化その他の	中小病院を集約化の対象とす場合、公的病院ではないため、院の運営方針、産科との兼ね合い等が課題となる。	安佐市民の中核機能が増した場合、勤務医の過重労働が問題となる。 ・休日対応に伴う安佐市民勤務医への負担増も課題。	集約化ではなく一次救急対応が課題。	・どこに集約するにしても、縮小される病院の了解を得るのが困難。	安芸津病院の増員の増員	病院医師の派遣元が岡山大学で実情がわからない。	・4病院のうち3病院が公的。 ・産科との兼ね合いが問題。 ・開設者の意向も問題	県境で唯一の24時間診療のため患者が増加していること。
今後検討事項		○3病院が一次、二次の役割分担を明確にすべき。 ○産科の集約化と協働したNICUの配置			沿岸部での安芸津病院と中国労災の連携、負荷の案分	・JA尾道総合と尾道市民との連携 ・JA尾道総合と三原赤十字との連携	・福山医療センターを中心として、残りの3病院の小児科医が支援する。	

※ 広島圏域北部では、安佐市民病院が休日(土・日・祝日)の準夜帯(18時~23時)の救急診療開始(2/17~)

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

小児科医療提供体制検討部会

部会長	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	大西 博之	市立三次中央病院小児科
	岸本 昭憲	広島市社会局保健部
	桑原 正彦	安佐医師会（広島県小児科医会）
	佐々木伸孝	厚生連尾道総合病院小児科
	杉原 雄三	東広島地区医師会
	高田 佳輝	広島県医師会
	中村 正則	廿日市市福祉保健部
	兵藤 純夫	広島市立舟入病院小児科
	細木 宣男	福山市医師会
	堀江 正憲	広島県医師会
	渡邊 弘司	呉市医師会
	渡辺泰三郎	佐伯地区医師会

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

- I. 救急医療体制について；
救急搬送受入れ困難事例の現況
- II. 災害医療体制について；
DMAT 整備と災害医療救護
マニュアルの改訂

救急医療・災害医療体制専門委員会

(平成 18 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

近年、大きな変化を遂げつつある救急・災害医療において、県民にとって“いつでも、どこでも、だれでも”質の高い救急医療を提供できる医療体制整備の充実が求められている。しかしながら、県民への初期救急医療の提供をめぐる課題、そして救急隊からの救急医療機関への患者受け入れ要請に対する“電話によるたらい回し”への対応が課題としてあげられている。一方、災害医療体制においては、福知山線の大規模列車事故を契機に、現場への災害医療救護チーム（DMAT）派遣が災害対応における重要な役割として注目を浴びようになり、広島県災害時医療救護活動における DMAT の位置づけを明確にする必要がある。災害時医療救護マニュアルの改訂に際して、その課題と広島県における災害対応システムの検証作業を開始した。

I. 救急医療体制について； 救急搬送受け入れ困難事例の現況

わが国の救急医療体制は、初期、二次、三次という階層性が導入されており、その選択を行うのは主として地域住民と救急隊である。初期救急医療体制をめぐるのは、時間外診療としての初期救急医療機関への受診が増え、救急外来が混雑し、診察まで長時間待たされる、迅速な初期診療が必要な場合に、その開始が遅れてしまうなどの課題が指摘されている。また、二次・三次救急医療機関として機能している医療機関においては、初期救急医療の提供のためにスタッフなど医療資源が費やされてしまい、より重症患者への対応が不十分となる可能性が懸念されている。

二次・三次救急医療体制について、二次は病院群輪番制病院及び救急告示病院、三次は救命救急センターにより構成されている。この中で、特に二次救急医療機関による迅速な受け入れ困難な状況が発生している。広島市消防局のデータによると、救急搬

送受け入れ要請において少なくとも1か所以上の医療機関から受け入れが不可とされた事例は、平成13年度には年間2,373件であったのに対して、平成17年度には2,886件、平成18年度には3,285件へと急速に増加していた（表1）。更に、この中で少なくとも5か所以上の医療機関により受け入れ不可とされた件数は、平成13年には102件であったものが、平成17年には180件、平成18年には307件へと急速な増加が報告されている（表2）。

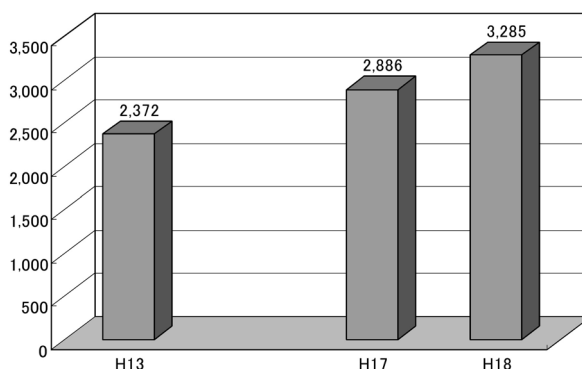


表1 入院を要する患者において医療機関受け入れ要請において少なくとも1箇所以上の医療機関から受け入れ不可の返事あり

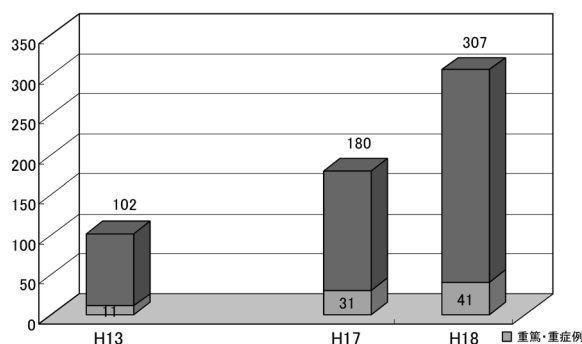


表2 入院を要する患者において医療機関受け入れ要請において少なくとも5箇所以上の医療機関から受け入れ不可とされた件数

* H17には22箇所の、H18には32箇所の医療機関から受け入れ不可となった事例あり

広島市消防局データより

三次救急医療体制については、県内5か所の救命救急センターの設置により、その充実が図られてきた。しかしながら、二次救急医療施設での救急事例受け入れ不可例が増加するに従い、本来二次救急医療施設にて対応可能な患者の三次救急医療施設への搬送例が増加し、三次救急医療施設としての機能を圧迫している現状も懸念されている。

1) 広島県における救急搬送応需状況

そこで平成18年度は、救急医療体制の整備充実を図る上で、その現状調査として救急搬送受入れ状況について、平成17年度実績に基づいて消防機関へアンケート調査を実施した。

広島県下での総救急搬送件数は104,678件であった。地域別には、広島市が38,908件と最も多く、福山地区は17,879件、呉地区が10,099件とそれぞれ年間1万件を越えていた。この中で、中等症以上の傷病者の救急隊による医療機関への受入れ要請に対して2回以上の要請が必要であった件数は、総計で7,154件、つまり全搬送件数の約7%を占めていた(表3)。全搬送件数の5%以上の事例において、受け入れまで2回以上の要請が必要であった地区が8地区であった。

2回以上受入れ要請が必要であった救急搬送事例のうち、5回以上の受入れ要請を必要としたのは487件(6.8%)であった(表4)。地区別に見ると広島市と府中町では、その割合は10%を越えていた。このように広島県において、救急隊からの救急搬送受

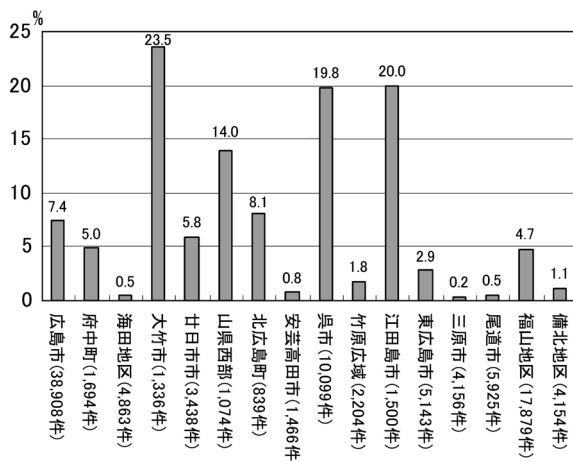


表3 中等症以上の傷病者の救急隊による医療機関への受入れ要請に対して2回以上の要請が必要であった件数割合(%)
(括弧内数値はそれぞれの地区における全救急搬送件数)

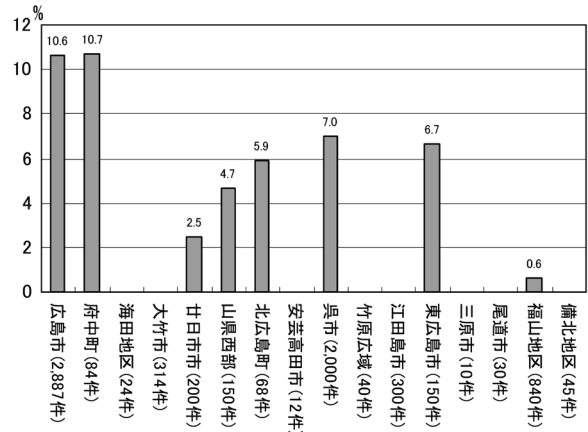


表4 2回以上受入れ要請が必要であった救急搬送事例のうち、5回以上の受入れ要請を必要とした割合(%)
(カッコ内数値は受け入れ交渉において2回以上の要請が必要であった件数)

入れ要請が医療機関に行われた場合に迅速に受入られていない地域の現状が明らかとなった。

救急搬送事例に対して、何故に救急医療機関による受け入れがスムーズに行われていないのか。専門外、処置中、病床満床などが当番の救急医療機関における受け入れ不可能な理由としてあげられている。一方で、広島市など救急医療機関の多い地区において、5回以上受入れ要請が必要であった事例の割合が高いという状況は、医療機関リソースが必ずしも有効活用されていない可能性を示唆している。

2) 救急ネット(支援救急搬送システム)の見直し

① 現況

救急搬送受入情報は、救急搬送を行なう際に、受入可能な医療機関を探すために、医療機関から提供されている情報である。しかしながら、救急搬送受入情報への年間入力回数率が50%未満の機関が増加し、その機関について、前年と比べて入力回数率が低下している。システム運用開始時は、最低朝夕の体制が変わった時間に情報の変更を依頼していたが、2回以上情報を更新している機関は、128機関中19機関という結果となった。また、医療機関の入力しているデータを詳細に調べると、毎日同一の情報を更新しており、事務方の作業として定例化されている傾向が見受けられた。これは医療機関がリアルタイムに受入状況を変更することは、運用上困難なため、実際は夜間帯も日中の情報、休日でも平日の情報等がそのまま提供されているという背景が伺われ

た。このように救急搬送受入情報の内容そのものが現状にあった情報でないため、有効に活用できる情報になっていない。また、本情報は、指令台のパソコンでは確認は行なえるが、現場の救急隊に情報を届けることができているという問題がある。

② 対策

そこで、新救急搬送支援システム「こまっTEL」(以下、本システム)では、救急隊が医療機関を選定

する際に、困難と感じる5件以上問い合わせを行なった場合をターゲットとし、実効性の高い救急搬送支援システムを構築することとした(図1)。

i) システム内容

システムに登録した携帯電話を活用して、救急隊員の声による受入要請の発信を一斉に医療機関に行なう機能を開発した。

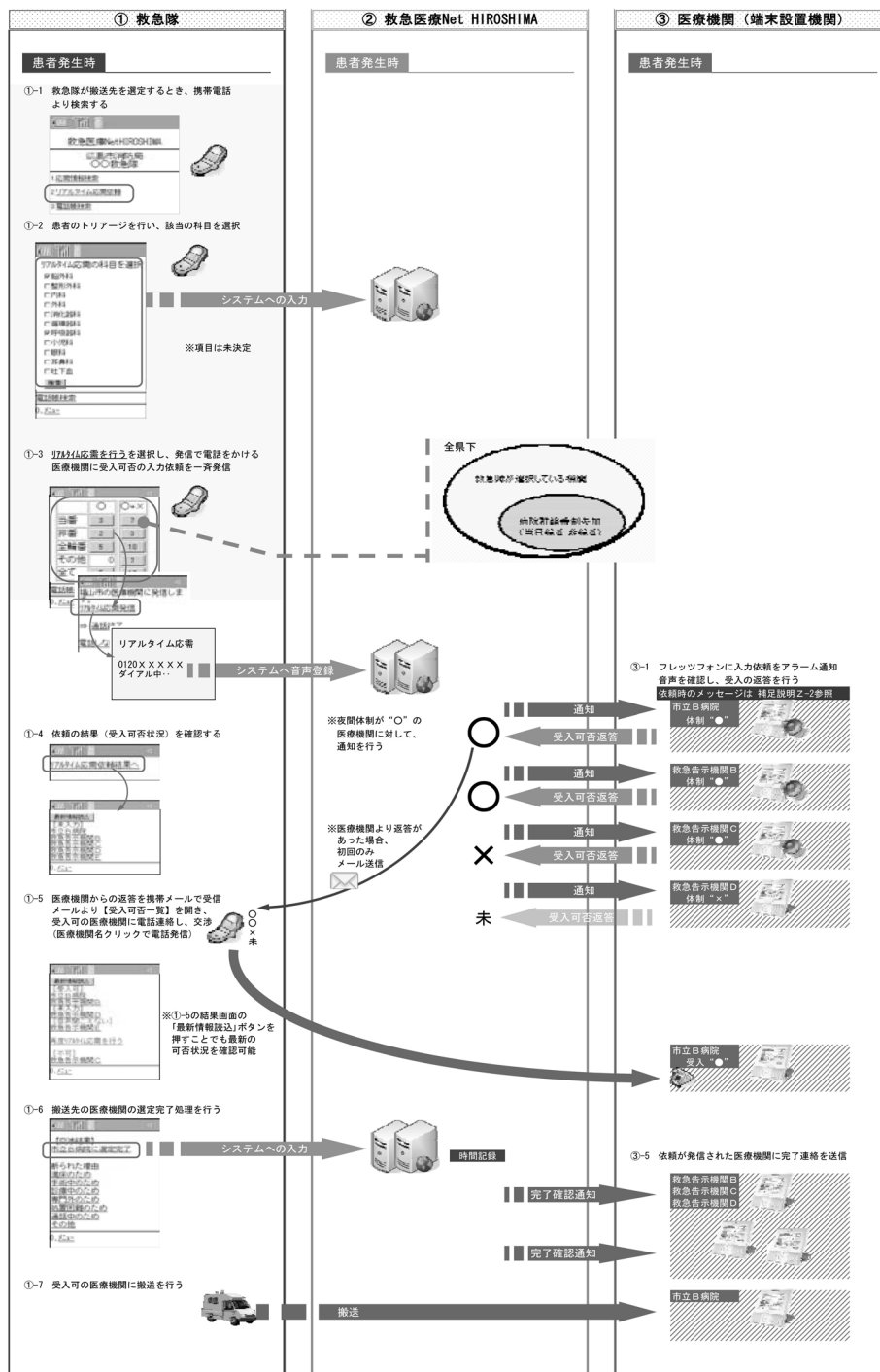


図1 新救急搬送支援システム「こまっTEL」概要
(NTTデータ 第三公共システム事業本部医療福祉事業部資料より)

[具体的操作の流れ]

1. 【救急隊】 応需科目，病院群輪番制参加有無等を選択する
→救急車（救急隊）ごとに事前登録した該当医療機関を要請の発信対象機関としてセットする。
2. 【救急隊】 システムに電話をかけ，傷病者の容態を録音する
→電話を切ることで，医療機関に受入要請の発信を行なう
フレットフォン（医療機関設置端末）にアラーム通知が入り，救急隊の音声メッセージが流れる
3. 【医療機関】 音声メッセージから受入可否を判断し入力を行なう
4. 【救急隊】 携帯電話で医療機関の受入可否情報を確認する
5. 【救急隊】【医療機関】 受入可能な医療機関と直接電話交渉する
6. 【救急隊】 搬送先が決まれば選定完了ボタンを押す
→依頼をかけた医療機関に搬送完了周知を行なう

本システムにより，救急隊が搬送先医療機関の選定が必要なときに，医療機関からその時点の受入状況を収集可能となり，より迅速な受け入れ先医療機関の選定が可能となる。また，大災害時などにおいて，多数傷病者が発生した場合にも，受け入れ医療機関の一斉検索が可能であり，その効果が期待される。

3) 救急医療体制の課題と今後の方向性

全国調査によると，救急告示医療施設の総数は，過去5年間でその1割近くが救急指定を返上しており，救急医療体制の足元が揺らぎ始めている。本県でも救急告示医療施設や輪番制病院群への参加医療機関は，減少傾向にあり，これが救急隊による救急受け入れ不可事例の主な原因となっていると考える。そしてその背景には，医師や看護スタッフの不足があることは間違いのない事実であろう。

一方，市民生活の多様化から救急外来を時間外外来として利用する市民が増加している。結果として，夜間外来医療を求めて，地域の中核救急医療機関に多くの患者が集中していることは，夜間外来におけ

る待ち時間の延長や混雑を生み出し，本当に必要とされる重症患者への迅速な医療を提供できない危険性を生み出している。加えて，救急隊搬送事例の二次救急医療機関による，受け入れ不可例の増加や結果としての救命救急センターへの軽症患者の搬送増加は，初期，二次，三次救急医療体制というわが国の根幹となるシステムが，新たな段階に入りつつあることを示唆していると言える。

こうした背景のもと，医師不足対策と並行して，どのような救急医療体制を整備するのか。

① 初期救急医療体制の整備

二次救急医療体制，更には三次救急医療体制までもを圧迫しつつある初期救急医療の課題をどう克服するのか。これまで，地域によっては救急外来診療のみを提供する休日急患センターが設置・運営されてきた。しかしながら，市民による大病院・総合病院志向は，救急医療においても根強く残っており，休日夜間急患センターや在宅当番医制を整備する地域においてさえ，多くの市民が中核的救急医療機関へ集中する傾向が指摘されている。一方で，休日夜間急患センターの整備されていない地区では，その設置により解決を図るという案も提起されているが，市民による大病院・総合病院志向が改められない限り，休日夜間急患センターの設置効果は期待できないであろう。

これに対しては，2つの案が考えられる。一つは，時間外診療を避けるよう，あるいは軽症の疾患については休日夜間急患センターや在宅当番医への受診を薦めるなど市民に対する強力な啓発活動である。もう一つは，初期救急医療の提供を行っている地域の中核救急医療機関の機能をサポートすることである。既に勤務医の過重労働は周知されている通りであるが，この傾向は特に救急医療機関に著しい。行政や医師会が，こうした中核救急医療機関に対して財政的，人的サポートを提供することにより，当該医療機関勤務医の負担を増やすことなく救急医療機関の機能アップを図る必要がある。人的サポートの一手段としては，医師会や他医療機関からの非常勤医師による夜間診療支援があるが，その医療機関の診療システム（例えば電子カルテなど）の使用に関する事項や事故発生時の対応，各専門診療科による支援体制のあり方など解決すべく課題がある。

② 二次救急医療体制の整備

救急搬送受け入れに対して，いわゆる“電話によ

るたらい回し”を避けるための方法としては、既に紹介した新救急搬送支援システムの整備に加えて、該当医療圏域においてアドバンストリアージを実施する救急医療機関を選定する案がある（図2）。アドバンストリアージとは、救急患者に対する初期診断評価と初期治療を実施した後に決定的治療や継続加療が実施できる適切な医療機関を選定するという方法である。アドバンストリアージを実施する医療機関は、救急隊から受け入れ要請を受けた救急患者に対して、必ず初期診断評価と初期治療を実施し、入院が必要な場合は、適切な医療機関を指定し転院搬送をアレンジする役割を持つ。アドバンストリアージを行う医療機関では、トリアージを行える体制（スタッフ、各種検査、初期治療）を整えておく必要がある。一方で、アドバンストリアージされた患者の受け入れ医療機関については、重症例では、救命救急センターが、それ以外では、輪番制病院群医療機関を臓器別に指定し、受け入れがスムーズに行えるよう事前調整をしておく必要である。搬送方法としては、救急車の他、民間事業者による搬送サービスも利用することも考慮されるべきである。既に地域によってはアドバンストリアージ医療機関的な機能を担っている救急医療機関が存在するが、その役割を制度的な枠組みの中で整備する必要があると考える。

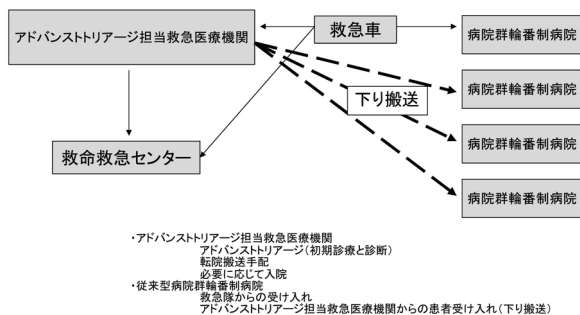


図2 アドバンストリアージシステムを導入した救急医療体制（案）

II. 災害医療体制について； DMAT 整備と災害医療救護 マニュアルの改訂

米国における DMAT (Disaster Medical Assistant Team) をモデルとして、わが国でもその整備が行われてきた。そして福知山線の大規模列車事故を契機に現場への医療チーム派遣が災害対応における重要

な役割として注目を浴びるようになった。平成 17 年より厚生労働省は制度として DMAT 育成事業を展開しており、広島県においても災害拠点・協力病院において DMAT が誕生している。こうした中、平成 18 年 10 月 7 日に福山市民病院にて災害医療救護訓練が実施された。

今後、DMAT 育成を促進すると共に、広島県災害時医療救護活動における DMAT の位置づけを明確にする必要がある。

一方、原子力発電所を巻き込んだ大地震発生の可能性や国際緊張が高まる中で、放射線災害や生物・化学災害など特殊災害への整備を急がねばならない。平成 16 年には、広島大学が国の三次被ばく医療施設に認定されており、広島県における放射線災害や化学災害など特殊災害対応も新たに整備する時期に来ている。

1) DMAT 活動要領と課題

① DMAT とは

阪神淡路大震災では、多くの傷病者が発生し医療の需要が拡大する一方、病院も被災し、ライフラインの途絶、医療従事者の確保の困難などにより被災地内で十分な医療も受けられずに死亡した、いわゆる「避けられた災害死」が大きな問題として取り上げられた。自然災害に限らず大規模な集団災害において、一度に多くの傷病者が発生し医療の需要が急激に拡大すると、被災都道府県だけでは対応困難な場合も想定される。

このような災害に対して、専門的な訓練を受けた医療チームを可及的速やかに被災地に送り込み、現場での緊急治療や病院支援を行いつつ、被災地で発生した多くの傷病者を被災地外に搬送できれば、死亡や後遺症の減少が期待される。また、このような災害医療活動には、平時の外傷の基本的な診療に加え、災害医療のマネジメントに関する知見が必要である。この活動を担うべく、厚生労働省の認めた専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームが日本 DMAT (以下「DMAT」と言う。)である。DMAT とは、大地震及び航空機・列車事故といった災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームである。

DMAT は災害の急性期 (概ね 48 時間以内) に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームであり、広域医療搬送、病院支

援、域内搬送、現場活動等を主な活動とする。

DMATを構成するメンバーは独立行政法人国立病院機構災害医療センター（災害医療センター）等で実施される「日本DMAT隊員養成研修」を修了し、厚生労働省に登録された者であり、DMAT登録者には、DMAT隊員証が交付される。DMAT登録者は、災害急性期にDMATとして派遣される資格を有する。統括DMAT登録者はDMATの運用に関する専門的知見を持ち、厚生労働省に認定されたものであり、日本DMAT隊員養成研修において指導的役割を果たす。災害時においては、DMATの運用の指導的役割を果たし、責任者となる。

② DMAT運用の基本方針

i) 平時における活動

活動は、平時において都道府県と医療機関等との間で締結された協定及び厚生労働省、文部科学省、都道府県、国立病院機構等により策定された防災計画等に基づく。厚生労働省は、標準化された教育・訓練の推進及びDMATに参加する要員の認証・登録により、DMATの質を向上させるものとする。都道府県は、通常時には、DMAT運用計画の策定、医療機関等との協定の締結等を行う。DMAT指定医療機関（後述）は、通常時には派遣の準備、DMATに参加する要員の訓練に努める。

ii) 災害時における活動

DMATの派遣は、被災地の都道府県からの要請に基づく。厚生労働省は、初動期からの積極的な情報収集等により、都道府県に対し必要な支援を行い、DMATの活動に関わる情報集約、総合調整及び関連省庁との必要な調整を行う。緊急でやむを得ない場合、厚生労働省、都道府県等は、被災地の都道府県の要請がなくとも、医療機関の自発的な活動に期待した要請を行うことができるものとする。都道府県は、災害時には計画に基づきDMATを運用し、活動に必要な支援（情報収集、連絡、調整、人員又は物資の提供等）を行う。DMAT指定医療機関は災害時には、要請に応じてDMATを派遣する。

災害拠点病院、日本赤十字社、国立病院機構、国立大学病院等は、活動に必要な支援（情報収集、連絡、調整、人員又は物資の提供等）を可能な範囲で行う。

③ DMAT活動要領の位置づけ

災害対策基本法に基づく防災基本計画には、以下のように、国、都道府県又は日本赤十字社の役割と

して、救護班やDMATの派遣の要請が記載されている。

・国は、災害発生時に迅速な派遣が可能な災害派遣医療チーム（DMAT）に参加する、医師、看護師等に対する教育研修を推進するものとする。

・国〔厚生労働省、文部科学省〕、日本赤十字社及び被災地域外の地方公共団体は、医師を確保し救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）を編成するとともに、必要に応じて、公的医療機関・民間医療機関からの救護班・災害派遣医療チーム（DMAT）の派遣を要請するものとする。

④ 広島県におけるDMAT運用への課題

厚生労働省によるDMAT整備事業により、広島県においても9チームのDMATが誕生している。そこで、広島DMATが活動できる環境整備を早急に実施しなければならない。

i) 広島県とDMAT認定施設との協定の締結

厚生労働省によるDMAT運用の基本方針にも述べられているように、広島県とDMAT認定施設との協定を締結する必要がある。協定においては、派遣要請基準、準備資器材、派遣にかかわる支弁や事故発生時の補償などについて検討しておく必要がある。

ii) 出動要請手順

これまでは、厚生労働省から出動要請を受けたDMATが個別に出動していた。しかしながら、DMATは、県およびその所属する医療機関の責任において派遣される必要がある。一方で、派遣決定には迅速性が求められるため、スムーズな派遣決定ができるように、広島県およびDMAT認定施設はその手順について作成する必要がある。

iii) 派遣方法

交通網が遮断されている場合や迅速なDMATの移動が求められる場合には、消防防災ヘリや自衛隊機を利用するなど被災地や広域搬送基地へのDMAT派遣先への搬送方法を検討する必要がある。

iv) 派遣中の連絡方法

v) 広島県災害医療救護マニュアルにおけるDMATの位置づけ

広島県、あるいは近隣県において大災害が発生した場合には、県外から多くのDMATが医療救護のために参集することになる。全国からのDMATの受け入れ中継基地、広域搬送医療拠点、参集DMATの統括、医療救護班との役割分担、県内への派遣方法と派遣先での役割などを含めて広島県災害医療救護

マニュアルを改訂する必要がある。

2) 広島県災害医療救護マニュアルの改訂

このように近年の災害医療対応の変化としては、DMATを含めた災害対応に加えて、瓦礫の下の医療（Confined Space Medicine, CSM）が注目されている。DMATについては、新潟中越沖地震においてその活躍が報告されている。一方、CSMについては、JR福知山線脱線事故における活躍が記憶に新しい。この事故では、5名が事故車両の中に長時間閉じ込められた。これに対して兵庫県災害医療センター、千里救命救急センター、そして済生会滋賀県病院の医療救護班が実施したCSMにより4名が救出され救命されている。このように近年の災害医療対応においては、災害医療専門チームの役割が注目されている。

[DMAT およびコーディネータ活動指針]

広島県の災害医療救護マニュアルでは、コーディネータ

を軸とした活動をその特徴としている。一方で、その役割と実効性については訓練や実践を通じて十分に検証されていない。また、化学災害や放射線事故災害など特殊災害への対応整備も必要である。以下、広島県災害医療救護マニュアル改定のポイントをあげる。

- i) コーディネータによる情報収集と医療の需給バランスの調整のための具体的な活動を明記する
- ii) 各地区医師会が策定した医療救護マニュアルとの整合性を図る
- iii) DMATの活動要綱を作成する
- iv) DMATの災害対応の中での役割を明確にする
- v) 特殊災害への対応を加える

以上の要点を踏まえて、昨年度の本委員会では、新体制へ向けてマニュアルの骨子が検討されており、平成19年度中には、新しいマニュアルの策定が予定されている。

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
	大田 泰正	福山市医師会
	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	小島敬太郎	府中地区医師会
	佐渡 忠典	広島県県民生活部危機管理局危機管理室
	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
	藤原 孝行	広島市社会局保健部保健医療課
	松浦 正明	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	三村 滋	広島市社会局保健部保健医療課
	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 聰	広島市消防局警防部救急課
	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

次世代救急・災害支援情報システム 「救急医療 Net Hiroshima」のリアルタイム応需機能

- I. 目 的 ・ 方 法
- II. 評価に基づく課題整理
- III. ICTの側面からの改修要件の整理
- IV. 実 装 試 験
- 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 18 年度)

次世代救急・災害支援情報システム 「救急医療 Net Hiroshima」のリアルタイム応需機能

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

I. 目的・方法

システム構築の目的は、社会システムとして迅速かつ確実な救急搬送先選択を可能にし、医療機関収容前の搬送実態を定量的に評価できることが必要である。しかし、担当者の無線通話による個別照会・対応、および、実態の個別記録に頼っている現状では、根本的な搬送体制の改善が困難であった。

広島県は、インターネット技術を基盤とする「救急医療 Net Hiroshima」を 2007 年度から更新するに当たり、行政、医師会および大学が構成する広島県地域保健対策協議会に救急・災害医療に関する情報化検討部会（救急・災害情報検討部会）、広島県救急行政（消防機関を含む）代表者（7 名）、受入れ医療機関実務担当者（5 名）、および第三者（医療情報学・医療管理学的研究者）から構成）を設置した。

I.1 次世代システムの検討手順

救急医療専門委員会で 2004 年から継続して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
- 2) 救急現場および消防機関（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
- 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
- 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) 大規模災害時における現場への広域支援情報システムの仕組みの検討

I.2 プロトタイプの構築と評価

さらに平成 17 年度においては、上記調査に基づいて、

- 1) 救急隊および受け入れ側医療機関の問題意識と解決策の意向整理
- 2) プロトタイプの構築
- 3) 広域災害時を想定した実働演習において試行評価
- 4) 実装時の改良点の整理

の手順で、次世代システム（第 3 次システム）稼働時の技術・運用課題を想定した評価を行った。

II. 評価に基づく課題整理

平成 17 年度に行った救急隊の従来のシステムに対する評価（情報化検討部会報告・平成 17 年 9 月 7 日）では、応需入力データの最新性に問題があり、信頼性の高い情報に乏しいことに起因して、救急隊の搬送先選別は、経験則で約 50%、輪番表・当番表に基づく約 44% であり、うち直近が約 25% という状況であった（複数回答）。特に、救急本部に対する問題意識調査では、特殊科目、管轄外（隣県を含む）の受け入れ状況の困難さを指摘した（表 1）。

救急搬送先の決定は、通常、現場救急隊が第一次的には判断し決定することが多い¹⁾。複数の重傷者、および多数の被害者の発生には救急現場と救急本部指揮台との連携により搬送先が定められる。さらには大規模交通事故、人為的事件、および広域災害においては、組織的な体制が効果を発揮する必要がある。

しかし、そのような大規模災害においても基本的には、現場に最も早く到着した救急隊の判断が優先され、その際の情報交換の適否が後の組織活動に影響する。救急隊は従来からの電話による医療機関情

表1 現行の救急受け入れ先選択時の問題点
(広島県内16救急本部・複数回答)

特殊な科目の応需状況の把握できない	12
眼科	8
耳鼻咽喉科	7
精神科	11
その他科目として	
産科	1
婦人科	2
産婦人科	2
小児科	3
年末年始, GW, お盆等の大型連休時の応需状況の把握ができない	2
管轄外の搬送で応需状況の把握ができない	5
近隣県の搬送で応需状況の把握ができない	3
複数患者の発生時に, 搬送先の選定に時間がかかる。	6

報の入手では, 管轄外の搬送を必要とする際に組織的に応需状況の把握ができず, 複数患者の発生時において搬送先の選定に時間が増加しており, 社会問題にも発展しつつあると回答した。

平成17年度の調査では, 県内 7,154 件/104,467

件の平日夜間や休日における最新の医療機関の受入体制が救急隊に伝わらない実態が指摘された²⁾。それは, 最新情報を更新しない医療機関があることのほか, 消防本部救急指令台には端末があるが, 救急隊へ直接, 情報を伝える仕組みがないことも理由のひとつであることが指摘された。

一方, 情報履歴分析結果では, 受け入れ医療機関側の応需入力(受入可否情報)として, 86%の機関がほぼ毎日入力していると回答した³⁾。

Ⅲ. ICTの側面からの改修要件の整理

従来のシステムは医療機関側が受け入れ可否情報を入力することが前提となってきた。しかし, 逆の観点からすると14%が入力されていない現状では, 救急隊としては情報の信頼性がなく, それが積極的なシステム活用につながらない要因ともいえる。

救急・災害情報検討部会は, 上記を基本対策課題と定め次期システムの複数の機能モデルを作成して運用過程(改修点)の再検討を行い, 複数の運用モデル構築(図1:最終的概念図), それに基づいて実装試験計画を立案した(図1)。

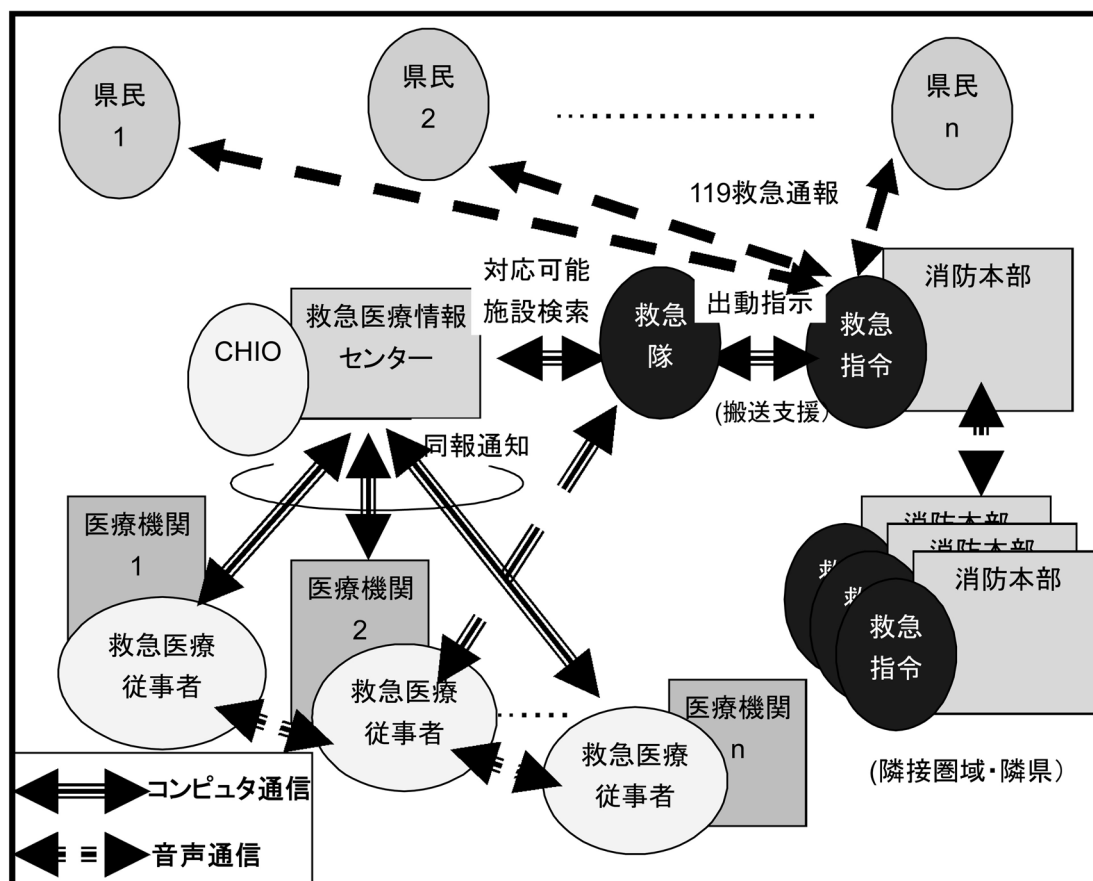


図1 次期システムとして提言した運用連関図(リアルタイム同報応需確認, 搬送支援機能)

Ⅲ.1 救急・災害情報システムの運用モデルの再構築

運用モデルの目標課題は、1) 現場にある救急隊が、受け入れ可能機関情報をリアルタイムに入手し、2) 受け入れ先を選択し決定するまでの過程で、迅速かつ確実な情報交換を支援し搬送先の決定を支援できるか、3) 搬送先選択（受け入れ先確認）の時間過程を事後に評価する資料の提供ができることを要件した。

Ⅲ.1.1 搬送先の基本情報の更新登録

広島県内 119 箇所の二次輪番救急病院と 3 箇所の第三次病院を対象として、それぞれの専門診療科の基本的な受け入れ可否を救急隊の管轄地域別にセット化してサーバに登録、毎日 2 回（平日、休日の昼間用 8 時 30 分、夜間用 18 時）に更新するものとした。従前の空床情報、受け入れ可否情報の応需機関による手による登録は、必ずしも最新情報ではないため、手間の割りに実効が薄いと判断して今年度から止めた。受け入れ機関の情報は、事前、および変更時に申告したものを毎日、定時に自動更新するものとした。

Ⅲ.1.2 個別の救急隊管轄内検索機能

救急隊の管轄地域内の搬送先の選択・決定過程は一般的に次のように見積もった。

- 1) 発見者から通報を受けた消防本部救急指令は救急隊に出動指令を従来の方法で出す。
- 2) 救急隊は現場到着時に対象者の容態判断（トリアージ）を行う。
- 3) 救急隊長は、携帯電話端末のメニュー画面に専門診療科を入力、サーバ内のデータを「発信救急隊の管轄地域」と線も進路床をクロス検索して表示する。
- 4) 救急隊長は同時に携帯電話音声で現場状況と受け入れ要請内容を携帯電話を通じてサーバのメモリに吹き込む
- 5) 候補機関リストから専門科目名を選択、発信操作を行うことによって、メモリ内容（音声）をあらかじめ設定された複数の医療機関に同時に発信する（図 2 右上）。
- 7) 同報通信を受けた現行最大 119 機関の医療機関は専用端末画面で状況を画面（いつ発生、どの救急隊、音声（状況）で確認（図 2 左上）の後、
- 8) 医療機関はリアルタイムに応需情報を返送（同左下）、救急現場は複数の医療機関から情報得て第一義的に搬送先を選別（同右下）



図 2 救急現場と受け入れ病院間の交換情報の概要

- 9) 携帯電話を介した音声による搬送先担当者との間で、受け入れ承諾を確認するとともに対象者に関する情報交換を行う。
- 10) これらの過程を通じた時間関係を記録、事後に当事者間で分析して改善の指標とすることとした(後述)。

III.2 広域的検索の必要時の対応

救急隊の管轄内の医療機関では対応ができない場合がしばしば起こる。平成17年時の調査では休日、夜間の搬送時、小児科、産科、精神科、および重篤基礎疾患を有する患者の外傷などの対応が難しいことが指摘されていた³⁾。その際、現場で搬送に当たる救急隊のみでは対応できない場合、救急指令台が支援する(図3)。

広島県下の16消防本部がこの体制に参加予定である。平成19年8月までに体勢が整うのは、6消防本部、86救急隊に対してである。

指令台が入手する情報は、PCを用いて前項の1)～9)についてのほか、サーバから圏域外の機関に拡大して受け入れ機関を検索、搬送先選定、搬送受け入れ過程状況して救急隊に提供する機能を有する。

IV. 実装試験

高速道路での大規模事故を想定した実験を、福山市民病院を拠点に全県を対象として行った(図4)。

IV.1 試験実施の概要

搬送先の対象は、広島県下の7医療圏別に設定された2次救急病院と、3箇所3次救急病院108施設が参加した。この演習は事前に、期日、開始・終了時刻は関係医療機関に告知され、かつ開始1時間前には関係医療機関に通信機器の稼働準備を個別に終えていた。

救急演習開始(13時00分)後、現地指令から108医療機関に設置された端末へ、一斉に音声での収容打診が行われた(図2下段)。通信締結率は101/108(実装試験時の端末設置機関数)であり、不達はネットワーク設定と電源未投入などの人為的不良であった。救急隊からの一斉の応需可否打診の音声入力後、医療機関側の着信までの時間(回線締結時間)は平均42秒(最短19秒, 最長4分27秒)、着信後受け入れ可否応答は最速41秒で38/101機関、設定期限(5分)内の応答は31/38であった(図5)。

NO	選定開始日時	状態	依頼地区	依頼項目	依頼元	選定完了日時	搬送先医療機関
36	2006/07/22 23:00:50	交渉中	南区, 西区, 中区	脳外科	○■救急隊 09020020850	搬送先選定	
35	2006/07/22 20:00:50	実行中	南区	心臓救急	○■救急隊	搬送先選定	
34	2006/07/21 19:00:50	完了	中区	整形外科	○○救急隊	2006/07/21 10:05:01	○○総合病院1
33	2006/07/20 20:00:50	完了	西区	脳外科	▲▲救急隊	2006/07/20 10:35:51	○○総合病院2
32	2006/07/12 22:00:50	完了	東区, 安佐南区, 安佐北区	脳外科, 小児科	▲○消防本部	2006/07/12 19:45:21	○○総合病院2
31	2006/07/12 21:00:50	完了	安芸区	小児科	▲○救急隊	2006/07/12 14:55:51	その他医療機関
30	2006/07/10 00:00:50	完了	南区	整形外科	○■救急隊	2006/07/10 14:15:01	○○総合病院3
29	2006/07/08 23:00:50	完了	中区	外科	○○救急隊	2006/07/08 04:20:01	○○総合病院2
28	2006/07/07 20:00:50	完了	中区	脳外科	○○救急隊	2006/07/07 20:35:11	○○総合病院1
27	2006/07/06 05:00:50	完了	東区	整形外科	■●救急隊	2006/07/06 05:05:01	未入力

図3 救急指令台PC画面における搬送先選定の進捗状況表示



図4 高速道路における大規模事故を想定した実装試験

リアルタイム応需照会実装実験の実況

No		時間経過 (単位 時:分:秒)	
1	救急隊が電話を掛けた時間	13:15:01	救急隊が携帯電話を操作(音声吹込含む)した時間 0:01:40 (内音声0:00:28) システムからメッセージ送信にかかった時間 0:00:19 医療機関が受入可否を判断した時間 システムから携帯メール送信にかかった時間 10秒以内 救急隊が搬送先選定するための判断時間 (トリアジ完了時) (10分52秒)
2	救急隊が電話を終えた時間	13:16:41	
3	最初に医療機関端末に音声 が到着した時間	13:17:00	
4	最初に医療機関が応答した時間	13:17:50	
5	救急隊にメールが届いた時間	13:17	
6	救急隊が選定完了を入力した時間	13:28:42	

■ : 救急現場 □ : 医療機関

※救急隊の操作が完了後(No2)、医療機関から回答があった時間(No5)
おおよそ 1分19秒

図5 「救急医療 Net Hiroshima」のプロトタイプの実装試験状況

NO	医療圏	可否	音声が入力するまでの時間	着信してから応答までの時間	照会に要した時間	連絡メール有
21	試験機関	×	00:00:30	00:01:56	00:02:26	
22	広島	×	00:00:28	00:02:09	00:02:37	
23	試験機関	×	00:00:46	00:01:58	00:02:44	
24	福山・府中	○	00:01:16	00:01:30	00:02:46	
25	広島	○	00:00:31	00:02:18	00:02:49	携帯DoCoMo(2) ※不着
26	福山・府中	○	00:01:18	00:01:35	00:02:53	
27	福山・府中	○	00:01:14	00:01:39	00:02:53	PC(2)
28	広島中央	×	00:01:01	00:01:56	00:02:57	
29	福山・府中	○	00:01:18	00:02:06	00:03:24	PC
30	広島中央	×	00:01:06	00:02:36	00:03:42	
31	広島	×	00:00:53	00:03:04	00:03:04	
32	広島	○	00:00:47	00:05:37	00:06:00	
33	福山・府中	×	00:01:12	00:05:42	00:06:54	PC
34	福山・府中	○	00:01:20	00:08:40	00:09:00	携帯EZweb
35	呉	×	00:01:07	00:11:35	00:12:42	PC
36	広島 システム終結後	×	00:00:40	00:13:27	00:14:07	
37	尾三 システム終結後	未	00:01:09			
38	広島	未	00:01:21 NG			
39	広島	未	00:00:42			
40	広島	未	00:00:56			

図6 通信記録による受け入れ照会-応答過程の分析

IV.2 不成功要因の分析（時間記録の分析）

事前に計画され告知された演習においてさえ、医療機関側が応答しなかったかあるいは、期待した応答時間内に応答しなかった要因を事後に分析した。情報機器の未整備（ポート異常）であり根本的な不都合問題ではなかった。

- 1) 救急現場では、携帯端末操作の不慣れに起因して音声入力時間が28秒に対し、全送信時間は1分40秒を要した。その際、晴天日中の液晶画面の視認性が悪いことが指摘された。
- 2) 救急隊が伝文を発信後、返答までの最長5分を実用限界点として期待した。個別の事前機器確認にかかわらず、音声による依頼の伝聞不達（5件）、その他はすべて機械的には着信しているにもかかわらず医療機関側が期待する応答時間内に返信しない場合であった。

システム機器の問題としては、1) 着信の救急隊からの音声聞き取りにくい、2) 着信情報に対し、必ずしも正しく判断し回答できる者が着信を受け取らなかった。3) もしくは医師などに確認をとれなかったことであった。現行は受信側の端末機器については設置場所の周辺でなければ着信が感知できない。夜間・休日においては受け入れ判断が可能な担当者が携帯端末を常時携帯することが必要であることを改めて確認した。現在のところ携帯端末は電話の着

信のみが可能である。二次救急医療機関が大半であり、通常の医療業務中の救急対応であることが多い。受け入れ側業務フローの詳細な分析の上、受信側携帯端末の組入れの検討が不可欠である。

V. ま と め

広島県では次期救急医療情報システム構築に当たって、適切な医療機関に迅速に患者が搬送される仕組みの再構築を試みている。救急現場の状況に応じた搬送先の選択は、救急隊と医療機関の双方に最新情報が不可欠である。従来のがわが国の救急医療情報システムは、応需情報の入力が必要でも最新のものと言えず、依然として救急現場と医療機関の経験則にもとづく個別対応が中心になっている。最近の広域、大規模災害事例でも、組織的な情報交換が確立しているとはいえない。

このたびの改良点は、第一に救急現場における情報システムをして、当事者間による複合した情報交換による迅速かつ確実な搬送先選択、第二に救急体制評価のためのデータ集積手法を得ることを企図した。

搬送先の迅速な決定目的には、演習参加の救急搬送側の意見では、データ通信機器の組み合わせについて、

- 1) 携帯端末操作に習熟すれば機械的な回線締結

時間は満足できる範囲にある。

- 2) 救急隊としては、現行の携帯電話は炎天下では画面が見えにくく、悪天候では防水性に問題があるほか、呼出し応答時間と搬送先選別操作に課題を残す。
- 3) 病院側には現地から依頼が音声で通報されるが、双方向性に欠けることが判明し実装時の改良が求められる。
- 4) 応答性能には設置場所と操作性との関連があり、夜間・休日に焦点あてたシステム構成上の改良検討とともに、各機関に受け入れ態勢の見直しが不可欠である。
- 5) システム習熟が不可欠である。このために救急隊、受け入れ機関双方の情報システムを紹介する、救急・災害情報連携訓練（必要に応じて抜き打ち訓練）を定例化することを強く提言する。

さらに、搬送先決定過程の評価支援は本システム導入目的のひとつである。従来の音声応答による搬送先決定と担当者の個別の用手記録では困難であった、均質な記録に基づく全県的な救急搬送実態の集計分析が期待できる点で、過去にない画期的な社会システムとすることが期待される。

本システムが有用な情報源として位置づけられていくために、集積される情報のTrustworthiness（信頼性）の確保が不可欠である。このように一貫した総合救急・災害情報システムにおける要件は、事案発生時から始まり、患者収容時にいたるプロセスの各段階において、正しい情報が記録される Authenticity（真正性）が保証されることである。

そのために、施設側において、以下の要件整備が不可欠であると考える。

- ① 安定した電源の確保
 - 救急車における外部電源車との接続設備（広域災害時）
 - UPS, 電源車の接続設備, 自家発電設備（施設側）
- ② 伝送路の確保
 - 複数の伝送路の確保（複数のキャリア, 専用線, ISDN, 衛星通信など）
 - 構内ネットワークの2重化（機器の2重化, 配線の2重化）
- ③ 複数の通信手段の確保
 - VOICE, FAX, など

④ サーバ/データの2重化

本システムは、救急隊の管轄外地域を検索しなければならない場合に威力を発揮すると考える。救急隊と消防本部救急指令台および、周産期、心臓循環器、脳血管障害、精神など専門診療科別の隣県をまたがる組織的な運用体勢の構築が成功の鍵といえよう。

さらには、安定的で安全な広域医療情報システム運用体制の構築が必要である。

そのために、「地域医療情報管理者（RCHIO: Regional Chief Healthcare Information Officer）」と医療情報技師（Health IT: Healthcare Information Technologist）による、救急・災害医療情報システムの専門的運用管理組織（ERHIT: Emergency Rescue Health Information management Team）の構築が不可欠である。

用務は、以下の3点である。

① 運用時の監視

- ネットワーク監視・サーバ監視・電源監視

② データ破壊・漏洩の防止

- バックアップ, データベースのレプリカ, 複数の遠隔地へのデータバックアップ
- データベースの暗号化
- 適切なアクセス権限の付与
- 伝送路上のデータ暗号化

③ データベースの鮮度の保障

- マスタのメンテナンス

さらに、最近の国際環境を考慮する基本的事項として以下の点を総合的に考慮しなければならない。

① 天変地異に対する対応

- 建物の耐震, 免震構造, 設備の耐震対応
- 消火設備

② 人災に対する対応

- 運用チーム, 利用者に対する教育・訓練
- システム改修に対する運用テスト・資源配布
- マスタメンテナンス
- テスト系の維持

③ 盗難・破壊に対する対応

- 入退室管理, 外部委託先の管理
- 設備の固定, 施錠・部屋の施錠・鍵と人的関連の管理
- 物品管理台帳の作成と定例監査

何にも増して、本システムが救急・災害時の必須のシステムとして機能するために、「日常的に活用する」ことによって内的要因を整備すること、「緊急時対応のユビキタス社会システムとして」上記の体制整備が不可欠である。

そのためにも、上記を総合した

- ① 日常の運用訓練の実施
 - ② 運用側（救急隊・医療機関）の視点に立ったシステム問題課題の分析
 - ③ 新しい情報技術の安定度の分析・評価
 - ④ 現場に即したシステム改良計画立案
- する体制構築を喫緊の課題として提言する。

参 考 資 料

- 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，平成 17 年
- 3) 平成 17 年度広島県地域保険対策協議会調査研究報告書（通巻代 37 号）；広島県地域保健対策協議会，平成 18 年

Abstract

The Next Generation Information System to Support and Evaluate Wide Area Emergency Relief on Demand

Kiyomu Ishikawa MD, D.Ms

Aim: In Hiroshima Prefecture, following the construction of internet-used “Emergency Net Hiro-

shima”, the second generation system has been functioning. Based on its operation evaluation, the third system which is capable of monitoring evaluation of pre-evacuation process at the time of emergency or wide regional disaster will be activating.

Approach: Information Study Group of Regional Health Policy Council composed of medical administrators, medical association members, and university staff conducted the evaluation of annual system use and the needs analysis of inhabitants, emergency services, and accepting medical facilities. The outcome was the key in making the blueprint of the next generation wide regional emergency supporting information system due to start in fiscal 2006.

The Reform Policies :

1. At emergency state, especially disaster occurrence, relief activity personnel simultaneously request medical facilities the reply input towards their acceptance inquiries by means of mobile terminals.
2. Medical facilities input the real-time acceptance information.
3. The newest information connecting incident site and medical facilities is available.
4. Operation center distributes both of the acceptance information and the intention of emergency service along with monitoring, which leads to the post-action evaluation.
5. The function to monitor the incident site should be designed for related institutes.

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	広島大学病院高度救命救急センター
	牛尾 剛士	医療法人 牛尾内科医院
	大年 博隆	広島県福祉保健部医療対策室
	佐渡 忠典	広島県県民生活部危機管理室
	高田 佳輝	広島県医師会
	田坂 佳千	広島市医師会
	谷川 攻一	広島大学病院高度救命救急センター
	野村 真哉	安佐医師会
	藤原 孝行	広島市社会局保健医療課
	松浦 正明	広島県福祉保健部医療対策室
	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

地域ケア促進専門委員会

目 次

平成 18 年 度 調 査 研 究 報 告

日本版 End of life care のシステム構築と 2037 年の総死亡者数 170 万人推計

米国の end of life care のリサーチ

An American Perspective on End-of-life Care

日本に必要な end of life care の政策実施

尾道市医師会エンドオブライフケアシステム検討委員会

地域ケア促進専門委員会

(平成 18 年度)

平成 18 年度 調査研究報告

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

日本版 End of life care のシステム構築と 2037 年の総死亡者数 170 万人推計

世界一の高齢国家として総人口減少が始まるとともに、2038 年には年間の総死亡者数が推計値で約 170 万人に達するので、日本版の「エンド・オブ・ライフ・ケア」システムの議論が必要であるが、国の政策としては在宅末期ケアの包括的環境整備が求められる（図 1）。

米国の end of life care のリサーチ

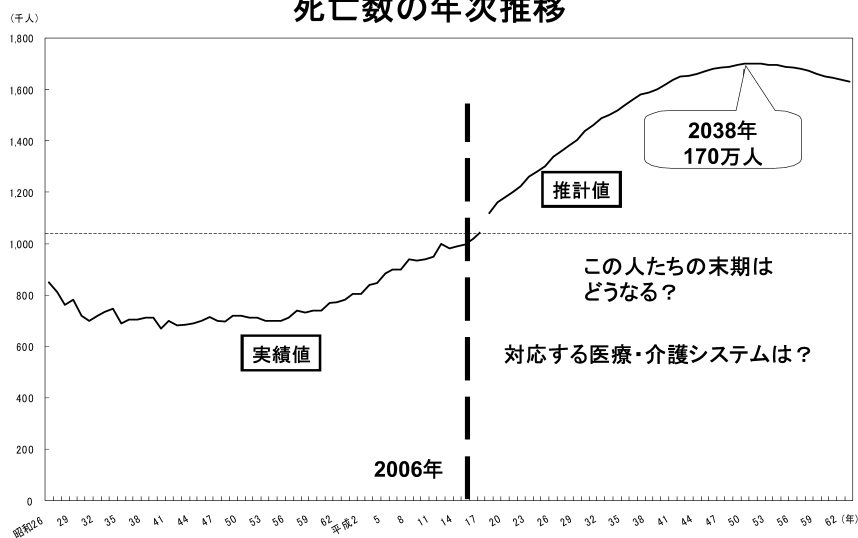
最近ではアメリカでは死が近づいた時のケアは、その点に配慮したプラス・アルファを加味し、end-of-life care と呼び、その展開の基礎研究に 2,800 万ドルの予算が用意されて、研究チームによる米国の調査結果報告が JAMA の 1995 年に掲載されたが、報告概要は以下の如くである。

● 人生の終焉が近い人に対して医療制度の機能が不

十分

- 諸症状の緩和が不十分、医療実践が患者の尊厳維持に不適切
- 患者の家族を守っていない医療費支払い制度
- 多くの患者さんが終末期医療のために貯金を使い果たしている
- 多くの米国人が痛みを苦しみながら機械につながれて死を迎えている
- 生涯の終焉が近い部分の医療・ケアはきわめて不適切
- 大きなイニシアティブがあるのに不十分な制度である
- 連邦政府が諸政策が十分なケアを保証していない
- ホスピスケアを 6 ヶ月以上受けられない（保険の補償が切れる）
- 介護者への支援がない
- 緩和ケアに必要な薬が医療保険でカバーされてい

死亡数の年次推移



資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」（中位推計）

図 1 死亡数の年次推移

ない

(州によっては、モルヒネさえ自費で支払うところがある)

- 医学生・医師に対する教育がまったく欠落している

An American Perspective on End-of-life Care

生涯の終焉が近づいたときのケア (End-of-life Care) に関するアメリカにおける展望

Kathleen M. Foley, M.D. : Chair, The society of Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Director, Project of Death in America, New York, U.S.A.

Key Words : End-of-life (Care), professional education, palliative care, death and dying

「がん患者と対症療法」2001よりサマリーは以下の如く。

アメリカにおける死に行く過程の体験は、ここ数十年にわたって変化しており、慢性疾患や進行性疾患の結果として起こる死が遷延されている患者が増えている。死に近づいた患者も死から生還した患者も、死に向う過程で不必要な苦しみ、すなわち身体的、精神的、実存的、スピリチュアルな苦しみを伴ったままのことがあまりにも多い。

その結果、国レベルおよび国際レベルの組織が死に行く患者に対するケアの改善についての認識を増大させている。生涯の終焉が近づいたときのケアに関する科学的知識は大きな欠落があり、生物医学研究者、社会科学研究者、医療専門家からの注目を必要とし、よいケアを妨げる重要な組織的、経済的、法的、教育的障壁を特定し、対策を講じる必要がある。

この論文は『Approaching Death』と題された米国科学アカデミー医学研究所の特別報告に示された勧告にそって執筆した。この特別報告は、生涯の終焉が近づいたときのケアに取り組むアメリカの努力の出発点になっている。医師、看護師、ソーシャルワーカーへの専門教育イニシアティブの概観し、フェローシッププログラム、教育者育成プログラム、継続的医学教育プログラムについても述べた。本論文では、質の高い生涯の終焉が近づいたときのケアの制度化には、一連の政策的イニシアティブが必要であると結論した。

また、1997年には報告書 Approaching Death にお

いて、このような人生の終焉を迎えたときのケアの深刻な制約の改善に取り組むために、IMO (Institute of the National Academy of Sciences) が発表しているが、この報告書は、生涯の終焉が近づいたときのケア (End-of-life Care) についての医療従事者に対する教育とその知識の欠落を指摘し、これが患者の生涯の終焉が近づいたときのケア改善に対する大きな障壁の一つと位置づけている。

アメリカにおける End-of-life Care の阻害因子を明確に指摘した論文は『SUPPORT-Sturdy to Understand Prognoses and Preference for Outcome and Risks of Treatment』と題する枢軸となる重要な研究により明確に特定された。これは、Robert Wood Johnson 財団が支援し、2,800万 US ドル以上の費用をかけた2相性の研究であるが、この研究費の管理を行っているのがスローンケッタリングがんセンターの Katharine・M・Foley 医師である。

この1999年の調査報告では、死に近づいたアメリカ人の対するケアには大きな欠陥があるという悲惨な現状が明確に指摘され、「命の沙汰も金次第」というアメリカの医療制度の現実とまったく矛盾しない。

- ① 多くのアメリカ人は痛みと苦しみながら、器械につながれて、死を迎えている。生涯の終焉が近い時の対応計画・ケアが不適切であった。
- ② 患者・家族と医療従事者との間のコミュニケーションは貧弱であり、多くの患者家族が終末期のケアのために老後に用意した貯金を使い果たしていた。

結論として、

- (1) 人生の終焉が近い人に対して医療制度が良好に機能していると答えた人は約50%
- (2) 諸症状の緩和、コントロールが十分と考えているアメリカ人は約50%。
- (3) 医療制度が患者の尊厳の維持に良好に機能していると答えたアメリカ人は約40%。
- (4) 現在の医療制度が高い技術料の支払いから家族を守ってくれていると答えた人はわずか15%にすぎなかった。

日本に必要な end of life care の政策実施

無保険者を5,000万人近く抱える階層化した医療制度の米国でも、人生の終焉を迎えた国民のケアは、特別な配慮が必要であるとの議論集約であるので、日本でも同様の議論を急ぐ必要があり、地域ごとに

対応するシステムが必要である。

内閣の重点政策として6月15日に今後10年間の国のがん対策の指標となる「がん対策推進基本計画」を閣議決定し、がん診療に関わる全医師への緩和ケアの基本的知識の研修・習得の年限を10年から5年に前倒したことは、2008年度概算要求にも反映さ

れている。

しかし、緩和ケアは死に向かったときのみ必要な医学的ケアではなく、慢性疾患のいずれの時期にも、急性期疾患の経過中にも必要に応じて実施すべきものとの認識が必要であり、がんに限定したものではないはずである（図2～7）。

終末期における療養の場所

（問）ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。

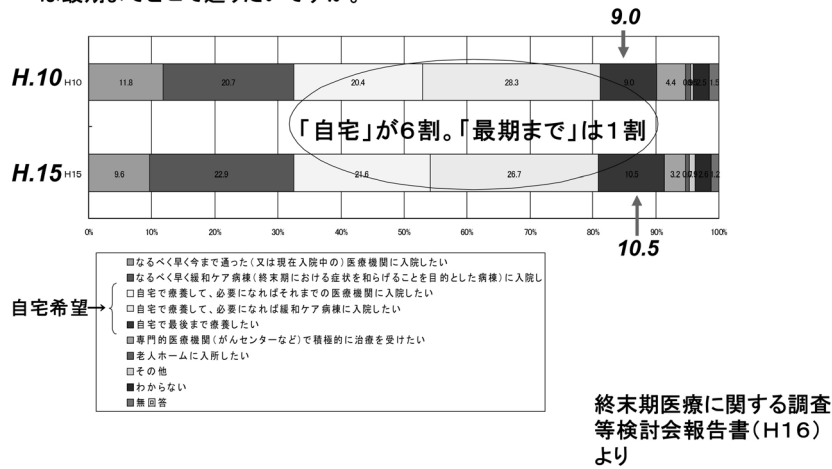


図2 終末期における療養の場所

自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。

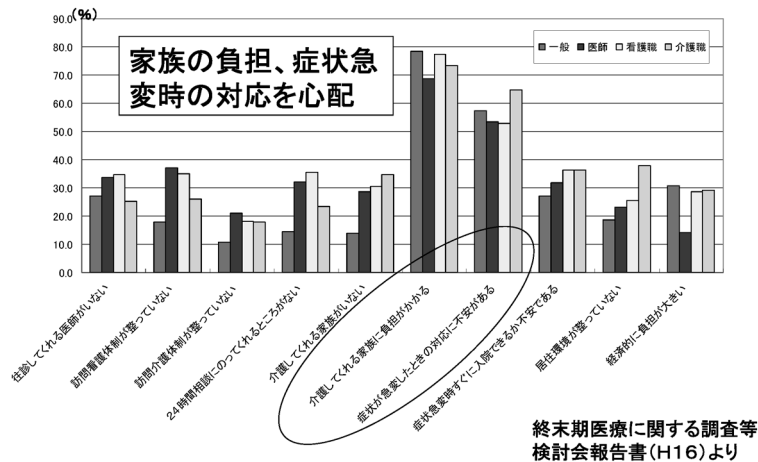


図3 自宅で最期まで療養することが困難な理由

医療機関における死亡割合の年次推移

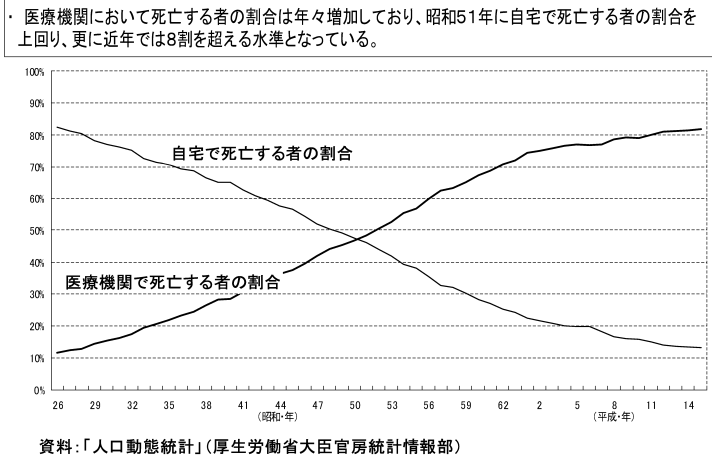


図4 医療機関における死亡割合の年次推移

医療と介護の機能分担・連携強化に関する主な課題(介護保険制度)

○主治医とケアマネージャー等との連携強化

- ・地域において、医療と介護の包括的・継続的なマネジメントが実施されるよう、地域における主治医とケアマネージャー等との連携強化を図る。
- ・新たに制度化される介護予防サービスについても、主治医とケアマネージャー等との連携により、効果的なサービス提供を図る。

○地域における介護サービス(施設、居住系サービス、在宅サービス)の基盤整備

- ・退院後も高齢者が地域で自立した生活を送ることができるよう、利用者のニーズに応じた多様な介護サービス(施設サービス、居住系サービス、在宅サービス)の整備を支援。

○介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担、ターミナルケアへの対応

- ・医療ニーズを抱える高齢者も地域で生活を送ることができるよう、介護保険施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担について、ターミナルケアへの対応も含めて検討。

厚生労働省医政局

図5 医療と介護の機能分担・連携強化に関する主な課題(介護保険制度)

医療制度改革の方向性と末期医療

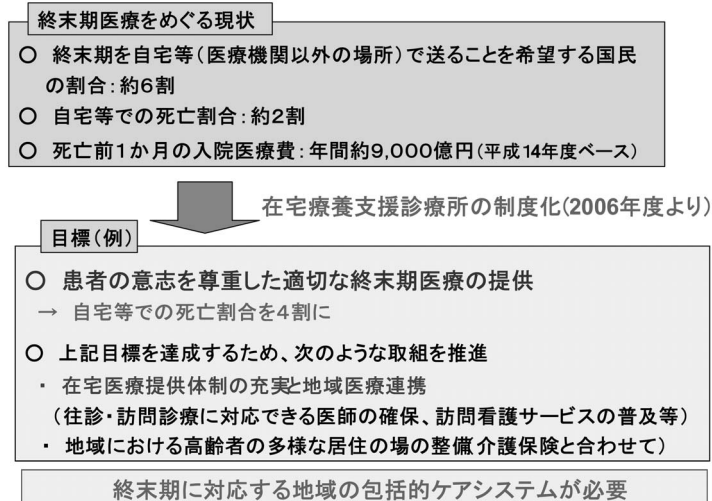
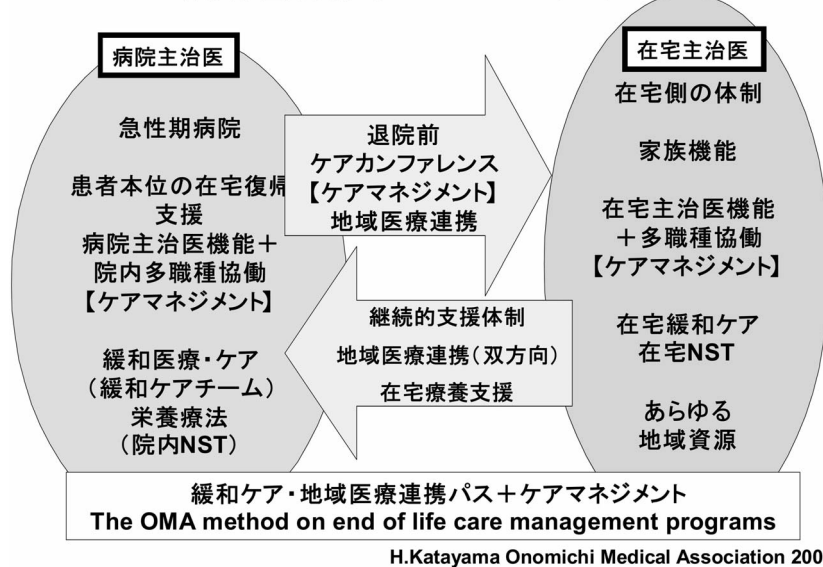


図6 医療制度改革の方向性と末期医療

在宅での末期を可能にするために必要な地域医療の整備
尾道市医師会方式end of life careシステム



H.Katayama Onomichi Medical Association 2006

図7 在宅での末期を可能にするために必要な地域医療の整備

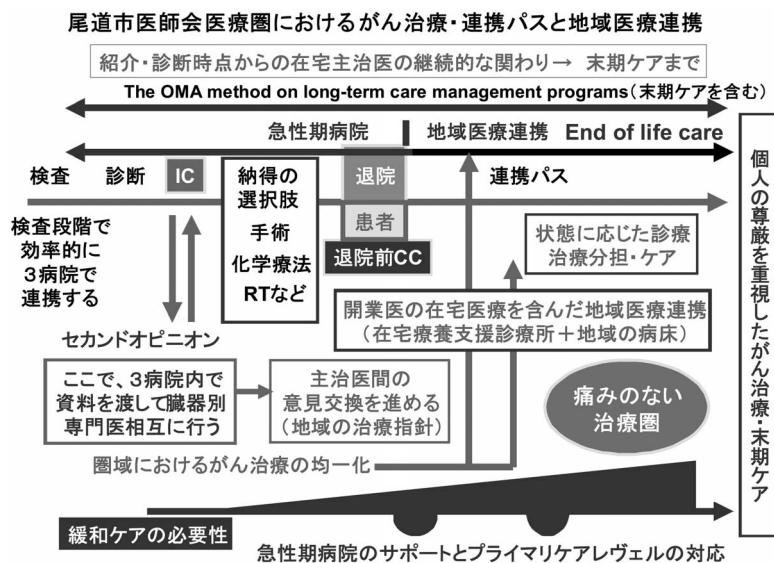
尾道市医師会エンドオブライフケアシステム検討委員会

このend of life care システム検討委員会は平成18年5月10日に第1回を行い、JA尾道総合病院、公立みつぎ総合病院、尾道市立市民病院の3院長がお揃っての出席で幕を開けましたが、日本緩和医療学会総会の会長を努められる岡山大学第一外科の田中紀章教授もオブザーバーで参加された。

結果として、The OMA method on long-term care management programs の地域医療連携ツールをそのままツールとして、end of life care に対応すること

で意見が一致したが、母体は尾道市医師会緩和ケアシステム検討委員会であり、これに尾道市医師会地域医療連携懇話会が合体した流れをこの委員会が拡大・統合している。

その後、委員会は隔月で開催し各急性期病院における緩和ケアチームの現状などの報告があり、がん患者のICとセカンドオピニオンや、早期検査、早期診断、早期手術に向けて、3つの病院での連携対応を可能にするようシステムを構築することが議論された(図8)。



H.Katayama Onomichi Medical Association 2006

図8 尾道市医師会医療圏におけるがん治療・連携パスと地域医療連携

地域がん連携共通パスのは通常、退院後の流れを考えているが、インフォームド・コンセント（IC）の段階からセカンドオピニオンを3病院で相互連携をすることになった。これは紹介患者が検査・診断を受けて後、ICを聞いた段階で在宅主治医に相談を持ちかけることがよくあるので、他病院の臓器別専門医にデータを渡して、セカンドオピニオン紹介をすることである。

いままでも、ICの後、不明の部分を家族が相談に来ることがよくあり、在宅主治医から病院主治医に連絡をして、再度、理解の難しかった部分について再度、丁寧に追加説明をお願いすることだったので、この点をシステム化する方法論である。

これにより、院長諸氏の言われるがん治療の均一化、相互連携も可能になり、患者本位のがん治療がさらに充実することが期待され、また、検査段階から早期に診断できるように3病院で検査を融通して連携をしようということになったので、尾道市医師会医療圏の1,112床の急性期病床として3病院が連携できれば、あらゆることが可能となる。

事例：緩和ケア対応ケアカンファレンス（肺癌独居患者）

この委員会での検討内容に沿った在宅緩和ケア・ケアカンファレンスが以下のものであるが、この時点では筆者がオキシコンチンとオプソを処方して緩和できていた。尾道市立市民病院の川真田先生とのチームで経過を診ていたが、緩和的RTが奏効し比較的安定していたが、独居の不安の解消ため介護保険を利用して医師・看護配置のある介護老人保健施設のショートステイを考慮した上で、通所サービスを利用することにしたケアカンファレンスである。

しかし、ご本人は将来、緩和ケア病棟でお世話になりたいとはっきりと言われたので、中長期プログラムとして、公立みつぎ総合病院の緩和ケア病棟医長の丸山典良先生のCC参加となったわけである（図9）。

これは、The OMA method on long-term care man-



図9 事例・写真使用承諾済・在宅緩和ケアを行っている独居の高齢肺癌患者のケアカンファレンス

（片山医院）ご本人，長女，在宅主治医，ケアマネジャー，緩和ケア病棟医長，介護老人保健施設，訪問看護，医師，薬剤師

agement programs に沿った在宅緩和ケアのモデルであるが、急性期病院、在宅医療、介護保険サービス、緩和ケア病棟がチームで支えるといことで、ご本人も参加の娘さんも「安心しました」と言われた。

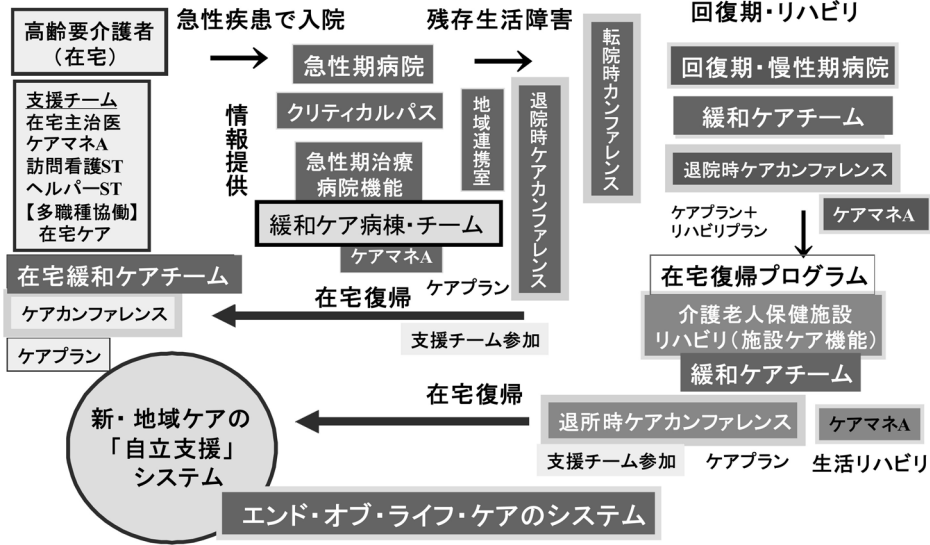
この後、担当の尾道方式として重要な戦力である担当民生委員が来て支援内容について細かに聞き取って帰ったが、ご本人の意思を尊重することで全員の合意が出来ている。

この方はAFがあり、循環器科の指示でワーファリンコントロールを行っていたが、オキシコンチンを増量した時点で相互作用によりPT-INRが大きくなったので、ワーファリンを減量してコントロールした。

いま、医療制度改革により大きく医療システムの構築に向けて未曾有の変革が起きているので、地域医療の総合力を底力として地域医療連携を進化させend of life care システムを地域医療の責任で構築すべきであり、そこには患者本位の地域医療連携と、ケアマネジャーとの連携によるきめ細かなケアマネジメント、多職種協働をベースとした地域一体型の緩和ケアを標準装備した終末期ケアが求められる。

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・がん患者の長期継続ケアの意義と末期ケアへの移行
 (適切な医療・介護資源の投入による地域一体型・緩和ケア・末期ケアのシステム)



H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

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 (尾三地区地域保健対策協議会)
 委員 荒川 信介 広島県歯科医師会
 石井 暁 松永沼隈地区医師会
 石井 哲朗 呉市医師会
 大年 博隆 広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
 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 広島大学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
 黒川妃佐代 広島市社会局介護保険課
 曾根 喬 佐伯地区医師会
 高杉 敬久 広島県医師会
 竹内 啓祐 県立広島病院総合診療科
 壺井 克敏 三原市医師会
 鳴戸 謙嗣 三次地区医師会

地域ケア促進専門委員会 訪問看護推進部会

目 次

訪問看護ステーションのサービスの実態に関する調査

- I. はじめに
- II. 調査方法
- III. 結果及び考察

地域ケア促進専門委員会 訪問看護推進部会

(平成 18 年度)

訪問看護ステーションのサービスの実態に関する調査

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

I. はじめに

平成 17 年度、訪問看護推進部会では、病院・診療所における訪問看護の実態と病院・診療所における訪問看護のニーズについて調査を実施した。

その結果、訪問看護の実態では、訪問看護を実施している医療機関は、無床診療所が 43 施設 (48.9%) を占めていた。対応可能な対象者として最も多かったのは、終末期患者が 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%) であった。その他、脳血管障害、循環器疾患、認知症など多くの疾患をもつ人を対象としていた。訪問看護を担う職員が、対応に自信がない利用者として、NICU (新生児集中治療室) から退院した母子への対応が 71 施設 (80.7%) と最も多く、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%) の順であった。対応に自信がないケアも同じように、CAPD (持続携行式腹膜透析) の管理、人工呼吸器の管理などであった。訪問看護ステーションとの連携については、近隣地域にある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%) あるが、連携を行っていない施設も 31 施設 (35.2%) にみられた。

訪問看護のニーズ調査では、訪問看護ステーションと連携したほうがいいケアを受けられる事例があると 52 施設 (55%) が回答していた。しかし、訪問看護ステーションの特性やサービス内容についてよく知っているのは 10 名 (8.6%) に過ぎなかった。同じ訪問看護を担う職員をはじめ医療関係者など、訪問看護ステーションの特性やサービス内容について十分には理解されていないことが明らかになった。

以上のことから平成 18 年度は、広島県内の訪問看護ステーションの体制、施設のサービス内容、在宅療養支援診療所との連携などについて、調査を実施した。

II. 調査方法

調査対象：広島県内の訪問看護ステーション

調査時期：平成 18 年 7 月。調査は、広島県内の訪問看護ステーションの所長宛に調査依頼文書と自記式質問紙を郵送し、回答を求めた。回答をもって調査への同意とした。

調査内容：① 訪問看護ステーションの施設名、所在地、連絡先、利用時間帯 (平日、土曜、日・祝日)、24 時間対応可否、緊急時対応の可否、精神障害者への対応の可否、小児への対応の可否、利用可能エリア
② 訪問看護ステーションのサービス内容である経管栄養法、IVH (中心静脈カテーテル) のケア・管理、点滴・静脈注射、膀胱留置カテーテル交換、胃ろう・膀胱ろうの処置、HOT (在宅酸素療法) の管理、人工呼吸器の管理、CAPD、人工肛門ストマのケア、気管カニューレのケア・管理、吸引、麻薬を用いた疼痛管理、看取り (ターミナルケアの対応)、褥瘡処置など対応可能なサービス
③ 在宅療養支援診療所との連携体制
④ 他の訪問看護ステーションとの連携研修受け入れの可否、サービス連携の有無

III. 結果及び考察

訪問看護ステーションの 127 施設から回答が得られた。広島県の地区別に訪問看護ステーションの施設数、利用可能曜日、利用対応について表 1 に示した。訪問看護ステーションを利用できる曜日では、日曜日や祝日に対応している施設は少なかった。しかし、24 時間の電話による対応を、ほぼ全施設が実施しており、支援が必要であると判断した時や緊急

表1 地区別にみた訪問看護ステーションの利用時間帯および精神・小児対応可能施設数

n = 127

地区名	対象施設	利用時間帯			利用対応			
		平日	土曜	日・祝日	24時間（電話）	必要時 緊急時	精神	小児
広島市中区	10	10	10	1（祝日のみ）	10	7	5	5
広島市東区	6	6	4	2	6	6	2	1
広島市西区	6	6	3	0	6	6	3	3
広島市南区	5	5	3	0	3	3	3	1
広島市安佐南区	7	7	5	0	6	6	4	2
広島市安佐北区	9	9	4	0	9	9	4	2
広島市佐伯区	6	6	2	1	5	5	3	2
広島市安芸区	4	4	2	0	4	4	1	1
大竹市	3	3	2	0	2	2	1	1
廿日市市	4	4	1	0	4	4	1	1
呉市	5	5	3	0	5	5	3	2
江田島市	2	2	1	0	2	2	1	0
府中市	2	2	1	0	2	2	1	2
福山市	14	14	14	3	13	13	1	3
東広島市	8	8	3	0	8	8	3	3
竹原市	4	4	4	3（祝日のみ）	4	4	1	1
三原市	7	7	7	0	6	6	1	2
尾道市	5	5	5	2	5	5	2	4
安芸高田市	1	1	1	0	1	1	0	1
三次市	3	3	3	0	2	2	1	1
庄原市	4	4	4	1（祝日のみ）	3	3	2	1
安芸郡	4	4	4	0	4	4	1	4
山県郡	5	5	2	0	5	5	2	0
世羅郡	1	1	0	0	0	0	1	1
神石郡	1	1	1	1	1	1	1	0
豊田郡	1	1	0	0	1	1	0	0

時の体制がとられており、対象者の対応には支障をきたさない配慮がされているといえる。精神や小児への対応は、地区によっては、実施されていなかった。小児の訪問看護は、専門的な知識や技術を必要とする児も多いことから、今後は、小児などにも対応できる専門研修と体制づくりが急務と言える。

各地区における訪問看護ステーションの利用可能なサービスについて、表2に示した。経管栄養、IVHのケア・管理、点滴・静脈注射などは、全施設が利用可能であったが、人工呼吸器、麻薬による疼痛管理、看取りなどについては、まだ対応できないとする施設もみられた。また、利用可能としているが、医師の指導があれば実施できると回答した施設もあり、主治医など医療関係者との連携による支援体制を構築することで、多くの在宅療養者の支援の可能性が拡大すると考えられる。

今後、ますます在宅療養者のニーズや需要は、多様化し増加することが予想される。現在、医療制度

改革による入院期間の短縮化などで、医療的ケアを必要とする在宅療養者が増加している。訪問看護ステーションは、医療的なケアを必要としている人への対応を可能としていることから、期待されている。在宅サービスを担う職員が、それぞれの施設の特性を理解し、連携することができれば、在宅サービス内容の充実が図られると考えられる。

なお、今回の調査結果は、訪問看護ステーションのサービス内容についてと題して、冊子にまとめ、訪問看護ステーションの特性やサービス内容について、理解を深め利用いただくために、広島県内の医療機関や訪問看護ステーション等に配布した。

謝 辞

本調査のためにご協力をいただきました、広島県内の訪問看護ステーションの所長をはじめ職員の皆様に心から感謝申し上げます。

表2 各地区別にみたサービス提供可能施設数

n = 127

地区	対象施設	経管栄養	IVHのケア・管理	点滴・静脈注射	膀胱留置カテーテル交換	胃ろう・膀胱ろう処置	HOTの管理	人工呼吸器の管理	CAPD	人工肛門ストマケア	気管カニューレのケア・管理	吸引	疼痛管理	看取り	褥瘡処置
広島市中区	10	9	9	10	10	9	10	7	7	9	10	10	9	8	10
広島市東区	6	6	6	6	6	5	6	5	4	6	6	6	4	5	6
広島市西区	6	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
広島市南区	5	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4
広島市安佐南区	7	7	6	7	7	7	6	6	5	6	6	7	6	6	7
広島市安佐北区	9	9	9	9	9	9	8	6	7	9	9	9	9	9	9
広島市佐伯区	6	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
広島市安芸区	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
大竹市	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
廿日市市	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
呉市	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
江田島市	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
府中市	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
福山市	14	13	14	14	14	13	13	11	7	14	13	14	13	13	14
東広島市	8	8	8	8	8	7	8	6	7	8	8	8	7	8	8
竹原市	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
三原市	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
尾道市	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
安芸高田市	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
三次市	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	2	3
庄原市	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4	3	4	3	3	4
安芸郡	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
山県郡	5	5	5	5	5	5	3	2	5	5	5	5	5	5	5
世羅郡	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
神石郡	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
豊田郡	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1

* 医師の指導があれば実施可能は、実施できるとした

* 不明は、実施不可とした

* IVH (Intravenous Hyperalimentation: 中心静脈栄養法)

* HOT (Home Oxygen Therapy: 在宅酸素療法)

* CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis: 持続携帯式腹膜透析)

地区	NO	施設名	電話番号	利用時間帯		利用対応		在宅療養支援診療所との連携体制	NO
				平日	日・祝日	24時間 電話 対応	精神 対応 小児 対応		
広島市 佐伯区	48	土谷訪問看護ステーション佐伯	082-925-0771	8:30~17:30	-	○	○	無	○
		佐伯区菜の花一丁目4-21	082-925-0772	8:30~17:30	-	○	○	○	
		佐伯地区医師会 湯来訪問看護ステーション	0829-83-1332	8:30~17:30	-	○	○	○	
広島市 安芸区	49	佐伯区湯来町大字和田333	0829-83-1332	-	-	○	○	有	○
		くにくさ訪問看護ステーション	082-856-1111	9:00~17:00	-	○	○	○	
		安芸区阿戸町485-1	082-856-0633	-	-	○	○	○	
広島市 安芸区	50	訪問看護ステーションこだま	082-894-1128	8:30~17:30	-	○	○	無	○
		安芸区瀬野三丁目12-35	082-894-1128	8:30~17:30	-	○	○	○	
		訪問看護ステーションピジテ	082-820-2153	9:00~17:15	-	○	○	○	
広島市 安芸区	51	安芸区中野東11-13	082-820-2153	-	-	○	○	○	○
		訪問看護ステーション瀬野川	082-893-3638	9:00~17:00	-	○	○	○	
		安芸区中野東六丁目3-36	082-534-5022	9:00~12:00	-	○	○	○	
大竹市	52	ゆうゆ訪問看護ステーション	0827-57-8810	8:30~17:30	-	○	○	有	○
		玖波5-2-3	0827-57-5312	8:30~17:30	-	○	○	○	
		訪問看護ステーションやまと	0827-52-7300	8:30~17:00	-	○	○	○	
大竹市	53	元町一丁目1-5	0827-52-7305	8:30~17:00	-	○	○	有	○
		大竹市医師会 訪問看護ステーション	0827-54-1166	9:00~17:00	-	○	○	○	
		油見三丁目6-8	0827-54-1171	-	-	○	○	○	
廿日市市	54	ハートフルステーションあまの	0829-31-5212	8:30~17:30	-	○	○	無	○
		串戸五丁目1-37	0829-31-5214	-	-	○	○	○	
		佐伯地区医師会 訪問看護ステーション	0829-20-0034	8:30~17:30	-	○	○	○	
廿日市市	55	本町5-1	0829-20-0036	-	-	○	○	有	○
		訪問看護ステーション	0829-20-0036	-	-	○	○	○	
		訪問看護ステーション	0829-20-0036	-	-	○	○	○	

地区	NO	施設名	所在地	電話番号	FAX番号	利用時間帯		利用対応			利用可能エリア	サービス内容 (◎:重点取組み項目 ○:実施可能又は現在実施中, △:医師等の指導があれば実施可能, ×:対応不可, -:不明)												在宅療養支援診療所との連携体制	他の訪問看護ステーションとの連携						
						平日	土曜日・祝日	24時間電話対応	夜間・緊急時	精神対応		小児対応	経栄養療法	I.V.H.ケア	点滴・静脈注射	酸素吸入	吸引	麻酔管理	褥瘡管理	胃腸管理	H.O.T.の管理	H.A.P.D.の管理	C.P.A.の管理			人のケア	ケアの提供	その他			
広島市西区	20	レインポー-訪問看護ステーション	西区津口一丁目2-4	082-277-2062	082-277-3085	9:00~16:00	9:00~12:00	○	△	◎	広島市中区・西区・南区・安佐南区・安佐北区・佐伯区	経栄養療法	点滴・静脈注射	酸素吸入	吸引	麻酔管理	褥瘡管理	胃腸管理	H.O.T.の管理	H.A.P.D.の管理	C.P.A.の管理	人のケア	ケアの提供	その他	連携体制の構築	研修受入	○	20			
	21	訪問看護ステーションながさき	西区打越町12-6	082-230-8190	082-230-8182	8:30~17:30		○	○	○	広島市中区・東区・西区・南区・安佐南区・佐伯区																		21		
	22	訪問看護ステーションハローナース西広島	西区田方二丁目16-45	082-274-3838	082-507-1295	8:30~17:15		○	○	○	○	広島市中区・西区・佐伯区																		22	
	23	訪問看護ステーション北治山	南区上東雲町33-20	082-890-7877	082-890-7877	8:30~17:15	8:30~17:15			◎		広島市中区・東区・西区・南区・安佐区・府中町、徳田町																		23	
広島市南区	24	訪問看護ステーションみなみ	南区宇品御幸二丁目4-17	082-252-1373	082-252-1393	9:00~17:00		○	○	○	広島市南区																			24	
	25	土谷訪問看護ステーション出沙	南区出沙一丁目7-16	082-250-1577	082-250-1578	9:00~17:00	9:00~17:00	○	○	○	広島市中区・東区・西区・南区・安佐区・府中町、徳田町																			25	
	26	訪問看護ステーションほほえみ	南区仁保新町一丁目4-12	070-5679-6534	020-4667-1080	9:00~18:00	9:00~13:00	○	○	○	広島市中区・東区・西区・南区・安佐区																				26
	27	訪問看護ステーションハローナースシーサイド	南区五字品町26-20	082-255-4424	082-255-6826	8:30~17:15		○	○	○	○	広島市中区・東区・西区・南区・安佐区・府中町、坂町																			27
広島市安佐南区	28	訪問看護ステーションよりしま	安佐南区祖國二丁目38-11	082-875-8393	082-850-1028	9:00~17:00		○	○	○	広島市安佐南区																			28	
	29	医療法人メディカルパーク訪問看護ステーション「あさみなみ」	安佐南区祖國二丁目42-14	082-875-9671	082-875-9672	9:00~17:00	9:00~12:00	○	○	○	○	広島市安佐南区																			29
	30	もみし訪問看護ステーション	安佐南区西原九丁目8-22	082-874-4113		8:30~17:00	8:30~12:30	○	○	○	○	広島市安佐南区・安佐北区																			30
	31	訪問看護ステーション「さいの」	安佐南区沼田町伴6277-6	082-848-8839	082-848-9006	9:00~17:00		○	○	○	○	広島市中区・西区・佐伯区																			31
広島市安佐北区	32	医療法人信愛会訪問看護ステーションしんあい	安佐南区沼田町伴9941-1	082-848-8851	082-848-8841	8:30~17:00	9:00~12:00	○	○	○	○	広島市安佐南区・安佐北区																			32
	33	土谷訪問看護ステーション大町	安佐南区大町東二丁目7-24	082-831-6651	082-831-6652	8:30~17:30	17:30	○	○	○	○	広島市中区・東区・西区・安佐南区・安佐北区・佐伯区																			33
	34	安佐医師会訪問看護ステーション愛	安佐南区八木五丁目35-2	082-873-3884	082-873-8555	9:00~17:00	9:00~12:00	○	○	○	○	広島市安佐南区・安佐北区																			34
	35	訪問看護ステーション愛	安佐北区安佐町飯室1472	082-810-2105	082-810-2158	8:30~17:00		○	○	○	○	広島市安佐南区・安佐北区・北広島町、安芸太田町																			35
広島市安佐北区	36	訪問看護ステーション星ヶ丘	安佐北区安佐町鈴張5004-9	082-835-0260	082-810-2256	9:00~18:00		○	○	○	○	広島市安佐北区安佐町																			36
	37	I G L訪問看護ステーション	安佐北区あさひが丘二丁目18-13-7	082-810-4678	082-810-4575	8:30~17:30	8:30~12:30	○	○	○	○	広島市安佐南区・安佐北区																			37
	38	高崎第一診療所訪問看護ステーション	安佐北区藩台一丁目14-16	082-845-7002	082-845-7002	8:00~17:00	9:00~12:00	○	○	○	○	広島市安佐北区																			38
	39	広島医療生活協同組合たんばは訪問看護ステーション	安佐北区西部二丁目13-18	082-814-8060	082-814-8773	8:30~17:00	8:30~12:30	○	○	○	○	広島市安佐南区八木・安佐北区																			39
40	訪問看護ステーション 業の花	安佐北区西部五丁目4-19-3	082-814-0008	082-819-1140	8:30~17:30	8:30~17:30	○	○	○	○	広島市安佐北区																				40

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	YMCA 訪問看護ステーション・ピース
	尾世由美子	県立広島病院
	黒川妃佐代	広島市社会局介護保険課
	田中美延里	広島大学大学院保健学研究科
	津山 順子	広島県福祉保健部介護保険指導室
	中原 洋子	廿日市市高齢介護課
	名越 静香	広島県看護協会
	原田 仁美	広島県福祉保健部医務看護室
	日野 尚子	広島県福祉保健部医務看護室

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

- I. は じ め に
- II. 第1回 緩和ケア推進専門委員会
(平成18年7月21日)
- III. 第2回 緩和ケア推進専門委員会
(平成19年3月27日)
- IV. お わ り に

緩和ケア推進専門委員会

(平成 18 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 本家 好文

I. 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った。調査は平成 10 年まで継続して行われた後、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」とする報告書を広島県に提出した。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、各医療圏域に最低一か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 19 年 3 月には、広島県内に 9 か所の緩和ケア病棟が整備され、施設数としては全国で 5 番目に多い県となっている。また、がん対策基本法が制定されたことに伴って、広島県内にさらに緩和ケアを推進するために、地域ごとの緩和ケアネットワークを構築することに取り組んできた。緩和ケア推進専門委員会では、二次保健医療圏域ごとに実施した緩和ケアに関する取り組みについて報告し意見交換を行った。

II. 第 1 回 緩和ケア推進専門委員会

(平成 18 年 7 月 21 日)

1. がん対策基本法について

平成 18 年 6 月、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策基本法が制定され、平成 19 年 4 月から施行されることが決定された。がん対策基本法の基本的施策としては、「がんの予防及び早期発見」「がん医療の均てん化の促進等」「研究の推進等」が 3 本柱となっている。このうち、がん医療の均てん化の促進に関して、具体的には「がん患者の療養生活の質の維持向上」が盛り込まれ、疼痛緩和などの緩和医療を早期から適切に実施することが明

記された。また、広島県が目指してきたのと同様に「居宅において、がん患者に対して、がん医療を提供するための連携協力体制の確保」が明記されている。

今後は、国策としても緩和医療の推進や地域における連携協力体制整備が推進されることになった。

2. がん診療連携拠点病院について

国の整備指針として、都道府県がん診療連携拠点病院を都道府県ごとに概ね 1 か所、地域がん診療連携拠点病院を二次医療圏に 1 か所程度整備することになった。広島県においては、広島二次医療圏に広島県がん診療連携拠点病院である広島大学病院以外に 3 か所、それ以外の 6 つの二次医療圏に各 1 か所ずつ地域がん診療連携拠点病院が指定された。

がん診療連携拠点病院の指定要件のなかには、緩和医療提供体制等の整備が義務づけられている。拠点病院では、緩和医療に関して以下のことが整備されていることが要件として明記されている。

- 医師、看護師等のチームによる緩和医療の提供体制整備
- 地域におけるかかりつけ医を中心とした緩和医療の提供体制の整備
- 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が導入されること
- 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
- 主にかかりつけ医を対象とした緩和医療等に関する研修会を実施すること

これらについては、これまで広島県が独自に実施してきた緩和ケア推進計画と合致するものであり、今後も内容を充実させながら継続して実施していく。

3. 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17年度の活動実績の報告と平成18年度の活動予定について報告があった。

①広島圏域・海田（西田：広島地域事務所海田分室 厚生推進課課長）

広島圏域は社会資源状況等に違いがあるため、合同での連絡協議会を開催するのではなく、平成18年度からは各地域保健所単位で、それぞれ緩和ケアを推進することとなった。

- ・平成17年度実績：緩和ケア推進連絡協議会（広島圏域1回）、シンポジウム（1回）、症例検討会（3回）などが開催された。
- ・平成18年度計画：症例検討会を開催予定。

②広島圏域・芸北（高野：芸北地域事務所厚生推進課課長）

- ・平成17年度実績：ワーキング会議（年4回）、講演会（2回）
- ・平成18年度計画：ワーキング会議（年4回）、シンポジウム、社会資源データマップ作成、研修派遣の助成（受講費用の助成）

③呉圏域（松井：広島県看護協会訪問看護ステーション「そよかぜ」所長）

平成18年度は、予算の都合により、規模を縮小して実施していく。

- ・平成17年度実績：
緩和ケア地域連絡協議会（年2回）
緩和ケアチーム編成運営調整会議（年1回）
研修派遣の助成（受講費用の助成）
江能医師連合会等の在宅緩和ケア研修支援（講師派遣）
- ・平成18年度計画：
緩和ケア実践者懇談会、圏域内の研修会に講師派遣、住民への広報活動

④広島西圏域（坪井：大竹市医師会会長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年1回）
- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会、事例検討会、研修会、実践事例の促進、関係者への普及

⑤広島中央圏域（相模：東広島医療センター副院長）

- * 予算が十分に無く、平成17年度をもち、圏域地对協としての緩和ケア推進活動をやめようとしていたが、事務局（地域保健所）が継続して実施したいということで、平成18年度は実施す

る。

- * 東広島医療センターは、がん診療連携拠点病院として推薦されており、在宅末期総合診療届出医療機関などと連携して地域での緩和ケアを推進していく。できるところから実施していくという考え。

- * 広島中央圏域では、固定した緩和ケアチームというより、患者の症状等に応じた多職種・多科医による連携が必要であると考えており、固定したチームによる緩和ケアは推進せず、実際に患者へケアしているチームを活用している。

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年4回）、市民講座（年1回）、研修会（年1回）、社会資源調査・報告書作成

- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会（年4回）、市民講座（年1回）、研修会（年1回）、社会資源調査・報告書配布

⑥尾三圏域（岡崎：因島市医師会副会長）

- * 圏域での緩和ケア推進については、地域ケアシステムのなかで進めて行くことを検討している。

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年3回）、シンポジウム（年1回）、社会資源マップの作成配布、三原赤十字病院・三原市医師会病院における症例検討、世羅地域における在宅緩和ケア体制の整備

- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、講習会（年1回）、三原赤十字病院・三原市医師会病院における緩和ケア推進、世羅地域における在宅緩和ケア体制整備

⑦福山・府中圏域（前原：前原病院長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年4回）、研修会（年1回）、事業報告書作成、深安地区及び松永沼隈地区症例検討会

- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、症例検討会、研修会

⑧備北圏域（高場：三次地区医師会副会長）

- ・平成17年度実績：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、研修会（年2回）、社会資源マップ作成、住民の意識調査、症例検討会（年3回）

- ・平成18年度計画：緩和ケア地域連絡協議会（年2回）、資源マップの配布、三次・庄原地区の活動支援、がん診療連携拠点病院との連携

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。

4. 広島県緩和ケア支援センターの平成17年度実績報告及び平成18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、外来診療及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づ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継続して実施されていることが報告された。

5. 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名とすることが決定された。

Ⅲ. 第2回 緩和ケア推進専門委員会

(平成19年3月27日)

第1回の専門委員会で確認した平成18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. がん診療連携拠点病院について

国の整備指針に基づいて、全国どこでも質の高い

がん医療を受けることができるよう、がん医療の均てん化を目標として整備する医療機関として、広島県は以下の10病院を推薦した結果、その10病院ががん診療連携拠点病院に指定された。

広島二次医療圏 広島大学病院 (県がん診療連携拠点病院)、県立広島病院、広島市立広島市民病院、広島赤十字・原爆病院

広島西二次医療圏 厚生連広島総合病院

呉二次保健医療圏 呉医療センター

広島中央二次医療圏 東広島医療センター

尾三二次医療圏 厚生連尾道総合病院

福山・府中二次医療圏 福山市民病院

備北二次医療圏 市立三次中央病院

今後は、これらのがん診療連携拠点病院を中心に各圏域の緩和ケアを推進していくことが提案された。

2. 各圏域の緩和ケア地域連絡協議会について

各圏域で緩和ケア研修会や講演会などの活発な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対協で作成され実践にも用いられていた。

①広島圏域・海田

- 平成18年度実績：症例検討会(年3回)、福祉関係者研修(年1回)

②広島圏域・芸北

- 平成18年度実績：WG会議開催(年4回)、在宅緩和ケア資源マップ作成、在宅緩和ケアシンポジウム開催(年1回)

③呉圏域

- 平成18年度実績：WG会議開催(年1回)、人材育成支援及び普及啓発事業(年1回)

④広島西圏域

- 平成18年度実績：協議会開催(年2回)、症例検討会(年1回)、資源マップの作成、事例検討会(年2回)

⑤広島中央圏域

- 平成18年度実績：WG会議開催(年2回)、市民講座開催(年1回)、研修会開催(年1回)

⑥尾三圏域

- ・平成18年度実績：協議会開催（年2回）、在宅緩和ケア研修会（年1回）

⑦福山・府中圏域

- ・平成18年度実績：協議会開催（年2回）、症例検討会（年1回）、研修会（年1回）

⑧備北圏域

- ・平成18年度実績：協議会開催（年2回）、研修会（年1回）、資源マップ活用

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。

3. 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・地域連携支援を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、それに伴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が報告された。

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。

4. 症例検討

第1回委員会開催時に、堀江理事より具体的に在宅緩和ケアに移行できた事例について報告し、具体

的な課題について検討する必要があるという意見があった。

第2回の委員会では呉地区と安芸地区の訪問看護ステーションから、がん末期を在宅で過ごした2事例を提供していただき、在宅緩和ケア推進のためには情報を共有する必要があると、定期的なカンファレンス開催が重要であることを認識することができた。

5. 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18年度の3名を加えて23名の医師が参加した。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、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することとなった。

今年度は、桐生浩司（JA広島総合病院）、高澤信好（JA尾道総合病院）、榎本和樹（三次中央病院）の3名が参加した。平成19年度も引き続き同様の研修事業を実施することとなっている。

IV. おわりに

平成19年4月1日より「がん対策基本法」が施行されることに伴って、国としてがん医療の均てん化について、さらに積極的に進められることが予測される。また、今後は指定された広島県内10の「がん診療連携拠点病院」を中心として、各医療圏域にある緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所などが密に連携して、緩和ケアを推進する必要がある。

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	本家 好文	県立広島病院緩和ケア科
委員	岩木 康生	広島市安芸区厚生部
	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	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
	河良 俊昭	広島県福祉保健部保健医療局
	小山 矩	県立保健福祉大学放射線学科
	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	広島県看護協会訪問看護事業部
	古田 隆規	日本尊厳死協会中国地方支部
	堀江 正憲	広島県医師会
	山崎 健次	広島県歯科医師会
	善岡 雅之	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室

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. 調査対象と方法
- III. 調査結果と考察
- IV. おわりに

子育て環境整備専門委員会

(平成 18 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。近年の少子高齢化社会において、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きている。また、次世代育成支援対策推進法の施行や児童虐待防止法及び児童福祉法の改正等により、母子保健事業の充実による児童虐待防止への積極的な取り組み、児童および妊産婦の福祉に関する実情把握や情報提供、相談、調査、指導、体制整備が求められている。さらに、発達障害者支援法では乳幼児健康診査の実施にあたり児童の発達障害の早期発見、支援に留意するよう明記されている。小中学校においても平成 19 年度より特別支援教育の導入も決定されており、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。

本委員会では、昨年度の市町における母子保健事業全体の実態及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及び課題調査に基づき、今年度は就学時の健康診断のあり方について、母子保健事業と教育委員会事業の連携を視野にいたした調査を行った。

II. 調査対象と方法

- 1 調査目的 市町における地域から学校への移行時期に行われる就学時健康診断について地域保健と学校保健の連携のあり方等について検討する。
- 2 調査対象 県内 23 市町の母子保健関係部局及

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 18 年 11 月 20 日～平成 18 年 12 月 4 日
- 5 調査内容 別紙参照
 - (1) 市町母子保健関係部局：母子保健と医療機関・保育所・幼稚園・学校等とが連携して実施している事業について
 - (2) 市町教育委員会：就学時健康診断の時期と他機関との連携について

III. 調査結果と考察

1. 調査の回収

調査票の回収は 100%（23 市町）であった。以下、23 市町の結果を基に解析を行った。

2. 母子保健関係部局よりみた母子保健と医療機関、保育所、幼稚園、学校等とが連携して実施している事業

表 1 に示すように各市町で母子保健と各種機関とが連携した事業が行われていた。子育て支援関係が 9 市町、児童虐待防止関係が 5 市町、療育相談が 4 市町、思春期保健福祉関係が 2 市町（9）で、その他喫煙予防教室、エイズ予防教室、食育等推進事業、発達相談、ふれあい集団、2 歳歯科健診、ブックスタートなど特徴あるものが施行されていた。

3. 就学時の健康診断に関する調査

① 就学時の健康診断実施場所（図 1）

多くは学校であったが、公民館、幼稚園、保育所が利用されていた。当日欠席者については医療機関を利用していた。

② 就学時の健康診断実施時期（図 2）

ほとんどの市町で 10 月～12 月、多くは 10 月と 11

表1 母子保健と医療機関，保育所，幼稚園，学校等とが連携して実施している事業

市町・担当課	事業名	実施主体	連携機関
府中町民生部福祉保健センター	すくすくパパ・ママ教室	府中町	保育所（町立1，私立4），開業助産院
	ニコニコ赤ちゃん教室	府中町内2カ所 子育て支援センター	子育て支援センター（2カ所），心理相談室（臨床心理士）
海田町保健センター	海田町子育て支援ネットワーク会議	福祉課子育て支援室	保育所，幼稚園，小学校，中学校，教育委員会
北広島町保健課	食育等推進事業	北広島町	保育所
	療育教室「のびのび」	北広島町	保育所
	児童虐待予防研修会	北広島町	医療機関，保育所，幼稚園，小学校，中学校，教育委員会，その他
	乳幼児発達相談「子ども医療なんでも相談」	北広島町	医療機関，保育所，幼稚園，小学校，教育委員会
東広島市保健センター	虐待防止のための育児支援連携事業	広島中央地域保健対策協議会	医療機関
東広島市河内支所市民生活課	育児相談（旧町のうち一町の実施）	地域子育て支援センター	保育所
東広島市安芸津支所福祉保健課	ふれあい集会	木谷小学校	小学校
三原市保健福祉課	障害児保育にかかわる検討会議	三原市	保育所，教育委員会（幼稚園部内），児童保育課
	歯—モニターフェア 2歳児歯科健診	三原市	医療機関（歯科医師会），幼稚園，小学校，教育委員会，食生活改善推進員
府中市児童課	ブックスタート事業	府中市	子育て支援センター，府中市（図書館），保健センター（リフレ），社会福祉協議会（民生児童委員）
	府中市児童虐待防止ネットワーク	府中市	医療機関，保育所，幼稚園，小学校，中学校，教育委員会，こども家庭センター，民生委員児童委員，町内会連合会等
	育児支援教室	府中市	保育所，幼稚園，心理相談員，府中市子育て支援センター
	すこやか育児サポート事業	府中市	医療機関
庄原市保健医療課	マタニティひろば	庄原市	医療機関
	思春期保健福祉体験事業	庄原市	高等学校
庄原市比和支所市民生活課	思春期体験事業	庄原市	中学校
	なかよしサロン	庄原市	子育て支援センター，保育所
庄原市西城支所保健福祉課	早期療育相談	庄原市	医療機関
庄原市高野支所福祉保健課	マタニティ広場（パパママニティ）	市町村	その他（中学生の職場体験や学生実習があれば参加してもらう）
広島市社会局児童福祉課	児童虐待予防対策事業（未熟児センターと連携した支援）	広島市	医療機関（未熟児センターを設置している医療機関）
	児童虐待予防対策事業（妊娠期および出産時からの支援について）	広島市	医療機関（産婦人科）
呉市健康増進課	喫煙予防教室	実施する学校・保健所	医療機関，小学校，中学校，教育委員会
	思春期ふれあい体験学習	実施する学校・保健所	小学校，中学校，教育委員会，児童民生委員，子育てサロン参加者
	エイズ予防講演会（教室）	実施する学校・保健所	中学校，教育委員会，大学
福山市健康増進課	療育相談事業	福山市	保育所，療育機関

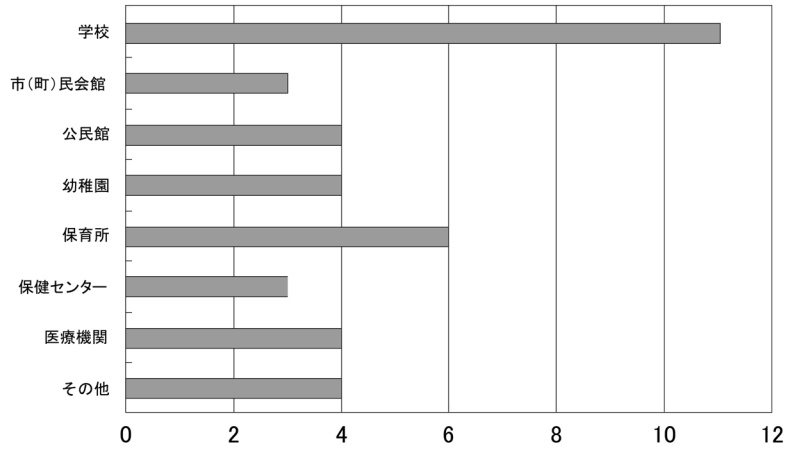


図1 就学時の健康診断実施場所

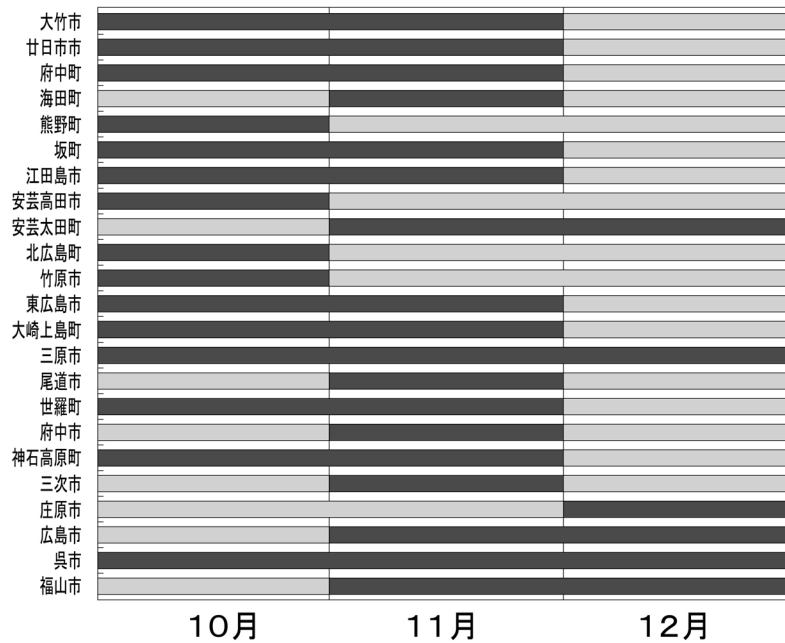


図2 就学時の健康診断実施時期

月に就学時健診が行われていた。学校保健法の就学の半年前より実施することが明記されているため、これに準じて行われていた。

③ 就学時の健康診断受診率（表2）

平均受診率は91%（10～100%）であったが、広島県内には特別に受診率の低い市町が存在している。

④ 就学指導委員会実施時期

就学時の健康診断の実施時期が10月以降であることと併せ、多くの市町が11月、12月に行っていた。

⑤ 就学時の健康診断で疾病や障害のある幼児を把握した時の関係施設・機関との連携

幼稚園、保育所とは20市町（回答市町の87%）で、児童福祉課とも19市町（回答市町の83%）で

表2 就学時健診の市町別実施率

市町名	健診実施率 (%)	市町名	健診実施率 (%)
大竹市	97.8	大崎上島町	100
廿日市市	98.0	三原市	97.0
府中町	97.2	尾道市	84.0
海田町	96.0	世羅町	100
熊野町	95.8	府中市	79.9
坂町	99.0	神石高原町	100
江田島市	100	三次市	75.4
安芸高田市	99.0	庄原市	87.5
安芸太田町	100	広島市	98.3
北広島町	100	呉市	94.4
竹原市	97.2	福山市	10.0
東広島市	93.0	平均	91.0

連携が行われていた。児の健康状態の情報共有、支援情報の共有は多くの市町で行われているが、保護者への指導や入学後の支援についての連携は少なかった。母子保健担当課との連携は16市町、70%と低く、昨年の乳幼児健診での連携の低さと同様であった。

⑥ 関係機関・施設との連携の実務者

20市町（87%）で連携実務者が把握されているが、学校における職種は多様である。特別支援教育の導入に伴い、特別支援教育コーディネーターと養護教諭が連携の実務を担当する必要がある。

⑦ 就学時の健康診断と就学指導委員会との連携

19市町（83%）で就学時健康診断と指導委員会の連携は取れていたが、本来は100%の連携が必要であろう。就学時健診の結果に基づいて障害状況の把握や内容の提供、情報の共有、保護者の就学に対する考えなどが、すべての市町の就学指導委員会で討議される必要である。

⑧ 母子保健、児童福祉、幼稚園・保育所等との定期的な会議

教育委員会と母子保健、児童福祉、幼稚園・保育所等との定期的な会議が行われている市町は5市町（25%）であり、連携の希薄さが認められた。今後の軽度発達障害を視野に入れた就学時の健康診査は母子保健分野と教育委員会の密なる連携のもとに児に対する支援が強く望まれる。そのための特別支援教育コーディネーターや養護教諭は重要な役割を担っていると思われる。

IV. おわりに

今回の調査で、市町の就学時健診において、関係機関・施設と教育委員会との連携は必ずしも十分とは言えない状況と思われた。今後、乳幼児健診や就学時健診の在り方、及び母子保健関係部局と教育部門等との連携について検討を深め、児童虐待の未然防止を始め軽度発達障害の早期発見・早期支援など、子どもの健やかな育成に向けた環境整備に努めていくことが課題である。

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小児科学研究室
委員	岡本 羊子	広島県福祉保健部総務管理局こども家庭支援室
	杉原 雄三	東広島地区医師会（(医)こどもクリニック八本松）
	七木田 敦	広島大学大学院教育学研究科
	新田 修三	広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室
	新田 憲章	広島県教育委員会生涯学習課
	浜井 誠	広島県福祉保健部総務管理局こども家庭支援室
	桧山 和子	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
	毛利ミサ子	広島市社会局保健部児童福祉課
	本廣 篤子	広島県福祉保健部総務管理局こども家庭支援室
	森 修也	広島市児童相談所
	山田 修三	広島県広島こども家庭センター
	湯木 淳子	海田町保健センター

発達障害者支援特別委員会

目 次

平成18年度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 18 年度)

平成18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. 発達障害専門医師養成研修会の実施

A. 平成18年9月30日(土)～10月1日(日)

B. 平成18年12月2日(土)～12月3日(日)

2. 医療サポート手帳の作成

III. まとめ

IV. 資料

発達障害専門医師養成研修会チラシ(資料1)

受診サポート手帳(表紙のみ:資料2)

～医療機関の皆様へ～

「医療サポート手帳」にご協力くださいの

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、今年度が継続2年目で最終年である。平成17年度は、県医師会員にアンケートを行い、専門診療を行っている医師などの名簿を作成し、市町村や相談機関等へ配布した。また、発達障害児を早期に発見するための医師向けのリーフレットを作成し、それをもとに医療・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役立つとともに、関係者が障害の特性を配慮し、必要な援助を更に充実することが期待された。平成17年度に予定した事業は100%実施したが啓発活動が中心であり、この委員会の目的である「専門的医療機関の確保」についての達成率は極めて低いままであった。そのため今年度は①医師を中心とした研修会の実施などを通して全体のレベルアップと専門性の確保を図る、②医療機関と本人・保護者とのネットワークの構築のため、受診サポート手帳の作成・配

布などを行う、ことを目的として、2年目の活動に入った。

II. 活動内容

土曜と日曜日の2日間の研修会を2回、計4日間の研修を行った。土曜日は、発達障害児者に関わる専門職、日曜日は医師のみを対象の研修会を行った(資料1)。

1. 発達障害専門医師養成研修会の実施

A. 平成18年9月30日(土)～10月1日(日)

(1) 平成18年9月30日(土) 10:00～12:30

対象:発達障害児者に関わっている専門職(医師に限らない)

講演テーマ:「広汎性発達障害の早期発見と早期診断について」

講師:国立精神・神経センター精神保健研究所
神尾陽子先生

(講師略歴)

1983年3月 京都大学医学部卒業

1983年6月～1984年3月 京都大学医学部精神神経科研修医

1984年4月～1985年3月 大阪赤十字病院精神神経科研修医

1985年5月～1985年12月 京都大学医学部精神神経科医員

1986年1月～1991年9月 京都市児童福祉センター診療所精神科

1991年10月 渡英

1992年1月～1991年9月 ロンドン大学付属精神医学研究所(Institute of Psychiatry)
児童青年精神医学課程(diploma course)終了

1992年2月～2001年3月 京都大学医学部精神神

経科助手

2000年7月～2001年4月 フルブライト研究員として米国コネチカット大学訪問研究員

2001年4月～2006年6月 九州大学大学院人間環境学研究院 助教授

2006年7月～現在 国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部 部長

- ・日本児童青年精神医学会 学会認定医（平成10年9月25日）、日本児童青年精神医学会 学会認定委員、日本自閉症スペクトラム学会 評議委員、日本自閉症協会 研究部会員

（講演抄録）自閉症及びその他の広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders: PDD）の人々は、生涯に渡って相互的な対人関係、言語やコミュニケーション、共感性、想像力、柔軟性などの障害のために、家庭生活や学校、地域、職業などの社会生活に深刻な困難を抱える。最新の疫学研究ではPDDは100人に1人の割合で存在し、多くは、知的障害を伴わない高機能自閉症、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified: PDD-NOS）軽度発達障害であることも分かっている。つまり従来考えられてきた幼児期の言語や認知発達は一般的な社会的予後を予測するとは限らないことになる。また欧米の報告から早期介入がその後の社会的発達に効果的であることが示されている。これらより、わが国においても、IQ 発達水準にかかわらず自閉症やその他のPDDの子どもたちに早期発見と早期療育の道を拓くことは緊急の課題であると言える。講義では、幼児期自閉症チェックリスト（Checklist for Autism in Toddlers: CHAT）や修正版幼児自閉症チェックリスト（Modified-CHAT）などの、今日欧米で広く用いられているPDD早期発見ツールを紹介し、さらにわが国で行われている地域ベースの早期発見の最新の動向について述べる。早期発見ツールが同定するのはどのような子どもなのか、そしてわが国で発見された児と家族にどのような支援が可能であるか、について私たちの知見から報告する。

(2) 平成18年9月30日(土) 13:30～16:00

対象：発達障害児者に関わっている専門職（医師に限らない）

講演テーマ：高機能広汎性発達障害の医学的理解

講師：京都大学医学部保健学科 教授 十一元三先生

（講師略歴）

平成元年 京都大学医学部卒業

平成6～10年 京都大学大学院医学研究科（脳統御医科学系、臨床精神生理学専攻）

平成11年 医学博士（京都大学）大津家庭裁判所 医務室技官（兼任）

平成11～15年 滋賀大学助教授（保健管理センター）

平成12～15年 文部科学省在外研修制度により渡米、ケース＝ウェスタンリザーブ大学医学部 児童青年精神医学部門主任研究員

平成16年 京都大学教授（医学部保健学科）

現在 京都大学教授（医学部保健学科）

ケース＝ウェスタンリザーブ大学医学部客員講師（兼任）

滋賀県こころの教育相談センター 顧問専門医（兼任）

京都警察病院健康管理委員（精神科）

- ・学術関連役職 日本児童青年精神医学雑誌 編集委員、近畿児童青年精神保健懇話会 代表世話人、京都児童精神医学研究会 世話人、国際医学総合雑誌 Medical Science Monitor 査読委員他

- ・社会的役職 文部科学省・日本学校保健会「心の健康づくり推進委員会」委員長、同「保健室利用状況調査委員会」委員長、文部科学省「情動の科学的解明とその教育への応用等に関する検討会」委員、裁判所委員（京都家庭裁判所）他

（講演抄録）近年、急速に注目を集めている広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder, PDD）は、20世紀に精神医療の中心であった統合失調症や気分障害をはじめとする精神病圏、心因性との関連が疑われてきた神経症圏、あるいは20世紀後半に登場した人格障害圏のいずれとも異なるタイプの障害であり、幼少期からその特徴が発現する発達障害のカテゴリーに属している。最近では、その罹病率（約1%あるいはそれ以上といわれる）の高さとともに、他の主要精神疾患との鑑別において話題となる機会が増している。

PDDはこれまで知られてきた精神疾患と比べ、以下の点で相違がみられる。まず、多くの疾患にみられる「発症期」というものがなく、3歳くらいまで

に徐々に周囲に気づかれるという経過をとりやすい。次に、診断の中核をなす症候（基本障害）には、「対人相互的反応性」の障害という考え方が含まれているが、それが従来扱われてきた精神科的諸症状、すなわち幻覚や妄想のような精神病症状、抑うつや躁という気分症状、神経心理症状などと異なる概念である。さらに、その症候の具体的臨床像が年齢発達とともに大きく変遷してゆく点も、精神科医による障害の把握を困難にしている（精神科医以外による診断についてはなおさらである）。PDDの第2の特徴である興味や行動の限局化や反復傾向は、強迫行為や強迫観念と類似する部分が少なくなく、それらが前景に出る場合には強迫性障害の疑いとして精神医療が求められることがある。

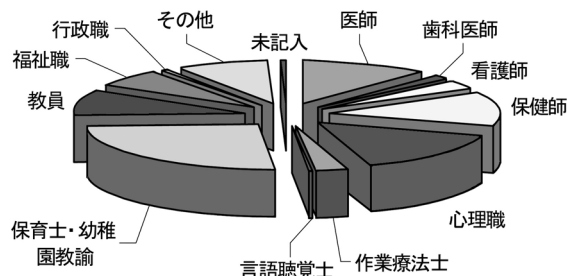
PDD、とくに成人期のケースでは、新たな精神症状を合併していることが多い。その代表は、不適応を背景とした被害関係念慮であり、幻聴（まれに幻視）のような幻覚を合併することもある。その場合、統合失調症との鑑別が必要となり、最近の一般精神科外来診療でもトピックとなっている。それ以外では、気分障害、乖離症状、強迫性障害などの合併もみられる。これらとは別に、児童期から、てんかん、チック障害、学習障害などを合併しているケースも少なくない。

合併症の問題を別にすると、PDDの基本障害は、程度は変化しつつも原則的には生涯持続し、「発症」というよりも生得的資質という捉え方をする方が現実に近い。症状が変動し、薬物などの治療により病態が大きく変化する精神疾患にともなう考え方が適用しづらい問題が現れる。司法化した場合の事理弁識能力や行為制御能力についての議論はその一例といえる。一方、広汎性発達障害であるとわかることにより、それまで曖昧なまま背理的に人格障害圏の診断が（不適切に）適用されていた臨床像が、明瞭で一貫した視点から理解されるケースも現れている。以上のように、PDDの登場は、発達を含めたより包括的な視点を精神医療と精神医学に求めるとともに、精神科診断のより明確な範疇化を前進させる点で非常に大きな意義をもつと考えられる。

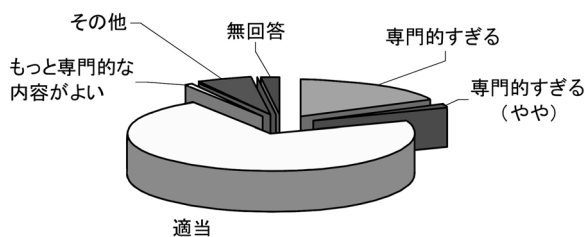
参加者人数 514名：医師 65名、保健医療関係者 112名、保育士 133名、教員 68名、その他 136名

(アンケートより：回収 229名)

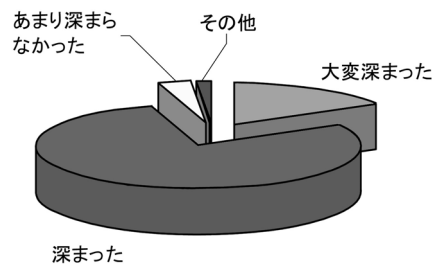
【Q1】回答者の職種



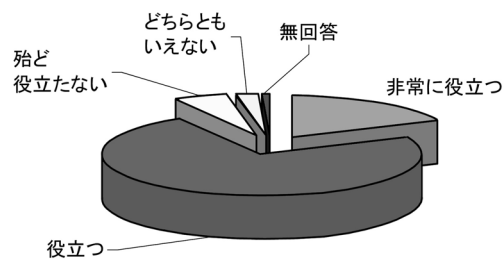
【Q2】研修内容について



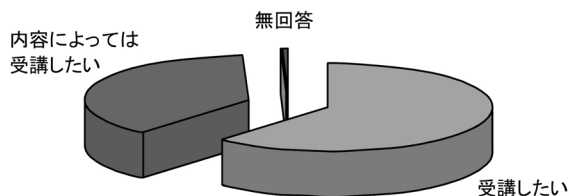
【Q3】発達障害に対する理解



【Q4】研修の役立ち度



【Q5】今後の受講希望



【Q6】今後受講してみたい研修について（複数回答可）

1. 発達障害児（者）の保護者のサポート、カウンセリングに関する研修 176名
2. 不適応を減らす支援方法（工夫）に関する研修 158名
3. 診断後の治療・療育に関する専門的な研修

- 146名
4. 発達障害の診断に関する専門的な研修 68名
5. 発達障害を理解するための入門的な研修 67名
6. 発達障害の評価尺度に関する研修 54名
7. その他

【Q7】その他感想など（医療関係者を中心に抜粋）

- ・より実践的にどう指導・サポートするかの療育の面の情報が不足している（医師）
- ・PDDに限らず保育士さんから“何かおかしい”と相談され、福祉係へ連絡しても多忙の為なかなか保育園に来てもらえない。保護者に伝えても、大したことないとか忙しいと専門医受診されなかったのが、正常範囲なのか障害があるのかははっきりしないことも多い。（医師）
- ・地域によっては専門医が非常に少ない地区がある。そのため診断する先生の診断が本当かどうかセカンドオピニオンがないので不安。診断を受けに行くにも時間がかかり、家族が協力的でないと診断さえつかないことがある。これらに答えられるよう努力したいので、勉強する機会を何度もして欲しい。（医師）
- ・お二人とも非常に造詣の深い方で、一部お話についていけないところもありましたが、興味深く聴かせていただきました。現在患者も一人扱っていますが保護者への対応、指導の心構え、方法の具体例など聞いてみたいと思います。（歯科医師）
- ・後半は内容に対して時間が短かった。1日分くらいの内容ではなかったか。（歯科医師）
- ・他職種の中で、行政スタッフとしてとても参考になることが多くありました。ありがとうございました。条例やデータも見る事が出来、良かったです。また参加させていただきたいです。（歯科衛生士）
- ・普段の業務に大変役立つ内容で、うれしかったです。初めての子供のときには、なかなか気付かないことも多いと言われていました。私の検診のカルテは、アンケートがあるにせよ、確かにデータベースとしては使えないものかもしれないと、記録の大切さと、継続的にかかわりが必要なことは分っていながら今に至っています。個人情報保護の中、どこまで継続的にかかわりが取れるか分かりませんが、保健師として長期的

わり、サポートが出来るよう、努力したいと思っています。（保健師）

- ・こういった全体的な発達障害における話が聞けてよかったですと思います。もうすこしゆったりと話が聞けるともっと良かったのですが……。今後、療育に向けた、かかわり方のポイントや保護者へのサポートに関して研修があるとうれしいです。実際Dr地域での関わりで必要な事など共通認識になれると良いと思うのですが。（保健師）
- ・診断後のフォロー体制ができていない。どこへどのようにつないでいくかが市としての課題か。（保健師）
- ・発達障害の療育支援に日常的に困っています。本日の医療、保健、福祉関係者のこのような研修、検討会に関する催しを希望します。（保健師）
- ・療育相談の場が必要。必ずしも診断が必要ではなく、周囲の対応が大切だということがよくわかるが、それを気軽に相談できる場がないか、予約が多く、なかなか受診も出来ない。（保健師）
- ・さまざまな方向からのお話、ありがとうございました。とても刺激的で知識を広めるためのとてもよい機会になったと思います。少しでも子供たちの生活が過ごしやすくなるように自分自身の引き出しを増やしていけたらと思います。（作業療法士）
- ・理解、解明が進みつつある分野で、知見も変わっていくでしょうから、今後も継続的に実施して欲しい。診断後のサポート体制が現場では急務の課題だと思います。（心理職）
- ・分りやすい話で、今後の理解や支援に役立つと思います。診断の場としては増えていっても、現在の福祉施策の中では、療育という部分が、かなり切り捨てられていると感じています。県としても、早期からの療育システムをきちんと確立していただけるよう希望します。（心理職）
- ・医師のみに限らず、療育スタッフに門戸を開いてくださった研修会、とても有意義でした。ありがとうございました。（保育士・幼稚園教諭）
- ・分りやすい最新の情報を提供頂きありがとうございました。……。もっとこのような機会があり、他職種につながる機会があると良いと思

ます。(教員)

- ・医師でないものについてはついていくのがやっとなでしたが、日ごろ気付けない所に目を向けることができました。両先生のお人柄に感激しました。ありがとうございました。(教員)
- ・早期発見と診断の有用性や医学的な理解について専門家の立場からのお話をたっぷり拝聴でき、ありがたく思いました。(行政職)
- ・その他

(3) 平成 18 年 10 月 1 日(日) 10:00~12:30

対象：医師のみ

講演テーマ：発達障害の診断(1)～学童期・思春期を中心に

講師：広島市子ども療育センター 大澤 多美子
(講師略歴)

広島市生まれ

広島女学院中学・高校卒

昭和55年3月 神戸大学医学部卒業

昭和55年4月～広島大学医学部附属病院精神神経科 入局

昭和56年6月～国立療養所賀茂病院精神科

昭和59年1月～現在 広島市子ども療育センター
発達支援部長

平成17年10月1日～広島市発達障害者支援センター
センター長(兼務)

- ・専門：児童思春期精神医学，発達障害医学
児童精神科認定医，精神科専門医
- ・所属学会：日本児童青年精神医学会，日本精神神経学会

(講演抄録)

I. 内容：

自閉症スペクトラムを中心に，レベル1(スクリーニングレベル)：概観，レベル2(典型例)：DSM-IV-TRを参考に，レベル3：ADOSのモジュール3の観察ポイントを参考に，診断する際の所見の取り方について，自閉症スペクトラムの子ども達のビデオを用いて説明した。最後に，支援の実際(視覚的支援，構造化など)を，写真や絵，ビデオなどを見せて講義をした。

II. レベル1(スクリーニングレベル)：概観について

幼児から小中学生，成人の自閉症スペクトラムの人たちのビデオを観てもらい他の障害との質的な違いの特徴をまずは大まかに紹介した。診断する際の注意点として，

- (1) 精神遅滞があってもなくても，自閉症(遅れではなく，偏り)を見逃さないこと，
- (2) 幼児期の多動は，注意欠陥多動性障害と誤診しないようにする
- (3) 学習障害で，文部科学省の定義を使用する場合は，アスペルガー障害の合併の可能性を考慮しなければならない

III. レベル2(典型例)について

DSM-IV-TRの診断基準を参考に，自閉症の症例(1歳6ヶ月，中3，高2)をビデオで見て貰い，所見の取り方を示した。所見にはインフォーマルな所見とフォーマルな所見がある。待合室での子どもの様子や，名前を呼んで診察室に入る前でも，名前に反応するか，視線はどこか，何に興味を示すか，遊びを止められるか，発声や言葉，服装，歩き方など多くの所見が取れることを示した。ソーシャルコミュニケーションの領域である顔の表情，プロソディ(音程，音量，音質など)，プラグマチクスと心の理論について，誕生から思春期までの発達について説明し，不適切な問題行動の存在だけでなく，適切な行動の欠如が問題であることを示した。

IV. レベル3(ADOSを参考)について

ADOSには4つのモジュールがあるが，特に言葉を流暢に話す子ども/青少年を対象とする，モジュール3を中心に観察ポイントを示した。ADOSは自閉症スペクトラム診断に重要な，対人関係，コミュニケーション及び言語に焦点を当てる検査法で，最小限の構造化又は指示の状況で，どのくらいうまく対人的なやりとりを開始し，維持できるかを評価する。14の活動内容があり，それぞれの項目および観察のポイントを示しながら，この研修会のために協力してくれた自閉症の子ども(小中高校生)たちのビデオを通して学習した。

V. 支援の実際について

医療場面や学校検診など，医師がかかわる場での支援の実際例を，写真や図や絵などで示した。支援の実際については，広島県地域保健対策協議会・発達障害者支援特別委員会の発行したリーフレット，「医師，患者に，会う」を配布して参考にして貰った。

この専門医師養成研修会のためにモデルになってくれた自閉症スペクトラムの子ども達や保護者の協力に感謝している。

(4) 平成 18 年 10 月 1 日(日) 14:00~15:30

対象：医師のみ

講演テーマ：発達障害の診断 (2)

～乳幼児期を中心に～

講師：広島市こども療育センター 河村理英子

(講師略歴)

昭和60年3月 昭和大学医学部卒業

同年4月 昭和大学附属病院小児科入局

昭和61年4月～昭和63年4月までの2年間

昭和大学附属豊洲病院小児科，
亀田総合病院小児科，横浜日赤病院
小児科で研修

平成2年4月 広島大学小児科入局

平成2年6月 国立療養所原病院重症心身障害児
病棟担当，小児発達外来担当

平成12年4月 広島市こども療育センター小児科
技監

平成14年4月 肢体不自由児通園施設二葉園園長
及び囁託医を併任

・所属学会 日本小児科学会，日本小児神経学会，
日本重症心身障害学会

・小児科専門医

(講演抄録) 発達障害者支援法で対象にしている，
広汎性発達障害，注意欠陥多動性障害について，乳
幼児期早期の診断及び支援について研修を行った。

まず，広汎性発達障害と診断された児に早期に見
られる症状をその障害の三つ組み（対人的相互反応
の質的障害，コミュニケーションの質的障害，行動，
興味，活動の限定された反復的で常同的な様式）に
整理し年齢の変化に沿って説明した。また，具体
的事例を提示し，その症状をビデオで紹介した。
PARS（広汎性発達障害 日本自閉症協会評定尺度），
M-CHAT（The Modified Checklist for Autism in Tod-
dlers）などのスクリーニングチェックリスト，CARS
（小児自閉症評定尺度）などの診断バッテリーを紹介
した。

また，広汎性発達障害と診断された症例への支援
の基本を説明し，広島市こども療育センターで行っ
ている療育教室での具体的取り組みをビデオで紹介
した。

乳幼児期の支援は運動発達に問題のある児童を対
象とした療育教室の取り組み，幼児期後半は高機能
自閉症児のための構造化を取り入れた教室の取り組
みをビデオで紹介し視覚支援，物理的構造化などの

重要性を説明した。

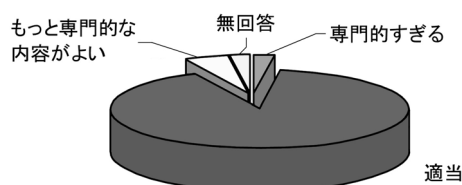
後半は注意欠陥多動性障害の診断のための基本的
作業，薬物治療，メチルフェニデートの投与の基
本について説明を行い，作業療法の治療場面での支
援をビデオで紹介した。

(コメント) 松田病院 松田文雄

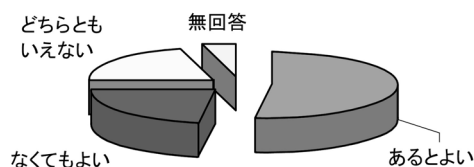
発達障害の理解と診断について，お二人の先生方
からとても丁寧に分かりやすくお話をしていただい
たように思います。ありがとうございました。一言
コメントをさせていただきます。子どもの臨床場面
では，養育者に対し「まず，助言者である前に良き
理解者であれ」とお伝えすることが多く，このこと
は子どもの臨床家についても同じ事が言えるのでは
ないかと思っています。そして，理解と診断は「そ
の子」にとって，「その子」に対する今後の対応や将
来のために役に立つものであることが望ましいと言
えるのではないのでしょうか。以前，「全体の理解」
と「個の理解」の両方が必要であると述べさせてい
ただいたように思います。今後は，理解の上に立ち，
目前の目標と将来の目標を同じ線で結び，成長を育
むための方策を本日お集まりの先生方と一緒に考え
ていきたいと思っています。

参加人数：対象は医師のみで，62名参加
(アンケートより：回収44名)

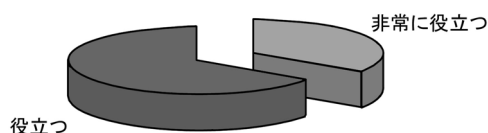
【Q1】研修内容



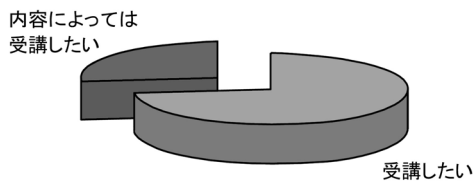
【Q2】実習の必要性



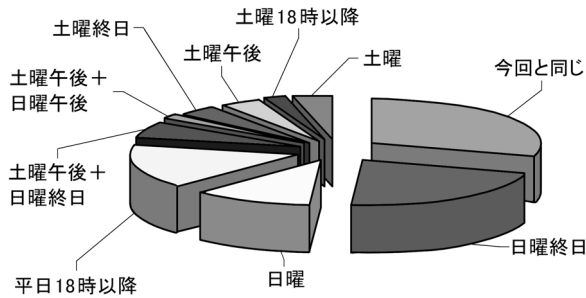
【Q3】研修の役立ち度



【Q4】ステップアップ研修受講希望

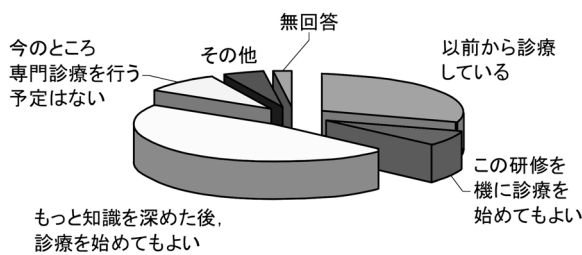


【Q5】ステップアップ研修日程希望



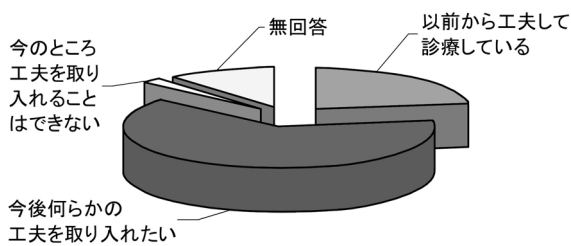
【Q6】今後の方針

(1) 専門診療について



【Q6】今後の方針

(2) 工夫した身体疾患の診療について



B. 学童期から成人期の発達障害専門医師養成研修

(1) 平成 18 年 12 月 2 日(土) 10:00~12:30

対象：講演テーマ：発達障害の診断と対応—落ち着きのない子を中心に—

講師：社団法人発達協会王子クリニック 石崎朝世先生

(講師略歴)

1975年 東京医科歯科大学医学部卒業。小児科入局。

1979年 小児神経学を学ぶため、東京女子医大小児科に入局。その後発達障害児者の臨床に取り組むようになる。

1983年 重症心身障害児者の施設である都立府中療育センターに勤務。同時に保健所などで、発達障害を持つ子ども、発達障害が心配な子どもの発達援助にかかわるようになった。

1992年 4 月 社団法人発達協会王子クリニックの院長となり今日に至る。

以来主に精神発達障害の子どもたちを医療の面で応援したい、療育への架け橋になりたいと願い、子どもたち青年たちの診療をしている。

(講演抄録) 精神面、運動面の発達に問題があって、日常生活に支障があり、社会適応に向け支援が必要な場合、「発達障害」があるというが、ここでは、落ち着きのない子の鑑別という視点で、精神発達障害(認知面、情緒面、行動面に発達の問題がある場合)をとりあげ、その医学的な理解と支援の実際、しばしば行われる薬物治療についてお伝えする。

子どもの落ち着きのなさの要因として、①問題にならない程度のもの。②注意欠陥多動性障害(ADHD)。③広汎性発達障害。④知的障害(精神遅滞)。⑤環境要因・心理的な要因。⑥てんかん、精神疾患の発症、稀に脳や内分泌の病気など身体疾患の場合もある。⑤は、①から④の増強因子となる。②から⑤の重複も多い。⑥の重複もある。

それぞれの要因の鑑別のポイントと診察する際の年代別の問診のポイントや診かたの実際をお伝えしたい。発達障害の診断には経過を知ることが大切である。

次に、発達障害別の援助の要点、年齢別の対応の要点をお伝えする。さまざまな発達障害や障害の程度があるにしても、年齢に応じたかかわり方や援助がある。

薬物治療は、発達障害の症状あるいは様々な要因からくる落ち着きのなさが、日常生活に著しく支障をきたすほどであるとき行う場合があるが、それは、適切な対応があつてこそ、子どもの発達に有用なものとなる。

(2) 平成 18 年 12 月 2 日(土) 13:30~16:00

講演：高機能自閉症スペクトラムの診断と治療

講師：京都市児童福祉センター、京都市発達障害者支援センター 門真一郎先生

(講師略歴)

1948年 広島市の生まれ

1973年 京都大学医学部卒業

1980-81年 ロンドン大学精神医学研究所にて研修

1981年より京都市児童福祉センターに勤務

現在、京都市児童福祉センター副院長

京都市発達障害者支援センター長（兼務）、
京都大学医学部臨床教授

著書：「不登校を解く」（ミネルヴァ書房）、青年期・成人期自閉症（自閉症協会京都府支部刊）他

訳書：キャロル・グレイ著「コミック会話」（明石書店）

ピーター・サットマリ「虹の架け橋-自閉症・アスペルガー症候群の心の世界を理解するために-」（星和書店）

ボンディ&フロスト「絵カード交換式コミュニケーション・システム（ペクス）マニュアル」（NPO 法人それいゆ）

ウェルトン「ねえ、ぼくのアスペルガー症候群の話、聞いてくれる？」（明石書店）

サブナー&マイルズ「家庭と地域のできる自閉症とアスペルガー症候群の子どもへの視覚的支援」（明石書店）

ホームページ

[http://www.eonet.ne.jp/~skado /index.htm](http://www.eonet.ne.jp/~skado/index.htm)

（講演抄録）スペクトラムとは連続体である。国際的な診断基準の整備や以前より広く自閉症をとるようになったことにより有病率が増えていると考えられる。診断に必要な情報は、乳幼児期からのヒストリー（発達歴・病歴）、現在の行動特徴。診断ツール例として、ADI-R、DISCO、CARS、ADOSがあるが、完全なものはまだない。1人の子が持つ発達障害はひとつとは限らず、自閉症スペクトラム、注意欠陥／多動性障害（AD／HD）、学習障害（LD）の3つとも持っている場合もあるが、一つしか診断名がつかないなど、着眼点の違いによる診断の混乱も見られる。

PDDとLD、AD／HDについて世界保健機関（WHO）：国際疾病分類ICD-10と米国精神医学会：診断統計マニュアルDSM-IV-TRの考え方を紹介するが、両方の特徴を持つ子には両方診断名をつけるべきである。

アスペルガー症候群の人は①対人関係（社会性）、②コミュニケーション、③想像力・こだわりの特徴が見られる。「高機能」とは「知的障害がない」こ

とであって、自閉症スペクトラムの特徴は知的障害にかかわらず持っている。自閉症スペクトラムの心理メカニズムと主特徴として、①心の理論、②求心的統合、③実行機能、④順次処理、⑤感覚などに不調がありそれが一長一短様々な行動を生じさせている。

自閉症スペクトラムの人は、目に見えないことへの理解・想像・推測、全体状況の把握、時間的見通しを立てた計画的行動や自己点検、音声言語の意味理解が不得意である。視覚優位性が検査結果に出ない場合でも、目に見えないことを見えるようにする視覚的支援は有効。視覚的構造化のツールとしてコミック会話とソーシャルストーリー、ソーシャルストーリーの目的、題材、効果、6つの文型、10項目決定基準について、事例を交えながら紹介する。対象：発達障害児者に関わっている専門職（医師に限らない）

（参加者人数）357名（医師62名、保健医療関係者53名、保育士47名、教員57名、その他76名）

（アンケートより：回収134名）

【Q1】回答者の職種

医師21名、作業療法士29名、教員20名、保育士・幼稚園教諭18名、その他

【Q2】研修内容はいかがでしたか

適当117名、もっと専門的な内容がいい8名、その他

【Q3】発達障害に対する理解は深まりましたか

深まった92名、大変深まった35名、その他

【Q4】研修内容は業務や職場で役立つものでしたか

役立つ92名、非常に役立つ39名、その他

【Q5】今後発達障害に関する研修会があれば受講されますか

受講したい95名、内容によっては受講したい36名、その他

【Q6】今後受講してみたい研修について（複数回答可）

- ・発達障害児（者）の保護者のサポート、カウンセリングに関する研修 97名
- ・不適応を減らす支援方法（工夫）に関する研修 97名
- ・診断と治療・療育に関する専門的な研修 83名
- ・発達障害の評価尺度に関する研修 38名
- ・発達障害の診断に関する専門的な研修 37名

- ・発達障害を理解するための入門的な研修 24名
- ・その他

【Q7】その他感想など

(3) 平成 18 年 12 月 3 日(日) 10:00~12:00

対象：医師のみ（参加者人数 59 名）

講演テーマ：青年期～成人期の高機能広汎性発達障害の診断と治療

—重ね着症候群を中心に—

講師：広島市精神保健福祉センター デイ・ケア課長 谷山純子

(講師略歴)

昭和59年 広島大学医学部卒業，同大精神科に入局

その後広大，広島静養院などで研修

昭和61年～静岡県の第三駿府病院に勤務

平成 4 年～広島静養院に勤務

平成 9 年～現職

(平成 10 年～一年間米国に居住し同国の精神医療を見学)

- ・所属学会：日本精神神経学会，日本児童青年精神医学会，日本精神分析学会，日本心身医学会，日本集団療法学会，日本デイケア学会

・資格：精神保健指定医，日本医師会認定産業医
(講演抄録) 近年，広島市精神保健福祉センターを受診する患者群の中に，背景に軽度の発達障害を有するものが多く存在していることが明らかになってきている。彼らは，対人恐怖症，強迫症状，抑うつ症状，幻覚妄想，摂食障害，各種パーソナリティ障害など多彩な臨床症状を呈している。また，知的障害がないために就学時代は発達障害があるとは見なされていない。衣笠は，これらの患者群を「重ね着症候群」(layered-clothes syndrome)と命名し，その特徴を明らかにしようとしてきた。

重ね着症候群の定義は，以下に要約される。①初診時 18 才以上(広義には 16 才以上)で，その時初めて背景の発達障害が発見されたもの。②知的障害が認められない(IQ ≥ 85)。③種々の精神症状や行動障害を主訴に受診し，臨床診断も多彩で，殆どの精神疾患を網羅している。④これらの多彩な臨床症状の背景に，高機能広汎性発達障害が潜伏している。⑤高知能のため課題達成能力が高く，就学時代は発達障害と見なされていない。⑥一部に，児童期，思春期に不登校や神経症の既往があるが，発達障害

を疑われたことはない。

重ね着症候群の背景にある発達障害は，非常に軽度のものが多く，DSM-IV では特定不能の広汎性発達障害に該当する。学童期には教師や両親も障害とは考えなかった程度に軽症のものである。

その診断には，通常の精神科一般診断や，分析的精神療法の適応を判断するための力動的診断面接に加え，発達診断の基準項目の確認が必要になる。特に，乳幼児期の発達の問題に関しては，母親からの情報が重要である。上記に加え，診察場面での特徴や，心理テスト(WAIS-R, MMPI, ロールシャッハテスト, AQ-J など)の結果を総合的に判定することが必要になる。

また，治療は，臨床症状に対する薬物療法を中心にし，認知障害に対しては支持的，療育的アプローチが基本になる。さらにデイケアが有効な場合も多い。

当センターのデイケアにおいても，重ね着症候群の患者が年々増加してきている。彼らの経年変化を LASMI(精神障害者社会生活評価尺度)を用いて検討した結果，日常生活領域，課題の遂行領域に比し，対人関係領域の多くの項目において有意に改善が見られている。

(4) 平成 18 年 12 月 3 日(日) 13:00~15:00

対象：医師のみ（参加者人数 59 名）

講演テーマ：青年期～成人期の広汎性発達障害の診断と治療—行動障害を伴う場合—

講師：広島県心身障害者コロニーわかば療育園 所長 岩崎 學

(講師略歴) 1947 年生まれ 鳥根県出身

昭和56年 3 月 広島大学医学部卒業

昭和56年 5 月 医師免許取得 広島大学医学部神経精神医学教室に入る
(専攻 児童精神医学)

昭和56年12月 広島県立広島病院 精神神経科
(臨床研修医)

昭和58年 4 月 国立療養所原病院 精神科
国立大竹病院心身症科 併任

昭和60年 4 月 国立療養所原病院 精神科医長

平成 9 年10月 国立療養所賀茂病院 神経内科医長

平成13年 3 月まで，国立療養所原病院 非常勤医師兼任

平成13年 4 月 国立療養所賀茂病院 副院長

平成16年4月 広島県立心身障害者コロニー
 (現・県立障害者療育支援センター
 わかば療育園) 所長(園長) 現
 在に至る

公務以外では、日本てんかん協会広島県支部代
 表、広島県重症児(者)を守る会 顧問 などを
 つとめる
 (講演抄録)

1. 青年期になって、発達障害外来を訪れる場合と
 しては、
 - ① 幼児期に発達障害と診断されていないアスペ
 ルガー症候群などの場合
 - ② 児童の療育機関がパンク状態となって、安定
 しているからと治療中止を言われたが、引き続
 き療育相談などを求められる場合
 - ③ 思春期以降になって、行動障害が出現したり、
 激しくなった場合
 - ④ 就労、年金取得のためなどに、精神保健福祉
 手帳や診断書が要る場合
 などがある。
2. 物心ついた年齢の、しかも知的には高いケース
 で診断名を告知することには慎重でなければい
 けない。吉田友子先生の「発達障害研究」の論
 文にあるように、心理教育的アプローチとしての
 告知であることが、告知に伴う「心的外傷」
 を防ぐためにも重要である。
3. 知的障害が中度から重度の場合などで、激しい
 行動障害が生じることを防ぐことは、社会参加
 や自由な生活環境で暮らすために、極めて重要
 なことである。そのためには、視覚的支援など
 で、コミュニケーションの能力を養うこと、作
 業や余暇の過ごし方の指導、こだわり行動を激
 化させないためには、不安を防ぐためのスケ
 ジュールの理解などが必要だが、それ以上に、
 パニックなどを生じた際の養育者の忍耐強い
 ジェントル・ケアが必須不可欠である。教育機
 関との連携も欠かせない。
4. 行動障害が深刻化しないためには、適切な薬物
 療法が奏功することもある。時宜を失せず、少
 量の抗精神病薬などを用いることで、激しいパ
 ニックが静穏化し、施設入所・入院などを防げ
 たことは枚挙にいとまがない。ただし、漫然と
 薬物を使用し続けることには、副作用などの問
 題があるため、医師とのコミュニケーションを

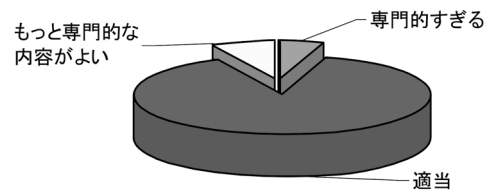
とりながら、減量、中止を図る必要がある。

5. 実際の診療例として、合計7人の事例を紹介し
 た。いじめにあつて、強迫行動が激化した例、
 パニックが激しくて薬物療法を行ったが、環境
 改善で薬物を中止し得た例、音過敏が激しくて
 パニックが頻発する例、前医でアスペルガー症
 候群と不用意に病名だけ告げられて当惑に陥っ
 た例、アスペルガー症候群に統合失調症が合併
 した例、同じくアスペルガー症候群にうつ状態
 が合併した例などである。

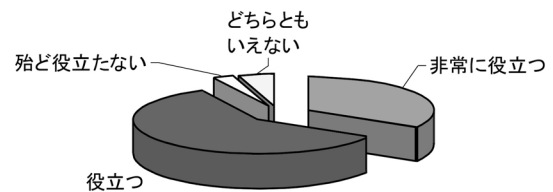
(コメント) 広島市こども療育センター 大澤多美子
 青年期～成人期の広汎性発達障害の人たち(重度
 の知的障害を伴う人たちから高機能の人たち)の問
 題行動や多彩な精神症状について、お二人の先生か
 ら具体的で分かりやすいお話をしていただき、ありが
 とうございました。やはり大切なことは、早期に正
 しい診断をすることであり、その特性にあった療育
 や教育の大切さである。一般の人たちへの啓発は勿
 論、早期発見に関わる保健師、早期診断を担当する
 医師、その後の早期療育や教育、就労など人生全般
 にかかわる専門職の責任は大きいと思われる。それ
 ぞれの専門職が発達障害についてますます研鑽し、
 連携しあい、すべての発達障害を持つ人たちが人生
 の質を高め、その人たちがらしく生きていけるよう
 な社会にしていけたらと思う。

(アンケートより：参加人数(医師のみ)
 59名中43名回収)

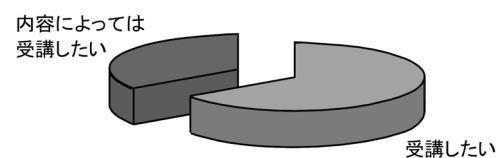
[Q1] 研修内容



[Q2] 実習の必要性



[Q3] ステップアップ研修受講希望

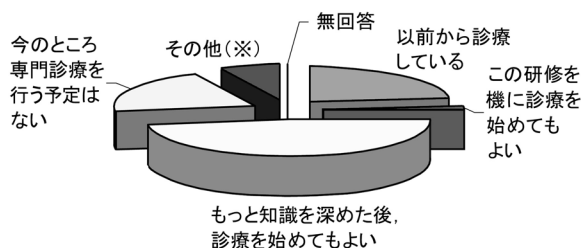


【Q4】ステップアップ研修で学んでみたい内容についてお書きください

アスペルガー障害／高機能自閉症の診断と評価，薬物療法，具体的な支援の方法や工夫，問題行動への対応，保護者への指導の仕方など

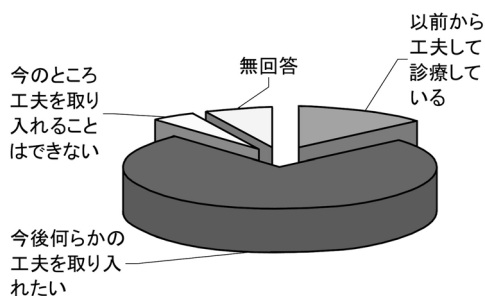
【Q5】今後の方針

(1) 専門診療について



【Q5】今後の方針

(2) 工夫した身体疾患の診療について



【Q6】その他感想など

たくさん先生方が参加されているのに驚いた。有益な研修会ありがとうございました。広島でもこのような専門的な研修が始まったことがすばらしい等。

2. 医療サポート手帳の作成（資料2）

発達障害児（者）は，コミュニケーションや言葉の理解などに大きな問題を抱えており，適切な医療を受けられない状況がある。そこで，「医療サポート手帳」を作成し，診察時に留意していただきたいことや主治医からの注意事項などを通じ，発達障害のある一人ひとりの特性を知っていただき，円滑に診療を行っていただくための手帳である。この手帳の配布機関は，広島県発達障害者支援センター，広島市こども療育センター（広島市発達障害者支援セン

ター），こども家庭センター（広島・福山・備北），広島市児童相談所，発達障害児（者）の専門診療を行っている医療機関などである。医療機関の皆様へ「医療サポート手帳」にご協力くださいのポスターを配布，また医師会速報で協力をお願いした（資料3）。また本人・保護者用に「医療サポート手帳」が出来ましたというチラシを配布し，記入例などを示した。お互いが理解しあい，医師と患者とのさらにより良い関係が築いていければと思う。詳しくは，広島県地域保健対策協議会のホームページ <http://www.citaikyoo.jp/> を参照していただきたい。

Ⅲ. ま と め

今年度に予定した事業はすべて実践した。まず研修については，土曜日は発達障害児者に関わる専門職（医師に限らない）を対象に行い，多くの参加があり，共通理解を深めることが出来た。アンケート結果からおおむね満足できる内容であったと思う。日曜日は，医師のみを対象とし，さらに専門の研修会にしたが，想像を超える参加者数があったことに驚くとともに，頼もしさを覚えた。アンケート結果からもほぼ満足のいく研修会であったと思う。さらに研修を受けて，専門診療をおこなってもいいと思われる医師が多く見られたことは喜ばしい。今年度は専門医師養成研修会の予算は広島県からこの委員会に委託されて実施出来た。多くの医師が発達障害についての更なるステップアップ研修を希望されており，今後も継続研修希望の期待に答えていただければと思う。しかし医師全体のレベルアップも大切だが，専門医師養成のためにはさらに努力が必要であると思われる。少なくとも圏域別にはまたは地区の基幹病院に，発達障害に詳しい専門医師が確保出来るように，さらに焦点的・重点的な医師専門医師養成研修が必要であり，今後の課題である。また，今年度の活動として，医療サポート手帳を作成し，発達障害を持つ人や保護者，関係者で希望される人たちに配布した。この手帳を多くの人が活用されることを期待している。この2年間の活動を通して，発達障害への理解が進み，医師と患者との関係がさらに良いものになる事を願っている。

【資料1】

発達障害専門医師養成研修会

広汎性発達障害（自閉症，アスペルガー症候群等），ADHD等の診断に関する講義（1日目）と，より実践的内容のセミナー（2日目）で構成する研修会を開催します。

対象者 **医師**（ただし，研修A，Bともに**1日目に限り，医師以外の保健医療関係者，保育士，教員等専門職も御参加いただけます。**）

受講料 **入場無料**（※公共交通機関をご利用のうえご来場ください。）

主催 広島県（問合先：障害者支援室 TEL：082-513-3156（ダイヤルイン）担当 鶴野）

日程等

【A：乳幼児期から学童期の発達障害専門医師養成研修】（定員：1日目500名，2日目30名）

形式	日時・場所	内容・講師
1日目 講義	平成18年9月30日(土) 9:55～16:00 中国新聞ホール 広島市中区土橋7-1	司会：広大大学院医歯薬学総合研究科小児科学研究室 教授 小林 正 夫 10:00-12:30「広汎性発達障害の早期発見と早期診断について」 国立精神・神経センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健部長 神尾 陽 子 13:30-16:00「高機能広汎性発達障害の医学的理解」 京都大学医学部保健学科 教授 十一元 三
2日目 セミナー	平成18年10月1日(日) 10:00～16:00 県立生涯学習センター 第3研修室 広島市東区光町2-1-14	司会：県立広島大学保健福祉学部教授 土田 玲 子 10:00-12:30「発達障害の診断(1)～学童期・思春期を中心に～」 広島市こども療育センター 発達支援部長 大澤多美子 12:30-13:00 質問とまとめ 松田病院 院長 松田 文 雄 14:00-15:30「発達障害の診断(2)～乳幼児期を中心に～」 広島市こども療育センター 小児科医 河村理英子 15:30-16:00 質問とまとめ 松田病院 院長 松田 文 雄

【B：学童期から成人期の発達障害専門医師養成研修】（定員：1日目400名，2日目30名）

形式	日時・場所	内容・講師
1日目 講義	平成18年12月2日(土) 9:55～16:00 広島医師会館2階大講堂 広島市西区観音本町1-1-1	司会：広島市こども療育センター 発達支援部長 大澤多美子 10:00-12:30「発達障害の診断と治療～落ち着きのない子を中心に～」 (社)発達協会 王子クリニック 院長 石崎 朝 世 13:30-16:00「高機能広汎性発達障害の診断と治療」 京都市児童福祉センター 副院長 門 眞一郎
2日目 セミナー	平成18年12月3日(日) 10:00～16:00 広島医師会館 3階 健康教育室 広島市西区観音本町1-1-1	司会：広島県広島こども家庭センター 医監 安 常 香 10:00-12:00「青年期～成人期の高機能広汎性発達障害の診断と治療 —重ね着症候群を中心に—」 広島市精神保健福祉センター デイ・ケア課長 谷山 純 子 13:00-15:00「青年期～成人期の広汎性発達障害の診断と治療—行動 障害を伴う場合—」 広島県心身障害者コロニーわかば療育園 所長 岩 崎 學 15:15-16:00 質問とまとめ 広島市こども療育センター 発達支援部長 大澤多美子

F A X 082-293-3363

発達障害専門医師養成研修受講申込票

広島県医師会地域医療課宛

受講希望 ()内に○印 を記入	研修A	①9月30日	受講希望() 弁当要()	②10月1日 ※医師限定	受講希望() 弁当要()	申込期限 9月20日
	研修B	①12月2日	受講希望() 弁当要()	②12月3日 ※医師限定	受講希望() 弁当要()	申込期限 11月22日
職種 該当に○印	医 師 ・ 保 健 医 療 関 係 者 ・ 保 育 士 ・ 教 員 ・ そ の 他 ()					
氏名	所属機関名 ・ 連絡先		TEL () -			

※ 原則2日連続の研修ですが，1日目のみ，2日目のみの受講も可能です。(2日目は医師のみ)

※ お弁当(お茶付・税込600円)をご希望の方は「弁当要」に○をしてください。

【資料2】

医療サポート手帳

医療とのよりよい
コミュニケーションのために



広島県地域保健対策協議会

～ 医療機関の皆様へ～

「医療サポート手帳」にご協力ください

発達障害児(者)は、コミュニケーションや言葉の理解などに大きな問題を抱えており、適切な医療が受けられない状況があります。

そこで、広島県地域保健対策協議会・発達障害者支援特別委員会では、診療に関するコミュニケーションツールとして「医療サポート手帳」を作成いたしました。

この手帳は、診察時に病院の先生や看護師の方々に知っておいてもらいたいことや主治医からの注意事項などの情報を、主治医や保護者などが記入し、診察前に医療機関へ提出していただきます。これにより、病院の先生や看護師の方々が発達障害のある人への理解を深められ、その方がより安心して診察を受けられることを目的にしている手帳です。

診察の際のご参考にしていただき、不明な点は本人や付き添いの方に質問していただきたいと思っております。障害のある人びとに対するご理解ならびにご協力をお願いします。

平成19年3月25日 広島県地域保健対策協議会・発達障害者支援特別委員会

<医療サポート手帳抜粋>

<p>コミュニケーションのとり方 <small>あてはまるものを○</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・実物を見るとわかる ・絵を見てもわかる ・文字で書くとわかる ・簡単な言葉は理解する ・その他 <p>「はい」「いいえ」は表現できる 痛いところを指させる 前もって手順が示されると理解しやすい</p>	<p>苦手なこと <small>あてはまるものを○ (苦手なことをされると不安定になることがあります)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> ・待つこと ・じっとしていること ・初めてのこと ・診察や処置を説明なしでされること ・その他 <p>音、色、味、匂い (具体的に) 触られること 強いところ 狭いところ 白灰</p>	<p>障害についての主治医</p> <p>病院・医院名 _____</p> <p>主治医氏名 _____</p> <p>電 話 () _____</p> <p>◎主治医からの注意事項 (記入日 年 月 日)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>◎アレルギー 無 () _____</p> <p>◎服 用 薬 無 () _____</p>	<p>病歴</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年 月</th> <th>病 名</th> <th>病 院 名・科 名</th> <th>診 療 状 況</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>記入者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>病 名</td> <td>病 院 名・科 名</td> <td>診 療 状 況</td> </tr> <tr> <td>記入者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>病 名</td> <td>病 院 名・科 名</td> <td>診 療 状 況</td> </tr> <tr> <td>記入者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>病 名</td> <td>病 院 名・科 名</td> <td>診 療 状 況</td> </tr> <tr> <td>記入者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>保険証は必ずお持ちください。</p>	年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況	記入者				年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況	記入者				年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況	記入者				年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況	記入者			
年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況																																
記入者																																			
年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況																																
記入者																																			
年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況																																
記入者																																			
年 月	病 名	病 院 名・科 名	診 療 状 況																																
記入者																																			

記入例など

- ・コミュニケーションのとり方:「言葉では理解できないので、絵や動作で診療の手順を説明してください」など
- ・苦手なこと:「他人に触られること」「大きい音」「白衣を着ている人」など
- ・お願いしたいこと・絶対してほしくないこと:「白衣は苦手なので脱いでください」など
- ・健康情報:主治医の記入欄
- ・病歴欄:うまく診療できた状況やできなかった状況など

《この手帳を配布している機関》

広島県発達障害者支援センター、広島市こども療育センター(広島市発達障害者支援センター)、こども家庭センター(広島・福山・備北)、広島市児童相談所、発達障害児(者)の専門診療を行っている医療機関など

詳しくは、次の機関にお問い合わせください。

お問合わせ先 広島県福祉保健部障害者支援室 電話 082(513)3156
 広島県地域保健対策協議会のホームページ (<http://www.citaikyoo.jp/>)
 広島県のホームページ (<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/>)

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	広島市こども療育センター発達支援部
委員	岩崎 學	広島県立心身障害者コロニーわかば療育園
	河村理英子	広島市こども療育センター
	小林 正夫	広大大学院医歯薬学総合研究科小児科学研究室
	佐伯真由美	広島県総合精神保健福祉センター地域支援課担当
	寶田 貫	広大大学院医歯薬学総合研究科展開医科学
	谷山 純子	広島市精神保健福祉センター
	土田 玲子	県立広島大学保健福祉学部
	土井 精二	広島県福祉保健部福祉局 障害者支援室自立支援担当室
	西村 浩二	社会福祉法人つつじ 知的障害者通所更正施設ウイング施設
	新田 修三	広島県福祉保健部福祉総室 知的障害者福祉室
	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）
	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. は じ め に
- II. 調査方法と調査対象
- III. 結 果
- IV. 考 察
- V. ま と め

乳幼児聴覚障害対策特別委員会

(平成 18 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 石野 岳志・益田 慎・岡本 羊子

I. はじめに

新生児および乳幼児期における聴覚障害は、特別に対応しない場合、重度であればその後の言語発達に重篤な影響が及ぶが¹⁾、軽度であっても発見時期が遅れば、やはり言語発達に問題が生じてくる。そのため、聴覚障害が存在した場合、低下した聴力を補聴器装用等で補うのと同時に、適切な療育を受けることが、その後の言語認知の面で重要である。また、脳科学研究上、できるだけ早期に行うことが必要であるといった報告も認められている²⁾。従って、難聴の早期発見が重要であるが、日常生活での中等度難聴の早期発見は困難であることが多い。このため、国においては法的に言語発達検診である1歳半健診と聴覚健診である3歳児健診を制度化することで、また広島県は平成15年11月から「新生児聴覚検査事業」を、広島市は平成16年11月から「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」をそれぞれ独自に構築し、難聴の早期発見に努めてきている。しかしながら、時に難聴の存在が見逃され、早期発見できていない例も存在し、平成17年度の本委員会でも3歳児健診における聴覚検診のあり方に一考を要するとの指摘がなされた。そこで、それぞれのシステムの精度と問題点を検討し、より有効に機能するための方策を策定する必要がある。今回、本委員会では3歳児健診における聴覚検診について、その有用性と課題に関して調査を実施した。

II. 調査方法と調査対象

対象は、平成18年11月から平成19年2月までに広島市南区で3歳児健診を受診した372名中、難聴や言葉の遅れに関して精査が必要と判断された未就

学児55名とした。

難聴や言葉の遅れに関して精査が必要と判断する基準としては、厚生労働省が推奨する3歳児健診の方法に準じて行うこととした。すなわち、3歳児健診の際に、事前に養育者が記載する「お子さんの耳に関するアンケート」(図1)において、①聴覚囁語検査で一つでも×が記入されている場合(質問項目A)、②聴覚における問診内容で難聴を疑わせる項目に一つでも「はい」があった場合(質問項目B5-8)、③その他の難聴あるいはことばの遅れに関して心配な項目がある場合(質問項目C1,2,5)とした。これらに加えて、家族性難聴の項目がチェックされている場合(質問項目B2)と健診担当者(医師、保健師)の判断によって精査が必要とされた場合(質問項目C3,4)も精査対象とすることにした。精査票の発行の際には、その前段階として小児科医が診察を行い、最終的に精査の必要があるかどうかを総合的に判断した上で発行の有無を決定した。

精査対象となった児は、推薦精査機関として広島大学病院耳鼻咽喉科または県立広島病院小児感覚器科を紹介受診することとし、同上医療機関において難聴の有無、言語発達の有無について精査を行った。

調査を実施するにあたり、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うえで、同意が得られた対象児について調査および検査を行うこととした。調査および検査内容は、新生児聴覚スクリーニング検査および1歳半健診についての養育者への聞き取り調査と、聴力と言語発達についての検査とした。精査内容としては、遊戯聴力検査と津守式乳幼児精神発達質問用紙を用いた発達検査を主に施行し、必要に応じてグッドイナフ人物画検査、ことばのテスト絵本による呼称などの追加検査を

診療情報提供書（紹介）

広島大学病院耳鼻咽喉科 御中
県立広島病院小児感覚器科 御中

氏名： _____ 生年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 男・女

下記のような理由（該当する項目の番号にすべて○をつけてください）により精密聴力検査および言語発達検査を依頼します。なお、本紙をもって精密医療機関への紹介状とします。

A) 聴覚嚙語検査で不合格

- 1)いぬ 2)くつ 3)かさ 4)ぞう 5)ねこ 6)いす

B) 問診内容で「はい」があった

- 2) 家族・近い親類の方に、小さいときから耳の聞こえの悪い方がおられますか。
5) 呼んでも返事をしなかったり、聞き返したり、テレビの音を大きくするなど、聞こえがわるいと思う時がありますか。
6) 保育園の保育士など、お子さんに接する人から、聞こえがわるいと言われたことがありますか。
7) 話しことばについて、遅れている、発音がおかしいなど、気になることがありますか。
8) あなたの言うことばの意味が、動作などを加えないと、伝わらないことがありますか。

C) その他

- 1) 家族が難聴を心配している。
2) 家族がことばの遅れを心配している。
3) 健診者（医師、保健師）の印象として、難聴ではないかと思う。
4) 健診者（医師、保健師）の印象として、ことばが遅れているように思う。
5) その他（ _____ ）

上記のうち一項目でも○がつけば精査対象となりますが、もし精査を依頼されないときにはその理由をお答えください。（複数回答可）

- 1) 家族が精査を拒否した。
2) 他の医療機関に精査を依頼した。（可能であれば、どちらの医療機関に精査を依頼されたかをご記入ください→
3) すでに広島市子ども療育センター小児科を受診している。
4) すでに難聴と診断され、広島市子ども療育センター耳鼻科・山彦園を受診している。
5) すでに難聴と診断され、広島県立ろう学校に通学している。
6) 健診者（医師、保健師）が問題ないと判断した。
7) その他（ _____ ）

平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

医師名 _____

図1 アンケート用紙

行った。また南区における3歳児健診対象者総数および受診者総数、精密検査対象者総数も集計し、これらも合わせて総合的に3歳児健診を含む検診システムについて検討を行った。

Ⅲ. 結 果

平成18年11月から平成19年2月までの南区における3歳児健診対象者総数は450名で、そのうち受診者総数は372名（受診率82.7%）で、精密検査対象者総数は55名（精検率14.8%）であった。55名

中精検票発行は29名（精検発行率7.7%）であったが、精検票を発行しなかった児は26名であった。精検票を発行しなかった26名について、その理由の内訳は、広島市子ども療育センター小児科または耳鼻咽喉科、難聴児通園施設山彦園を受診しているもの4名、他院受診中8名、検査拒否14名であった。検査拒否の1名は「新生児聴覚スクリーニング検査で異常がなかったから」を理由としていた（表1）。

精検票を発行した29名中、精密検査を受診した者は17名（精検票発行における精検実施率58.6%）で

表1 広島市南区における3歳児健診の集計および平成17年度の集計結果（一部のみ）：
アンケート用紙の質問項目の記載において、A) 聴覚囁語検査の1) いぬで不合格の場合、A1のように記載した。

健診対象者数	450		
健診受診者数	372		(受診率：82.7%)
精検対象者数	55		(精検率：14.8%)
精検票発行	29		(精検発行率：7.7%)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 広大受診希望 ○ 県病院受診希望 ○ 南区内耳鼻科 	<ul style="list-style-type: none"> 11 17 1 	
精検票未発行	26		
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 光町を受診 ○ 他院受診中 ○ 検査拒否 	<ul style="list-style-type: none"> 4 8 14 	1例は新生児スクでpassしたから
精検実施	17		(精検実施率：58.6%)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ 異常なし ○ 言語発達遅滞 ○ 構音障害 ○ 自閉症疑い 	<ul style="list-style-type: none"> 8 5 2 2 	

平成17年度における広島県の3歳児健診結果
(日本耳鼻咽喉科学会社会医療部福祉医療・乳幼児委員会集計)

健診受診率：82.4%
精検発行率：1.1%

チェックがついた質問項目 (複数集計可)	A1 A6	B2	B5	B6	B7	B8	C
精検票発行							
<ul style="list-style-type: none"> ○ 異常なし ○ 言語発達遅滞 ○ 構音障害 ○ 自閉症の疑い ○ 南区耳鼻科受診 ○ 未受診 	<ul style="list-style-type: none"> 4 3 2 	<ul style="list-style-type: none"> 1 1 1 1 	<ul style="list-style-type: none"> 5 1 1 5 		<ul style="list-style-type: none"> 2 2 1 1 6 	<ul style="list-style-type: none"> 1 1 1 2 	
精検票未発行							
<ul style="list-style-type: none"> ○ 療育センター受診 ○ 治療中 ○ 言語リハビリ中 ○ 拒否 	<ul style="list-style-type: none"> 1 1 		<ul style="list-style-type: none"> 3 1 4 		<ul style="list-style-type: none"> 3 3 1 5 	<ul style="list-style-type: none"> 1 	<ul style="list-style-type: none"> 1
総計	11	7	20	0	24	6	2

あった。精密検査を受診した17名の結果の内訳は、異常なし8名、言語発達遅滞5名、構音障害2名、自閉症疑い2名であった。

平成18年11月から平成19年3月末までに推薦精査機関を受診した未就学児は16名であった。今回の検討において、これら精査対象児に遊戯聴力検査を施行した結果、全例とも聴力は正常で、難聴児は認められなかった。このうち聴覚囁語検査で不合格と

なり受診したものの8名（うち複数不合格例は3名）、問診で難聴を疑わせる項目に「はい」があり受診したものの14名、（うち複数チェック例は6名で、項目別では家族性難聴疑い2名、ききかえしが多い6名、保育士が気付く1名、言葉が遅い7名、動作で伝える4名）、その他の場合で受診したもの（家族がことばの遅れを心配している）1名であった（複数集計あり）。

ニング検査で異常なしと判定されたもののその後の経過で難聴が生じた場合などのことも含め、以前より1歳半健診と3歳児健診の重要性が指摘されている。

聴覚検査としては規定されていない1歳半健診は、国レベルで法的に健診を受けることが定められているものの、今回の調査ではその受診率は81.3%（16名中13名受診）であった。また、聴覚検査として規定されている3歳児健診では82.7%であった。この結果より、1歳半健診と3歳児健診の両者を受診していない/できていない、または1歳半健診では異常なしと判定されたが、3歳児健診を受診していない/できていない難聴児が存在している可能性が考えられた。

新生児聴覚スクリーニング検査を受診していない難聴児や、新生児聴覚スクリーニング検査で異常なしと判定されたもののその後の経過で難聴が生じた場合などでは、できれば1歳半健診で、それが無理でも3歳児健診で発見することが重要であると思われる。しかしながら、今回の調査結果では3歳児健診を受診していないために難聴が見逃されるという可能性が否定できなかった。3歳児健診の未受診例を把握し、再受診の呼びかけや、再度の健診の施行などの健診のバックアップ体制の確立が必要であると考えられた。

また今回の調査では精検率14.8%、精検票発行率7.7%、精検票発行における精検実施率58.6%であった。日本耳鼻咽喉科学会社会医療部福祉医療・乳幼児委員会集計による平成17年度の広島県の結果と比較すると、精検票発行率は平成17年度が1.1%であり、今回の調査では7倍の発行率の上昇が認められた。平成17年度の広島県での精検率は東京での3歳児健診のパイロットスタディーの結果（精検率6.2%）⁴⁾と比べ低値であった。今回は例年と比べチェック項目を増やしたこと（聴覚における問診内容で難聴を疑わせる項目（B2,8）、聴覚囁語検査で一つでも×が記入されている場合（厚生労働省方式では二つ以上）、その他の項目（C1-5）の追加）および厚生労働省方式に準じた厳密な判定を行ったことにより、今までなら経過観察/異常なしとしていた児童が含まれたことで、精検率が大幅に高値になった可能性が考えられた。広島において、過去に精検にて難聴が疑われながらも「様子を見ましょう」とされて見過ごされていた難聴児が報告されていること

から⁵⁾、安易に経過観察はせず、厳密に精検票発行の判定をすることが大切である。

さらに3歳児健診で精査対象となった場合は、耳鼻咽喉科を受診してもらうことになるが、年齢的に標準聴力検査を行うことができず、遊戯聴力検査等にて聴力を確定する必要がある。遊戯聴力検査を行うことのできる施設は限られていることから、病院によっては代替手段として聴性脳幹反応により聴力検査を施行しているところや、ささやき声検査や、指こすり検査、新生児聴覚スクリーニング検査や1歳半健診の結果も考慮して難聴の有無を判定しているところもあると思われる。聴性脳幹反応の検査の結果は高音域の聴力には相関するものの、低音域においてはあまり相関しないことが知られており⁶⁾、ささやき声検査や指こすり検査も正確に行えれば感度、特異度ともに90%以上となるが、不十分な場合は発見が困難であることが報告されている⁷⁾。また一部の難聴児は、新生児聴覚スクリーニング検査や1歳半健診で異常なしと判定されたことも報告されている^{5),8)}。このことから、これら代替手段による検査結果のみで難聴はないと確定するのは危険であり、広島県においても実際に難聴が見逃されていた例が報告されている⁵⁾。さらに健診を施行し精密検査対象と判定された場合でも、今回の調査と同様に新生児聴覚スクリーニング検査や1歳半健診で異常がなかったことや、身近な耳鼻咽喉科にすでに通院していることを理由として、精検票の発行を拒否する養育者や、精検票が発行されても、遊戯聴力検査を施行できる精査機関を知らないため身近な耳鼻咽喉科を受診し、代替手段により正確な診断がなされていない場合が存在する可能性も否定はできない。したがって、理想的には3歳児健診における精査対象児は全員、遊戯聴力検査を行うことができる精査機関を受診することが望ましいと考えられる。また、幼少児のより正確な難聴診断のために、医療機関（耳鼻咽喉科）側へ遊戯聴力検査の積極的な導入を呼びかけるなどの活動も重要であると思われる。

今回の対象児においては、推奨精査機関として遊戯聴力検査が施行できる施設を指定したことから、精検票発行児童29例中、推奨精査機関の受診を希望した28例で遊戯聴力検査を行うことができる状態であった。しかし、実際に精査を受けた児童は17名であり、そのうち推奨精査機関を受診した児童は16名であった。受診しなかった残りの児童と精検票を

発行しなかった児童（広島市こども療育センター受診中の4名は除く）は精密検査対象者55人中28人であった。精密検査対象児の中に難聴児がいた場合、遊戯聴力検査などの聴力検査を受けていないと難聴の発見が遅れる可能性が考えられる。このため、精査機関を受診しなかった精密検査対象児は、現在も行われている受診の勧奨をさらに強力に行うなど、受診率の向上に向けた対策を行っていく必要があると考えられる。尚、今回推奨精査機関を受診した16名は、新生児聴覚スクリーニング検査で異常なしと判定された受診児3名中3名、1歳半健診で異常なしと判定された受診児13名中12名であったが、全例とも遊戯聴力検査上は明らかな難聴を認めなかった。

今回の調査では診断により自閉症スペクトラムが疑われた対象児が認められるとともに、広島市こども療育センターを自閉症疑い（詳細不明）として受診している児童も認められた。一般に自閉症スペクトラムに属するものは、小児において言語発達に影響を及ぼすものが多く、その診断は早期では困難で、さまざまな症状がでてから各種医療施設を受診することが多い。さらに自閉症スペクトラムに属する高機能自閉症（アスペルガー症候群を含む）との鑑別が困難である特異的言語発達遅滞は、自閉症スペクトラムの一部を形成しているとの報告も認められる⁹⁾。このため、3歳児健診における言語発達遅滞の疑い症例は、自閉症スペクトラムのうち、高機能なグループがかなり重要な位置をしめていることが想定されるが、今回の調査では、これ以上の検査ができなかったために、最終診断が確定できていない状態での報告となった。これら自閉症スペクトラムは、養育者と目線が合わないなどといったコミュニケーション能力の低さにより、ささやき声検査の実施が困難であったり、「お子さんの耳に関するアンケート」の難聴を疑わせる項目にチェックが付いたりすることで3歳児健診では難聴疑いとされることがある。しかしながら、健診で精密検査となると、結果として難聴とこれら疾患の鑑別が行われることになるため、どちらの疾患であっても早期療育につながることになる。従って、3歳児健診においては、今回の精査率の上昇および精査受診者における自閉症スペクトラム疑いと診断された児童の割合の多さを踏まえ、よりきめ細かな問診票を作成していく必要があるとともに、要精査判定もできるだけ厚生省方式に準じて厳密に判定していく必要があると思わ

れる。また精査機関においては、自閉症スペクトラムを充分理解したうえで精密検査を進め、自閉症スペクトラムが疑わしいと思われた場合は、高機能な自閉症スペクトラムである可能性も考慮して、早期に小児自閉症評定尺度（CARS）や自閉児・発達障害児教育診断検査（PEP-R）などの精密な自閉症の判定が行える精査機関に紹介するように努めるべきである。

難聴に伴う言語発達遅滞と類似するものとして、以前より精神発達遅滞による言語発達遅滞も指摘されている。精神発達遅滞でも、ささやき声検査の実施が時に困難で、質問票で難聴疑いと判定されることも考えられる。これを鑑別診断するためによく行われる精神発達質問用紙を用いた検査では、発達の度合いが大まかに分かるものの、質問項目によっては生活環境によって評価しにくい項目があるとともに、採点の評価基準が保護者によって異なっているため、必ずしも客観的な発達検査とはならないことが知られている¹⁰⁾。このため、精神発達遅滞が疑われる場合には、その後の発達具合や知能検査の実施などを行いながら観察を行っていく必要がある。今回の対象児においても、発達検査で精神発達遅滞が多少疑われた対象児を認めたが、年齢的に詳細な知能検査ができないため、今後も引き続き経過観察をおこなって診断していく予定である。

今回の調査では、難聴児は発見されなかったものの、調査結果から3歳児健診をさらに改善していく余地が健診制度側と精査機関側の両方にあることが考えられた。まず、健診制度側においては、よりきめ細かい問診票の作成と3歳児健診の要精査の判定を厚生労働省方式に準じて引き続き厳密に行っていく必要がある。さらに、未受診児童の把握かつ追加健診または聴力検査の施行などの、より包括的な乳幼児健診制度を構築していくことが必要であると考えられた。次に、精査機関側においては、より正確な難聴の判定のために遊戯聴力検査を施行する必要があるとともに、自閉症スペクトラムや精神発達遅滞の疾患知識なども併せ持つておく必要があることが考えられた。また、遊戯聴力検査を施行できない耳鼻咽喉科医においては、安易に経過観察をせず、早期に遊戯聴力検査ができる精査機関に紹介するなど、難聴の早期発見に向けてより一層の配慮が必要であると考えられた。

V. ま と め

広島市南区で平成18年11月から平成19年2月末の間に行った3歳児健診対象者450名について、聴覚検診に関する調査を行い、難聴児スクリーニングにおける健診の有用性および課題について検討を行った。

1) 3歳児健診受診者は372名(受診者82.7%)で、聴覚精密検査対象者は55名(精検率14.8%)であった。

2) 精検対象者55名中、精検票発行者数は29名であり、うち17名が精密検査を受診した。その結果、異常なしが8名で、その他の診断としては、言語発達遅滞5名、構音障害2名、自閉症の疑い2名であった。難聴児は認められなかった。

3) 1歳半健診、3歳児健診ともに受診していない児童が存在し、また精検票が発行されていても精査機関を受診していない児童も認められた。難聴の見逃し防止には受診率の更なる向上に向けた対策の必要があると考えられた。

4) 判定方法の変更があったものの3歳児健診では精検率の大幅な上昇が認められた。厚生労働省方式に準じた厳密な判定を徹底していくことが重要であると考えられた。

5) 今回の調査では難聴児は認められなかったが、言語発達に関わる他の病態発見につながっており、健診におけるきめ細かな問診と精検率の更なる向上が肝要であると思われた。

謝 辞

稿を終えるにあたり、今回の調査に快くご協力いただきました小児科の森美喜夫先生・河野満珠美先生および広島市南保健センターの保健師の方々に、深く感謝いたします。

文 献

- 1) 倉内紀子：聴覚障害のリハビリテーション。言語リハビリテーション。CLIENT21 11。中山書店、2000; 239-251.
- 2) 本庄 巖 編著：脳からみた言語。中山書店、1997; 122-125.
- 3) 三科 潤：本邦の主要聴覚障害児早期指導機関への新生児聴覚スクリーニングの影響に関する検討。厚生労働科学研究費補助金(子供家庭研究事業)分担研究報告書 平成16年。
- 4) 田中美郷, 加我君孝, 大島弘至：東京都における三歳児聴覚検診パイロットスタディ。Audiology Japan 35: 112-119, 1992.
- 5) 平川勝洋, 益田 慎, 岡本羊子ら：平成17年度乳幼児聴覚障害対策特別委員会報告書。広島医学 59: 975-986, 2006.
- 6) Brookhouser PE, Gorga MP, Kelly WJ: Auditory brainstem response results as predictors of behavioral auditory thresholds in severe and profound hearing impairment. Laryngoscope 100: 803-810, 1990.
- 7) 森田訓子：三歳児聴覚検診検査項目の有効性。Audiology Japan 41: 283-286, 1998.
- 8) 森田訓子：精密聴力検査機関を7ヶ月以降に受診した新生児聴覚スクリーニング検査児の検討。Audiology Japan 49: 461-462, 2006.
- 9) Conti-Ramsden G, Simkin Z, Botting N: The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). J Child Psychol Psychiatry 47: 621-628, 2006.
- 10) 坂本龍生, 田川元康, 竹田契一ら：障害児理解の方法。学苑社, 1997; 16-17.

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耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学
委員	石野 岳志	広島大学大学院医歯薬学総合研究科耳鼻咽喉科学・頭頸部外科学
	井口 郁雄	広島市立広島市民病院耳鼻咽喉科，頭頸部外科
	岩崎 和浩	広島県福祉保健部社会福祉局障害者支援室
	岡本 羊子	広島県福祉保健部総務管理局こども家庭支援室
	佐藤 朋子	広島市こども療育センター難聴幼児通園施設山彦園
	白河 一郎	医療法人社団 白河産婦人科（広島県産婦人科医会）
	野村 裕教	広島市社会局障害福祉課障害児担当
	浜井 誠	広島県福祉保健部総務管理局こども家庭支援室
	堀江 正憲	広島県医師会
	益田 慎	県立広島病院小児感覚器科
	毛利ミサ子	広島市社会局保健部児童福祉課
	山崎 和子	県立広島大学保健福祉学部コミュニケーション障害学科
	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

- I. は じ め に
- II. 対 象 と 方 法
- III. 結 果

アトピー性皮膚炎対策特別委員会

(平成 18 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

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) は小児期に発症することが多く、罹病期間と学校生活の期間が重なることが多い。AD は強い痒みを伴うことが多く、落ち着いて授業を受けられないなど学校生活の QOL の障害が大きい場合がある。一日のうちの長時間を過ごすことになる学校で AD に対する有効な対策が取られれば、学校生活を含めた QOL の改善に大きく役立つと考えられる。AD の治療は、増悪因子の除去・回避、薬物治療、スキンケアから構成されるが¹⁾、学校における AD 対策としては、学校生活での増悪因子に対する対策が中心となる。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、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、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ものの、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²⁾。

汗は多くの AD 患者に共通する増悪因子であり³⁾、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⁴⁾。しかし、シャワー浴の効果については、経験的には知られているものの、客観的な評価は十分行われていない。上述した 16 年度の調査では、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。さらに、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²⁾。

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、われわれは、学校におけるシャワー浴の効果について皮膚炎の評価 (皮疹の診察) も含めた客観的な評価をおこない、学校での AD 対策としてのシャワー浴の有効性について検討した。まず 17 年度本委員会事業において、小規模な予備調査により調査実施法について問題がないことを確認し⁵⁾、18 年度は規模を拡大して、実際にシャワー浴の有効性を評価した。

II. 対象と方法

調査実施校

広島市近郊を中心に小学校 291 校、中学校 134 校に対して本研究への協力を文書にて依頼した。児童生徒が使用できる温水シャワー設備があり、対象となりうる児童生徒が存在し、本研究の趣旨および下記実施法について同意が得られた学校において実施した。

対象児童生徒

厚生労働省アトピー性皮膚炎治療ガイドライン¹⁾に示された「重症度のめやす」に従い、中等症以上の AD 患児、すなわち強い炎症を伴う皮疹 (紅斑、丘疹、びらん、浸潤、苔癬化などを伴う病変) を認める患児を対象とした。被験者の募集にあたっては、協力校において、全校児童生徒の保護者に対し、調査の趣旨、方法についての説明書を配布し、希望者に

はさらに詳細に記載した参加協力依頼書を配布した。その内容を理解し、文書により保護者の同意が得られた参加希望者のうち、調査開始時の皮膚科医の診察により適格と考えられる児童生徒を対象とした。

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, C1, C2の4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、石鹸は使用せず温水浴のみとし、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。シャワー浴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。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、症状の改善に伴い治療を軽減する場合を除き、調査期間中治療を変更しないよう求めた。

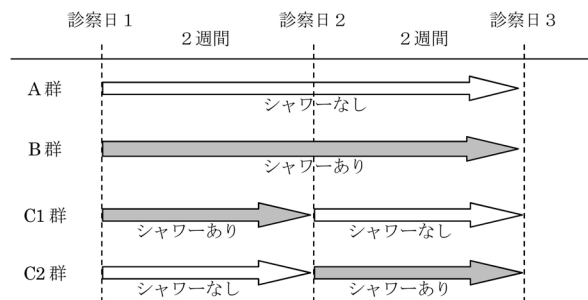


図1 シャワー浴の効果調査：実施法

参加者を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、シャワー浴を実施した。

2) 調査時期

それぞれの学校の事情に合わせて平成18年9月5日から8日までに開始し、それぞれ4週間実施した。いずれの学校も調査開始時には水泳指導は終了していた。

3) 評価法

調査開始時、2週間後、4週間後の計3回、同一皮膚科医が学校を訪問し診察した（図1）。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⁶⁾。なお、小学校低学年児童でVisual Analog Scaleによる自覚症状の評価が困難

であった例については、SCORADから自覚症状を除いたスコア（modified SCORAD）での評価を行った。統計解析は、Friedman testおよびDunn's multiple comparison testにより有意差検定を行った。

4) アンケート調査

調査終了後、シャワー浴を担当した養護教諭を対象にアンケート調査を実施した。対象者の選定法、シャワー浴の実施法などについて、今回の調査に関する質問、あるいは今後継続的にシャワー浴を実施する場合を想定した質問をした。

Ⅲ. 結 果

対 象

協力を得られた小学校9校、中学校1校において参加者を募集した。これらの学校ごとの参加希望者数、調査開始前の診察後実際に調査に参加した人数、およびその内訳を表1に示す。応募した希望者のうち、調査開始時の診察により中等症以上と診断された症例は59例であった。この内3回の診察を受けた、小学校1年生から中学2年生までの58例を解析対象とした。その処置群別、重症度別の内訳を表2に示す。なお、個々の事情により、軽症でもシャワー浴の実施あるいは診察を受けることを認めた4例については、効果に関する解析対象には含めなかった。

シャワー浴の効果

学校でのシャワー浴を実施しなかったA群と4週間学校でのシャワー浴を実施したB群について、全症例を対象として比較したところ、B群では4週間後に有意のSCORADの改善を認めたが、A群では有意差は認められなかった（図2）。これは、皮膚症状の他覚的所見のみを表すmodified SCORADについても同様であった。

次に対象を、強い炎症を伴う皮疹の面積が体表面積の10%未満である中等症群と、10%以上である重症・最重症群に分けて検討した。図3に示すように、B群のうち重症・最重症群では4週間後にSCORADの有意の改善がみられたが、中等症群では有意な変化は認められなかった。A群では、重症度にかかわらず有意の変化はみられなかった。さらにmodified SCORADにより検討したところ（図4）、B群ではSCORADの場合と同様に重症・最重症群でのみ有意差がみられた。一方、A群では、重症・最重症群で

表1 調査実施校と参加者の内訳

学校	在籍児童 生徒数	参加 希望者 a)	参加者 b)	参加者内訳								
				性別		重症度別				シャワー群別		
				男	女	軽症	中等症	重症	最重症	A	B	C
A小	633	15	13	7	6	2	6	2	1	6	3	4
B小	578	20	20	10	10	1	12	6	1	8	6	6
C小	518	15	9	4	5	0	3	2	4	2	4	3
D小	484	22	10	6	4	0	9	1	0	1	5	4
E小	300	11	7	5	2	0	5	1	1	0	3	4
F小	213	2	2	0	2	1	1	0	0	0	2	0
G小	190	2	2	0	2	0	0	0	2	0	2	0
H小	87	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
I小	65	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J中	266	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
計	3,334	90	65	33	32	4	37	13	9	18	25	22

a) 児童生徒（保護者）から参加希望のあった人数
b) 調査開始時の診察後、実際に調査に参加した人数

表2 シャワー処置群別人数と開始時の重症度

	重症度 ^{a)}			計
	中等症	重症	最重症	
A群	9	5	1	15
B群	10	5	7	22
C1群	9	1	1	11
C2群	8	2	0	10
計	36	3	9	58

a) 重症度は、厚生労働省版「アトピー性皮膚炎の治療ガイドライン 2005」^{d)} にしたがった。

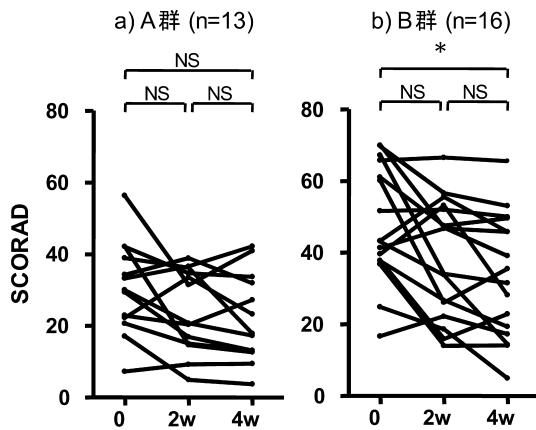


図2 SCORAD 値の推移

* p<0.05, NS: not significant.

有意の変化が認められなかったのに対し、中等症群では modified SCORAD の有意な改善がみられた。

4 週間の調査期間のうち 2 週間のみシャワー浴を実施した C1, C2 群について同様の検討を行ったと

ころ（図 5）、前半のみシャワー浴を実施した C1 群では 4 週間後の SCORAD は有意に改善していたが、後半に実施した C2 群では有意な変化はみられなかった。Modified SCORAD については、いずれの群でもシャワー浴を実施した 2 週間の前後で有意の改善がみられたが、開始時と比較して 4 週間後に有意な改善がみられたのは C1 群のみであった（図 6）。なお、広島地方気象台における調査実施期間の前半、後半それぞれの平均気温、平均相対湿度は、前半：23.6℃、78.5%、後半：21.7℃、60.2%であった。また、今回シャワー浴を実施した学校は、いずれも調査期間の後半に運動会を開催しており、それまでの期間は運動会の練習期間と重なっていた。

アンケート調査結果

1) 対象者の選定に関して

養護担当教諭が把握している AD 罹患児童生徒のうち、ある程度症状の強い（シャワー浴が適当と思われる）児童生徒がシャワー浴を希望したか否か尋ねたところ、10 校中 5 校が「ほぼ全員が希望した」、1 校が「希望者が多かった」、4 校が「希望しない方が多かった」と回答した。希望しなかった理由のほとんどは「保護者が希望しなかった」であった。

今後学校でのシャワー浴を実施する場合の希望者の募集法については、今回の調査と同様に在校生全員を対象として希望者を募ることに「問題ない」と回答したのは 6 校であった。それ以外の学校は、希望者が増えすぎる可能性も考慮し「改善の余地があ

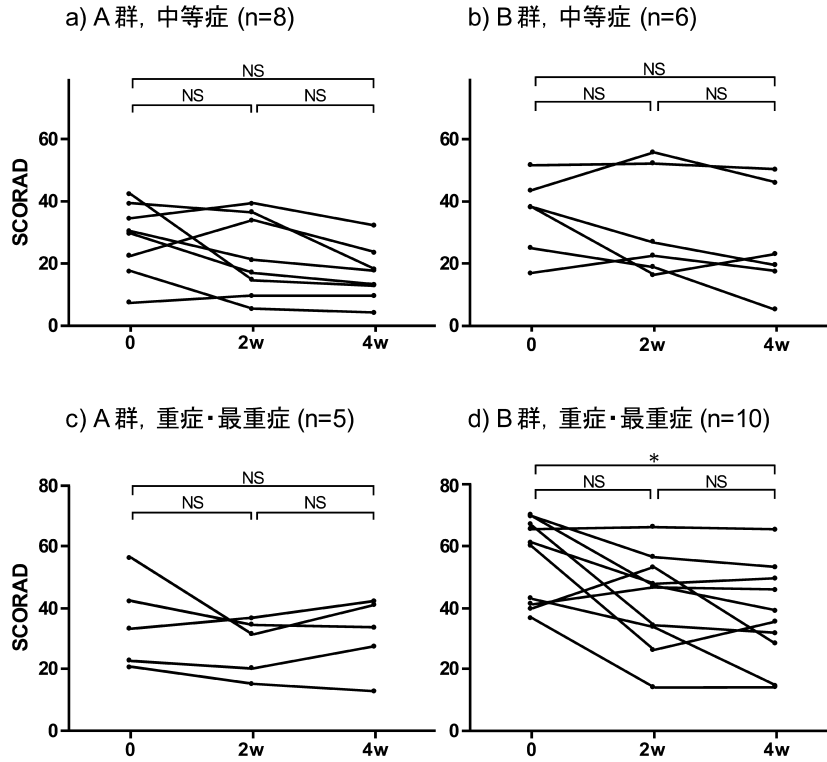


図3 重症度別の SCORAD 値の推移

A群 (a, c), B群 (b, d) を, 調査開始時の重症度により, それぞれ中等症群 (a, b) と重症以上群 (c, d) に分けた。* $p < 0.05$, NS: not significant.

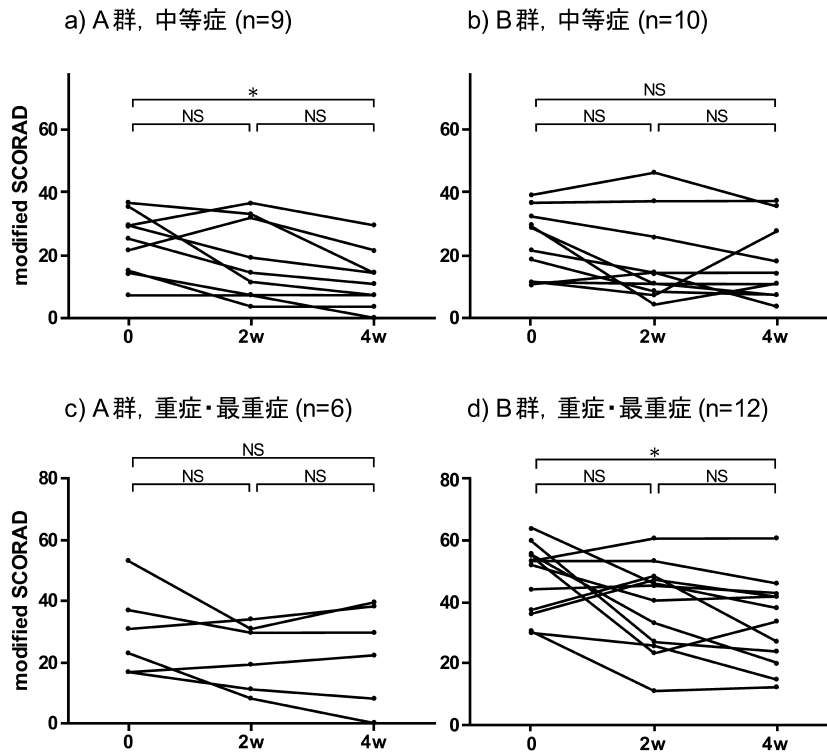


図4 他覚的所見の推移

SCORAD より自覚症状スコアを除いた modified SCORAD の推移を示す。対象は図3と同様に分類した。

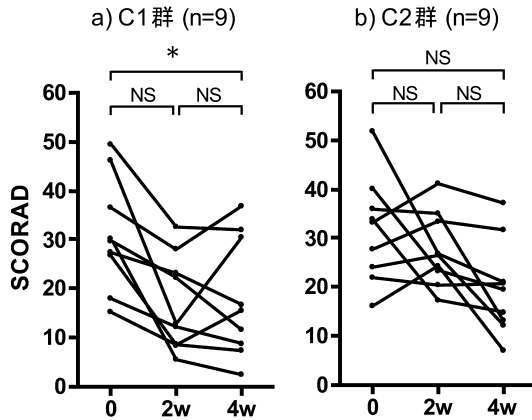


図5 C1群, C2群のSCORAD値の推移
* p<0.05, NS: not significant.

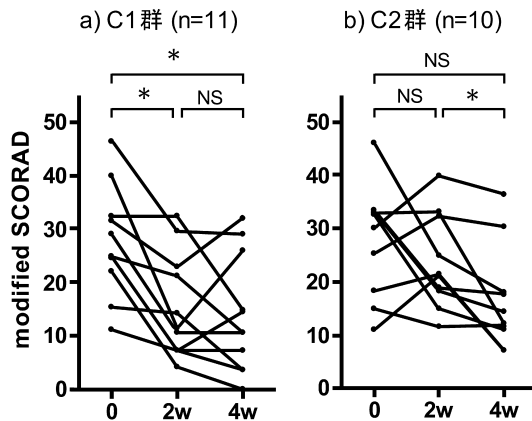


図6 C1群, C2群の他覚的所見 (modified SCORAD) の推移
* p<0.05, NS: not significant.

る」,あるいは,学校で把握している児童生徒のみでよい,と回答した。また,希望者を医師が診察して実際の対象者を選定することについてはすべての学校で賛同が得られたが,今回多数の希望者を診察する必要があった学校からは,定期健診の結果の利用,校医との連携を望む記載があった。

2) シャワー浴の実施に関して

シャワー浴の実施にあたり問題となった点については,昨年度の調査の際と同様に,プライバシーの問題,シャワー浴実施児童生徒とそれ以外の保健室訪室児童生徒両者への対応が困難であったことなどが挙げられた。児童生徒が休憩時間にシャワー浴をすることを忘れることも少なくないが,それに対しては,児童と次回の約束をする,学級担任との間で連絡カードを作る,などの工夫もみられた。また,管理職の理解と協力,学級担任との連携があれば実施に問題はないとする記載もあった。

今回の経験を基に,実際のシャワー浴は何人くらいまでが適切と考えられるか尋ねたところ,10人,6~8人と回答した学校がそれぞれ1校あったが,他の学校はいずれも2~3人以下と回答した。また,適切と考えられる実施時期については,今回実施した9月の他に,6,7月を含める回答が多かった。

考 察

本研究では,客観的な指標により,学校でのシャワー浴がADの症状の改善に有用であることが示された。また,学校での対策として有意義に実施するための,対象者,実施時期の選択に関して重要と考えられる知見が得られた。

まず,4週間シャワー浴を実施した群(B群)としなかった群(A群)のSCORADの変化を比較(図2)することにより,シャワー浴の有効性が示された。これをADの重症度について検討すると,シャワー浴の効果は重症以上の群で明らかであり(図3),またシャワー浴実施時期については,調査期間のうち,より高温多湿で運動会の練習も多かった前半に実施した群でのみ4週後の有意な改善がみられた(図5)。これらの結果は,SCORADから自覚症状を省き,皮膚炎の所見のみから計算されるmodified SCORADについてみた場合にも同様であり(図4),炎症症状についてもシャワー浴の有効性が示されたと言える。C1, C2群の比較においては,それぞれのシャワー浴実施期間前後でmodified SCORADの有意な改善が認められているが,4週後の評価ではC1群のみ有意な変化であった(図6)。これはシャワー浴の実施期間が同じでも,その時期により最終的な結果に影響があることを示している。

夏季,特に運動会の練習の時期のADの増悪はしばしば経験されるが,今回の調査ではA群でもSCORADの増悪を認めた例は少なく,特に中等症群では,modified SCORADの有意な改善もみられた。これには,9月から10月にかけて涼しくなっていく時期に実施したことや,調査期間中もADの治療を継続したことが影響したと考えられる。また,今回の調査は希望者を対象としており,保護者のADに関する意識が高い症例が多いと推測され,皮膚科医の診察という介入が結果に影響した可能性も否定できない。ともあれ,この結果は,中等症以下のADでは,必ずしも学校でのシャワー浴が必要ないことを示している。

これまでADに対する学校でのシャワー浴の効果に関する客観的な検討はほとんどなされていない。望月らは群馬県の小学校において、5～6月から8週間または6週間のシャワー浴を実施し、その効果を検討している^{7),8)}。これらの報告では、シャワー浴実施期間中は、痒みや睡眠障害についての保護者の評価だけではなく、養護教諭の観察に基づく皮膚症状スコアも有意に改善したのに対し、シャワー浴をほとんど実施できなかった例ではスコアの改善がみられず⁷⁾、またシャワー浴により改善した例も、シャワー浴中止後は増悪した例が多かった^{7),8)}ことからシャワー浴の有効性が示されている。学校において実施する研究では、ランダム化対照試験の実施は困難であり、われわれも希望に基づいて割付を行った結果、シャワー浴実施群がより重症に偏る傾向があった。しかし、modified SCORADを指標に、同一期間におけるA群とB群の比較、あるいはC1、C2群における前半後半の比較によりシャワー浴の皮膚炎に対する有効性を確認することができ、さらに、重症度別による評価を加えることにより、学校での実施にあたり参考となる所見も得られた。

ADの重症度により効果が異なることは、シャワー浴を学校でのAD対策として考える上で重要である。設備、時間などの制約により、実際に学校でシャワー浴を継続できる人数は制限される。アンケート調査でも、実際にシャワー浴を実施した後の意見として、対象者は2～3人までが適当とする意見が多かった。これまでの全国、あるいは広島県での疫学調査により、学童期のADの有症率は10%程度であり重症以上の例は2～3.5%であることが示されている^{9)–11)}。本研究でも同じ重症度分類を使用しており、重症以上をシャワー浴実施の基準とすると、1校あたりの対象者数は限られることになる。実際に今回の参加者のうち重症以上の症例数は、多い学校で7例、全校児童数の1.2%であった(表1)。また、この重症度は、強い炎症を伴う皮疹の面積により診断されることから、比較的容易に対象者を選択できると思われる。なお、今後学校でのシャワー浴を実施する場合には、希望者が多かった場合の対応も問題となりうる。今回の調査でも、学校によっては希望者の半数が不適格と判断されたが(表1)、医師の診察により「軽症のためシャワー浴不要」と回答し、特に不満や混乱は生じなかった。アンケートでは、短時間に多くの希望者を診察するために、診察医と

ともに対応する学校側の負担を訴える回答もあったが、対象者の選定に関しては好評であった。実施にあたっては、個々の症例について痒みの程度やQOL障害の程度についても評価したうえで適格者を選定する必要があると思われるが、医師による皮疹の評価も重要と考えられる。ADの症状は変化するため、年度ははじめの検診の結果がシャワー浴の必要性の判断にそのまま利用できるとは限らないが、今後の継続的な実施に向けては、校医や主治医との連携も検討する必要がある。

また、本研究により実施時期の選択も重要であることが示された。今回は、水泳指導およびその際のシャワー浴の影響を避けるために、9月からのシャワー浴を実施したが、実際の対策としては、アンケート調査の結果にも示されるように6、7月も実施すべきと考えられ、望月らの報告でも同時期のシャワー浴の効果が示されている。同じ期間シャワー浴を実施した場合にも、その時期により効果が異なることを考えると、学校での対策としてより適切な時期を検討する余地がある。その実施期間を限定することができれば、学校の負担を減らし、より実施が容易になることにつながる。

今後シャワー浴の普及を考える上で、今回の調査に参加した学校、養護教諭の経験に基づく感想、意見は重要である。多くの学校ではシャワー浴の適当な人数は2～3人以下と回答したが、10人、6～8人と回答した学校もあった。これらの学校では今回の調査でそれぞれ、それと同数の対象者にシャワー浴を実施している。シャワーの設置場所、対象者の学年、性別によっても担当者の負担、実施可能人数は異なってくるが、これらの学校の経験を生かすことによりある程度人数の調節は可能と期待される。

今回の結果からは、学校でのシャワー浴は対象者、実施時期を適切に選択することにより、実施が比較的容易で有意義なAD対策となりうることが示された。設備があることが前提にはなるが、今後は学校でのシャワー浴の普及に向けた努力が必要と思われる。そのためには、今回の調査を基に、シャワー浴の効果とともに実践的な実施法などについての資料を作成し、学校に提供することも有用と考えられる。

謝 辞

稿を終えるにあたり、今回の調査にあたりオペレータ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、および各学校での診察を担当した先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) 河野陽一, 山本昇壯監修, 平成8年度厚生省長期慢性疾患総合研究事業アレルギー総合研究および平成9-16年度厚生労働科学研究: アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2005, 冊子, 2005. http://www.jaanet.org/medical/images/skin2005_medical.pdf
- 2) 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.
- 3) Hide M, Tanaka T, Yamamura Y, Koro O, Yamamoto S: IgE-mediated hypersensitivity against human sweat antigen in patients with atopic dermatitis. Acta Derm Venereol 82: 335-340, 2002.
- 4) 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
- 5) 秀 道広, 亀好良一, 田中稔彦: 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. 広島医学 59: 987-991, 2006.
- 6) 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.
- 7) 望月博之, 滝沢琢己, 荒川浩一ら: アトピー性皮膚炎に対する小学校でのシャワー浴の有効性. 日本小児科学会誌 107: 1342-1346, 2003.
- 8) 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.
- 9) 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) pp13-15, 2003.
- 10) 秀 道広, 望月 満, 田中稔彦ら: 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一. 広島医学 55: 753-760, 2002.
- 11) 秀 道広, 望月 満, 田中稔彦ら: 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一. 広島医学 56: 790-795, 2003.

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

平成 18 年 度 調 査 研 究 報 告 書

- I. は じ め に
- II. がん診療連携拠点病院の推薦
- III. がん診療連携拠点病院の指定
- IV. お わ り に

がん診療専門委員会

(平成18年度)

平成18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

委員長 井内 康輝

I. はじめに

本委員会は、平成16年度より活動を始めたが、その目指すところは、広島県民全てが日常の生活圏域の中で、質の高いがん医療を受けることができる体制をつくることである。具体的な目標としては、がん検診の受診率とその精度の向上、およびがん医療の水準の向上があるが、前者は、平成14年からの地対協活動の中で徐々に向上しつつある。一方、後者については、広島県のがん医療の実態調査（平成16年12月1日実施）が平成17年6月にまとめられたことを受けて、平成17年度に本委員会によって、厚生労働省の指定する“がん診療連携拠点病院”への推薦を行うこととした。指定を受けた後、これら医療機関を中心としてがん医療の水準の向上をはかることをめざし、その推薦基準を作成した上で、平成18年3月30日付で一般病床200床以上、内科及び外科を有する県内29医療機関に対して推薦を受けるための申請書を提出するように要請した。平成18年度の本委員会の役割は、この申請書にもとづいて、厚生労働省に対し推薦する、広島県の“がん診療連携拠点病院”を決定することである。

II. がん診療連携拠点病院の推薦

第1回委員会（平成18年4月21日）においては、まず県に推薦申請のあった、18医療機関が紹介された。二次医療圏別では、広島6、広島西1、呉2、広島中央1、尾三3、福山・府中4、備北1の医療機関であった。

さらに、本委員会としての“推薦方針”を検討し、以下のように定めた。

1. 地域がん診療連携拠点病院について

- (1) 各二次医療圏に原則1箇所を推薦する。
- (2) 同一二次医療圏内に複数の医療機関が申

請している場合は、“がん診療連携拠点病院医療水準評点”により、高い点数順に推薦する。

- (3) 広島二次医療圏については、地理的、機能的な要因等から、4医療機関を推薦する。

2. 県がん診療連携拠点病院

地域がん診療連携拠点病院の中から、県内1か所を推薦する。

また、医療水準を評価する対象項目については表1に示す項目をあげ、これらに点数を配分して、客観的に評価することとした。

表1 地域がん診療連携拠点病院の推薦に関わる医療水準評価の対象項目

1. 診療体制について

(1) 診療機能について

- ① 集学的治療等の実施
- ② セカンドオピニオン機能
- ③ 緩和医療の提供体制
- ④ 地域医療機関への診療支援や病病連携・病診連携

(2) 診療従事者について

- ① 医師の配置
- ② コメディカルスタッフの配置
- ③ 医療スタッフの勤務環境
- ④ 専門的ながん医療に携わる医師の評価等

(3) 医療施設について

- ① 専門的治療室の設置
- ② 禁煙対策の推進

2. 研修体制について

3. 情報提供体制について

第2回委員会（平成18年4月27日）においては、がん診療連携拠点病院の“推薦方針”と“医療水準の評価点数”を確認した上で、推薦する医療機関を協議し、表2のように決定した。

表2 がん診療連携拠点病院として推薦した医療機関

1. 県がん診療連携拠点病院	広島大学病院
2. 地域がん診療連携拠点病院	
① 広島二次保健医療圏	広島大学病院 県立広島病院 広島市立広島市民病院 広島赤十字・原爆病院
② 広島西二次保健医療圏	広島県厚生農業協同組合連合会広島総合病院
③ 呉三次二次保健医療圏	独立行政法人国立病院機構呉医療センター
④ 広島中央三次二次保健医療圏	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター
⑤ 尾三次保健医療圏	広島県厚生農業協同組合連合会尾道総合病院
⑥ 福山・府中二次保健医療圏	福山市民病院
⑦ 備北二次保健医療圏	市立三次中央病院

Ⅲ. がん診療連携拠点病院の指定

本委員会での決定後、平成18年5月にこれらの10医療機関を県から国に対し推薦したところ、平成18年8月24日付で、推薦した10医療機関全てが拠点病院としての指定を受けた(図1)。なお、この指定は4年間有効であるが、4年毎に更新が必要となるものである。がん診療連携拠点病院の役割は表3のようにまとめられるが、指定を受けた医療機関が今後、これらの役割を果たすことが期待される。

平成18年8月24日付で新たに指定された医療機関を含めて、その時点での全国の“がん診療連携拠点病院”の指定状況の一覧を表4に示す。広島県は二次医療圏の数(7)を越えた医療機関(10)が指定を受けたが、このような県は他に岐阜県、大阪府しかない。都道府県単位での拠点病院は全国で16であるが、指定していない都道府県も多い。因みに、指定された16医療機関のうち大学附属病院が指定された都道府県は10府県である。都道府県人口を指定病院数で割った数字を表5でみると、広島県は約30万人である。この値は、大都会では人口に比して拠点病院が少ないため大きく、地方は小さい傾向があ

広島県内のがん診療連携拠点病院配置図

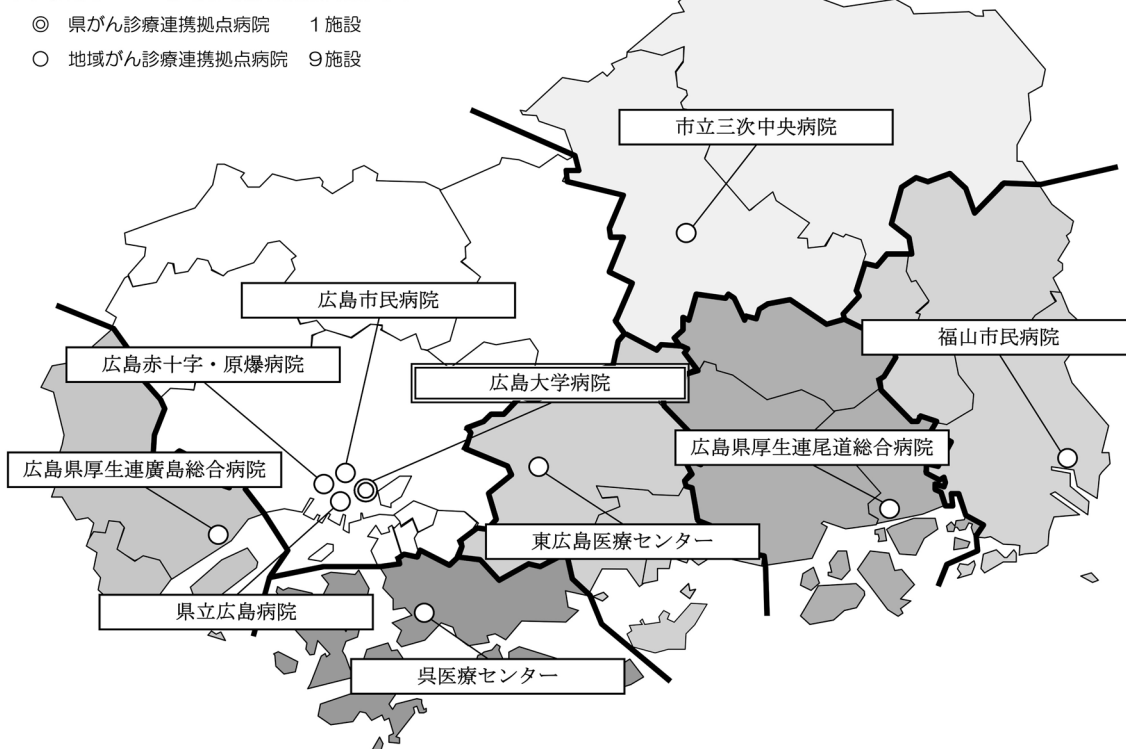


図1 広島県内のがん診療連携拠点病院配置図

表3 がん診療連携拠点病院の役割

-
1. 診療機能：
 - ① 集学的治療、標準的治療及び応用治療の実施
 - ② セカンドオピニオンの実施
 - ③ 緩和医療の提供
 - ④ 地域の医療機関との連携
 - ⑤ 禁煙対策の推進
 2. 研修機能：
 - ① かかりつけ医等を対象とした研修の実施
 - ② 公開カンファレンスの開催
 3. 情報提供機能：
 - ① 相談支援センターの設置
 - ② 臨床研究及び治験の広報
 - ③ 院内がん登録の実施
-

るが、広島県の値は最も小さい部類に属している。拠点病院の数が適切か否かは、拠点病院の活動の内容と、結果としてがん医療の水準の向上が図られたかを評価して判断されることであり、その意味で、広島県の10医療機関の今後の活動に注目したい。

IV. おわりに

地对協活動としての本委員会の役割は今後、指定を受けたがん診療連携拠点病院がその役割を確実に果たしているかを検証していくことにあると思われる。

一方、平成19年4月の“がん対策基本法”の施行に伴って、国レベルでがん対策推進協議会が作られ、がん対策推進基本計画が策定されようとしている。これを受けて広島県においても、県としてのがん対策推進計画を平成19年度に策定するために、平成18年10月、がん対策推進協議会が発足した。ここには県医師会等とともに、がん診療連携病院協議会代表、患者代表等が加わっている。ここで緩和ケアの推進、がん登録の運営、がん診療の推進などを含めた総合的な県のがん対策の計画がたてられることになるが、本委員会としても、県内におけるがん医療の向上という本来の目的を果たすために何をすべきかを考え、地对協としての特色を生かした活動を行っていく必要がある。

表4 がん診療連携拠点病院指定一覧表

(平成19年1月31日現在)

【都道府県がん診療連携拠点病院】				
	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
1	宮城県	宮城県立がんセンター	宮城県名取市愛島塩手字野田山47-1	平成18年8月24日
2	宮城県	国立大学法人東北大学医学部附属病院	宮城県仙台市青葉区星陵町1番1号	平成18年8月24日
3	秋田県	国立大学法人秋田大学医学部附属病院	秋田県秋田市広面字蓮沼44番2	平成19年1月31日
4	福島県	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	福島県福島市光が丘1番地	平成19年1月31日
5	栃木県	栃木県立がんセンター	栃木県宇都宮市陽南4-9-13	平成19年1月31日
6	群馬県	国立大学法人群馬大学医学部附属病院	群馬県前橋市昭和町3丁目39番15号	平成18年8月24日
7	千葉県	千葉県がんセンター	千葉県千葉市中央区仁戸名町666-2	平成18年8月24日
8	神奈川県	神奈川県立がんセンター	神奈川県横浜市旭区中尾1-1-2	平成19年1月31日
9	新潟県	新潟県立がんセンター新潟病院	新潟県新潟市川岸町2丁目15番地3	平成19年1月31日
10	富山県	富山県立中央病院	富山県富山市西長江2-2-78	平成18年8月24日
11	石川県	金沢大学医学部附属病院	石川県金沢市宝町13番1号	平成19年1月31日
12	福井県	福井県立病院	福井県福井市四ツ井2丁目8番1号	平成19年1月31日
13	山梨県	山梨県立中央病院	山梨県甲府市富士見1丁目1番1号	平成18年8月24日
14	長野県	国立大学法人信州大学医学部附属病院	長野県松本市旭3丁目1番1号	平成18年8月24日
15	岐阜県	国立大学法人岐阜大学医学部附属病院	岐阜県岐阜市柳戸1番1	平成18年8月24日
16	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	静岡県駿東郡長泉町下長窪1007	平成18年8月24日
17	愛知県	愛知県がんセンター中央病院	愛知県名古屋千種区鹿子殿1-1	平成19年1月31日
18	三重県	国立大学法人三重大学医学部附属病院	三重県津市江戸橋2丁目174番地	平成19年1月31日
19	京都府	京都府立医科大学附属病院	京都府京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465	平成18年8月24日
20	大阪府	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立成人病センター	大阪府大阪市東成区中道1-3-3	平成19年1月31日
21	兵庫県	兵庫県立成人病センター	兵庫県明石市北王子町13番70号	平成19年1月31日
22	和歌山県	和歌山県立医科大学附属病院	和歌山県和歌山市紀三井寺811-1	平成19年1月31日
23	岡山県	岡山大学病院	岡山県岡山市鹿田町2丁目5番1号	平成18年8月24日
24	広島県	国立大学法人広島大学病院	広島県広島市南区霞1丁目2番3号	平成18年8月24日
25	山口県	国立大学法人 山口大学医学部附属病院	山口県宇部市南小串一丁目1番1号	平成19年1月31日
26	徳島県	徳島県立中央病院	徳島県徳島市蔵本町1丁目10-3	平成18年8月24日
27	愛媛県	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	愛媛県松山市南梅本町甲160番	平成19年1月31日
28	高知県	国立大学法人高知大学医学部附属病院	高知県南国市岡豊町小蓮185番地1	平成18年8月24日
29	佐賀県	佐賀県立病院好生館	佐賀県佐賀市水ヶ江一丁目12番9号	平成19年1月31日
30	長崎県	長崎大学医学部・歯学部附属病院	長崎県長崎市坂本1丁目7番1号	平成19年1月31日
31	熊本県	国立大学法人熊本大学医学部附属病院	熊本県熊本市本荘1丁目1番1号	平成18年8月24日
32	鹿児島県	国立大学法人鹿児島大学病院	鹿児島県鹿児島市桜ヶ丘8丁目35-1	平成18年8月24日
	計	32病院		

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
1	北海道	市立函館病院	北海道函館市港町1丁目10番1号	平成19年1月31日
2	北海道	独立行政法人 国立病院機構 北海道がんセンター	北海道札幌市白石区菊水4条2丁目3番54号	平成17年1月17日
3	北海道	市立札幌病院	北海道札幌市中央区北11条西13丁目1番1号	平成17年1月17日
4	北海道	砂川市立病院	北海道砂川市西4条北2丁目1番1号	平成17年1月17日
5	北海道	日鋼記念病院	北海道室蘭市新富町1丁目5番13号	平成19年1月31日
6	北海道	王子総合病院	北海道苫小牧市若草町3丁目4番8号	平成17年1月17日
7	北海道	総合病院北見赤十字病院	北海道北見市北6条東2丁目1番地	平成17年1月17日
8	北海道	J A北海道厚生連 帯広厚生病院	北海道帯広市西6条南8丁目1番地	平成17年1月17日
9	北海道	J A北海道厚生連 旭川厚生病院	北海道旭川市1条通24丁目111番地3	平成17年1月17日
10	北海道	市立釧路総合病院	北海道釧路市春湖台1番12号	平成17年1月17日
11	青森県	青森県立中央病院	青森県青森市東造道2丁目1-1	平成17年1月17日
12	青森県	弘前大学医学部附属病院	青森県弘前市大字本町53番地	平成19年1月31日
13	青森県	八戸市立市民病院	青森県八戸市大字田向字毘沙門平1番地	平成17年1月17日
14	青森県	三沢市立三沢病院	青森県三沢市中央町四丁目1番10号	平成19年1月31日
15	岩手県	岩手県立中央病院	岩手県盛岡市上田一丁目4番1号	平成15年12月16日
16	岩手県	岩手県立二戸病院	岩手県二戸市堀野字大川原毛38番地2	平成19年1月31日
17	宮城県	独立行政法人労働者健康福祉機構 東北労災病院	宮城県仙台市青葉区台原4-3-21	平成15年8月26日
18	宮城県	大崎市民病院 (旧古川市立病院)	宮城県大崎市古川千手寺町2-3-10	平成15年8月26日
19	宮城県	石巻赤十字病院	宮城県石巻市蛇田字西道下71	平成15年8月26日
20	宮城県	公立刈田総合病院	宮城県白石市福岡蔵本字下原沖36	平成15年12月16日
21	宮城県	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	宮城県仙台市宮城野区宮城野2丁目8-8	平成18年8月24日
22	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 由利組合総合病院	秋田県由利本荘市川口字家後38番地	平成19年1月31日
23	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 仙北組合総合病院	秋田県大仙市大曲通町1番30号	平成19年1月31日
24	秋田県	秋田県厚生農業協同組合連合会 平鹿総合病院	秋田県横手市駅前町1番30号	平成19年1月31日
25	山形県	山形県立中央病院	山形県山形市大字青柳1800番地	平成15年8月26日
26	山形県	山形市立病院済生館	山形県山形市七日町1丁目3番26号	平成18年8月24日
27	山形県	国立大学法人山形大学医学部附属病院	山形県山形市飯田西2丁目2番2号	平成18年8月24日
28	山形県	山形県立新庄病院	山形県新庄市若葉町12番55号	平成19年1月31日
29	山形県	置賜広域病院組合立公立置賜総合病院	山形県東置賜郡川西町大字西大塚2000番地	平成19年1月31日
30	山形県	山形県立日本海病院	山形県酒田市あきほ町30番地	平成18年8月24日
31	福島県	財団法人 大原総合病院	福島県福島市大町6番11号	平成15年8月26日
32	福島県	財団法人 慈山会医学研究所付属坪井病院	福島県郡山市安積町長久保1丁目10番13号	平成15年8月26日
33	福島県	財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	福島県郡山市西ノ内二丁目5番20号	平成19年1月31日
34	福島県	財団法人竹田総合病院	福島県会津若松市山鹿町3番27号	平成19年1月31日
35	福島県	独立行政法人労働者健康福祉機構 福島労災病院	福島県いわき市内郷綴町沼尻3番地	平成15年8月26日
36	茨城県	茨城県立中央病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県笠間市鯉淵6528	平成15年8月26日
37	茨城県	株式会社日立製作所 日立総合病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県日立市城南町2丁目1番1号	平成17年1月17日
38	茨城県	茨城県厚生農業協同組合連合会総合病院 土浦協同病院・茨城県地域がんセンター	茨城県土浦市真鍋新町11-7	平成15年8月26日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
39	茨城県	筑波メディカルセンター病院 ・茨城県地域がんセンター	茨城県つくば市天久保1-3-1	平成15年8月26日
40	茨城県	東京医科大学霞ヶ浦病院	茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1	平成19年1月31日
41	茨城県	友愛記念病院	茨城県古河市東牛谷707	平成19年1月31日
42	茨城県	茨城県厚生農業協同組合連合会 茨城西南医療センター病院	茨城県猿島郡境町2190	平成19年1月31日
43	栃木県	自治医科大学附属病院	栃木県下野市薬師寺3311-1	平成19年1月31日
44	栃木県	社会福祉法人恩賜財団済生会支部 栃木県済生会宇都宮病院	栃木県宇都宮市竹林町911-1	平成19年1月31日
45	栃木県	獨協医科大学病院	栃木県下都賀郡壬生町北小林880番地	平成19年1月31日
46	栃木県	日本赤十字社栃木県支部 大田原赤十字病院	栃木県大田原市住吉町2丁目7番3号	平成19年1月31日
47	栃木県	佐野厚生農業協同組合連合会 佐野厚生総合病院	栃木県佐野市堀米町1728番地	平成19年1月31日
48	群馬県	独立行政法人国立病院機構高崎病院	群馬県高崎市高松町36	平成19年1月31日
49	群馬県	独立行政法人国立病院機構 西群馬病院	群馬県渋川市金井2854	平成15年8月26日
50	群馬県	公立藤岡総合病院	群馬県藤岡市藤岡942番地1	平成19年1月31日
51	群馬県	公立富岡総合病院	群馬県富岡市富岡2073番地1	平成19年1月31日
52	群馬県	独立行政法人国立病院機構 沼田病院	群馬県沼田市上原町1551番地4	平成18年8月24日
53	群馬県	利根保健生活協同組合 利根中央病院	群馬県沼田市東原新町1855番地1	平成18年8月24日
54	群馬県	伊勢崎市民病院	群馬県伊勢崎市連取本町12番地1号	平成18年8月24日
55	群馬県	桐生厚生総合病院	群馬県桐生市織姫町6番3号	平成19年1月31日
56	群馬県	群馬県立がんセンター	群馬県太田市高林西町617番地1	平成14年12月9日
57	埼玉県	春日部市立病院	埼玉県春日部市中央七丁目2番地1	平成19年1月31日
58	埼玉県	さいたま赤十字病院	埼玉県さいたま市中央区上落合8-3-33	平成17年1月17日
59	埼玉県	埼玉県立がんセンター	埼玉県北足立郡伊奈町小室818	平成15年8月26日
60	埼玉県	さいたま市立病院	埼玉県さいたま市緑区三室2460番地	平成19年1月31日
61	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県川越市大字鴨田字辻道町1981	平成19年1月31日
62	埼玉県	埼玉医科大学病院	埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38	平成17年1月17日
63	埼玉県	深谷赤十字病院	埼玉県深谷市上柴町西5-8-1	平成18年8月24日
64	埼玉県	医療法人社幸会行田総合病院	埼玉県行田市持田376番地	平成19年1月31日
65	千葉県	船橋市立医療センター	千葉県船橋市金杉1丁目21番1号	平成19年1月31日
66	千葉県	成田赤十字病院	千葉県成田市飯田町90-1	平成15年12月16日
67	千葉県	総合病院国保旭中央病院	千葉県旭市イ1326	平成15年12月16日
68	千葉県	医療法人 鉄蕉会 亀田総合病院	千葉県鴨川市東町929	平成15年12月16日
69	千葉県	君津中央病院	千葉県木更津市桜井1010	平成14年8月13日
70	千葉県	独立行政法人労働者健康福祉機構 千葉労災病院	千葉市原市辰巳台東2-16	平成15年12月16日
71	東京都	東京都立駒込病院	東京都文京区本駒込3-18-22	平成14年3月15日
72	東京都	財団法人癌研究会 有明病院 (旧 財団法人 癌研究会附属病院)	東京都江東区有明3-10-6	平成14年3月15日
73	東京都	日本赤十字社医療センター	東京都渋谷区広尾4-1-22	平成14年12月9日
74	東京都	日本赤十字社東京都支部 武蔵野赤十字病院	東京都武蔵野市境南町1-26-1	平成14年12月9日
75	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	東京都板橋区大谷口上町30-1	平成15年1月9日
76	東京都	日本医科大学多摩永山病院	東京都多摩市永山1-7-1	平成15年1月9日
77	東京都	N T T 東日本関東病院	東京都品川区東五反田5-9-22	平成15年8月26日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
78	東京都	青梅市立総合病院	東京都青梅市東青梅4-16-5	平成15年8月26日
79	東京都	東京厚生年金病院	東京都新宿区津久戸町5-1	平成17年1月17日
80	東京都	東大和病院	東京都東大和市南街1-13-12	平成17年1月17日
81	神奈川県	横浜市立市民病院	神奈川県横浜市保土ヶ谷区岡沢町56	平成18年8月24日
82	神奈川県	公立大学法人横浜市立大学附属病院	神奈川県横浜市金沢区福浦3丁目9番地	平成19年1月31日
83	神奈川県	聖マリアンナ医科大学病院	神奈川県川崎市宮前区菅生2丁目16番1号	平成19年1月31日
84	神奈川県	川崎市立井田病院	神奈川県川崎市中原区井田2丁目27番1号	平成18年8月24日
85	神奈川県	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院	神奈川県横須賀市米が浜通1丁目16番地	平成18年8月24日
86	神奈川県	藤沢市民病院	神奈川県藤沢市藤沢2丁目6番1号	平成19年1月31日
87	神奈川県	東海大学医学部付属病院	神奈川県伊勢原市下糟屋143	平成19年1月31日
88	神奈川県	神奈川県厚生農業協同組合連合会 相模原協同病院	神奈川県相模原市橋本2-8-18	平成18年8月24日
89	神奈川県	北里大学病院	神奈川県相模原市北里一丁目15番1号	平成19年1月31日
90	神奈川県	小田原市立病院	神奈川県小田原市久野46番地	平成18年8月24日
91	新潟県	新潟市民病院	新潟県新潟市紫竹山2丁目6番1号	平成18年8月24日
92	新潟県	新潟大学医歯学総合病院	新潟県新潟市旭町通1番町754番地	平成19年1月31日
93	新潟県	新潟県厚生農業協同組合連合会 長岡中央総合病院	新潟県長岡市川崎町2041番地	平成18年8月24日
94	新潟県	長岡赤十字病院	新潟県長岡市寺島町297番地1	平成18年8月24日
95	新潟県	新潟県立中央病院	新潟県上越市新南町205番地	平成18年8月24日
96	富山県	黒部市民病院	富山県黒部市三日市1108番地の1	平成19年1月31日
97	富山県	独立行政法人労働者健康福祉機構 富山労災病院	富山県魚津市六郎丸992番地	平成19年1月31日
98	富山県	富山市立富山市民病院	富山県富山市今泉北部町2番地1	平成19年1月31日
99	富山県	国立大学法人富山大学附属病院	富山県富山市杉谷2630	平成19年1月31日
100	富山県	厚生連高岡病院	富山県高岡市永楽町5-10	平成19年1月31日
101	富山県	高岡市民病院	富山県高岡市宝町4-1	平成19年1月31日
102	富山県	市立砺波総合病院	富山県砺波市新富町1-61	平成19年1月31日
103	石川県	独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター	石川県金沢市下石引町1番1号	平成19年1月31日
104	石川県	石川県立中央病院	石川県金沢市鞍月東2丁目1番地	平成19年1月31日
105	石川県	金沢医科大学病院	石川県河北郡内灘町字大学1丁目1番地	平成19年1月31日
106	石川県	国民健康保険小松市民病院	石川県小松市向本折町60番地	平成19年1月31日
107	福井県	国立大学法人 福井大学医学部附属病院	福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23号3番地	平成19年1月31日
108	福井県	福井赤十字病院	福井県福井市月見2丁目4番1号	平成19年1月31日
109	福井県	社会福祉法人・恩賜財団 福井県済生会病院	福井県福井市和田中町舟橋7-1	平成19年1月31日
110	福井県	独立行政法人国立病院機構福井病院	福井県敦賀市桜ヶ丘町33番1号	平成19年1月31日
111	山梨県	山梨大学医学部附属病院	山梨県中央市下河東1110番地	平成19年1月31日
112	山梨県	財団法人山梨厚生会山梨厚生病院	山梨県山梨市落合860番地	平成19年1月31日
113	山梨県	国民健康保険富士吉田市立病院	山梨県富士吉田市上吉田6530番地	平成19年1月31日
114	長野県	長野県厚生農業共同組合連合会 佐久総合病院	長野県佐久市臼田197番地	平成18年8月24日
115	長野県	諏訪赤十字病院	長野県諏訪市湖岸通り5丁目11番50号	平成18年8月24日
116	長野県	飯田市立病院	長野県飯田市八幡町438番地	平成19年1月31日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
117	長野県	長野赤十字病院	長野県長野市若里5丁目22番1号	平成19年1月31日
118	長野県	長野市民病院	長野県長野市大字富竹1,333番地1	平成19年1月31日
119	岐阜県	岐阜県総合医療センター	岐阜県岐阜市野一色4-6-1	平成17年1月17日
120	岐阜県	大垣市民病院	岐阜県大垣市南頬町4-86	平成17年1月17日
121	岐阜県	岐阜県立多治見病院	岐阜県多治見市前畑町5-161	平成17年1月17日
122	岐阜県	総合病院高山赤十字病院	岐阜県高山市天満町3-11	平成17年1月17日
123	岐阜県	岐阜市民病院	岐阜県岐阜市鹿島町7-1	平成17年1月17日
124	岐阜県	木沢記念病院	岐阜県美濃加茂市古井町下古井590	平成17年1月17日
125	静岡県	順天堂大学医学部附属静岡病院	静岡県伊豆の国市長岡1129	平成19年1月31日
126	静岡県	沼津市立病院	静岡県沼津市東椎路字春ノ木550	平成19年1月31日
127	静岡県	静岡県立総合病院	静岡県静岡市葵区北安東4-27-1	平成15年8月26日
128	静岡県	静岡市立静岡病院	静岡県静岡市葵区追手町10-93	平成19年1月31日
129	静岡県	藤枝市立総合病院	静岡県藤枝市駿河台4-1-11	平成19年1月31日
130	静岡県	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷三方原病院	静岡県浜松市三方原町3453	平成17年1月17日
131	静岡県	社会福祉法人 聖隷福祉事業団 総合病院 聖隷浜松病院	静岡県浜松市住吉2-12-12	平成17年1月17日
132	静岡県	県西部浜松医療センター	静岡県浜松市富塚町328	平成19年1月31日
133	静岡県	浜松医科大学医学部附属病院	静岡県浜松市半田山1-20-1	平成19年1月31日
134	愛知県	独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター	愛知県名古屋市中区三の丸4-1-1	平成15年8月26日
135	愛知県	国立大学法人 名古屋大学医学部附属病院	愛知県名古屋市中区昭和区鶴舞町65	平成19年1月31日
136	愛知県	社会保険中京病院	愛知県名古屋市中区三条一丁目1番10号	平成19年1月31日
137	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院	愛知県弥富市前ヶ須町南本田396	平成17年1月17日
138	愛知県	公立陶生病院	愛知県瀬戸市西追分町160番地	平成19年1月31日
139	愛知県	一宮市立市民病院	愛知県一宮市文京2丁目2番22号	平成19年1月31日
140	愛知県	小牧市民病院	愛知県小牧市常普請1-20	平成17年1月17日
141	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 加茂病院	愛知県豊田市元城町3丁目17番地	平成19年1月31日
142	愛知県	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県安城市安城町東広畔28	平成15年8月26日
143	愛知県	豊橋市民病院	愛知県豊橋市青竹町字八間西50	平成15年8月26日
144	三重県	三重県立総合医療センター	三重県四日市市大字日永5450-132	平成14年8月13日
145	三重県	独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター	三重県津市久居明神町2158-5	平成14年8月13日
146	三重県	山田赤十字病院	三重県伊勢市御園町高向810	平成14年8月13日
147	三重県	三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院	三重県松阪市川井町字小望102	平成17年1月17日
148	滋賀県	大津赤十字病院	滋賀県大津市長等一丁目1番35号	平成15年8月26日
149	滋賀県	滋賀県立成人病センター	滋賀県守山市守山五丁目4番30号	平成14年8月13日
150	滋賀県	市立長浜病院	滋賀県長浜市大茂町313番地	平成17年1月17日
151	京都府	独立行政法人国立病院機構 舞鶴医療センター	京都府舞鶴市字行永2410番地	平成19年1月31日
152	京都府	市立福知山市市民病院	京都府福知山市厚中町231番地	平成19年1月31日
153	京都府	社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院	京都府京都市西京区山田平尾町17	平成19年1月31日
154	京都府	京都市立病院	京都府京都市中京区壬生東高田町1-2	平成19年1月31日
155	京都府	京都第一赤十字病院	京都府京都市東山区本町15丁目749番地	平成19年1月31日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
156	京都府	京都第二赤十字病院	京都府京都市上京区釜座通丸太町上ル春帯町355-5	平成19年1月31日
157	京都府	独立行政法人国立病院機構 京都医療センター	京都府京都市伏見区深草向畑町1-1	平成19年1月31日
158	大阪府	独立行政法人労働者健康福祉機構 大阪労災病院	大阪府堺市長曾根町1179-3	平成14年12月9日
159	大阪府	市立豊中病院	大阪府豊中市柴原町4-14-1	平成14年12月9日
160	大阪府	市立岸和田市民病院	大阪府岸和田市額原町1001	平成14年12月9日
161	大阪府	社団法人全国社会保険協会連合会 星ヶ丘厚生年金病院	大阪府枚方市星丘4-8-1	平成14年12月9日
162	大阪府	独立行政法人国立病院機構 大阪南医療センター	大阪府河内長野市木戸東町2-1	平成14年12月9日
163	大阪府	高槻赤十字病院	大阪府高槻市阿武野1-1-1	平成14年12月9日
164	大阪府	大阪赤十字病院	大阪府大阪市天王寺区筆ヶ崎町5-30	平成14年12月9日
165	大阪府	地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府立急性期・総合医療センター	大阪府大阪市住吉区万代東3-1-56	平成14年12月9日
166	大阪府	東大阪市立総合病院	大阪府東大阪市西岩田3-4-5	平成15年8月26日
167	大阪府	大阪市立総合医療センター	大阪府大阪市都島区都島本通2丁目13番22号	平成17年1月17日
168	兵庫県	国立大学法人神戸大学医学部附属病院	兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5番2号	平成19年1月31日
169	兵庫県	神戸市立中央市民病院	兵庫県神戸市中央区港島中町4丁目6番地	平成19年1月31日
170	兵庫県	独立行政法人労働者健康福祉機構 関西労災病院	兵庫県尼崎市稲葉荘3丁目1番69号	平成19年1月31日
171	兵庫県	公立学校共済組合近畿中央病院	兵庫県伊丹市車塚3丁目1番地	平成19年1月31日
172	兵庫県	姫路赤十字病院	兵庫県姫路市下手野1丁目12番1号	平成19年1月31日
173	兵庫県	独立行政法人国立病院機構 姫路医療センター	兵庫県姫路市本町68番地	平成19年1月31日
174	兵庫県	赤穂市民病院	兵庫県赤穂市中広1090番地	平成19年1月31日
175	兵庫県	公立豊岡病院組合立豊岡病院	兵庫県豊岡市戸牧1094番地	平成19年1月31日
176	兵庫県	兵庫県立淡路病院	兵庫県洲本市下加茂1丁目6番6号	平成19年1月31日
177	奈良県	国保中央病院	奈良県磯城郡田原本町宮古404-1	平成19年1月31日
178	奈良県	奈良県立医科大学附属病院	奈良県橿原市四条町840番地	平成17年1月17日
179	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	和歌山県和歌山市小松原通四丁目20番地	平成14年12月9日
180	和歌山県	橋本市民病院	和歌山県橋本市小峰台二丁目八番地の1	平成19年1月31日
181	和歌山県	社会保険紀南病院	和歌山県田辺市新庄町46番地の70	平成18年8月24日
182	和歌山県	独立行政法人国立病院機構 南和歌山医療センター	和歌山県田辺市たきない町27番1号	平成18年8月24日
183	鳥取県	鳥取県立中央病院	鳥取県鳥取市江津730	平成19年1月31日
184	鳥取県	鳥取市立病院	鳥取県鳥取市の場1丁目1番地	平成19年1月31日
185	鳥取県	鳥取県立厚生病院	鳥取県倉吉市東昭和町150	平成15年12月16日
186	鳥取県	独立行政法人 国立病院機構 米子医療センター	鳥取県米子市車尾4-17-1	平成17年1月17日
187	島根県	松江市立病院	島根県松江市乃白町32番地1	平成14年8月13日
188	島根県	松江赤十字病院	島根県松江市母衣町200番地	平成17年1月17日
189	島根県	国立大学法人 島根大学医学部附属病院	島根県出雲市塩治町89-1	平成17年1月17日
190	島根県	島根県立中央病院	島根県出雲市姫原4-1-1	平成17年1月17日
191	島根県	独立行政法人国立病院機構 浜田医療センター	島根県浜田市黒川町3748	平成14年12月9日
192	島根県	益田赤十字病院	島根県益田市乙吉町イ103-1	平成17年1月17日
193	岡山県	岡山済生会総合病院	岡山県岡山市伊福町1-17-18	平成14年12月9日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
194	岡山県	総合病院岡山赤十字病院	岡山県岡山市青江2-1-1	平成15年12月16日
195	岡山県	財団法人 倉敷中央病院	岡山県倉敷市美和1-1-1	平成15年12月16日
196	岡山県	財団法人 津山慈風会 津山中央病院	岡山県津山市川崎1756	平成17年1月17日
197	広島県	県立広島病院	広島県広島市南区宇品神田1丁目5番54号	平成18年8月24日
198	広島県	広島市立広島市民病院	広島県広島市中区基町7番33号	平成18年8月24日
199	広島県	広島赤十字・原爆病院	広島県広島市中区千田町1丁目9-6	平成18年8月24日
200	広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院	広島県廿日市市地御前1丁目3番3号	平成18年8月24日
201	広島県	独立行政法人国立病院機構 呉医療センター	広島県呉市青山町3番1号	平成18年8月24日
202	広島県	独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター	広島県東広島市西条町寺家513番地	平成18年8月24日
203	広島県	広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院	広島県尾道市古浜町7番19号	平成18年8月24日
204	広島県	福山市民病院	広島県福山市蔵王町五丁目23番1号	平成18年8月24日
205	広島県	市立三次中央病院	広島県三次市東酒屋町531番地	平成18年8月24日
206	山口県	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター	山口県岩国市黒磯町2-5-1	平成14年8月13日
207	山口県	山口県厚生農業協同組合連合会 周東総合病院	山口県柳井市古開作1000-1	平成17年1月17日
208	山口県	総合病院社会保険徳山中央病院	山口県周南市孝田町1-1	平成15年12月16日
209	山口県	山口県立総合医療センター	山口県防府市大崎77	平成15年12月16日
210	山口県	下関市立中央病院	山口県下関市向洋町1丁目13番1号	平成18年8月24日
211	徳島県	徳島大学病院	徳島県徳島市蔵本町2丁目50番地の1	平成19年1月31日
212	徳島県	徳島赤十字病院	徳島県小松島市小松島町字井利ノ口103番地	平成19年1月31日
213	香川県	香川県立中央病院	香川県高松市番町5丁目4番16号	平成17年1月17日
214	香川県	高松赤十字病院	香川県高松市番町4丁目1番3号	平成19年1月31日
215	香川県	独立行政法人労働者健康福祉機構 香川労災病院	香川県丸亀市城東町3丁目3番1号	平成18年8月24日
216	香川県	三豊総合病院	香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地	平成15年12月16日
217	愛媛県	住友別子病院	愛媛県新居浜市王子町3番1号	平成17年1月17日
218	愛媛県	社会福祉法人恩賜財団済生会今治病院	愛媛県今治市喜田村7丁目1番6号	平成19年1月31日
219	愛媛県	愛媛大学医学部附属病院	愛媛県東温市志津川	平成19年1月31日
220	愛媛県	愛媛県立中央病院	愛媛県松山市春日町83番地	平成19年1月31日
221	愛媛県	松山赤十字病院	愛媛県松山市文京町1番地	平成19年1月31日
222	愛媛県	市立宇和島病院	愛媛県宇和島市御殿町1番1号	平成17年1月17日
223	高知県	高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター	高知県高知市池2125番地1	平成14年8月13日
224	福岡県	独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター	福岡県福岡市南区野多目3丁目1番1号	平成14年8月13日
225	福岡県	独立行政法人国立病院機構 福岡東医療センター	福岡県古賀市千鳥1丁目1番1号	平成15年12月16日
226	福岡県	久留米大学病院	福岡県久留米市旭町67番地	平成14年12月9日
227	福岡県	公立八女総合病院	福岡県八女市高塚540番地2	平成17年1月17日
228	福岡県	大牟田市立総合病院	福岡県大牟田市宝坂町2丁目19番地1	平成15年12月16日
229	福岡県	飯塚病院	福岡県飯塚市芳雄町3番83号	平成14年8月13日
230	福岡県	社会保険田川病院	福岡県田川市上本町10番18号	平成17年1月17日
231	福岡県	北九州市立医療センター	福岡県北九州市小倉北区馬借2丁目1番1号	平成14年8月13日

【地域がん診療連携拠点病院】

	都道府県名	医療機関名	所在地	指定年月日
232	佐賀県	国立大学法人佐賀大学医学部附属病院	佐賀県佐賀市鍋島五丁目1番1号	平成19年1月31日
233	佐賀県	唐津赤十字病院	佐賀県唐津市二タ子一丁目5番1号	平成19年1月31日
234	佐賀県	独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿丙2436	平成19年1月31日
235	長崎県	長崎市立市民病院	長崎県長崎市新地町6番39号	平成14年12月9日
236	長崎県	日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県長崎市茂里町3-15	平成14年12月9日
237	長崎県	佐世保市立総合病院	長崎県佐世保市平瀬町9番地3	平成14年8月13日
238	長崎県	独立行政法人 国立病院機構 長崎医療センター	長崎県大村市久原2丁目1001番地1	平成17年1月17日
239	長崎県	長崎県立島原病院	長崎県島原市下川尻町7895番地	平成19年1月31日
240	熊本県	熊本市立熊本市市民病院	熊本市湖東1-1-60	平成17年1月17日
241	熊本県	独立行政法人労働者健康福祉機構 熊本労災病院	熊本県八代市竹原町1670番地	平成19年1月31日
242	熊本県	健康保険人吉総合病院	熊本県人吉市老神町35番地	平成19年1月31日
243	大分県	大分赤十字病院	大分県大分市千代町3丁目2番37号	平成14年12月9日
244	大分県	大分県立病院	大分県大分市大字豊饒476番地	平成14年12月9日
245	宮崎県	宮崎県立宮崎病院	宮崎県宮崎市北高松町5-30	平成15年8月26日
246	宮崎県	独立行政法人 国立病院機構 都城病院	宮崎県都城市祝吉町5033-1	平成17年1月17日
247	宮崎県	宮崎県立延岡病院	宮崎県延岡市新小路2-1-10	平成17年1月17日
248	宮崎県	宮崎県立日南病院	宮崎県日南市木山1-9-5	平成15年8月26日
249	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構 鹿児島医療センター	鹿児島県鹿児島市城山町8番1号	平成18年8月24日
250	鹿児島県	鹿児島県立薩南病院	鹿児島県南さつま市加世田高橋1968-4	平成19年1月31日
251	鹿児島県	鹿児島県立大島病院	鹿児島県奄美市名瀬真名津町18-1	平成19年1月31日
252	沖縄県	北部地区医師会病院	沖縄県名護市宇字茂佐1712-3	平成17年1月17日
253	沖縄県	沖縄県立中部病院	沖縄県うるま市宇宮里281番地	平成19年1月31日
254	沖縄県	那覇市立病院	沖縄県那覇市古島2丁目31番地の1	平成17年1月17日
	計	254病院		
	合計	286病院		

平成14年3月15日	5箇所指定
平成14年8月13日	15箇所指定
平成14年12月19日	24箇所指定
平成15年1月9日	2箇所指定
平成15年8月26日	26箇所指定
平成15年12月16日	15箇所指定
平成17年1月17日	48箇所指定
平成18年8月24日	44箇所指定
平成19年1月31日	108箇所指定

※2

※1 平成18年8月24日，平成19年1月31日の指定箇所数は新規指定病院数のみである。（地域→都道府県等更新の指定数は除く。）

※2 平成15年12月16日指定の1病院について，平成19年1月31日に指定解除されている。

表5 がん診療連携拠点病院の指定状況

都道府県	二次医療圏数	指定病院数	都道府県がん診療 連携拠点病院数	都道府県人口	人口 / 指定病院数
北海道	21	8		5,627,424	703,428
青森県	6	2		1,436,628	718,314
岩手県	9	1		1,385,037	1,385,037
宮城県	10	7	2	2,359,991	337,142
秋田県	8	0		1,145,471	-
山形県	4	4		1,216,116	304,029
福島県	7	3		2,091,223	697,074
茨城県	9	4		2,975,023	743,756
栃木県	5	1		2,016,452	2,016,452
群馬県	10	6	1	2,024,044	337,341
埼玉県	9	4		7,053,689	1,763,422
千葉県	9	6	1	6,056,159	1,009,360
東京都	13	10		12,570,904	1,257,090
神奈川県	11	7		8,790,900	1,255,843
新潟県	13	5		2,431,396	486,279
富山県	4	1	1	1,111,602	1,111,602
石川県	4	1		1,173,994	1,173,994
福井県	4	3		821,589	273,863
山梨県	8	1	1	884,531	884,531
長野県	10	3	1	2,196,012	732,004
岐阜県	5	7	1	2,107,293	301,042
静岡県	9	4	1	3,792,457	948,114
愛知県	11	6		7,254,432	1,209,072
三重県	4	4		1,867,166	466,792
滋賀県	7	3		1,380,343	460,114
京都府	6	1	1	2,647,523	2,647,523
大阪府	8	11		8,817,010	801,546
兵庫県	10	0		5,590,381	-
奈良県	5	1		1,421,367	1,421,367
和歌山県	7	3		1,036,061	345,354
鳥取県	3	2		606,947	303,474
島根県	7	6		742,135	123,689
岡山県	5	5	1	1,957,056	391,411
広島県	7	10	1	2,876,762	287,676
山口県	8	5		1,492,575	298,515
徳島県	6	1	1	809,974	809,974
香川県	5	3		1,012,261	337,420
愛媛県	6	3		1,467,824	489,275
高知県	4	2	1	796,211	398,106
福岡県	13	8		5,049,126	631,141
佐賀県	5	1		866,402	866,402
長崎県	9	4		1,478,630	369,658
熊本県	11	2	1	1,842,140	921,070
大分県	10	2		1,209,587	604,794
宮崎県	7	4		1,152,993	288,248
鹿児島県	12	2	1	1,753,144	876,572
沖縄県	5	2		1,360,830	680,415
計	369	179	16		

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 健一	広島県医師会
	碓井 亞	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	河良 俊昭	広島県福祉保健部保健医療局
	岸本 昭憲	広島市社会局保健部
	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

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 18 年度の活動
 - 1. 肺 が ん
 - 2. 乳がん検診

がん診療専門委員会 検診精度管理部会

(平成 18 年)

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

我が国において、5大がん（肺がん、胃がん、大腸がん、肝がん、乳がん）の罹患率、死亡率は依然として増加している。しかしながら広島県下における検診受診率は、極めて低い状態が続いている。アスベストによる肺や胸膜の腫瘍も今後20～40年間は増加することが予測されており、検診精度の向上が必要である。

また、乳がんは女性のがん罹患率の第一位となっており、年間約3万7千人が発症し、そのうち約1万人が死亡している。また、死亡率も年々上昇し、65歳未満の世代で女性のがん死亡が第一となっている。乳がん検診の受診率を向上させるため、一定程度以上の知識・技術を習得し、乳がん患者の早期発見、死亡率の減少に努める必要がある。

平成18年度も、平成17年度に引き続き広島県におけるがん検診の問題点を探る目的でそれぞれ研修会を行った。

II. 平成18年度の活動

1. 肺がん

アスベスト関連疾患研修会は、県からの委託事業として地対協が受け、県内に従事する医師及び保健

医療関係者を対象に、悪性中皮腫や肺がん等のアスベスト関連疾患の基礎的事項及び胸部X線の検査の読影の他に、事例問題2題を盛り込んで開催した。

(1) 研修概要

- 1) 対象者 県内に従事する医師及び保健医療関係者
- 2) 場 所 県内 2ヶ所（広島・福山）
- 3) 時 間 読影 1時間 講演 2時間
- 4) 受講者 読影 60名/回 講演 100名/回
- 5) 内 容 ○アスベスト教育講演
○アスベスト関連疾病認定基準
○アスベスト関連疾患に関する基礎知識・症例・事例問題
○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 25枚）
- 6) 取得単位 日医生涯教育講座 5単位
日医認定産業医（基礎後期・生涯専門）3単位

(2) 平成18年度 アスベスト関連疾患研修会の実績報告

1) 研修内容（表1）

表1 研 修 内 容

会 場	広 島	福 山	
日 時	平成19年1月6日(土) 14時～17時	平成19年1月20日(土) 14時～17時	
場 所	広島医師会館 3階 健康教育室 広島市西区観音本町1-1-1 電話 082-232-7211	福山市医師会館 4階 演習室 福山市三吉町南2丁目11番25号 電話 084-922-0243	
座 長	広島県医師会常任理事 有田 健一	広島大学病院呼吸器内科助手 藤高 一慶	
研 修 会 内 容	アスベスト教育講演 岡山労災病院副院長 岸本 卓巳	広島県医師会常任理事 有田 健一	
	石綿関連疾病認定基準 広島労働局労働基準部労災補償課長 小嶋 雄三	広島労働局労働基準部労災補償課長 小嶋 雄三	
	解 説	基 礎 広島大学大学院分子内科学講師 服部 登	三原市医師会病院副院長 奥崎 健
		症 例 中国労災病院放射線科部長 内藤 晃	広島国際大学保健医療学部教授 中島 正光
事例問題	広島市民病院呼吸器科部長 住吉 秀隆	広島大学大学院分子内科学講師 服部 登	

2) 受講者数 (表2)

表2 受講者数

	1/6 広島	1/20 福山
受講者数	50	24
読影者数	34	21

3) 講演内容

(1) 石綿による健康障害について

岡山労災病院副院長 岸本 卓巳

石綿暴露の種類や石綿による疾病(石綿肺、原発性肺癌、胸膜・腹膜・心膜・精巣鞘膜の中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚)について初発症状、診断基準、労災補償などについて解説。

(2) アスベスト(石綿)による健康被害

広島県医師会常任理事 有田 健一

広島労働局石綿関連疾病協議会でH18.1月～12月までの石綿関連疾患協議件数174件、結果確定件数129件について各症例を挙げながらの解説。また、石綿が及ぼす今後の疾病背景についての説明。

(3) 石綿関連疾病にかかる認定基準

広島労働局労働基準部 小嶋 雄三
労災補償課長

石綿による疾病の認定基準の主な改正点として

①中皮腫は、胸膜プラーク、石綿繊維小体又は石綿繊維が認められるとの医学的所見を認定の要件としていたが、中皮腫の確定診断等がなされていれば医学的所見は求めない。

②肺がんは、医学的所見が得られ、かつ従事期間が10年以上であったが、10年に満たなくても認定することとなった。

③びまん性胸膜肥厚は新たに業務上と認定する基準を示した。

また、石綿による健康被害を受けた方及びその遺族に対し、迅速な救済を図るため「石綿による健康被害の救済に関する法律」が制定。

(4) 胸部X線検査及び肺CT検査読影

基礎・症例解説

(5) 事例問題

事例1 59歳、男性。

職歴：電気工事自営(屋内配線業務)40年間勤務し、ご本人曰くアスベスト曝露歴あり。

喫煙歴：20本/日×40年間。

既往歴：49歳；十二指腸ポリープ

検査等：胸部CT；左肺底部中心に不整な胸膜肥厚像(内部一部低吸収域を示す)。最も厚い箇所7mmで、左肺全周の約3/5以上にわたる胸膜肥厚。肺野には間質性肺炎や腫瘤影など認めず。

PET；胸膜肥厚部に一致し異常集積あり、悪性パターンを示す。

肺機能検査；%VC:81.2%，FEV1.0%:74.1%であり、その他異常なし。

経過等：左側胸部痛及び発熱出現し、近医受診。胸部CTで左胸膜不整肥厚認め、悪性胸膜中皮腫を疑われ、当院紹介受診。当院にて、胸腔鏡下胸膜生検施行した。その結果、膿胸を認めため、ドレナージを行い、膿胸周辺の胸膜肥厚部も病理検査に提出した。その後、抗生剤点滴などで症状軽快した。

病理学的所見：中皮腫の所見なく、アスベスト曝露の所見なし。

事例2 62歳、男性。

職歴：運転手や飲食業など多種。ただしアスベスト曝露歴なし。

喫煙歴：15本/日×40年間。

既往歴：43歳；髄膜腫手術。

検査等：胸部CT；右上縦隔～右肺尖部背側胸膜に沿って進展する腫瘤。右中葉および左下葉に結節影を認める。

経過等：胸腔鏡下胸膜生検施行、悪性胸膜中皮腫と診断された。その後放射線化学療法施行され、現在も化学療法継続中である。

(6) 胸部X線フィルム読影結果

X線フィルム：甲(難しい)9枚、乙(中間)8枚、丙(容易)8枚。

胸部X線25症例の読影結果の解説(正答率を含む)、報告が行われた。正答率は広島会場より福山会場が高かった。

読影集計結果 広島会場(表3)

福山会場(表4)

(7) アンケート調査

アンケート集計結果(表5)

表 3

読影得点集計（広島会場）

平成 19 年 1 月 6 日(土)

〔得点集計表〕 (点)

	甲	乙	丙	正常	全体
平均	2	5	7	1	15
最大値	7	8	8	1	23
最小値	0	0	0	0	0

回答率集計表 (%)

	甲	乙	丙	正常	全体
平均	30.3	67.4	82.6	57.6	60.0
最大値	87.5	100.0	100.0	100.0	92.0
最小値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

(人)

正答率	甲	乙	丙	正常	総合
0-9	3	1	1	14	1
10-19	7	0	0	0	0
20-29	9	1	0	0	0
30-39	8	2	0	0	1
40-49	0	0	0	0	4
50-59	2	4	1	0	6
60-69	2	7	2	0	13
70-79	1	10	5	0	5
80-89	1	5	18	0	2
90-100	0	3	6	19	1
合計	33	33	33	33	33

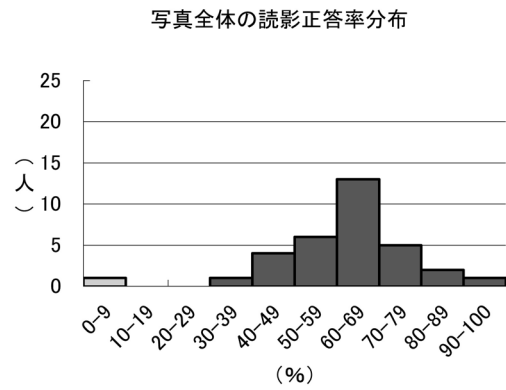
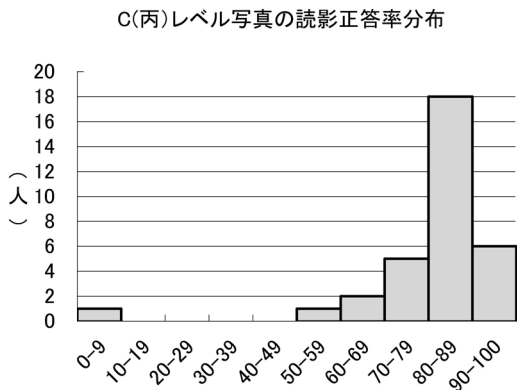
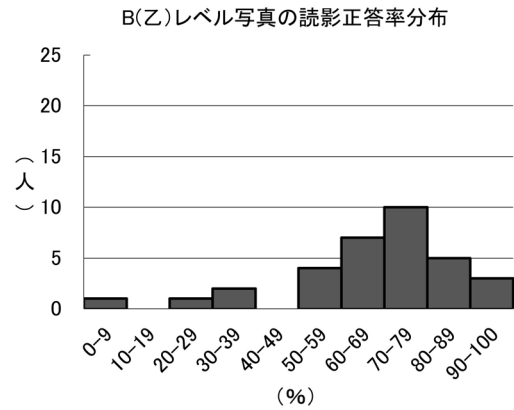
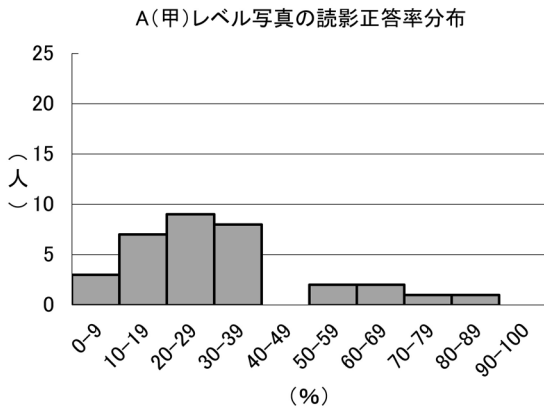
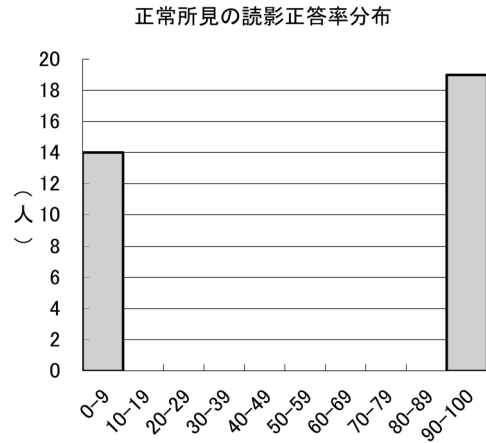


表 4

読影得点集計 (福山会場)

〔得点集計表〕 (点)

	甲	乙	丙	正常	全体
平均	4	6	7	1	17
最大値	6	8	8	1	23
最小値	0	2	4	0	7

回答率集計表 (%)

	甲	乙	丙	正常	全体
平均	43.8	76.3	89.4	65.0	69.6
最大値	75.0	100.0	100.0	100.0	92.0
最小値	0.0	25.0	50.0	0.0	28.0

(人)

正答率	甲	乙	丙	正常	総合
0-9	2	0	0	7	0
10-19	1	0	0	0	0
20-29	0	2	0	0	1
30-39	7	1	0	0	1
40-49	0	0	0	0	0
50-59	4	1	1	0	3
60-69	4	3	1	0	4
70-79	2	1	2	0	1
80-89	0	6	6	0	9
90-100	0	6	10	13	1
合計	20	20	20	20	20

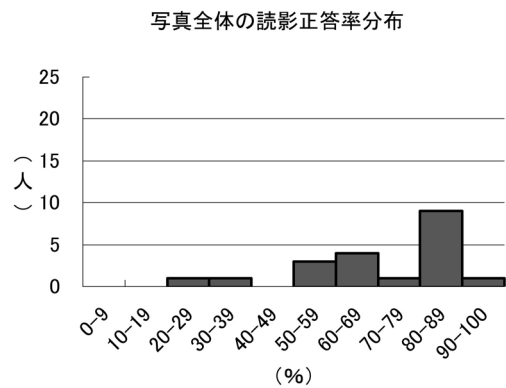
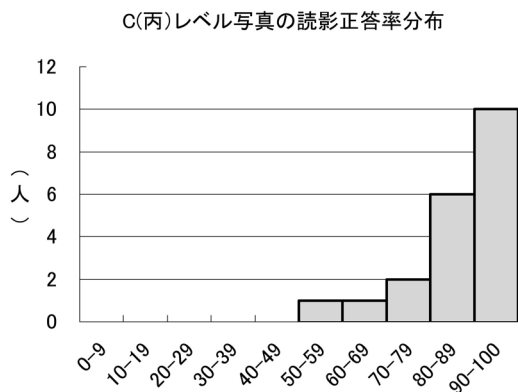
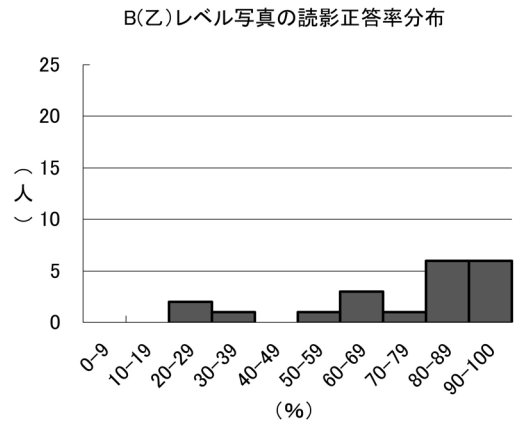
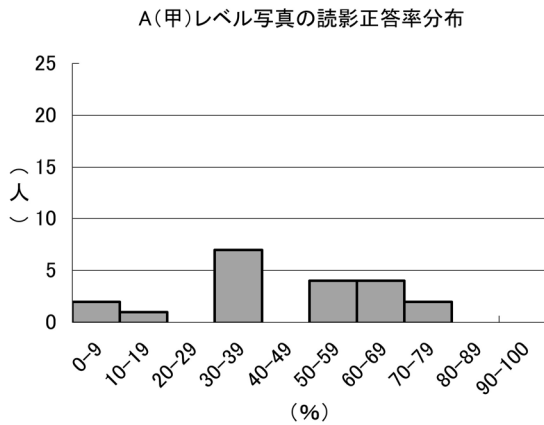
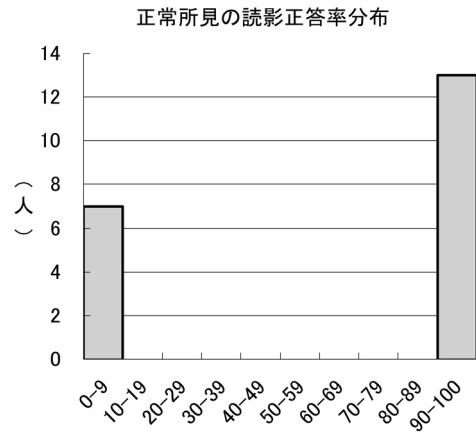


表5 平成18年度 アスベスト関連疾患研修会アンケート集計

1 職種について

	広島	福山	合計
1 医師	3	1	4
2 行政関係者			0
3 放射線技師		3	3
計	3	4	7

	広島	福山	合計
受講者	50	24	74
回収数	17	17	34
回収率	34%	71%	46%

2 この研修会を何で、知りましたか

	広島	福山	合計
1 医師会速報	17	13	30
2 地対協ホームページ			0
3 その他（医師から）		4	4
計	17	17	34

3 本日の研修会について

ア 今回の講演は、今後の診療の参考となる内容でしたか

	広島	福山	合計
1 大いに参考になる	15	17	32
2 参考になる部分もある	2		2
3 あまり参考にならない			0
4 全く参考にならない			0
5 その他			0
計	17	17	34

イ 研修内容の難易度はいかがでしたか

	広島	福山	合計
1 簡単			
2 普通	17	17	34
3 難しい			
4 その他			
計			

ウ 事例問題の内容の難易度はいかがでしたか

	広島	福山	合計
1 簡単	15		15
2 普通		15	15
3 難しい		2	2
4 回答なし	2		2
計	17	17	34

平成 18 年度 アスベスト関連疾患研修会アンケート集計（続き）

	エ 研修会の感想	オ 読影実技講習（自己採点方式） についての感想	4 研修会に対する要望
1	非常に勉強になった	まあまあと自己嫌悪	レントゲンの実習は期待している
2	大変ためになった	勉強になって良い	時々やってほしい（忘れるから）
3	研修内容は勉強になりました。ただし開業医にはアスベスト関連の疾患の患者は来ない可能性が高いのですが		
4	大変分かりやすかった	気合が入ってよい	読影は肺がん、及び肺結核を対象の分類ではありますが、じん肺または石綿肺を対象として胸中 X 線検査の読影は特別には予定されないのでしょうか？
5	普段学ぶ機会が少ないので勉強になりました。		
6	アスベストに関する患者をみることはありませんが X 線の読影、一般的な解説は参考になりました		
7	レントゲン写真でのアスベストの所見を教えてほしかった。	肺癌を拾うレントゲンに勉強させられた。	
8	大変良い研修会でした。	良い講習でした。	また、時々是非開催してください。 大変良い勉強になりました。
9		また機会があれば参加したい	
10		DorE の判定は難しいのではないかと 記名して優秀者を表彰しては？	
11	大変勉強になった	自分の実力を如実に知ることが出来た	これからも この方法で楽しくやってほしい
12	大変勉強になりました	難しかったです	
13	とてもよかった	とてもよかった	年一回ぐらいしてほしい
14		久々に勉強になった	
15	よかった	難しかったです	なし
16	良かった	肺間が難しかった	
17	よかった	非常によかった	読影実技続けてほしい
18	大変参考になりました	大変参考になりますので今後も機会を作ってください	またお願いします
19		おもしろかったです。普通の健診で指摘できるかどうか。	
20	参考になった	勉強になった	
21	今まで何回も参加しましたが今日が一番良かった	非常によい企画だと思います	時々（年に 1～2 回）はして頂きたい
22	おもしろかったです		学んでもすぐ忘れるので、又、開催して下さい

検診精度管理部会 肺がんワーキンググループ

河野 修興 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
有田 健一 広島県医師会
奥崎 健 三原市医師会病院
住吉 秀隆 広島市立広島市民病院
高杉 敬久 広島県医師会
内藤 晃 中国労災病院
中島 正光 広島国際大学
春田 吉則 広島大学病院
福岡 治仁 中電病院
服部 登 広島大学大学院医歯薬学総合研究科
藤高 一慶 広島大学病院
堀口 純 広島大学病院

2. 乳がん検診

平成17年度に「広島県乳がん検診実施指針」を作成し、乳がん検診従事者研修と視触診担当医師、検診実施機関等の登録制度をモデル的に開始した。初年度の登録要件は、県地对協が主催する研修を1回義務付けることとしたが、昨年度講習会を受講できなかった方への救済措置として、昨年度と同様の内容の研修会を平成18年5月に開催した(表6)。

(1) 目的

広島県地域保健対策協議会検診精度管理部会乳がんWGは、平成17年度より県内の乳がん検診の精度向上及び検診実施体制の整備を図り、乳がんを早期発見、治療につなげることを目的に「広島県乳がん検診実施指針」を作成し、視触診担当医師、ならびに検診実施機関の登録制度を実施している。

平成17年度の登録状況は、検診実施機関146施設、精密検査実施機関24施設、視触診担当医師325名が登録申請を行った。登録情報は市町保健所、各がん検診実施機関に提供した。

今年度は、県内3カ所(東広島・広島・尾道)で、

乳がん検診の精度向上と検診実施体制の整備を図るとともに自己触診法等の正しい知識を身に付けるため、登録要件(表7)となる講習会(表6)を開催した。

(2) 内容

ビデオ「乳がん、あなたは大丈夫? がん検診を受けましょう」で視触診の流れを確認後、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 についての6項目を中心に解説を行った(スライド)。参考資料として平成18年度の登録要件となる講習会・学術集会一覧表(表8)を添付した。

乳がんの罹患率及び死亡率は年々増加している状況下、死亡率抑制につながる乳がん検診のカギは、「受診率」と「精度管理」にあるが、質の高い検診を受けてはじめて意味のある検診となる。日本の乳がん検診受診率は現在10%程度であるが、当面30%を目標にするために、ピンクリボンキャンペーンなどを通じて検診の啓発活動があげられるが今後の課題である。

表6 講習会日時・会場

日時	会場	講師	参加人数
平成18年11月22日(水) 19:00	東広島保健医療センター	広島大学大学院保健学研究科教授 片岡 健先生	27
平成18年12月1日(金) 19:00	広島医師会館	広島市立安佐市民病院 外科部長 久松和史先生	47
平成18年12月13日(水) 19:00	広島県尾三地域事務所	広島大学原医研腫瘍外科 助手 村上 茂先生	16

表7 登録要件となる講習会及び学術集会の一覧

講習会	
1	乳がん検診従事者講習会
2	広島乳腺疾患研究会
3	広島乳腺フォーラム
4	乳腺診断フォーラム広島
5	福山乳房画像研究会
6	日本乳癌検診学会
7	日本乳癌学会
8	日本乳癌学会中四国地方会
9	福乳会
10	広島県婦人科医部会
11	日本がん検診・診断学会

※その他、県地对協検診精度管理部会乳がん検診WGにおいて認めるもの。

表8 平成18年度 登録要件となる講習会及び学術集会の一覧

	講習会	平成18年度開催日	事務局
1	乳がん検診従事者講習会	年3回開催 第1回：平成18年11月22日(水) 19:00～ 東広島市保健医療センター 第2回：平成18年12月1日(金) 19:00～ 場所：広島医師会館 第3回：平成18年12月13日(水) 19:00～ 広島県尾三地域事務所	広島県地域保健対策協議会 (申込：広島県医師会地域医療課)
2	広島乳腺疾患研究会	平成19年2月24日(土) 14時 広島国際会議場 参加費1000円 申込不要	広島大学第二外科 高橋 護
3	広島乳腺フォーラム	平成18年9月30日(土)	保健学研究科 片岡 健
4	乳腺診断フォーラム広島	平成18年7月1日(土) 平成19年1月7日(日) 12時30分 広仁会館 参加費1000円 申込不要	安佐市民病院病理 金子真弓
5	福山乳房画像研究会	年2回開催 第1回：平成18年9月30日(土) 第2回：平成19年3月17日(土) 午後5時 福山ニューキャスルホテル 参加費500円 申込不要	代表 福山セントラル病院 折田洋二郎
6	日本乳癌検診学会	平成18年11月17日・18日	仙台国際センター： 東北大学 大内憲明教授
7	日本乳癌学会	平成18年7月7日(金)・8日(土)	金沢大学病院手術部, 野口昌邦教授
8	日本乳癌学会 中四国地方会	平成18年9月2日(土)	国立病院機構四国がんセンター, 高嶋成光院長
9	福乳会	第1回：平成18年6月10日(土) 演者：順天堂大学 霞富士雄教授	代表 福山セントラル病院 折田洋二郎
10	広島県婦人科医部会	平成18年12月3日(日) 午前9時～午後4時 場所：広島大学病院 参加費1万円	申込・問合せ先事務局 吉田総合病院婦人科 岩沖靖久
11	日本がん検診・診断学会 (第14回)	平成18年7月21日(金)・22日(土)	会長 宮崎大学放射線科 田村正三教授

※その他、県地对協検診精度管理部会乳がん検診WGにおいて認めるもの。

視触診検診の精度管理では、視触診で診断できる乳がんを見落として、治療の開始時期を遅らせないことが大切であり、マンモグラフィ検診の精度管理では、視触診で認識できる以前の、局所にとどまる早期の乳がんを拾い上げることにある。乳がんの罹患率は50歳代から高くなるため、今後は40歳代の乳がん対策が重要となってくる。

国は、見落としの多い乳がん検診のあり方について、視触診のみの検診を廃止し、マンモグラフィ併用検診とした。しかし、視触診のみの年度がある以上、見落としのないように検診医の精度を高めておく必要がある。また、視触診については、検診医が受診者に正しい視触診の方法を伝えることで、自己検診を促す効果も期待される。

平成18年度
広島県地域保健対策協議会
乳がん検診講習会

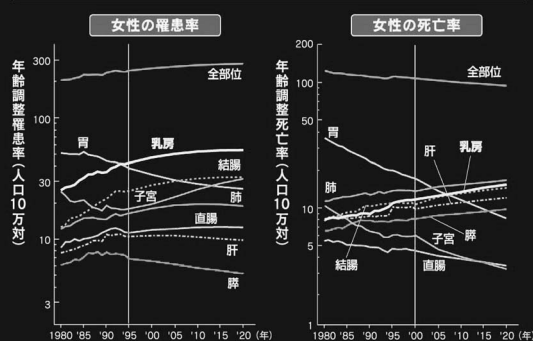


1. 乳がんの疫学

- わが国の乳がんの罹患率と死亡率の推移
- 年齢別罹患率
- 罹患率、死亡率の国際比較



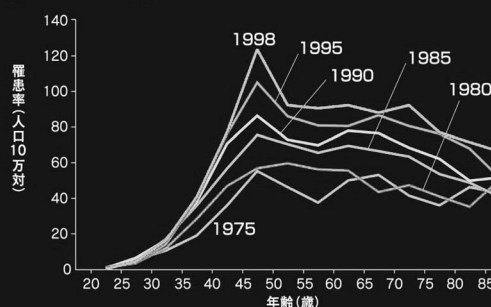
癌の罹患率・死亡率の将来予測



罹患率:標準人口は世界人口
死亡率:標準人口は1985年の日本のモデル人口
大島明はか編「がん-統計白書-罹患/死亡/予後-2004」(医歯出版新社), 209, 2004

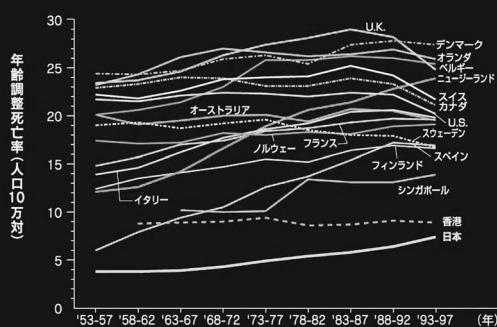
乳癌の年齢別罹患率

■1975~1998年



大島明はか編「がん-統計白書-罹患/死亡/予後-2004」(医歯出版新社), 139, 2004

主要国における乳癌の死亡率の動向



大島明はか編「がん-統計白書-罹患/死亡/予後-2004」(医歯出版新社), 303, 2004

2. 乳がんの現状と問題点

- わが国の受診率
- 検診方法による乳がん発見率の違い



欧米で証明された、死亡率抑制につながる乳がん検診のカギは？

「受診率」と「精度管理」です。

多くの方たちが、質の高い検診を受けて、はじめて、意味のある乳がん検診になる。

乳がん検診の受診率

アメリカでは70%

背景には、罹患率の高さと、医療保険による強制的な受診制度

日本では10%前後

当面の目標は30%

自主的な受診を促す啓発活動が課題

乳がん検診の精度管理

視触診検診の精度管理

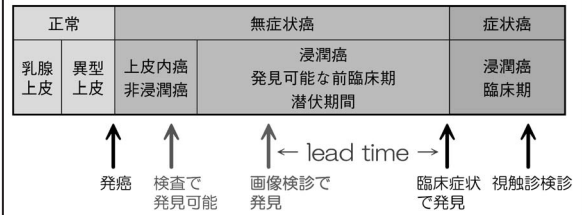
視触診で認識のできる乳がんを見落として、治療の開始時期を遅らせないこと

マンモグラフィ検診の精度管理

視触診で認識できる以前の、局所にとどまる早期の乳がんを拾い上げること

撮影の精度管理 診断に役立つフィルム
読影の精度管理 拾うべきものを拾う
落とすべきものを落とす

乳がんの自然史と検診の関係



【森本忠興ほか：検診のためのマンモグラフィ・アトラス、1998】

乳がん検診にかかわるエビデンス

視触診検診は死亡率を減少させるか

→ **グレードC** (エビデンスは十分とはいえないので、日常臨床で実践することは推奨しない)

50歳以上に対してマンモグラフィ検診は死亡率を減少させるか

→ **グレードA** (十分なエビデンスがあり、推奨内容を日常臨床で実践するように強く推奨する)

40歳代に対してマンモグラフィ検診は死亡率を減少させるか

→ **グレードB** (エビデンスがあり、推奨内容を日常臨床で実践するように推奨する)

【日本乳癌学会編 乳癌診療ガイドライン 2005年版】

2003年度乳がん検診実績

広島県健康福祉センター

検診方法	集検受診人数	発見された乳がん	
		人数	%
視触診	24,338	14	0.06
マンモグラフィ	1,337	3	0.22

日本対がん協会集計

検診方法	集検受診人数	発見された乳がん	
		人数	%
視触診	609,688	512	0.08
マンモグラフィ	443,200	1,060	0.24

視触診検診とマンモグラフィ検診

マンモグラフィ検診では、視触診検診の約3倍の乳がんを発見することができ、しかもその多くが早期がんで発見される。
早期発見、早期治療することで、乳がんの死亡率を抑制することができる。

乳がん検診制度の見直し

1987年
30歳以上の視触診検診

↓
2004年
30歳代の視触診検診の廃止
40歳代以上では視触診とマンモグラフィ検診の併用

30歳代の検診を、超音波検診を含めて、どうするべきか
乳腺密度が高く、罹患率の高い40歳代のマンモグラフィは2方向撮影にするべきか

視触診検診の位置づけ

視触診検診には、死亡率減少効果がないと結論づけられた。
しかしながら、視触診のみの年齢層、視触診のみの年度がある以上、見落としのないように検出精度を高めておくことは、とても重要。
受診者に正しい視触診の方法を伝え、自己検診を促す効果も期待される。

3. 乳がんのリスクファクターと予防

・乳がんのリスクファクターとは？



わが国における乳がん増加要因

- (1) ホルモン環境に関する因子
独身、高齢初産、出産回数が少ない、
早い初潮、遅い閉経など
- (2) 食生活に関連した因子
高カロリー・高脂肪食の過剰摂取、肥満など
- (3) 環境的・遺伝的因子
放射線・遺伝子増幅・欠失または変異など

乳がんのハイリスク群 (富永班)

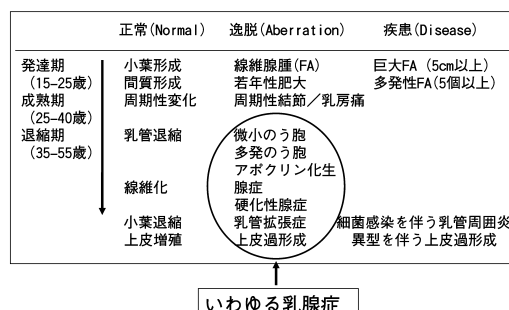
1. 年齢：40歳以上 (いわゆる好発年齢)
2. 未婚：30歳以上
3. 初産年齢：30歳以上 (未産婦を含む)
4. 閉経年齢：55歳以上
5. 肥満：標準体重より20%以上
6. 良性乳腺疾患の既往 (一部が関与)
7. 乳がんの既往 (対側乳がん発生)
8. 乳がんの家族歴 (特に遺伝性乳がん)

体重、閉経から見たわが国の乳がん発生率 [松本ら, 1986年]

患者年齢 (歳)	肥満指数	
	20%未満	20%以上
閉経前	1.0	1.2~1.4
50~59	1.0	1.3
≥60	1.0	2.3~2.5 (**)

**） $p < 0.01$ (肥満指数20%未満との比較)

A N D I の分類 (1992年, Hughes) (Aberrations of Normal Development and Involution)



乳がん発生リスクからみた良性疾患 (1992年, Pageら)

- (1) 一般女性と変わらない (リスクなし)
軽度過形成、アポクリン化生、腺症、微小嚢胞、
乳管拡張症、乳管周囲炎、線維腺腫など
(ほとんどの乳腺症や線維腺腫)

- (2) 軽度リスクあり (1.5~2倍)
中-高度の過形成、硬化性腺症、乳管乳頭腫症、
他病変を合併した線維腺腫、乳頭腫、多発嚢胞
- (3) 中等度リスクあり (4~5倍)
異型乳管(小葉)過形成 ADH (ALH)

家族(遺伝)性乳がんの定義

- (1) 第1度近親者に発端者を含め3人以上の乳がん患者がいる場合
- (2) 第1度近親者に発端者を含め2人以上の乳がん患者がおり、いずれかの乳がん患者が次のいずれかを満たす場合
 - a) 40才未満の若年者乳がん
 - b) 同時性または異時性両側乳がん
 - c) 同時性または異時性他臓器重複がん

ハイリスクと乳がん発見率

(国立がんセンター；1980年~1989年)

ハイリスク群	0.73 (%)
家族歴あり	母 0.74
	姉妹 0.70
	子供 1.04
乳癌の既往あり	0.55
良性疾患の既往あり	0.42
非ハイリスク群	0.10 (%)

これまでに発見された主な癌抑制遺伝子

RB	網膜芽細胞腫
p53	Li-Fraumeni症候群
APC	家族性大腸腺腫症
MLH1, MSH2, PMS	遺伝性非ポリポーシス大腸癌
NF1, 2	神経線維腫症
WT1	Wilms腫瘍
VHL	von Hippel-Lindau症候群
BRCA1, 2, (3)	遺伝性乳癌、卵巣癌
MEN1	多発性内分泌腺腫症I型
INK4	家族性黒色腫
TSC	結節性硬化症
PTEN	Cowden病

乳癌の病期 (Stage) 分類/T分類

T: 原発巣^{注1)}

	大きさ (cm)	胸壁固定 ^{注2)}	皮膚の浮腫、潰瘍、衛星皮膚結節
TX	評価不能		
Tis	非浸潤癌あるいは腫瘍を認めない Paget 病		
T0	原発巣を認めず ^{注3,4)}		
T1 ^{注5)}	≦2.0	-	-
T2	2.0< ≦5.0	-	-
T3	5.0<	-	-
T4	a	+	-
	b	+	+
	c	+	+
	d	炎症性乳癌 ^{注6)}	

注1) Tは視触診、画像診断により総合的に判定する。
 注2) 胸壁とは、肋骨、胸骨、肋間部および前胸筋を指し、胸筋は含まない。
 注3) 視触診、画像診断(マンモグラフィ、超音波)にて原発巣を確認できない。
 注4) 乳癌の診断はマンモグラフィの石灰化例などはT0とせず判定を保留し、最終病理診断によってT0、T1micなどに分類する。
 注5) a(≦0.5)、b(0.5<≦1.0)、c(1.0<≦2.0)に重複する。ただし、組織学的浸潤深さが0.1cm以下のものはT1micとして付記する。
 注6) 炎症性乳癌は通常腫瘍を認めず、皮膚のびまん性発赤、浮腫、硬結を示す。
 注7) 乳癌内の多発腫瘍の場合は最も高度のTを用いる。

日本乳癌学会編「臨床・病理 乳癌取扱い規約 第15版」(金原出版), 11, 2004

乳癌の病期 (Stage) 分類/N分類

N: 所属リンパ節^{注1)}

	同側腋窩リンパ節		胸骨傍リンパ節 ^{注2)}	同側鎖骨下リンパ節	同側鎖骨上リンパ節
	可動	固定(周囲組織またはリンパ節相互間)			
NX	評価不能				
N0	-	-	-	-	-
N1	+	-	-	-	-
N2	a	+	-	-	-
	b	-	+	-	-
N3	a	+/-	+/-	+	-
	b	+	+	-	-
	c	+/-	+/-	+/-	+

注1) リンパ節転移の診断は触診と画像診断などによる。
 注2) 胸骨傍リンパ節転移未検出の場合は(-)として扱う。

日本乳癌学会編「臨床・病理 乳癌取扱い規約 第15版」(金原出版), 12, 2004

乳癌の病期 (Stage) 分類/M分類

M: 遠隔転移

MX	評価不可能
M0	遠隔転移なし
M1	遠隔転移あり

注: 転移を認められた臓器はUICC分類に準じて3文字コードで別個に記述する。
 肺(PUL)、骨(OSS)、肝(HEP)、脳(BRA)、遠隔リンパ節(LYM)、骨髄(MAR)、胸膜(PLE)、腹膜(PER)、副腎(ADR)、皮膚(SKI)、その他(OTH)。

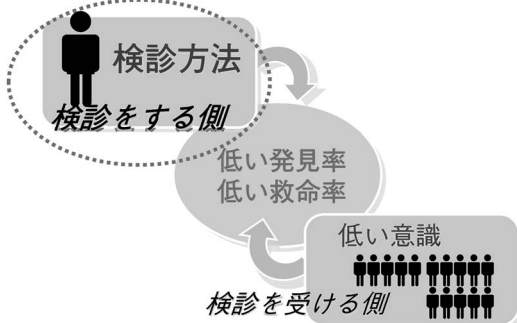
日本乳癌学会編「臨床・病理 乳癌取扱い規約 第15版」(金原出版), 12, 2004

5. マンモグラフィの撮影と読影

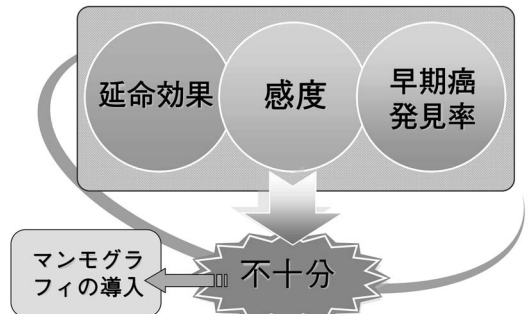
- マンモグラフィの機器や技術的なこと
- マンモグラフィの読影に必要な知識
- 精中委とマンモグラフィ読影試験



日本の乳がん検診の問題点



これまでの視触診検診



世界の乳がん検診

国	検診方法
米国	マンモ, 視触診
カナダ	マンモ + 視触診
英国	マンモ
スウェーデン	マンモ
日本	視触診
ギリシア	マンモ, 視触診

乳がん発見率の比較

視触診	マンモ検診	
	H9年度	H10年度
0.23%	0.63%	0.91%
(22/9,715)	(12/1900)	(16/1745)

- 広島健康管理・増進センターより提供

乳癌診療ガイドライン

- | | | |
|----|----------------------------------|---------------------|
| Q1 | 50歳以上に対するマンモグラフィ検診は死亡率を減少させるか | 推奨
グレード A |
| Q2 | 40歳以上に対するマンモグラフィ検診は死亡率を減少させるか | 推奨
グレード B |
| Q3 | 日本の検診マンモグラフィにおける利益は被爆のリスクを超えられるか | 推奨
グレード B |
| Q4 | マンモグラフィの 카테고리分類は所見の評価と方針決定に有用か | 推奨
グレード B |
| Q5 | 若年者に対する診療マンモグラフィは有用か | 推奨
グレード C |

年齢別の検診方法と間隔

年齢	30歳代	40歳代	50歳以上
方法	推奨せず (引き続き調査、研究が必要)	MMG 2方向 (MLO, CC) + 視触診	MMG 1方向 (MLO) + 視触診
間隔		隔年	隔年

- 「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」厚生労働省、平成16年4月-

マンモグラフィの実際



カテゴリー分類

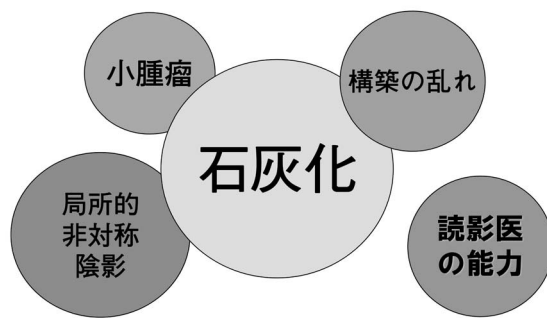
マンモグラフィガイドライン

病変が悪性である可能性を見極めるためのもの

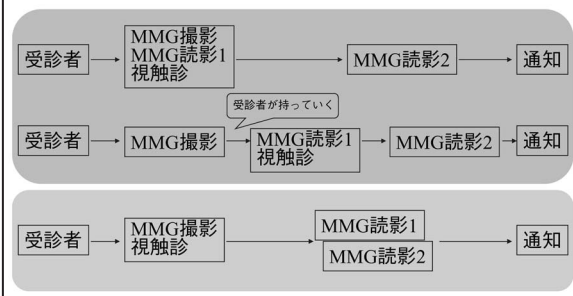
- カテゴリー-1: 異常なし (negative)
- カテゴリー-2: 良性 (benign)
- カテゴリー-3: 良性、しかし悪性を否定できず (benign but malignancy not ruled out)
- カテゴリー-4: 悪性の疑い (suspicious abnormality)
- カテゴリー-5: 悪性 (highly suggestive malignancy)

要精密検査

視触診でわからないで
マンモグラフィでわかること



マンモグラフィ検診の実施方式



6. 超音波診断

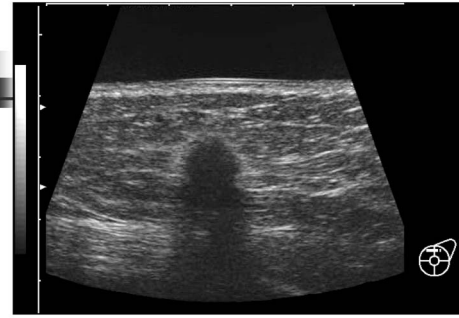
超音波診断

- 超音波の基礎
- 乳腺超音波検査の実際
- エコーのカテゴリー分類
- エコーガイド下針生検の方法



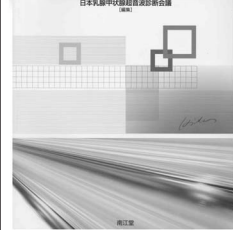
超音波診断の特徴

超音波	MMG
<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者の苦痛がなく、検査が簡便 ■ 病変の質的診断に優れる ■ 病変の存在部位の同定が容易 ■ 石灰化病変の描出は困難 ■ 検者の診断能の影響が大きい ■ 結果は一部しか記録に残らない 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 専用装置が必要で、撮影時に苦痛を伴う場合がある ■ 病変の存在診断に優れる ■ 病変の部位を同定するには、触診、エコーが必要 ■ 石灰化病変の描出に最適 ■ 撮影技術、読影能の影響がある ■ 結果の全てがフィルムとして保存される



診断は？
どのように所見を記載しますか？

乳房超音波診断ガイドライン



編集：日本乳腺甲状腺診断会議
発行：2004年6月
出版社：南江堂
定価：2800円＋消費税

なぜガイドラインが必要なのか？

- 適正な装置で検査を行う
- 正しい操作で検査を行う
- 共通の用語で所見を記載する

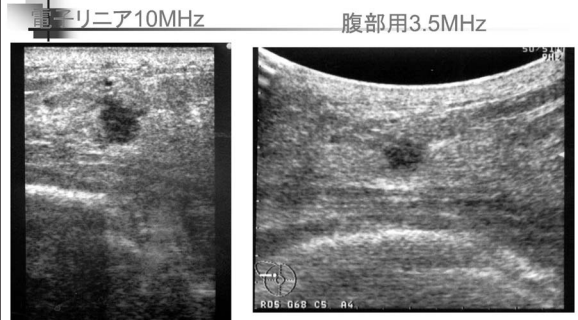


正しい超音波診断

乳房超音波ガイドライン

- 超音波診断装置
 - リアルタイム診断装置
 - 電子リニア10MHz以上
 - アニュラアレイ7.5MHz以上
 - Bモード断層法
 - 視野幅35mm以上、Frame rate: 8 frame/sec以上
- 記録媒体
 - ハードコピー
 - 電子媒体 (DICOM/BMP/TIFF/JPEG)
 - 動画記録
- 走査条件・・・部屋・環境
- 検査実施件数
- 精度管理・・・ファントム
- 手技・・・超音波ガイド下細胞診、CNB

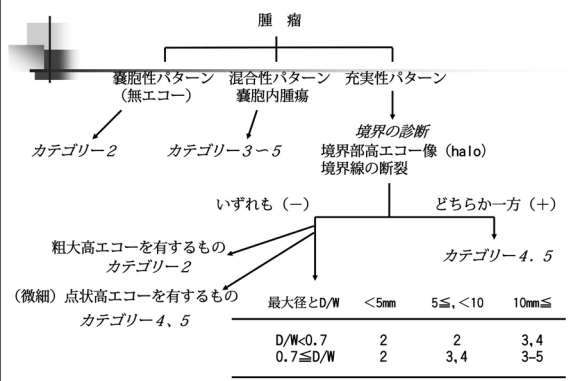
適正な装置



腫瘍像形成性病変の用語

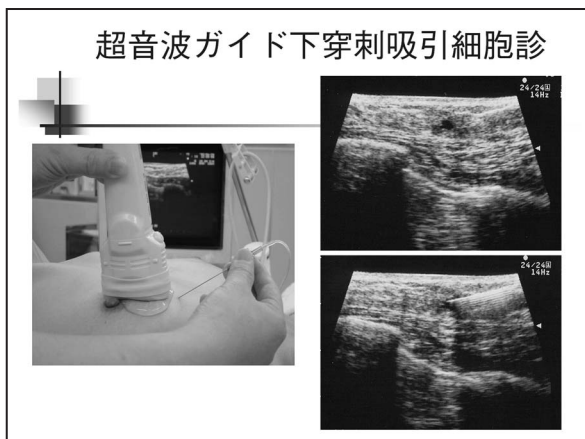
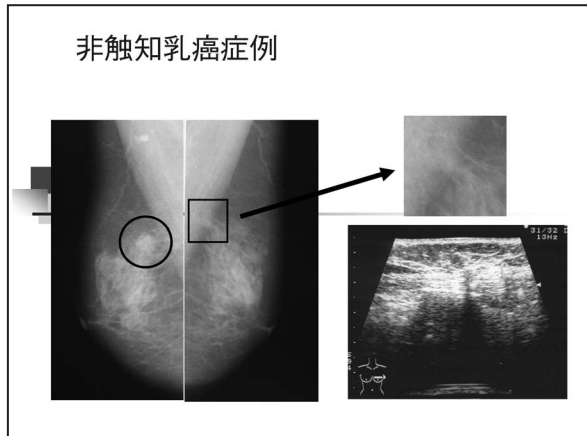
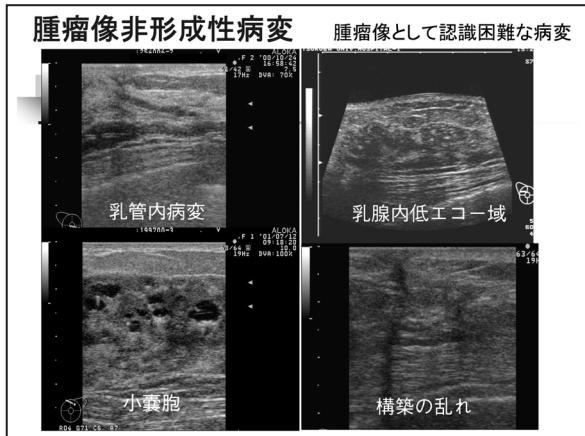
- 形状
- 境界部
- 内部エコー
 - 3-1) 均質性(均一性)
 - 3-2) エコーレベル
- 音響学的所見
 - 4-1) 後方エコー
 - 4-2) 外側陰影
- 随伴所見
 - 5-1) 前方・後方境界線
 - 5-2) 管状構造物 ほか

腫瘍像形成性病変の診断樹



最近の超音波診断のトピックス

- 腫瘍非形成性病変の診断
- 非触知病変へのアプローチ



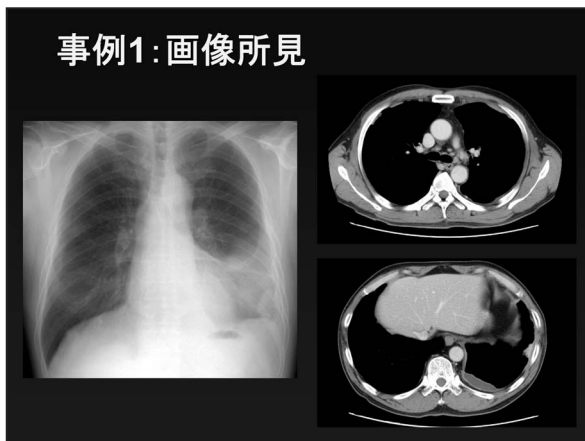
スライド (2)

事例問題解説

石綿関連疾患の認定の可否について
具体的な事例から考える

事例1

59歳, 男性.
職歴: 自営業の電気工事(屋内配線業務)に40年間従事.
本人の申し立てでは, アスベストへの曝露あり.
喫煙歴: 20本/日×40年間.
既往歴: 49歳, 十二指腸ポリープ.
検査等: 胸部CT: 左肺底部中心に不整な胸膜肥厚像(内部一部低吸収域を示す). 最も厚い箇所7mmで, 左肺全周の約3/5以上にわたる胸膜肥厚.
肺野には間質性肺炎や腫瘤影など認めず.
PET: 胸膜肥厚部に一致し異常集積あり, 悪性パターン.
肺機能検査: %VC 81.2%, FEV1.0% 74.1%



事例1:経過

- 左側胸部痛及び発熱出現し, 近医受診. 悪性胸膜中皮腫疑われ, 当院紹介受診.
当院にて, 胸腔鏡下胸膜生検を施行した.
その結果, 膿胸を認めたため, ドレナージを行った.
膿胸周辺の胸膜肥厚部は病理検査に提出した.
その後, 抗生剤点滴などで症状は軽快した.
- 中皮腫の所見なし. アスベスト曝露による変化も認められず.

この事例1の扱いは？

1. アスベスト曝露歴が3年以上あり、びまん性胸膜肥厚があるものの、著しい肺機能障害がなく、労災認定は認められない？
2. アスベスト曝露歴が3年以上あり、びまん性胸膜肥厚があるものの、病理所見でアスベスト曝露が証明されないため労災認定は認められない？
3. アスベスト曝露歴が3年以上あり、びまん性胸膜肥厚があれば、労災認定は十分認められる？

事例1： 労災認定申請

- ① 画像的にはびまん性胸膜肥厚の定義に該当。
- ② アスベスト曝露歴は3年以上。
- ③ 著しい肺機能障害は呈していない。



著しい肺機能障害が無いということで、
労災の認定は得られなかった。

「著しい肺機能障害」とは？

パーセント肺活量が60%未満
1秒率が右表の限界値以下
呼吸困難度が3度以上

50m以上休まずに歩けるが1Kmは歩けない。
あるいは平地でも健康者なみに歩くことが
できないが、自己のペースなら1Km以上歩ける者

1秒率の限界値(%) (男性)			1秒率の限界値(%) (女性)		
年齢 (歳)	1秒率の限界値 (%)(平均値)	1秒率の限界値 (%)(最低値)	年齢 (歳)	1秒率の限界値 (%)(平均値)	1秒率の限界値 (%)(最低値)
21	62.39	76.77	21	70.21	81.19
22	62.01	76.39	22	70.05	80.83
23	61.64	76.02	23	69.79	80.47
24	61.27	75.65	24	69.53	80.11
25	60.90	75.28	25	69.27	80.15
26	60.52	74.90	26	69.00	79.88
27	60.15	74.53	27	68.74	79.62
28	59.78	74.16	28	68.48	79.36
29	59.40	73.78	29	68.22	79.10
30	59.03	73.41	30	67.96	78.84
31	58.66	73.04	31	67.70	78.58
32	58.28	72.66	32	67.44	78.32
33	57.91	72.29	33	67.18	78.06
34	57.54	71.92	34	66.92	77.80
35	57.17	71.55	35	66.66	77.54
36	56.79	71.17	36	66.39	77.27
37	56.42	70.80	37	66.13	77.01
38	56.05	70.43	38	65.87	76.75
39	55.67	70.05	39	65.61	76.49
40	55.30	69.68	40	65.35	76.23
41	54.93	69.31	41	65.09	75.97
42	54.55	68.93	42	64.83	75.71
43	54.18	68.56	43	64.57	75.45
44	53.81	68.19	44	64.31	75.19
45	53.44	67.82	45	64.05	74.93
46	53.06	67.44	46	63.78	74.66
47	52.69	67.07	47	63.52	74.40
48	52.32	66.70	48	63.26	74.14
49	51.94	66.32	49	63.00	73.88
50	51.57	65.95	50	62.74	73.62
51	51.20	65.58	51	62.48	73.36

事例2

62歳、男性。

職歴： 運転手や飲食業など多種にわたる職歴あり。

アスベスト曝露歴については特定不能。

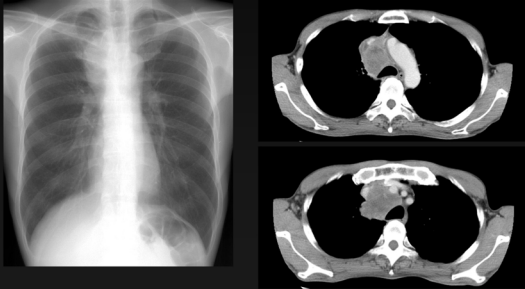
喫煙歴： 15本/日×40年間。

既往歴： 43歳、髄膜腫手術。

検査等： 胸部CT; 右上縦隔～右肺尖部背側胸膜に沿って

進展する腫瘍。 右中葉および左下葉に結節影認める。

事例2：画像所見



事例2：経過

- ・ 胸腔鏡下胸膜生検を施行，悪性胸膜中皮腫と診断された。
- ・ その後放射線化学療法施行され，現在も化学療法継続中である。

この事例2の扱いは？

1. 明確なアスベスト曝露歴がないため、労災補償制度や石綿健康被害救済制度の適応なし？
2. アスベスト曝露歴が不明なので、労災補償は受けられないが、悪性胸膜中皮腫なので、石綿健康被害救済は適応される？
3. 悪性胸膜中皮腫が証明されたので、該当すると思われるアスベスト曝露期間を推測し労災補償と石綿健康被害救済の両者が適応される？

事例2： 石綿健康被害救済制度申請

労災補償制度や特別遺族給付金の対象にならない中皮腫患者である。



ただし、この患者の場合、石綿への曝露歴がはっきり特定できない。



石綿健康被害救済制度では、
中皮腫についてはそのほとんどが石綿に起因するものと
考えられることを理由に、中皮腫の診断の確からしさが
担保されれば、石綿を吸入することにより発症したものと
判定するとしている。



石綿健康被害救済制度(救済給付)に申請し、NPO環境
再生保全機構により認定された。

広島県の乳がん検診の現状

1 市町の乳がん検診実施結果（地域保健老人保健事業報告）

年度	H14	H15	H16	H17
対象者数(人)	518,535	527,975	433,557	414,863
受診者数(人)	71,988	75,468	61,779	97,715
受診率(%)	13.9	14.3	14.2	23.6

※平成16年度から受診間隔が2年に1回となっており、それに伴い受診率の算定方法が平成18年4月に変更され、平成17年度の受診率に反映されている。

- ・平成14～16年度受診率 = 当該年度の受診者数 ÷ 当該年度の対象者数 × 100
- ・平成17年度受診率 = (H16年度 + H17年度受診者数) - (H16年度及びH17年度における2年連続受診者数) ÷ H17年度の対象者数 × 100

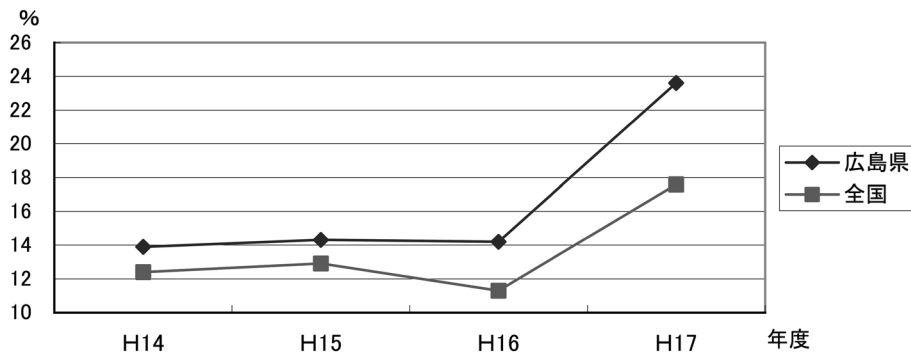


図1 乳がん検診受診率（地域保健老人保健事業報告）

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			
	H14	H15	H16	H17	H14	H15	H16	H17
実施市町村数	82	74	26	16	4	17	19	23
受診者	68,726	69,889	49,208	20,479	3,262	5,579	12,571	22,435
個別検診	22,108	30,118	20,203	6,729	2,611	3,604	6,087	8,050
集団検診	46,618	39,771	29,005	13,750	651	1,975	6,484	14,385
要精検者数	2,031	2,451	1,831	874	256	472	1,210	2,579
要精検率	3.0	3.5	3.7	4.3	7.8	8.5	9.6	11.5
精密検査受診者数	1,581	1,869	1,595	813	224	437	1,157	2,416
精密検査受診率	77.8	76.3	87.1	93.0	87.5	92.6	95.6	93.7
乳がん発見者数	41	66	53	22	7	19	47	82
乳がん発見率	0.06	0.09	0.11	0.11	0.21	0.34	0.37	0.37
陽性反応適中度	2.02	2.69	2.89	2.52	2.73	4.03	3.88	3.18

3 平成17年度 乳がん検診の検査別・年齢別受診者数

1) 視触診のみ

年齢	一次検査	精密検査				精密検査結果				検診精度の指標	
	受診者数 A	対象者 B	要精検率 B/A×100	受診者 C	受診率 C/B×100	異常なし D	乳がん G	乳がんの疑い E	その他疾患 F	がん発見率 G/A×100	陽性反応適中度 G/B×100
40-49	3,250	172	5.3	158	91.9	40	0	2	71	0	0.00
50-59	5,146	228	4.4	206	90.4	90	6	2	70	0.12	2.63
60-69	6,513	265	4.1	252	95.1	132	9	6	73	0.14	3.40
70-79	4,759	182	3.8	176	96.7	101	5	4	52	0.11	2.75
80-	811	27	3.3	21	77.8	5	2	0	11	0.25	7.41
計	20,479	874	4.3	813	93.0	368	22	14	277	0.11	2.52

2) マンモグラフィ併用（視触診+マンモグラフィ）

年齢	一次検査	精密検査				精密検査結果				検診精度の指標	
	受診者数	対象者	要精検率	受診者	受診率	異常なし	乳がん	乳がんの疑い	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	4,450	623	14.0	560	89.9	217	15	15	245	0.34	2.41
50-59	6,443	769	11.9	725	94.3	325	18	16	298	0.28	2.34
60-69	7,036	724	10.3	691	95.4	364	32	14	238	0.45	4.42
70-79	4,083	419	10.3	400	95.5	228	14	7	123	0.34	3.34
80-	423	44	10.4	40	90.9	22	3	0	13	0.71	6.82
計	22,435	2,579	11.5	2,416	93.7	1,156	82	52	917	0.37	3.18

4 平成19年度 市町が実施する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
	府中町	-	-	○	○	-	40※ ※偶数年生まれ
	海田町	-	-	○	-	-	40
	熊野町	○	-	○	-	18	40
	坂町	-	-	○	-	-	40
	安芸高田市	○	-	○	-	30	40
	安芸太田町	○	-	○	-	25※	40※ ※2年に1回が望ましい
	北広島町	-	-	○	○	-	40
広島西	大竹市	-	-	○	-	-	40※ ※2年に1回
	廿日市市	○	-	○	○	-	40※ ※2年に1回
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※ ※2方向(40・42・44・46・48) 1方向(50・52・54)
尾三	三原市	○	○	○	○	20	40※ ※偶数年生まれ
	尾道市	-	-	○	○	-	40※ ※偶数年齢
	世羅町	-	-	○	-	-	40
福山府中	福山市	-	-	○	○	-	40※ ※2年に1回
	府中市	○	○	○	○	30	40
	神石高原町	○	-	○	-	20	40
備北	三次市	○	-	○	-	40	40
	庄原市	○	○	○	○	30	40※ ※2年に1回
実施市町数		13	4	23	9		

検診精度管理部会 乳がんワーキンググループ

- 片岡 健 広島大学大学院保健学研究科
- 有田 健一 広島県医師会
- 伊藤 有峰 医療法人健康倶楽部健診クリニック
- 井内 康輝 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
- 檜垣 健二 広島市立広島市民病院
- 久松 和史 広島市立安佐市民病院
- 三好 和也 国立病院機構福山医療センター
- 村上 茂 広島大学原爆放射線医科学研究所
- 善岡 雅之 広島県福祉保健部保健医療局医療対策室

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
委員	有田 健一	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
	片岡 健	広島大学大学院保健学研究科
	河内 孝明	(財)広島県健康福祉センター
	高杉 敬久	広島県医師会
	新田 一博	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	野崎 淳子	広島市社会局保健部保健医療課
	馬場 年之	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	善岡 雅之	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	吉原 正治	広島大学保健管理センター

後発医薬品問題検討特別委員会

目 次

後発医薬品問題検討特別委員会報告書

- I. 目 的
- II. 事 業 内 容
- III. 事 業 結 果
- IV. 終 わ り に

後発医薬品問題検討特別委員会

(平成 18 年度)

後発医薬品問題検討特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会後発医薬品問題検討特別委員会

委員長 木平 健治

I. 目 的

わが国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現してきた。しかしながら、急速な少子高齢社会を迎え、増え続ける医療費等の問題に直面しており、医療費削減が大きな課題となっている。国は、安価で良質な後発医薬品の使用が、患者の経済的負担を減らし、医療保険財政の効率化が図られることから、後発医薬品の利用促進を医療費削減策の一つとして掲げている。

平成 18 年度の診療報酬改定では、処方せん様式が変更され、医師から後発医薬品への変更を可能とする処方せんを出すことができるようになったが、国内での後発医薬品の普及は 1 割程度と低い水準にあり、その原因には、医師、歯科医師、薬剤師など医療関係者の後発医薬品の品質に対する不安感やメーカー側の製品情報の不足などが指摘されている。一方で患者本位の医療の提供が求められており、患者の希望によって後発医薬品を提供するためには、製薬メーカーの医薬品情報や医療関係者相互の情報を活用し、患者に正確な情報提供ができるようにすることが重要である。

このため、平成 18 年度の調査研究事業として後発医薬品問題検討特別委員会を設置し、医療関係者の後発医薬品に対する現状認識、問題点把握、情報共有等の連携方策を検討するとともに、医療関係者及び県民に対してアンケート調査を実施した。

II. 事 業 内 容

- (1) 特別委員会の開催
- (2) 後発医薬品に関する共同研修会
- (3) 医療機関、薬局及び県民に対する後発医薬品に関するアンケート調査の実施

III. 事 業 結 果

(1) 特別委員会の開催

- ・第 1 回委員会 平成 18 年 7 月 12 日開催
今年度の事業計画案について協議するとともに、後発医薬品の現状について事務局から説明があり、意見交換を行った。
- ・第 2 回委員会 平成 18 年 10 月 16 日開催
後発医薬品に関するアンケート調査表案（医療機関用、薬局用、県民用）の内容及び実施スケジュール、医療関係者向けの後発医薬品に関する研修会の開催計画等について協議を行った。
- ・第 3 回委員会 平成 19 年 2 月 15 日開催
後発医薬品に関するアンケート調査結果、取りまとめ項目等について協議した。
- ・アンケート調査結果とりまとめ部会 平成 19 年 3 月 7 日開催
アンケート調査結果報告書の作成に当たっての内容、報告書様式等について協議した。

(2) 共同研修会の開催

平成 18 年 12 月 18 日（月）に広島医師会館 2 階講堂において後発医薬品をテーマとした研修会を開催した。

研修会は、「後発医薬品使用促進に向けて!?! ~医療人として知っておくべきこと~」と題して、福井大学政田幹夫教授に講演をお願いした。

参加者は、医師、歯科医師、薬剤師、メーカー等から 167 名の参加があった。

後発医薬品に関する研修会

日 時 平成 18 年 12 月 18 日(月)
19:00~20:30
場 所 広島医師会館 2 階 講堂
広島市西区観音本町 1-1-1

プログラム

総合司会 広島県医師会常任理事
有田 健一

◆開会挨拶

広島大学教授, 広島大学病院薬剤部長
木平 健治

◆講 演

「後発医薬品使用促進に向けて!?!」

—医療人として知っておくべきこと—

座長 広島大学教授, 広島大学病院薬剤部長
木平 健治

講師 福井大学教授, 福井大学医学部附属病
院薬剤部長 政田 幹夫

◆質疑応答

◆閉会挨拶

広島県医師会常任理事 有田 健一

(抄録抜粋)

30 数兆円の医療費のうち、医薬品に掛かる費用が年間 6 兆円。米国並みに 50% 後発医薬品を使用することにより 1 兆円が削減され、国民の負担軽減を図るという国策は推進されるべき政策であるはずであるが、本年 9 月 27 日に公正取引委員会から出された「医療用医薬品の流通実態に関する調査報告書」の中に「医療機関が後発医薬品を使用する契機で最も多いのは「赤字経営の改善」で 65.6% も占めていた」とされ、「赤字経営の改善」のために国民に後発医薬品を服用させることが良いことなのか、国民がこの事実を知ったとき、どう受け止めるのか重大な問題である。

本年 10 月 1 日付の日本経済新聞の記事によると、日本薬剤師会が 7 月に全国約 120 薬局で調べた結果、処方箋の“変更可”欄に医師の署名があったものは約 2 割。

このうち薬局で一品目でも後発品を選んだ患者は一割にとどまった。患者が後発品にしなかった理由(複数回答)は「普段から使い慣れている薬が良い」が 8 割と多く、半数弱が「効果が同じか



後発医薬品に関する研修会 (広島医師会館)

不安」と感じていたとの記事もある。

9 月 12 日に日本医師会から発表された「後発医薬品に関する緊急調査結果」によると「後発品の使用に慎重あるいは懐疑的な意見」が 67% を占め、“問題のあるものが現場にあることを厚生労働省に知ってもらいたい”とのコメントが出された。

医療薬学系の学会においても、品質・同等性・情報の演題が数多く発表・議論され、また最近数ヶ月の間に行われた日本医薬品情報学会(7月・京都)、医療薬学フォーラム(7月・大阪)、日本医療薬学会(9月・金沢)のシンポジウムにおいても後発医薬品の問題点が種々指摘され公式の場で議論され始めてきた。

後発医薬品の規制当局によるルール作りは、欧米同様の国際規格に則り創られ諸外国と同等以上のものが出来ているものの、我が国に FDA ジェネリック医薬品局に相当する部署が存在するの可否かは別としても、近年日本では年間 400 品目以上の後発医薬品が世に出てくる現状において、事前相談・指導・審査等を行う事は容易でないことぐらいの判断は誰しも出来るところである。素晴らしいルールが作られているのだから、今以上に明確に事前相談・指導・審議・審査する裁判所(ジェネリック医薬品局に相当する審査機構)を作り育てることを考えるべきである。

後発医薬品が“ゾロ”から“ジェネリック医薬品”になるためにも、また、医療機関が不信感を払拭して、ジェネリック医薬品を処方できるようにするためにも、行政・製薬企業・医療機関がそれぞれの立場でかなりの努力を惜しまずにやる必要がある。

(3) 後発医薬品に関するアンケート調査

後発医薬品に関する医療関係者の情報共有と、県民への情報提供に役立てるため、医療関係者及び広島県民に対してアンケート調査を実施し、後発医薬品の利用状況や疑問点などを調査した。

調査期間：平成 18 年 11 月 1 日から

平成 18 年 12 月 1 日まで

集 計 数：医療機関（病院・診療所）237 施設、
薬局 159 施設、県民（県内の薬局来
局者）440 名

県民については、19 歳以下が 1.4%，20～39 歳が 39.1%，40～59 歳が 34.2%，60～79 歳が 23.4%，80 歳以上が 1.9% であった。また、性別では、男性が 30.9%，女性が 69.1%，職業別では一般が 75.8%，医療関係者が 24.2% であった。

アンケート結果の概要は次のとおりであった。

① 後発医薬品の使用状況

医療機関の調査結果（212 施設）では、「変更可処方せん」（後発医薬品に変更して調剤することができる処方せん）を出している施設は、28.8% であったが、薬局（159 施設）での処方せん取扱い枚数を見ると、全処方せん枚数のうち「変更可処方せん」枚数の割合は、16.7% で、実際に後発医薬品が調剤された処方せん枚数は 1.85% であった。

② 品質の確保について

後発医薬品の品質の確保については、医療機関では「生物学的同等性に関するデータ」、「副作用」について不安があり、採用後の問題点としては、「情報提供体制が不十分」（49.3%）が最も多かった。

これについては、後発医薬品の製造販売業者による製造販売後調査等による十分な情報収集、品質向上に向けた努力とともに、大学等の研究機関による十分な調査がなされる必要があると考えられる。

③ 安定供給の確保について

後発医薬品の安定供給の確保については、薬局では「安定供給」（57.1%：1 位）を非常に重視しており、「メーカー、卸売業者の安定供給体制が不十分」（36.6%：3 位）を問題点として挙げている施設が多かった。安定供給も患者の治療に大きくかわることであり、製造販売業者の体制整備が必要であると考えられる。また、歯科や薬局から要望のあった、「小包装・バラ商品等の充実」や

納期の問題についても対応していく必要があると考えられる。

④ 情報の提供について

後発医薬品に関する情報の提供について、医療機関では「情報提供体制が不十分」であり、「臨床効果、副作用に関する情報」、「品質に関する情報」、「生物学的同等性に関する情報」が必要であり、「先発品と効果、品質等に差異がないと認められる一定の情報があれば採用を考えたい」とする施設が多かった。

県民の結果では、CM の効果もあって、後発医薬品の認知度は 86.7% と高いものの、使用経験については 29.7% が「わからない」とするなど、十分な理解はされていないものと思われる。

県民は、価格よりも、品質を重視する意見が多く、「医師の処方せんでうりでよい」という意見も少なからずあったことから、消費者の不安に応えることも必要であるが、まずは後発医薬品の製造販売業者が、医療機関の持っている品質等についての不安を払拭する必要があるのではないかとと思われる。

⑤ 患者への情報提供及び正しい知識の啓発について

後発医薬品の患者への情報提供及び正しい知識の啓発について、県民の結果からは、後発医薬品の認知度は高いものの、使用経験では「わからない」とする人が 29.7% もおり、特に、治療薬を服用することの多い 60 歳以上で「わからない」の割合が高く、情報を提供する側の高年齢層に対する説明不足が指摘される。

県民の知りたい内容は、「薬の効果は変わらないか」が 66.1%（1 位）、「薬代が安くなるか」が 53.4%（2 位）「薬の副作用はないか」が 47.1%（3 位）であり、これらのことについて気軽に相談できる体制整備も必要であると考えられる。

患者への後発医薬品の情報提供の方法として、薬局では、「口頭説明」（58.3%：1 位）、「薬剤情報提供文書」（46.8%：2 位）が多かったが、医療機関では、後発医薬品を利用するために実施・検討していることに「後発医薬品も選択できることを患者に説明する」（17.6%：4 位）を挙げた施設はあまり多くなかった。

薬に対する正しい知識の啓発は、薬局（薬剤師）側の職能であり、多少時間がかかっても、それぞ

れの薬局で工夫するなどして、後発医薬品についてのわかりやすい説明を患者にすることが求められる。選択するのは患者ではあるが、初めから「患者さまの言うとおりに」ではなく、医療機関とも連携して、わかりやすく情報提供を行い、患者に理解して使用（選択）していただくことが重要と思われる。

Ⅳ. 終わりに

当委員会の調査研究事業として取り組んだ後発医薬品に関する研修会や医療機関、薬局及び県民へのアンケート調査を通じて、後発医薬品に対する様々な情報を得ることができた。

アンケートの調査結果については、「後発医薬品に関するアンケート調査結果報告書」として取りまとめ、県内の医療機関、薬局等に対して、1万部を配布した。

この報告書に眼を通していただき、医療関係者が相互理解を深め、後発医薬品を含めた医薬品の適正使用に役立てていただければ幸いである。

後発医薬品は、高齢社会の医療を支える一つのツールである。でも安いばかりではいけない。「薬の選択に当たっては、医師・歯科医師・薬剤師にご

相談ください。」という命題に的確に答えることができるよう、医療関係者は後発医薬品の問題点を認識し、安全性と有効性がより高まることを目標に努力したいものだと思っている。

後発医薬品に関する アンケート調査 結果報告書



平成19年3月

広島県地域保健対策協議会
後発医薬品問題検討特別委員会

広島県地域保健対策協議会後発医薬品問題検討特別委員会

委員長 木平 健治 広島大学病院

委員 有田 健一 広島県医師会

池田 正弘 広島県歯科医師会

板谷美智子 広島県看護協会

大久保雅通 広島市医師会

大塚 幸三 広島県薬剤師会

小澤孝一郎 広島大学大学院医歯薬学総合研究科

金森 久幸 広島県福祉保健部保健医療局

大道 和宏 医療法人社団大安会だいでう内科

松下 憲明 広島県薬剤師会

村上 行雄 広島県福祉保健部保健医療局薬務室

安永 徹 広島市西区厚生部健康長寿課

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5報）

—一般医のうつ病初期診療のレベルアップを目指して—

- I. は じ め に
- II. 労働者のメンタルヘルスの現状
- III. メンタルヘルスに関する行政の動向
- IV. 「うつ病・自殺予防に向けた産業精神医学研修会」
- V. お わ り に

メンタルヘルスケア対策特別委員会

(平成 18 年度)

職場のメンタルヘルスケアの推進 (第 5 報)

— 一般医のうつ病初期診療のレベルアップを目指して —

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

近年のわが国における労働者のメンタルヘルスの深刻さは、抜け出す兆しの見られない状況のままでも今も続いている。マスコミでは大企業の業績の劇的な回復が現在でもあちこちで報じられているが、この多くは大規模なリストラが寄与したものであり、厳しい競争原理のもとで、より少ない労働者でより高い業績を求められているなど、決して労働者の環境改善につながってはいない。値下げ競争の中、バスやトラック運転手の超過勤務が大事故を引き起こすなど、当事者とその周囲だけにとどまらない社会的悪影響も見逃ごせない状況になってきている。

このような現状を打破するためには、労働者が一日の 3 分の 1 以上を過ごす職場でのメンタルヘルスを向上させることが重要な一手であると考えられる。

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。平成 17 年度 (第 4 報) 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なった。

今年度は、地域におけるうつ病を中心とした自殺予防対策として、一般医師、臨床心理士、企業の人事・労務・安全衛生担当者などを対象にした「うつ病・自殺予防に向けた産業精神医学研修会」を開催した。

II. 労働者のメンタルヘルスの現状

厚生労働省による 2002 年の労働者健康状況調査の結果では、職業生活においてストレス等を感じる労働者の割合は 61.5% に上り、職業生活におけるストレス等の原因は「職場の人間関係」、「仕事の量の問題」、「仕事の質の問題」が上位を占めた。

2004 年版産業人メンタルヘルス白書によると、こころの病気による 1 ヶ月以上の休業者は 66.8% の企業に存在し、最も多い精神疾患はうつ病であると回答した企業が 85.8% あった。2003 年の地方公務員 10 万人あたりの長期病休者率において精神疾患が 591.6 人とトップであった。さらに文部科学省の調査によると、教職員における 2003 年の病気休職者 6,017 名のうち精神疾患によるものが 3,194 名と過半数を占めていた。

警察庁データでは、わが国の自殺者数は平成 17 年

には32,552人にのぼり、前年(32,325人)を0.7%上回っており、平成10年から3万人を超える深刻な状況が続いている。そのうち4分の1を超える8,941人が管理職または被雇用者となっている。特に50歳代男性の自殺率が増加しており、不況であった影響をまともに受けている。また、精神障害による労災請求件数、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年度の130件(同45件)をピークに平成17年度も127件(同42件)、平成18年度は205件(同66件)と高い水準が続いている。平成18年度の認定件数のうち過半数の106件がうつ病関連障害であり、年齢別では30歳代が83件を占めていた。また、労災申請件数も平成18年度は819件にのぼり前年度から24.8%増加していた。

Ⅲ. メンタルヘルスに関する行政の動向

2006年4月に労働安全衛生法が改正され、過重労働対策とメンタルヘルス対策に重点がおかれるようになった。過労死や過労自殺への対策として、事業者は時間外労働が月100時間を超える労働者において疲労の蓄積があり本人が希望する場合には医師による面接指導を行うことが義務となり、月80時間を超える場合はそれに準ずる措置を行わなければならない。さらに事業者は面接指導を実施した労働者の健康を保持するために必要な措置について医師の意見を聴かなければならず、その意見を勧告し必要があると認められるときは当該労働者の実情を考慮して労働状況改善の措置を講じるほか、衛生委員会への報告その他の適切な措置を講じなければならない。

その労働安全衛生法の改正を受けて、同年にメンタルヘルス指針も改定された。具体的には、法律に基づく指針になったこと、一次予防から三次予防までの包括的な内容になったこと、衛生委員会等の調査審議事項として取り上げたこと、産業医の職務に面接指導を追加したこと、家族との連携への言及、事業場内メンタルヘルス推進担当者の新設である。

さらに同じ2006年に自殺対策基本法が施行され、自殺対策に関し基本理念を定め、行政の責務が明示された。これに基づいて自殺についての調査研究、医療体制の整備、早期発見と発生回避、親族に対するケア、民間団体の支援、自殺総合対策会議の設置、大綱の作成などを遂行していくことになった。

また、2005年より自殺関連うつ対策戦略研究が行

われており、自殺者数の減少に向けた取り組みが重要かつ緊急の課題として必要とされ、地域特性に応じた複合的自殺予防プログラムの開発と自殺企図者の再発防止策の開発を目的として「複合的自殺対策プログラムの自殺予防効果に関する地域介入試験」と「自殺企図の再発防止に対するケースマネジメントの効果：多施設共同による無作為化比較研究」が進められている。これらの研究により地域において利用可能な複合的自殺予防プログラムや自殺企図者の再発防止法を確立し自殺率の減少につなげようというものである。

Ⅳ. 「うつ病・自殺予防に向けた産業精神医学研修会」

自殺対策基本法や自殺関連うつ対策戦略研究といった国を挙げての自殺予防の流れを汲んで、今年度はうつ病の早期発見と自殺予防に重点を置き、医師(かかりつけ医、産業医、精神科医)や産業保健関係者(産業保健師、衛生管理者など)を主な対象とした研修会を企画した。

広島精神神経学会の主催、広島県地域保健対策協議会、広島県立精神保健福祉センター、広島県医師会、広島産業保健推進センター、広島大学心理臨床教育研究センター、広島大学医療社会連携センターの後援で、「うつ病・自殺予防に向けた産業精神医学研修会」を開催した。県西部・県東部いずれからも参加しやすいよう、平成18年11月18日(土)に広島医師会館(広島市西区)で、平成19年2月17日(土)に広島県福山地域事務所(福山市)で同一の講演内容にて行った。以下に講演の要旨を記す。

なお、本研修会の内容は広島県医師会のホームページからビデオで見ることができる。<http://www.hiroshima.med.or.jp/>にアクセスし、「広島県医師会情報」の「ビデオコーナー」に入っただき、ぜひご覧いただきたい。

テーマ1「自殺予防について」(横田則夫 広島県立総合精神保健福祉センター所長)

わが国の自殺者が年間三万人を超える状況が続いている。昨年には自殺対策基本法も成立し、国や自治体、事業主、国民の責務も明記された。「自殺は深刻な、しかし予防可能な公衆衛生上の問題である」とWHOは述べている。自殺は複雑な要因から起こる現象だが、精神障害との関連が強く、特にうつ病

の早期発見と治療により自殺が減少したとのエビデンスがある。この研修会は、青年期から中高年にかけての働き盛り男性の自殺が多いことから、かかりつけ医・産業医の先生方に、うつ病の特徴と産業精神医学的対処について知見を深めていただくことを目的とした。

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)

うつ病は予後のよい疾患と考えられてきたが、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20%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た。抗うつ薬の進歩によりうつ病治療は格段に向上したが、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と考えられている。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。

テーマ3 「うつ病の心理、社会的特徴」(松永美希 吉備国際大学社会福祉学部臨床心理学助手)

うつ病の心理社会的特徴としては、活動性や能力が低下するため生活の中で失敗感や無力感を味わいやすくなる、悲観的・否定的な考えが強くなり物事の悪い部分ばかりに目が向き、さらに気分が落ち込む、自尊心が低下するなどが挙げられる。また、うつ病の回復期においてもこれらの特徴が続くため、復職がためらわれたり、閉じこもりがちな生活からなかなか抜け出せないこともある。そこで、うつ病の回復期においては、薬物療法に加えて、心理社会的リハビリテーションが必要となる。本講演では、うつ病の心理社会的特徴を説明し、心理社会的リハビリテーションの概要について紹介した。

テーマ4 「職場のメンタルヘルス」(島津明人 広島大学大学院教育学研究科心理学専攻心理学講座助教授)

「仕事や職業生活において強い不安、悩み、ストレスを感じている」労働者の割合が6割を超えている現在、事業所におけるメンタルヘルス対策へのニーズや関心は高い。また、2001年8月の最初の指針に

引き続いて2006年3月には厚生労働省から「労働者の心の健康の保持増進のための指針」(以下「新指針」)が公表された。新指針では、職場のメンタルヘルスのより効果的な実施が強調されている。本話題提供では、産業保健専門職が行う職場のメンタルヘルス対策の効果的な進め方について、「心の健康づくり計画」、「管理監督者研修」、「職場環境等の評価と改善」、「セルフケアの支援」の各側面からまとめてみた。

テーマ5 「うつ病の職場復帰」(吉村靖司 独立行政法人国立病院機構呉医療センター精神科)

うつ病患者に限らず精神疾患で休職した労働者の職場復帰の要件として、症状が治癒または寛解状態まで回復していること、本人に職場復帰の明確な意思があること、職場の受け入れ態勢が整っていることが挙げられる。理想的な職場復帰の流れは、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(厚労省)にあるように、労働者からの職場復帰の意思表示および主治医からの職場復帰可能の診断書の提出、職場復帰の可否の判断および職場復帰支援プランの作成、最終的な職場復帰の決定、職場復帰、職場復帰後のフォローアップとなる。うつ病の復職に関する問題点としては、主治医の復職可能という診断書の信頼性、復職後の再発、周囲の理解、配慮の不足、リハビリ出勤の是非などである。

テーマ6 「産業医(一般医)が知っておきたい自殺予防の基礎知識」(佐伯俊成 広島大学病院医系総合診療科助教授)

近年わが国では、年間自殺者数が3万人超のまま推移して一向に減少傾向がみられず、自殺に関連するうつ病の早期発見・早期治療の重要性が指摘され続けている。WHOの世界14カ国におけるプライマリケア医受診患者の調査結果(Simonら, 1999)によると、精神疾患有病率は24%、そのうちうつ病が10.1%であった。なかでも身体症状のみのうつ病は69%にのぼり、プライマリケア医がうつ病の初期治療を担っていることは確かである。しかし、日本における精神科専門医とプライマリケア医のうつ病診断の一致率は18.3%と先進諸国の中で最低水準であった。したがって、プライマリケア領域におけるうつ病の初期診断の推進はまさに急務であり、これこそが自殺予防に直結する可能性も高い。ここでは、

産業医（一般医）が知っておくべき自殺予防のための具体的なアプローチについて概説し、不幸にして自殺が起きた後の対応についても言及した。

V. おわりに

労働環境の悪化や自殺者数の増加はいずれも多数の要因により起こるものであり、これらを改善に向かわせるのは容易ではない。その中で、代表的な自殺関連精神疾患であるうつ病を早期発見・早期治療

することが重要である。しかし近年、精神科受診への垣根が低くなったとはいえ、うつ病患者が最初から精神科や心療内科を受診するとは限らず、初診医となる可能性の高いかかりつけ医に対する期待は大きい。初期治療におけるさまざまな身体疾患の鑑別に加えてうつ病などの精神疾患を疑うための情報提供を行うためにわれわれは不断の努力を続けていかなくてはならない。

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精神神経医科学
委員	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
	衣笠 隆幸	広島市精神保健福祉センター
	島津 明人	広島大学大学院教育学研究科心理学講座
	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局保健対策室
	夏明 秀嗣	広島市社会局精神保健福祉室
	伯野 春彦	広島県福祉保健部保健医療局保健対策室
	堀江 正憲	広島県医師会
	馬屋原 健	医療法人社団緑誠会 光の丘病院
	山中 祐介	医) 神経内科山中クリニック
	横田 則夫	広島県立総合精神保健福祉センター
	吉村 靖司	独立行政法人国立病院機構呉医療センター精神科

生活習慣病予防専門委員会

目 次

生活習慣病予防専門委員会の報告

はじめに

I. 県民健康意識調査

II. 健康ひろしま21(見直し版)骨子

生活習慣病予防専門委員会

(平成 18 年度)

生活習慣病予防専門委員会の報告

広島県地域保健対策協議会生活習慣病予防専門委員会

委員長 烏帽子田 彰

はじめに

県が平成 18 年度に「健康ひろしま 21」の中間見直しを行う方針であったことから、生活習慣病予防専門委員会は、平成 17 年度に「健康ひろしま 21」の見直し方針を検討し、平成 18 年度には、目標項目及び指標を検討する予定としていた。

しかしながら、県の目標項目及び指標の設定にあたり勘案すべき国の参酌標準の提示が平成 18 年度末となったため、平成 18 年度の県の計画見直し事務は、県民健康意識調査の実施と、「健康ひろしま 21 (見直し版) 骨子」の作成にとどまり、委員会による目標項目や指標の検討には至らなかった。

県民健康意識調査と「健康ひろしま 21 (見直し版) 骨子」の状況は次のとおりである。

I. 県民健康意識調査

生活習慣病予防専門委員会では、調査地区について、都市部、山間部、島嶼部を選定し、調査規模としては、5,000 人 (最小限度 N 数) を目途とするよう提言したところである。

県は、委員会の提言を踏まえ、層化無作為により都市部、山間部、島嶼部を含む 35 地区を指定し、推

定世帯数 1,400 世帯、推定世帯員数 3,827 人を対象として調査を実施した。

調査の概要は表 1 のとおりである。

II. 健康ひろしま 21 (見直し版) 骨子

生活習慣病予防専門委員会では、生活習慣病予防の発症・重症化予防に向けた目標項目の精選、関係者の役割分担の明示、各主体の目標達成度評価、生活習慣病予防のための保健指導等の必要性について検討したところである。

県は、委員会の検討結果を踏まえて、計画骨子を作成した。

骨子の概要は、次のとおりである。

(1) 重点目標

- ・子どもの頃からの望ましい生活習慣の確立
- ・生活習慣病のリスクファクターの軽減

(2) 目標項目の体系

- ・生活習慣病の発症予防、重症化防止の流れに沿って「日頃の生活習慣」、「境界領域期・有病期」、「重症化」、「死亡」の各段階に整理する。

(3) 行動目標

- ・予防の重要性に対する理解の促進を図る健康

表 1 県民健康意識調査の概要

種類	調査項目	調査協力者
生活習慣調査 ・質問	①栄養・食生活について ②運動・休養について ③喫煙について ④飲酒について ⑤健診受診状況について	対象者 3,288 人 (3,827 人×85.92%…15 歳以上) 協力者数 2,031 人 協力者率 61.8%
身体状況調査 ・計測 ・採血 ・質問	①身長計測, 体重測定, 腹囲測定, 血圧測定 ②血液検査 (HDL-コレステロール, ヘモグロビン A1c) ③服薬状況 (血圧, 血糖, コレステロールを下げる薬, インシュリン注射), 運動習慣の有無	対象者 3,091 人 (3,827 人×80.77%…20 歳以上) 協力者数 974 人 協力者率 31.5%

づくりの県民運動化

- 生活習慣病予防の観点から食育の推進
- 糖尿病等の予備群を減少させる効果的な保健指導の徹底
- 効果的，効率的な施策展開を図るための実態把握と評価

(4) 領域別の課題への取組み

- 領域別に各主体の役割を明確にした取組みを明らかにする。
⇒「栄養・食生活」，「身体活動・運動」，「休養・こころの健康づくり」，「たばこ」，「アルコール」，「歯・口の健康」

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
	河良 俊昭	広島県福祉保健部保健医療局
	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
	中本 稔	広島市東区厚生部
	名越 雅彦	広島県保健所長会
	信國 好俊	広島大学原爆放射線医科学研究所
	馬場 年之	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	濱崎 雄司	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	堀江 正憲	広島県医師会

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. 平成17年度の糖尿病予防対策部会の
活動を基にした本年度の活動
- III. 研 修 会 の 実 施
- IV. パンフレットの作成
- V. 考 察
- VI. 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 18 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

世界中で著しい増加がみられる糖尿病に対して、国連は 2006 年 12 月 21 日に生活習慣病である糖尿病を取り上げ、単一疾病として初めて「糖尿病に対する決議」が行われた。このように世界中で糖尿病対策が叫ばれているにもかかわらず、糖尿病の増加は歯止めが効かない。日本も例外ではなく、国を挙げて取り組まなければならない状況にある。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¹⁾。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²⁾。糖尿病患者の増加は糖尿病による合併症をも増加させ、患者の Quality of life の低下や医療費の著しい増加をもたらす。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、糖尿病対策を講じようとしている。広島においても 2005 年から 2 年間にわたり広島県地域保健対策協議会に糖尿病予防部会を設置して活動を開始した。その後この部会が終了した 2007 年からは「広島県糖尿病対策推進会議」が立ち上がり、糖尿病対策を継続することになった。

II. 平成 17 年度の糖尿病予防対策部会の活動を基にした本年度の活動

生活習慣改善プログラム作成のための調査として、患者・事業所（事業主）・市町に対して調査が行われた。昨年度の報告に詳細を記載したので省略する。結果をまとめると、1) 糖尿病患者アンケート結果から、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。2) 事業所（事業主）へのアンケートでは「事業主や従

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% と高くなっていた。3) 市町へのアンケートから約半数は健康増進計画策定済みか予定であり、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。アンケート調査からみると検診は行われているが、その後の指導や管理が十分でないように見受けられる。従って、これらの知識を如何にして地域に普及させ、本来の目的である糖尿病一次予防や糖尿病の管理の徹底につながることが問題である。そこで、本年度は知識の普及啓発のために研修会を開催した。また、市・町で活用できる糖尿病対策のパンフレットを作成した。

III. 研修会の実施

研修会は平成 18 年 8 月 10 日(木)18~20 時にエソール広島で開催した。医師やコメディカル、患者やその家族を中心に 66 名が参加した。本題は「糖尿病予防対策の現状と課題について」で基調講演と「これからの糖尿病予防を考える」と題したシンポジウムが行われ、医師、栄養士、心理学者や理学療法研究者からどうあるべきかについて講演があり、全体で討議された。もう少し多くの参加者を期待したが、PR 不足もあったことに加え、木曜日の夕方から夜にかけての開催であったために集まりが悪かったと反省している。

IV. パンフレットの作成

昨年度の調査から企業、市や町においても着実に糖尿病対策をいかに行うかが検討されつつある状況がつかめた。次に問題となるのは、住人や企業の従業員をどのようにして糖尿病の管理と予防に関する教育を浸透させるかである。これには目的に沿った媒体があれば効果的な指導が可能になる。そこで各

分野の専門家からなる糖尿病予防部会委員が運動や栄養の面から検討して作成したパンフレットの表紙を図1に示した。7ページにわたり自己判断できる仕組みを考えて作り、タイトルも「糖尿病 チェックポイント」として内容は糖尿病の危険度を自分でチェックすることができるようにしており、これは日本糖尿病対策推進会議で作成したパンフレットを若干モディファイしている。危険度の高い人に対しては運動や生活習慣の是正への取り組みを本人に評価させている。最後には1カ月分の体重変化も記載できる表がついている。このパンフレットは非常に簡単で理解され易いと思われるので、一線の指導の場で是非活用してほしい。

V. 考 察

厚生労働省は平成20年度から「特定健診と特定保健指導」を行うことを決定し、各地でこれに関する研修が行われている。このシステムはこれまでの検

診とは違って、保険者がすべての責任を負うこととなる。肥満者や腹囲の大きい人を対象にした指導であり、糖尿病予備軍であるメタボリックシンドロームの早期発見と介入を目的にして、生活習慣病の一次予防であり、これは正に糖尿病対策としてこの部会が推進してきたことに符合している。

本予防部会でパンフレット「糖尿病 チェックポイント」を作成し、指導現場でのスールは出来上がった。昨年度の患者へのアンケートをみると、恐怖を感じていないと自分の行動を変えにくい、運動のできる時間と場所を身近に確保し、食生活指導も身近なところで受けたいとしている。食事療法にしても糖尿病食は特別なものがあるように感じている場合が多く、これらの意識改革は地道に行う他ない。そのためにはこの「糖尿病 チェックポイント」は有意義と思われる。指導者側と患者の認識には少しずれがみられ、例えば糖尿病になって大変だと感じていることの1位が食事のことであり、78.8%の人



図1 糖尿病予防対策部会で作成したパンフレット

がそのように考えている。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など、これからどのように取り組むかを考えながら、地道に糖尿病対策に取り組む必要がある。

Ⅵ. ま と め

昨年の糖尿病患者、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。今年度は問題点の一つである自己管理に目覚めてもらうことと、本人がどの程度の段階にあるかをチェックする糖尿病危険度のシートも中に取り込んで、食事・運動の重要性を理解しても

らうために、どこでも似たような指導が行える方法を模索した。その結果、指導の媒体として分かりやすい糖尿病予防や肥満予防のパンフレットを作成した。今後このパンフレットが指導現場で活用されることを望む。

文 献

- 1) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成14年 糖尿病実態調査 厚生省，2003.
- 2) 伊藤千賀子：環境改善と体質医学の将来像。日本体質医学会雑誌 67: 10-15, 2005.

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	グランドタワーメディカルコートライフケアクリニック
委員	有田 健一	広島県医師会
	小川潤一郎	小川内科
	吉川 克子	安芸太田町保健医療福祉統括センター
	高杉 敬久	広島県医師会
	辻下 守弘	県立広島大学三原キャンパス
	富田 哲治	広島大学原爆放射線医科学研究所
	中谷 隆	県立広島大学保健福祉学部人間福祉学科
	馬場 年之	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	濱崎 雄司	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	原 均	NTT 西日本中国健康管理センター
	梶田 猛司	広島市社会局保健部保健医療課
	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

慢性肝疾患専門委員会

目 次

「肝炎ウイルス検診」により見出された肝炎ウイルスキャリアの 医療機関受診率の把握とその問題点

—呉市の取り組み—

はじめに

- I. 呉市におけるウイルス肝炎検査の沿革
- II. 肝炎ウイルス検診により「陽性」と判定された人
- III. 肝炎ウイルス検診受診者数と検査により見出された肝炎ウイルスキャリア数の推移
- IV. 検査により「陽性」と判定された人の医療機関受診率の推移
- V. 二次医療機関への受診率
- VI. 呉市医師会における普及・啓発活動

おわりに

広島県域における「HCV 検診」の実施状況と かかりつけ医および肝臓専門医への受診状況

—1992年のモデル的試行開始から「肝炎ウイルス検診」
5年目の区切りの時期を迎えた段階までの総括—

はじめに

- I. 広島県における HCV 検診の受診状況
- II. 検診により見出された HCV キャリアの医療機関への受診状況

おわりに

慢性肝疾患専門委員会

(平成 18 年度)

「肝炎ウイルス検診」により見出された肝炎ウイルスキャリアの 医療機関受診率の把握とその問題点

—呉市の取り組み—

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

分担研究者 中西 敏夫・香川 治子・谷 かおり

宅明 大祐・田中 純子・片山 恵子

はじめに

本委員会では、1992 年度以来、県のパイロット事業の一環として地域住民検診に C 型肝炎ウイルス検査 (HCV 検査) を取り入れ、HCV キャリアを合理的に見出すための検査手順や、有効性についての検討を続けてきた。2002 年 4 月から全国規模で実施に移された老人保健事業による「肝炎ウイルス検診」の実質的な実施要項を作成するにあたっては、本委員会が約 10 年間にわたって蓄積してきた成績と経験が基礎資料として役立てられている。

また、本委員会では 2002 年より「肝炎治療ネットワーク作業小部会」を設置し、パンフレット、健康管理手帳などを作成して配布し、検診に関する説明会を二次医療圏ごとに開催した。また、各地区の地域保健対策協議会 (地区地対協) の協力を得て二次医療機関の整備、公表を図るとともに検査により見出されたキャリアの治療体制を整えてきた。

今回は、呉市における肝炎ウイルス検査の実施状況、保健指導體制の整備状況と医療機関への受診状況について報告する。

I. 呉市におけるウイルス肝炎検査の沿革

呉市では 1998 年から 2002 年 12 月までの間、呉市独自の慢性肝疾患対策事業として、呉市保健所の保健センターでの基本健康診査「すこやか健康診査 (健診)」の中に C 型肝炎ウイルス抗体検査 (HCV 抗体検査) を取り入れてきた。なお、2002 年 4 月からの老人保健事業による「肝炎ウイルス検診」の全国実施に歩調をあわせて、2003 年 1 月からは、HCV 検

査 (HCV キャリアであるか否かまでを確定する検査) に切りかえ、同時に HBs 抗原検査も開始した。

1) すこやか健診

1998 年 (平成 10 年) から開始したすこやか健診は以下の手順で実施した。すなわち、40 歳以上の人を対象とし、年 1 回、誕生月に健診を勧めた。

受診場所は呉市内の内科・産婦人科等 (総合病院を除く)、および保健所保健センターとし、前者は予約なしでも受診可能とし、後者は予約制とした。受診対象者は、40 歳から 69 歳までの人のうち、受診を希望する人、検査項目は 2000 年 3 月までは HCV 抗体検査とし、2000 年 4 月からは HCV 検査に切りかえ、HCV キャリアであることが確定した人を医療機関へ紹介するシステムに変更した。なお、検査料は無料とした。

2) 老人保健事業による全国実施以降

2002 年 4 月からの全国実施には少し遅れたものの、2003 年 1 月以降は、老人保健事業による全国実施の手順に従って、検査実施年に 40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳、70 歳になる人を対象とする節目検診と、肝炎ウイルスに感染しているリスクが高いと考えられる人、すなわち①過去に肝機能異常を指摘された人、②広範な外科的手術を受けた人、又は、妊娠・分娩時に多量の出血をした人であって定期的に肝機能検査を受けていない人、③基本健康診査の結果において GPT 値が 36~45 IU/L で要指導とされた人を対象とする節目外検診に切り換えた。

また、検査項目は、HCV 検査 (HCV キャリアであ

るか否かまでを確定する検査) と HBs 抗原検査の両者を行うこととした。

Ⅱ. 肝炎ウイルス検診により「陽性」と判定された人

肝炎ウイルス検査により「陽性」と判定された人に対しては、表1に示した手順に従って結果の説明、肝臓専門医への紹介、未受診者への再度の受診勧奨、および健康状態、受診状況を含めたアンケート調査等の事後指導を行った。

表1 呉市保健所保健センターにおける事後指導

手順	留意事項
陽性者への連絡	保健師が結果説明の案内を電話や手紙で案内する。連絡時は担当者の名前を伝え、不安や相談に応じる。都合の悪い人へは日程調整を行う。
結果説明の調整	1人30分の時間設定で医師との日程調整を行う。保健指導等の説明資料と紹介状・健康管理手帳の準備をする。
結果説明会	医師が肝炎検査と基本検査の結果について説明する。呉市内の専門医療機関を受診するように紹介状・健康管理手帳を渡す。不安や相談に応じる。
未受診者への勧奨	紹介状の返信が無い者に対して、保健師が電話をして受診の確認を行う。未受診者に対しては受診勧奨をする。

これらのことは、1998年に呉市が独自にHCV抗体検査を開始した時から今日に至るまで呉市保健所内の保健センターにおいて呉市保健所健康増進課健康企画係の職員、保健センター地域保健係の保健師、保健所長が手分けして実施している。

Ⅲ. 肝炎ウイルス検診受診者数と検査により見出された肝炎ウイルスキャリア数の推移

2003年1月から2006年3月までの肝炎ウイルス検診受診者数と見出された肝炎ウイルスキャリアの推移を表2、表3にまとめて示した。

肝炎ウイルス検診が地域住民に十分理解されているか否かは、節目検診の受診率をもとに推測することができる。呉地域での節目検診の受診率をみると、HCV検査の受診率はHBV検査の受診率に比べて低い値を示していた。

これは、HCV検査については1998年から先行して開始していた「HCV抗体検査」を既に受けた人が多数いたためと考えられた。HBV検査の受診率は、2003年4月以降についてみると、いずれの年も対象者の90%以上が受診しており、この結果は呉地区における広報活動の成果と、これに伴う肝炎ウイルス検査に対する住民の関心の高さを示すものであると言える。

表2 C型肝炎ウイルス検査(HCV検査)受診者数と検査により見出されたHCVキャリア数(2003年1月から2006年3月)

	2003.1~3	2003.4~2004.3	2004.4~2005.3	2005.4~2006.3
節目検診				
対象者数	584	1,284	1,013	1,164
受診者数(%)	178(30.5)	601(46.8)	580(57.3)	805(69.2)
節目外検診				
受診者数	87	298	347	367
HCVキャリア数(%)	4/265(1.5)	20/899(1.5)	12/927(1.3)	17/1,172(1.5)

表3 B型肝炎ウイルス検査(HBV検査)受診者数と検査により見出されたHBVキャリア数(2003年1月から2006年3月)

	2003.1~3	2003.4~2004.3	2004.4~2005.3	2005.4~2006.3
節目検診				
対象者数	584	1,284	1,013	1,164
受診者数(%)	472(80.8)	1,190(92.7)	916(90.4)	1,116(95.9)
節目外検診				
受診者数	186	734	86	85
HBVキャリア数(%)	6/658(0.9)	29/1,924(1.5)	19/1,002(1.9)	23/1,201(1.9)

IV. 検査により「陽性」と判定された人の医療機関受診率の推移

1998年から2002年4月まで、保健所における検査で「陽性」と判定された集団の医療機関受診率を表4にまとめて示した。

なお、このうち、2000年4月からはHCV抗体陽性者については核酸増幅検査により、HCVキャリアであるか否かまでの判定を行った上で医療機関への紹介をするようになっていく。

表5は、2003年1月から、2006年3月までの検査でHCVキャリアと判定された集団の医療機関受診率をまとめたものである。

呉市では、対象者の多くは2002年12月までに既に検査を受けてしまった人が多数にのぼっていたためにHCVキャリアの発見数は少なくなっているが、医療機関への受診率は比較的高い値を維持していることを読み取ることができる。

表6は、2003年1月から全国実施に歩調をあわせて開始されたHBs抗原検査により、「陽性」(HBVキャリア)と判定された集団の医療機関受診率をまとめたものである。

検査により見出されたHBVキャリア数は、HCVキャリア数に比べて少ないものの、医療機関への受診率は極めて高い値を維持している。

V. 二次医療機関への受診率

呉医療圏では、(1)「肝臓専門医」が常勤していること、(2)肝炎の病期、活動期などの確定診断と、これに基づく治療指針の決定が可能であること、(3)医療圏内の中核医療機関であること、などの条件を満たす二次医療機関として、国立病院機構呉医療センター、中国労災病院、呉共済病院、呉済生会病院、呉市医師会病院の5病院がその役割を果たしている。

呉市保健所の保健センターで検査を受け、「陽性」と判定された全ての人に対して結果説明を行った上で紹介状を作成し、これらの二次医療機関へ紹介している。これまでに、この手順により紹介した20例のHCVキャリアの全例、37例のHBVキャリアのうち3例を除いた34例が二次医療機関を受診したことが確認されている。なお、市内の内科・産婦人科等の医療機関で検診を受け「陽性」と判定された人が二次医療機関に紹介され受診したか否かについての十分な解析はできなかった。

VI. 呉市医師会における普及・啓発活動

呉市医師会では、「肝炎ウイルス検診事業」の一環として、一次、二次医療機関の役割分担、適切な病態・病期の診断に基づいた合理的、かつ組織的な治

表4 検査により「HCV抗体陽性」と判定された人の医療機関受診率の推移

	～1999.3	1999.4～ 2000.3	2000.4～ 2001.3	2001.4～ 2002.3	2002.4～ 2002.12
「HCV抗体」陽性者 (医療機関紹介数)	159	58	29	23	17
医療機関 受診者数 (%)	150 (94.3)	50 (86.2)	28 (96.6)	20 (87.0)	14 (82.4)

表5 検査により「HCVキャリア」と判定された人の医療機関受診率の推移

	2003.1～2003.3	2003.4～2004.3	2004.4～2005.3	2005.4～2006.3
HCVキャリア (医療機関紹介数)	1	10	7	4
医療機関 受診者数 (%)	1 (100.0)	7 (70.0)	5 (71.4)	3 (75.0)

表6 検査により「HBVキャリア」と判定された人の医療機関受診率の推移

	2003.1～2003.3	2003.4～2004.3	2004.4～2005.3	2005.4～2006.3
HBVキャリア (医療機関紹介数)	5	19	14	10
医療機関 受診者数 (%)	4 (80.0)	18 (94.7)	14 (100.0)	8 (80.0)

療ネットワークの整備が呉医療圏において円滑に行われるよう、医師会員、および一般市民にむけた公開講座を継続して開催してきた。

これまでに呉市医師会の主催・共催で行った公開講座を列記しておく。

- 1) 2003年6月：
呉市医師会講演会
「肝がん撲滅を目指して」
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 2) 2003年10月：
医師会病院関係医師懇談会
「肝臓について—最近の話題」
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 3) 2004年1月：
呉市医師会学術講演会 特別講演
「C型肝炎ウイルスの拡がりとその社会的要因」
名古屋市立大学
臨床分子情報医学 教授 溝上 雅史
- 4) 2004年2月：
健康教室 講演
「肝臓の病気—最近の話題」
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 5) 2004年3月：
呉内科会学術講演会 特別講演
「C型肝炎治療の今後の展開」
大阪大学大学院
分子制御治療学 教授 林 紀夫
- 6) 2004年6月：
呉市川尻地区医師会 講演
「C型慢性肝炎治療の今後の展望」
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 7) 2004年6月：
呉市医師会学術講演会 特別講演
「抗ウイルス薬によるB型慢性肝炎の長期コントロール —現状の課題と今後の展望—」
虎の門病院 副院長 熊田 博光
- 8) 2004年11月：
呉消化器病研究会学術講演会 特別講演
「肝臓は治療より予防が重要」
京都大学
医学部保健学科 教授 福田 善弘

- 9) 2005年1月：
C型肝炎をめぐる県民公開講座シンポジウム
「C型肝炎の病態と対策および医師会の対応」
呉市保健所長 香川 治子
広島大学大学院
疫学・疾病制御学 教授 吉澤 浩司
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 10) 2005年3月：
呉肝臓病研究会 特別講演
「肝疾患診療の未来 —肝移植—」
広島大学大学院
先進医療開発外科学 教授 浅原 利正
- 11) 2005年7月：
日本肝臓学会主催 市民公開講座
「肝疾患治療の最前線」
広島大学大学院
分子病態制御内科学 教授 茶山 一彰
呉市医師会病院 院長 中西 敏夫
- 12) 2005年11月：
呉消化器病研究会 学術講演会 特別講演
「C型肝炎治療の現状」
鹿児島大学大学院
消化器疾患・生活習慣病学 教授
坪内 博仁
- 13) 2006年3月：
呉内科会学術講演会 特別講演
「C型慢性肝炎治療の最前線」
広島大学大学院
分子病態制御内科学 教授 茶山 一彰

おわりに

呉市における「肝炎ウイルス検診」の実施状況、および検診により見出された肝炎ウイルスキャリアの医療機関への受診状況についてまとめた。

今後は、各種の組合健康保険加入者にも対象を拡大して、肝炎ウイルス検診の拡充を図っていく予定である。

また、検診により見出された肝炎ウイルスキャリアの事後指導体制を一段と強化することが急務であることが改めて明らかとなった。

なお、本年度、本委員会は、「HCVとC型肝炎 Q&A」「HBVとB型肝炎 Q&A」を作成し、広島県医師会会員に配布した。

広島県域における「HCV 検診」の実施状況と かかりつけ医および肝臓専門医への受診状況

—1992年のモデル的試行開始から「肝炎ウイルス検診」
5年目の区切りの時期を迎えた段階までの総括—

はじめに

2002年4月から地域住民を対象とした「肝炎ウイルス検診」が開始され、2007年3月に5年目の区切りの時期を迎えた。

この度、県内の全ての市町の協力を得て、「肝炎ウイルス検診」のうちの「HCV 検診」受診者数（対象集団内における受診率）、検診により見出された HCV キャリア数（受診者集団内における HCV キャリア率）、検診により見出された HCV キャリアの医療機関への受診状況、受診後の治療受療状況等の成績のまとめを得たのでその概略を報告する。

また、従来より他の自治体に比べると広島県における HCV 検診受診率は低率であるとの指摘がなされており、実態とのズレが生じていたことから、HCV 検査をモデル的に試行した 1992 年 4 月から 2001 年 3 月までの受診状況と、見出された HCV キャリア数、および献血時の検査で偶然に発見された HCV キャリア数を追加して集計した。

I. 広島県における HCV 検診の受診状況

表 1 に、2000 年の時点における広島県の 40 歳から 74 歳の県民人口 1,228,500 人の中から地域住民健診の肝炎ウイルス検診対象者数を抽出し、この集団内における「HCV 検診」受診者数、「HCV 検診」により見出された HCV キャリア数をまとめた結果を示す。

2002 年 4 月から 2007 年 3 月までの 5 年間ににおける「HCV 検診」受診率は、28.2% (91,357/324,335)。

表 1 地域住民健診の肝炎ウイルス検診対象者数、HCV 検診受診者数、検診により見出された HCV キャリア数 (2000 年)

	計 (人)	率 (%)
住民健診の肝炎検診対象者数	324,335 (A)	
HCV 検診受診者数	91,357 (B)	28.2 (B/A)
HCV キャリア発見数	1,397 (C)	1.5 (C/B)

検診により発見された HCV キャリア率は 1.5% (1,397/91,357) となっている。

この数値に、モデル的に HCV 検査を試行した 1992 年 4 月から 2001 年 3 月までの期間における受診者 44,000 人を加えると、広島県における HCV 検査受診者総数は 135,357 人となり対象者集団内における受診率は 42.0% となることが明らかとなった。

また、2002 年 4 月から 2007 年 3 月までの間に「HCV 検診」で発見された 1,397 人に、1992 年 4 月から 2001 年 3 月までの間モデル的に試行した HCV 検査により見出された 1,899 人、および 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、献血時の HCV 検査で偶然に発見された 3,377 人を加えると、広島県内において検査により見出された HCV キャリアの総数は 6,673 人となることが明らかとなった。なお、この数値は県内に本人が自覚しないままの状態に潜在していると推計される 19,000 人の約 35.1% に相当する。

II. 検診により見出された HCV キャリアの医療機関への受診状況

表 2 に、2002 年 4 月から 2007 年 3 月までの 5 年間に検診で見出された HCV キャリア 1,397 例の医療機関への受診状況および医療機関受診者の治療受療状況をまとめた結果を示す。

医療機関への受診総数は、1,397 例中 850 例 (60.8%) にのぼっているが、この 850 例のうち、肝臓専

表 2 検診で見出された HCV キャリアの医療機関への受診状況および医療機関受診者の治療受療状況 (2002 年 4 月から 2007 年 3 月)

	計 (人)	率 (%)
HCV キャリア発見数	1,397 (C)	
医療機関受診確認者数	850 (D)	60.8 (D/C)
専門医療機関受診者数	370 (E)	43.5 (E/D)
治療者数	348 (F)	40.9 (F/D)
IFN 療法受療者数	67 (G)	19.3 (G/F)

門医への受診者のみをとり上げると 370 例 (43.5%) に止まり医療機関への受診者の半数以上はかかりつけ医のみへの受診となっている。

また、治療受療状況を見ると、医療機関への受診者の 40.9% は何らかの治療を受けてはいるものの、インターフェロン (IFN) 治療受療にまで至っている人は治療を受けた 348 例のうちの 67 例 (19.3%) に止まっていることが明らかとなった。

なお、1992 年から 2003 年までの間に、献血時の HCV 検査で偶然に発見された HCV キャリア 3,377 人については、このうちの 1,019 例 (30.2%) が医療機関を受診し、その後の経過が追跡されている。

お わ り に

「肝炎ウイルス検診」が 5 年目の区切りの時期を迎えた時点で、広島県内における HCV 検査の受診状況、検査により見出された HCV キャリアの医療機関受診の状況、および治療受療の状況についての集計を行った。

従来より広島県における「HCV 検診」受診率、および HCV キャリアの発見率は他の自治体に比べて低率に止まると言われてきたが、5 年間の「HCV 検診」で発見された HCV キャリア数に、1992 年からモデ

ル的に試行してきた HCV 検査、および献血時の HCV 検査で発見された HCV キャリア数を加えると、総数は 6,673 人となり、広島県内に本人が自覚しないままの状態で潜在していると概算される HCV キャリア 19,000 人の約 35.1% に相当することが明らかとなった。

この数値は、他の自治体と比べるとむしろ高い部類に属すると言えるが、逆の見方をすれば、約 64.9% の HCV キャリアは未発見のままで潜在し続けていると言える。また、1992 年からのモデル的試行、および 2002 年からの「HCV 検診」において、実施率 (受診率) について市町間での格差があること、また、特に職域 (各種組合健康保険加入者) については、「受診」の実態把握もできていないこと、などから、今後は、これらのことをも視野に入れて「HCV 検査」の充実を図っていくことが必要であると考えられる。

なお、今回の集計結果から検査により見出された HCV キャリアへの医療機関、特に肝臓専門医への受診促進、治療ネットワークの拡充を図ることにより合理的な治療へ結びつけることが急務であることが改めて明らかとなったと言える。

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 疫学・疾病制御学
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対策室
	植野 公記	広島県福祉保健部健康増進・歯科保健室
	浮田 實	福山市民病院
	大林 諒人	厚生連尾道総合病院
	奥野 博文	広島市社会局保健予防担当課
	勝部 るみ	広島県福祉保健部健康増進・歯科保健室
	川上 広育	川上消化器・内科クリニック
	坂田 達朗	福山医療センター
	高杉 敬久	広島県医師会
	田中 純子	広島大学大学院 疫学・疾病制御学
	茶山 一彰	広島大学大学院 分子病態制御内科学
	中西 敏夫	庄原赤十字病院
	新田 一博	広島県福祉保健部総務管理局健康増進・歯科保健室
	伯野 春彦	広島県福祉保健部保健対策室
	布施 淳一	広島県福祉保健部健康増進・歯科保健室
	堀江 正憲	広島県医師会
	舛田 一成	舛田内科・消化器科
	水井 正明	広島県赤十字血液センター
	南原 義弘	広島県福祉保健部健康増進・歯科保健室
	吉川 正哉	吉川医院
	吉田 智郎	日本鋼管福山病院

感染症対策特別委員会

目 次

感染症対策特別委員会平成18年度活動報告

- I. 委員会18年度活動の概要
- II. 委 員 会
- III. 成 果 物
- IV. そ の 他

感染症対策特別委員会

(平成 18 年度)

感染症対策特別委員会平成 18 年度活動報告

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

報告者 桑原 正雄・横崎 典哉

I. 委員会 18 年度活動の概要

平成 18 年度は、感染症の集団発生に関する対策について検討した。特に、県内各地で発生したノロウイルス感染症のマニュアルを作成し、会員に配布した。

II. 委員会

感染症対策特別委員会を 2 回およびワーキング(小委員会)を 1 回開催し、対策の検討およびマニュアル作成を行った。このうち、マニュアル作成などでの意見交換は、主にメールで行った。

(1) 第 1 回：平成 18 年 7 月 19 日 広島医師会館
広島県医師会感染症対策委員会との合同委員会

① 予防接種(麻しん, 風しん, MR ワクチンの対応)

② インフルエンザ(H5N1) 対策

③ 今年度の事業計画

(2) 第 2 回：平成 18 年 10 月 24 日 広島県庁

① 広島県院内集団感染対応マニュアル

(3) 第 3 回：平成 18 年 11 月 20 日 広島医師会館
ワーキンググループの小委員会

① ノロウイルス対策マニュアル

III. 成果物

1) 広島県院内集団感染対応マニュアル(広島県作成)

a) マニュアルの趣旨：広島県は、医療機関で嘔吐・下痢等の消化器症状を呈する者が集団で発生した又は集団発生となりうる事案として相談等があった場合の対応策として、行政としての対応マニュアルを整備し、感染拡大の防止並び

に再発防止に資することとした。

このマニュアルは、医療機関において感染症を疑う集団の発生に際し、迅速かつ的確に調査と適切な措置を実施し、二次感染等の被害拡大を防止するとともに、適切な医療提供体制を確保するために定めるものである。

b) マニュアルの概要

項目：① 策定の目的、② 平時の体制、③ 発生時の初動体制、④ 情報提供(公表)、⑤ 原因究明、⑥ 終息確認、⑦ 医療機関からの事案報告、⑧ 指導及び措置、⑨ 保健所におけるまとめ

対応事案：医療機関で嘔吐・下痢症状を呈する者が集団で発生したとして保健所等へ技術的な助言や相談を求めてきた事案について対応する。なお、医療事故等を起因とした又は起因と考えられる事案については、既存の医療事故対応マニュアルで、医師が食中毒患者(疑いを含む)と診断した場合は、食中毒対策要綱に基づき対応する。

情報提供(公表)：

- 公表の基準…① 同一の感染症による又はそれによると疑われる死亡者が発生した場合、又は重篤患者が 1 週間以内に 2 名以上発生した場合。② 同一の感染症の患者又はそれが疑われる者が 10 名以上発生した場合。
- 公表の方法…① 院内感染の原因が感染症によるもので、感染病原体に季節的な流行時期を有する感染症については、そのシーズンの初発例を除いて、県感染症情報センターのホームページに掲載する(医療機関名は公表しない)。② ① のシーズン初発例については、原則、報道機関に対し情報提供

する（医療機関名は公表しない）。ただし医療機関が自ら公表した場合は、県からの情報提供は行わない。③得意な事案（死亡者や重篤者など）については、原則、報道機関に対し資料提供する。

- 2) ノロウイルス対応マニュアル（本委員会作成）
別掲
本冊子は、会員に配布するとともに、広島県医師会ホームページに公表した。
(<http://www.hiroshima.med.or.jp/kenkojoho/kansen/1961.pdf>)

IV. そ の 他

（下記については本委員会が協力した）

- 1) 県民公開講座「新型インフルエンザ対策講習会」
～皆さんの備えは大丈夫ですか～
平成 19 年 3 月 17 日(土) 南区民文化センター
(広島県医師会と広島県、広島市の共催)
- 2) 平成 18 年度広島県・県医師会・協力医療機関
インフルエンザ講習会
県内各地で開催した。
- 3) 特別養護老人ホーム向け施設内感染症相談窓口
広島県医師会 FAX 対応で、本委員会委員が
回答した。

ノロウイルス対策マニュアル

<ノロウイルスとは>

ノロウイルスは、直径 25～35 nm の非常に小さなウイルスで、以前より特に冬季に、幅広い年齢層において感染性胃腸炎（嘔吐・下痢などの症状）を引き起こしていたのですが、病原体が確認されたのは比較的近年（1972 年）で、以前はカリシウイルス・小型球形ウイルス（SRSV）などと呼ばれ、2002 年からノロウイルスと呼ばれるようになりました。このため、あたかも新しいウイルスのように思われがちですが、古くから存在したウイルスです。このウイルスは患者のふん便や嘔吐物には、1g あたり 100 万個～10 億個もの大量のウイルスが含まれている一方で、100 個以下という少量でも人に感染するので注意が必要です。ノロウイルスは乾燥した状態でも、4℃では 60 日間、20℃でも 3～4 週間生存できます。また、一度感染すると、症状が改善しても 1 週間から、長い場合は 4 週間にわたってふん便中にウイルスを排出することが、ノロウイルスが広がりやすい原因と考えられていますので、感染後は少なくとも 1 週間は症状が改善後も用便後などに十分流水と石鹸による手洗いをすることが重要です。

<感染したときの症状>

ウイルスに暴露後、24～48 時間で、嘔吐・腹痛・下痢・発熱などの症状が出ます。特に嘔吐は多い症状ですが、発熱はあまり高くないことが多いようです。（ただし、嘔吐を認めない例もあります。）ノロウイルスの感染部位は小腸粘膜であるため、超音波検査をした場合、小腸の拡張と蠕動低下が認められます。通常は 3 日以内に回復することが多いですが、胃もたれ感などはその後 1 週間程度もうしばらく持続することもしばしばあります。あらゆる年齢層に感染し発病する可能性があります。高齢者などでは重症化することもあります。またノロウイルスに対する免疫の持続は短期間であるため、一度発症しても再度感染する可能性があります。

<感染経路>

- 経路 1 人のふん便中のノロウイルスが、下水を経て川から海へ運ばれ、二枚貝の内臓に蓄積されます。それを、十分に加熱しないで食べると感染します。
- 経路 2 ノロウイルスに感染した人が、十分に手洗いを行わずウイルスが手についたまま調理をすると、食品が汚染され、その食品を食べた人が感染します。
- 経路 3 ノロウイルスを含むふん便や嘔吐物を処理した後、手についたウイルスや、不適切な処置で残ったウイルスが、口から取り込まれ感染します。

<消毒方法>

消毒剤の使用によるノロウイルスに対する効果はノロウイルスそのものを培養することができないために、明らかな証拠はありません。しかし、ノロウイルスと同じカリシウイルス科の別のウイルスを使用した実験では次のような結果が出ています。

- ・塩素剤では 1000～5000 ppm で不活化されます。
- ・熱には 60℃ では 30 分でも不活化されませんが、70℃ で 5 分間、煮沸で 1 分以内に不活化されます。
- ・アルコール（75% エタノール）では不活化されません。

<感染を予防するためには>

● 手洗い

ノロウイルスによる感染症は、多くの場合、ウイルスに触れた人の手を介して感染が拡大します。一般の皆様においても、医療従事者においても流水と石鹼による手洗いによる習慣をしっかりとつけることが、感染予防の基本です。用便後、排泄物の処理後、あるいは調理や食事の前には必ず手を洗いましょう。

● 排泄物・嘔吐物の処理

ふん便や嘔吐物の処理は、処理をする人自身への感染と、施設内への汚染拡大を防ぐため、適切な方法で、迅速、確実に行うことが必要です。

◎ あらかじめ、次の物品を準備して、処理にあたりましょう。

使い捨て手袋、マスク、ガウンやエプロン、ふき取るための布やペーパータオル、ビニール袋、次亜塩素酸ナトリウム、専用バケツ、その他必要な物品



処理をする人は、使い捨て手袋とマスク、ビニールエプロンを着用します。

嘔吐物処理時とその後は、窓を開けるなど換気に気をつけましょう。



嘔吐物は使い捨ての布やペーパータオルなどで、外側から内側に向けて、拭き取り面を折り込みながら静かに拭き取ります。

使用した使い捨ての布やペーパータオルなどは、すぐにビニール袋に入れ密閉して処分します。



嘔吐した物が付着していた床とその周囲は、0.10%次亜塩素酸ナトリウムを染み込ませた布やペーパータオルなどで覆うか、浸すようにして拭いてください。

次亜塩素酸ナトリウムは鉄などの金属を腐食するので、拭き取って 10 分程度経ったら水拭きしましょう。



処理後は、手袋をはずして流水と石鹼による手洗いを十分にしましょう。手袋の処分にも気をつけましょう。

● 嘔吐物等の処理時の換気

嘔吐物等の拭き取りと消毒が徹底されていない場合は、乾燥した後にウイルスが室内に拡散し、感染が拡大するおそれがあります。そこで、嘔吐物等を適切に処理し、さらに室内の適正な換気を行うことが大切です。

● リネン類の処置

汚物がついたオムツやシーツ等のリネン類を取り扱うときは、取り扱った人の手にウイルスが付着し感染を拡大させてしまう可能性があるため、そのようなシーツやリネン類は二次感染を防ぐために適切な処置が必要です。

- ・ 吐物および排泄物により汚染されたりリネン類等は専用ビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないよう十分注意してください。
- ・ その場で吐物、および排泄物による汚染されたりリネン類等を消毒しなければならないときには、汚物を十分落とした後、次亜塩素酸ナトリウム液（0.02%）に10分間浸すか、85℃で1分間以上あるいは80℃で10分間以上になるように熱湯消毒してください。

注：次亜塩素酸ナトリウム消毒液の希釈の仕方

濃度	ピューラックス®など (原液の濃度が6%の商品)	ミルトン®など (原液の濃度が1%の商品)
0.02%	原液 10 ml に 水を加え、合計 3 L にする	原液 60 ml に 水を加え、合計 3 L にする
0.10%	原液 50 ml に 水を加え、合計 3 L にする	原液 300 ml に 水を加え、合計 3 L にする

● 入浴

医療機関や施設内で嘔吐や下痢をした方が複数いる場合は、ノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われます。症状がある人は最後に浴槽に入るか、シャワーのみにするようにしましょう。

● 清掃および消毒

人が直接手を触れる場所は、ノロウイルスに汚染されている可能性があります。普段から多数の人が手を触れる場所や身のまわりの物は定期的にアルコールなどを用いて消毒してください。しかし、特にノロウイルスを含めた感染性胃腸炎が疑われる場合は、0.02%次亜塩素酸ナトリウムを用いた消毒をしてください。なお、次亜塩素酸ナトリウムは金属を腐食させるため、金属部分に使用した場合は10分程度たったら水拭きしてください。また、塩素ガスが発生することがあるので、使用時は十分に換気してください。

● 日ごろからの健康管理

ノロウイルスによる感染や感染拡大を防ぐためには、早い段階でノロウイルスの感染が疑われる人を把握すること、また医療機関・施設においてはノロウイルスを持ち込ませないようにすることが重要です。

- ・ 日ごろからの医療機関・施設の利用者の健康観察を十分に行ってください。
- ・ 施設管理者は日ごろからの職員の健康状態の確認を行ってください。
- ・ 症状を有している職員については、出勤を自粛するように指導するか、やむを得ず出勤せざるを得ない場合は、利用者に極力接触しない業務を行うよう指導しましょう。
- ・ 面会者に対しても手洗いの徹底や、状況に応じては面会者を必要最低限にすることも検討しましょう。

<集団感染を疑う指標およびその対応について>

ノロウイルスの集団感染が疑われたときには、さらなる拡大を防ぐために、早急に対応する必要があります。集団感染を疑う目安は以下の通りです。

- ・ 発症したもので嘔吐を認めている患者が50%以上である。
- ・ 症状の持続時間がおおむね12～60時間である。
- ・ 潜伏時間がおおむね15～48時間である。
- ・ 入院患者や入所者だけでなく職員も感染している。

なお、ノロウイルスに対する検査は、現時点では行政検査（保健所を通じて、各地域衛生研究所にて行われます。）を利用しなければならない状況です。このようなことも含めて、集団感染が疑われた場合は、以下の基準に達する以前から、嘔吐や下痢症状のあるものが通常を上回る場合は、保健所・保健センターとよく連絡を取り合うことが重要です。なお、保健所への報告の基準は以下の通りです。

- A) ノロウイルスによる感染性胃腸炎と診断された又はノロウイルスの感染が疑われる死亡者又は重篤患者が1週間以内に2名以上発生した場合
- B) ノロウイルスの感染が疑われるものが10名以上又は全利用者の半数以上発生した場合

（なお私費になりますが、広島市医師会臨床検査センターでノロウイルスの検査（PCR）を受け付けております。）

県内相談窓口一覧

相談窓口名	連絡先	相談窓口名	連絡先
広島地域保健所	0829-32-1181	広島地域保健所海田分室	082-822-5114
呉地域保健所	0823-22-5400	芸北地域保健所	082-814-3181
東広島地域保健所	082-422-6911	尾三地域保健所	0848-64-2322
福山地域保健所	084-921-1311	備北地域保健所	0824-63-5181
広島市中保健センター	082-504-2528	広島市東保健センター	082-568-7729
広島市南保健センター	082-250-4108	広島市西保健センター	082-294-6235
広島市安佐南保健センター	082-831-4942	広島市安佐北保健センター	082-819-0586
広島市安芸保健センター	082-821-2808	広島市佐伯保健センター	082-943-9731
広島市社会局保健医療課	082-504-2622	福山市保健所	084-928-1127
	休日・夜間 082-245-2111		休日・夜間 084-921-2130
呉市保健所	0823-25-3525	広島県保健対策室	082-513-3068
	休日・夜間 0823-25-3590		休日・夜間 082-228-2111

広島県地域保健対策協議会 TEL 082-232-7211/FAX 082-293-3363

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局保健対策室
	香川 治子	呉市保健所
	神辺 眞之	広島市立舟入病院
	桑原 正雄	広島市医師会
	坂本 裕敬	広島市社会局保健部保健医療課
	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	広島県保健所長会
	藤上 良寛	広島県臨床検査技師会
	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
	横崎 典哉	広島大学病院医系総合診療科
	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18年度の計画と実施結果
- III. ま と め

臓器移植体制専門委員会

(平成 18 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遅れているわが国の臓器移植，中でも脳死，心臓死からの提供による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実態調査と臓器提供体制，臓器移植体制の整備・充実を図るために活動することである。

II. 平成 18 年度の計画と実施結果

1) 委員会の開催

以下の日時に開催し，下記の点について検討した。

- ① 提供施設訪問
- ② 高校での移植に関する講演
- ③ 意思表示カードの配布
- ④ 臓器提供のシミュレーション
- ⑤ 提供対象事例の調査

・第 1 回

日時：平成 18 年 6 月 19 日(月) 午後 7 時～
場所：広島医師会館 6 階 第 1 会議室

・第 2 回

日時：平成 18 年 10 月 25 日(水) 午後 7 時～
場所：広島医師会館 3 階 健康教育室

・第 3 回

日時：平成 19 年 2 月 23 日(金) 午後 7 時～
場所：広島医師会館 6 階 第 2 会議室

2) 透析施設の実態調査

現在，準備中である。

3) 臓器提供施設訪問

委員会の委員と医師会，コーディネーター，広島市，広島県の職員で脳死臓器提供施設である病

院の病院長，看護部長，院内のコーディネーターに面会し，臓器提供への理解を求めるとともにコーディネーターの活動に支援を要請した。以下，訪問病院と訪問時期を示す。

- (1) 10 月 5 日：梶川病院
- (2) 10 月 6 日：広島市民病院
- (3) 10 月 10 日：広島総合病院，安佐市民病院
- (4) 10 月 11 日：県立広島病院，広島赤十字・原爆病院
- (5) 11 月 15 日：呉医療センター
- (6) 11 月 16 日：東広島医療センター
- (7) 12 月 13 日：中国労災病院

4) 提供施設連絡会議

- ・ 第一回臓器提供施設協議会
平成 18 年 9 月 11 日(月) 18：30 - 20：30
広仁会館中会議室 38 名
- ・ 第二回臓器提供施設協議会
平成 19 年 3 月 13 日(火) 18：30 - 20：30
広仁会館中会議室 44 名

5) 意思表示カード配布

広島県の支援により呉市をはじめ市町村が健康保険証に意思表示できる形に 18 年，19 年と計画が進んでいる。県内では，安芸高田市，海田町がすでに国保証をカード化しているが，意思表示カードを兼ねるのは呉市が初めてとなる。呉市では，保険証が個人証となったことで，自身の臓器提供の意思表示が可能となったと判断され，意思表示カードの普及を図るため実施された。

これまでの医師会，広島県，広島市をはじめとして多くの関係者の努力が身を結びつつあり，かつてない大きな進歩と評価できる。

県内市町の対応状況は次の通りとなっている。

国民健康保険者証の臓器提供意思表示欄に関する依頼に係る市町の対応状況

番号	市町名	臓器移植の意思表示欄			意向	備考
		記載	未記載	予定		
1	広島市		○	未定	実施意向なし。 ただし、市職員の被保険者証については、シール等で対応予定。	
2	呉市	○		H18. 10	実施済（県内初）	
3	竹原市		○	H19. 10	次回更新時に実施を検討。 (H19 当初予算要求中)	
4	三原市		○	未定	カード化に合わせて実施予定。 当面は実施予定なし。	
5	尾道市		○	H19. 10	次回更新時に実施を検討。	
6	福山市		○	未定	カード化に合わせて実施予定。 当面は実施予定なし。	
7	府中市		○	H19. 10	平成20年度以降は制度の変更状況等により再検討を行う。	
8	三次市		○	未定	現在検討中。	
9	庄原市		○	未定	当面は実施予定なし。	
10	大竹市		○	H19. 10	次回更新時に実施を検討。	
11	東広島市		○	H19. 10	次回更新時に実施予定。	
12	廿日市市		○	H19. 10	次回更新時に実施を検討。	
13	安芸高田市		○	未定	他市の状況等を踏まえ、実施。	
14	江田島市		○	未定	カード化に合わせて実施予定。 当面は実施予定なし。	
15	府中町		○	未定	実施の意向はあるが、時期は未定。	
16	海田町		○	未定	実施の意向はあるが、時期は未定。	
17	熊野町		○	H20. 10	次回更新時に実施を検討。	
18	坂町		○	未定	実施意向なし。 在庫状況と後期高齢者の国保状況から、現時点では実施できない旨の回答有り。	
19	安芸太田町		○	未定	実施の意向はあるが、時期は未定。	
20	北広島町		○	未定	カード化に合わせて実施予定。	
21	大崎上島町		○	未定	次回更新時に実施を検討。	
22	世羅町		○	H20. 4	次回更新時に実施する方向で検討。	
23	神石高原町		○	H20. 4	次回更新時に実施する方向で検討。	
	計	1	22			

※未記載の市町のうち、実施時期が明確なものについては、実施に前向きな箇所である。
また、時期は未定であるが実施の意向がある市町については意向欄に記載している。

Ⅲ. ま と め

昨年度に続いて提供施設の理解を得ることに努め、着実に理解が進んでいると思われる。さらに意思表示方法をカードから診療の際に必ず必要な健康保険

証に添付することによりこれまでの活動の中で飛躍的に進歩したと評価できる。今後は本委員会を縮小して、他の委員会に吸収し、継続して活動することとした。

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	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大年 博隆	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室
	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
	谷川 攻一	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
	野瀬 澄子	広島市社会局保健部保健医療課
	堀江 正憲	広島県医師会
	善岡 雅之	広島県福祉保健部保健医療局医療対策室

あ と が き

平成 18 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 18 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 18 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. 感染症という 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，6 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，産科医療提供体制検討部会，小児科医療提供体制検討部会，生活習慣病対策専門委員会，後発医薬品問題検討特別委員会であり，小幅な改正に留まりました。しかしながら，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，その方向の決定づけを行う重要な委員会であり，委員の皆様の活発な協議により大きな成果が得られたものと確信している。

終わりに当たり，参画していただいた各委員会の委員長・委員の方々のご協力・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 19 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 38 号

平成19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