平 成 21 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

（通刊第41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。これまでも多くの提言を行政等の関係機関に対し発信し，施策として実施されるなど，多大の成果を挙げてまいりました。

発足以来 40 余年を迎えましたが，このような組織は他県に例がなく，全国的にも非常に注目されており，ますますその重要性が増してきております。

全国的な医師不足やそれに伴う勤務医，女性医師の勤務環境の改善策，新型インフルエンザなどの感染症対策，大規模災害への適格な対応をはじめとする救急医療対策，さらにはがん対策など喫緊に取り組むべき課題が山積しております。

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

このため，本年度は医師確保対策や，乳がんや肺がん，脳卒中，急性心筋梗塞について検診から精密検査・周術期医療を経てフォローアップに至るまでの地域連携パスの作成について集中的に検討してまいりました。

一方，新型インフルエンザ等の感染症に対する危機管理体制の構築や，救急医療に対する県民の理解を深めるための啓発活動，集団医療救護訓練や，それに基づく災害マニュアルの検証と改定等について実施してまいりました。

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，メタボリックシンドローム等の生活習慣病対策，医薬品の適正使用等についても協議・検討を行うなど多くの成果を上げております。

このように県地対協では，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，皆様方のご支援ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成 22 年 12 月

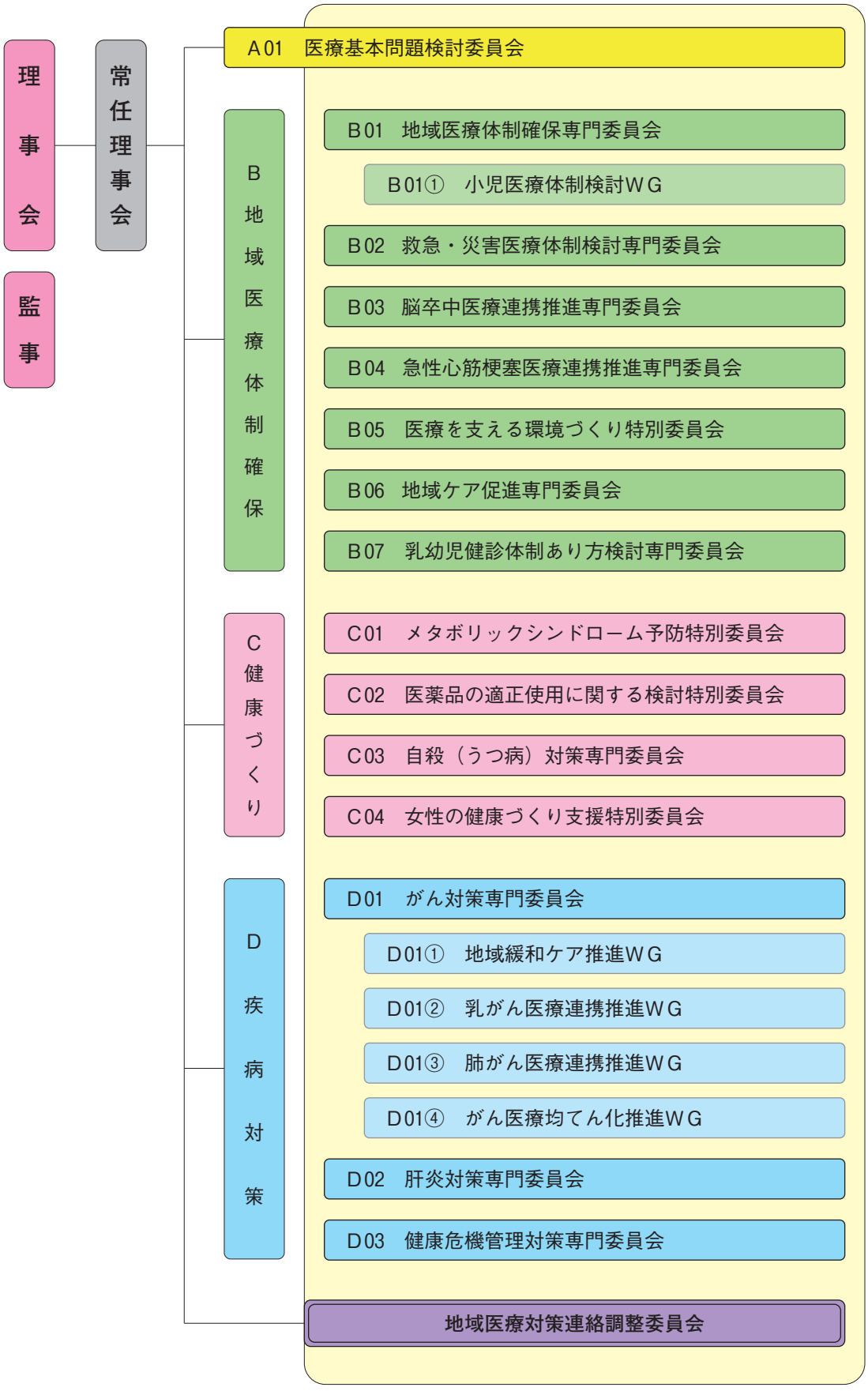
広島県地域保健対策協議会

会長　碓　井　静　照

目　　次

序 ……雉井　静照　i
平成 21 年度広島県地域保健対策協議会組織図 …… 1
地域医療体制確保専門委員会
　地域医療体制確保専門委員会報告書 …… 3
救急・災害医療体制検討専門委員会
　救急・災害医療体制検討専門委員会調査研究報告書 …… 15
脳卒中医療連携推進専門委員会
　脳卒中医療連携推進専門委員会報告書 …… 21
急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会
　急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会報告書 …… 31
医療を支える環境づくり特別委員会
　医療を支える環境づくり特別委員会調査研究報告書 …… 51
地域ケア促進専門委員会
　地域ケア促進専門委員会調査研究報告書
　　平成 21 年度のテーマ『認知症治療とケアの総合化』（2 年目）…… 73
メタボリックシンドローム予防特別委員会
　メタボリックシンドローム予防特別委員会報告書 …… 79
医薬品の適正使用に関する検討特別委員会
　医薬品の適正使用に関する検討特別委員会報告書 …… 93
自殺（うつ病）対策専門委員会
　自殺（うつ病）対策専門委員会報告書 …… 125
女性の健康づくり支援特別委員会
　女性の健康づくり支援特別委員会報告書 …… 149
がん対策専門委員会
　がん対策専門委員会報告書 …… 157
　地域緩和ケア推進 WG
　　平成 21 年度報告書 …… 161
　乳がん医療連携推進 WG
　　がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG 報告書 …… 175
　肺がん医療連携推進 WG
　　がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進 WG 報告書
　　肺がんの医療連携体制の構築に向けて …… 187
肝炎対策専門委員会
　広島県における肝炎対策の現況 …… 199
健康危機管理対策専門委員会
　健康危機管理対策専門委員会報告書 …… 203
あ　と　が　き …… 207

平成 21 年度広島県地域保健対策協議会組織図



地域医療体制確保専門委員会

目　　次

地 域 医 療 体 制 確 保 専 門 委 員 会 報 告 書

Ⅰ. 目　　的
Ⅱ. 事 業 結 果

地域医療体制確保専門委員会

（平成 21 年度）

地 域 医 療 体 制 確 保 専 門 委 員 会 報 告 書

広島県地域保健対策協議会 地域医療体制確保専門委員会
委 員 長　河野　修興

Ⅰ．目　　的

近年，女性医師が増加しているが，育児と仕事の両立を図ることが難しい状況にあり，また，勤務医についても負担が増加し疲弊するなど，悪循環に陥っている。

こうしたことから，女性医師の就業環境の改善や就業方法の選択肢を広げることにより，離職防止や復職を促進し，医師不足の改善を図る必要があり，また，勤務医の負担を軽減することにより，勤務医の減少を抑制する必要がある。

このため，短時間正規雇用の導入や女性医師の勤務環境などに関する調査を行うこととし，具体的な女性医師対策として，女性医師の離職防止や復職支援，働きやすい職場づくりなどの就労環境改善などの検討を行った。

Ⅱ．事　業　結　果

(1) 専門委員会の開催

平成 21 年 12 月 18 日（金）

(2) 協議事項

① 広島県地域医療推進機構（仮称）について
② 県地対協　地域医療体制確保専門委員会における検討内容について
③ 女性医師・勤務医の就労環境に関する調査について

〔主な意見〕

（保育関係）

○ 保育については，待機児童の解消が必要である。病児保育の充実も重要である。保育の環境整備が安心して勤務できることにつながる。就学時までではなく，学童保育も必要である。

（働き方）

○ 女性医師の声として時間の融通の利く勤務を望むものが多い。短時間正規雇用や，外来のみに限定した勤務形態があると職場復帰しやすい。

○ 非常勤の仕事であっても，少しでも医療に関わり医療から離れずにいることで，本格的な職場復帰がしやすくなる。医師になり最初の２・３年に結婚し仕事を中断すると現場復帰は難しい。最低３～５年経験を積み，５～10 年先でなら復帰しやすい。

○ 女性医師は出産で働き方を変える人が半数である。再就業でなく継続して働けることが大切である。

（主治医制度）

○ 主治医制に関するアンケートも行うべきである。主治医に固執すると柔軟な勤務形態の形成は困難である。

（その他）

○ 女性医師を取り巻く就業環境は極めて厳しいものがある。もっと現実の把握が必要である。

○ 女性医師が望む情報が入手できる情報センターがあるべきである。

○ 出産・育児・介護を社会全体で支えることが必要である。女性医師に対する結婚，子育て，保育所等の支援は絶対に必要である。

⇒ これらの意見を踏まえ，調査項目に「主治医制度」に関する項目を加え，アンケートを実施することとした。

(3)「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査」の概要

① 調査の目的

近年，女性医師が増加しているが，育児と仕事の両立を図ることが難しい状況が存在する。また，勤務医についても負担が増加し疲弊するなど，悪循環に陥っている。

このため，「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査」を実施し，短時間正規雇用制度や主治医制度などについて問い，その結果に基づき，具体的な女性医師の離職防止・復職支援や働きやすい職場づくりなど，女性医師の就労環境改善策，勤務医などの業務負担の軽減策を検討するための参考資料を得る。

② 調査対象

広島県内のすべての病院（253 施設）

③ 調査実施時期

平成 22 年 3 月

④ 調査項目

ア 短時間正規雇用制度について

イ 主治医制度について

ウ 女性医師の就労環境の現状について

エ 医師派遣にかかる営利企業等の従事制限許可基準および手続規定について

※ 調査票は別紙のとおり

【別紙】女性医師・勤務医の就労環境に関する調査票

女性医師・勤務医の就労環境に関する調査票

病　院　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担　当　者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電 話 番 号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　短時間正規雇用制度について

県内の救急医療体制の確保をはじめ，地域医療体制を維持するためには，女性医師等に対する短時間正規雇用の導入を促進し，病院内における勤務医の疲弊を少しでも軽減することが必要と考えております。

つきましては，以下の質問にご回答ください。

（注）「短時間正規雇用制度」とは，フルタイム職員（医師）と比較して所定労働時間が短く，基本的には残業がない短時間勤務制度を医師が選択できる体制。

問（１）短時間正規雇用制度の導入の有無

貴院では，医師（女性医師を含む）に対する短時間正規雇用制度（以下同様）を導入されていますか？

①　導入している。　　②　導入していない。

【前記 問（１）で「①導入している。」と回答された病院のみ，問（２）～（５）をご回答ください。】

問（２）短時間正規雇用制度の具体的内容について

―１　導入されている短時間正規雇用制度について，勤務時間の割振りの具体的内容はどのようなものですか？

（記入例）勤務日は，月～金の週５日であり，それぞれ午前９時から午後１時までの４時間勤務である。

（　　）

―２　導入されている短時間正規雇用制度について，勤務時間の短縮と併せて，どのような勤務が免除されますか？

①　時間外勤務の免除　　②　夜勤・当直の免除

③　夜間の呼び出しの免除　　④　その他（具体的内容：　　）

問（３）短時間正規雇用制度の業務内容について

短時間正規雇用制度の適用を受けている医師の担当業務の内容はどのようなものですか？

① 外来診療のみ

② 外来診療以外の担当業務（　　）

※ 今後，外来診療以外で短時間正規雇用制度での対応が可能と考えられる業務があれば，ご記入ください。

（　　）

問（４）短時間正規雇用制度による給与について

短時間正規雇用制度の適用を受けている医師の給与はどのようにされていますか？

① フルタイム職員（医師）と同様の給与を支払っており，特別な取扱いはしていない。

② フルタイム職員（医師）の給与と比較して，勤務時間に見合った減額などの調整をしている。

→ 具体的にどのような調整をしていますか？

（記入例）短時間正規雇用職員用の別な給与体系（給料表）を設定している。

③ その他（　　）

問（５）短時間正規雇用制度の活用状況について

導入されている短時間正規雇用制度は，実際に活用されていますか？

① 活用している。

→ 短時間正規雇用制度を活用している医師数

◎平成２２年３月１日現在　医師　　人（うち，女性医師　　人）

◎過去３年間（平成１８年度～平成２０年度）の累計

医師　　人（うち，女性医師　　人）

② 活用していない。

【前記 問（５）で，「（短時間正規雇用制度を導入しており）①活用している。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（６）短時間正規雇用制度が活用されたことによる成果・メリットについて

短時間正規雇用制度が活用されたことによる成果やメリットは何ですか？（重複可）

① 制度を活用した医師本人の負担が減り，従前よりも勤務しやすくなった。

② 従前よりも他の医師の負担が減った。

③ 必要な医師の確保がしやすくなった。

④ その他（　　）

【前記 問（５）で，「（短時間正規雇用制度を導入しているが）②活用していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（７）短時間正規雇用制度が活用されていない理由について

導入されている短時間正規雇用制度が活用されていない理由は何ですか？（重複可）

① 制度の活用を希望する医師がいない。
② 制度の活用に当たり，他の医師の理解を得ることが難しく，活用しにくい。
③ 導入している制度の内容に，活用しにくい点がある。
④ 制度の導入が十分に広報されていない。
⑤ その他（　　）

【前記 問（５）で，「（短時間正規雇用制度を導入しているが）②活用していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（８）短時間正規雇用制度の対象者の見込みについて

導入されている短時間正規雇用制度が十分に活用された場合に，活用が見込まれる対象者は何人程度ですか。

◎ 医師　　人（うち，女性医師　　人）

【前記 問（１）で，「（短時間正規雇用制度を）②導入していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（９）短時間正規雇用制度を導入しない理由について

短時間正規雇用制度を導入していない理由は何ですか？（重複可）

① 制度の導入を希望する医師がいない。
② 制度の導入に当たり，他の医師の理解を得ることが難しく，導入しにくい。
③ 制度を創設するに当たり，課題があるため，導入が難しい。
④ その他（　　）

２　主治医制度について

夜間・休日における患者への対応として，主治医が，必要に応じてオンコールなどにより夜間・休日にも同じ患者に対応する，いわゆる「主治医制度」について，次の質問にご回答ください。

問（１）主治医制度の導入について

貴院では，「主治医制度」により患者の対応を行っていますか？

①　主治医制度により対応している。

②　その他の方法により対応している。

【前記 問（１）で，「①主治医制度により対応している」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（２）どのような場合に主治医が対応しますか？主治医と当直医との役割分担・連携などについて，具体的にご記入ください。

（　　）

【前記 問（１）で，「②その他の方法により対応している」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（３）その他の方法とは，どのような方法ですか？

（　　）

問（４）主治医制度のメリット（長所）について

主治医制度のメリット（長所）は，何ですか？（重複可）

①　医師と患者との信頼関係が築ける。

②　医師の責任の所在が明確になる。

③　その他（　　）

④　特にメリット（長所）はない。

問（５）主治医制度のデメリット（短所）について

主治医制度のデメリット（短所）は，何ですか？（重複可）

①　医師と患者の関係が硬直化され，医師の疲弊につながる。

②　当直後や手術後に医師が休めない。

③　医師にとって研究できる時間が取れない。

④　フレックスタイム勤務体制（労働者自身が一定の定められた時間帯の中で始業及び終業の時刻を決定することができる制度）を活用できない。

⑤　その他（　　）

⑥　特にデメリット（短所）はない。

【前記 問（１）で，「①主治医制度により対応している」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（６）今後の主治医制度の継続について

貴院では，今後も，主治医制度を継続していきますか？

① 主治医制度を継続していく。

② 医師の希望により，主治医制度と他の制度（夜間・休日に，主治医ではなく，当直医が患者を担当する，いわゆる「完全当直医制度」など）を併用していく。

③ 主治医制度は継続しない。

④ 主治医制度の継続の可否について検討中

⑤ その他（　　）

問（７）完全当直医制度の導入について

夜間・休日には，主治医ではなく，当直医が患者を担当する，いわゆる「完全当直医制度」を貴院で導入されていますか？

① 完全当直医制度を導入している。

② 完全当直医制度を導入していない。

③ その他（　　）

【前記 問（７）で，「①完全当直医制度を導入している。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（８）完全当直医制度を導入したことにより課題となっていることがありますか？

① 特に課題は生じていない。

② 次のような課題がある。

〔課題の内容〕

【前記 問（７）で，「②完全当直医制度を導入していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（９）完全当直医制度を導入していない理由は何ですか？具体的にご記入ください。

【前記 問（７）で，「②完全当直医制度を導入していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（１０）完全当直医制度を導入する場合，どのような環境が整備（行政による支援策等）される必要があると考えられますか？具体的にご記入ください。

問（１１）貴院において既に取り組まれている医師の負担軽減策（勤務形態や福利厚生など）で効果があったと考えられるものがあれば具体的に記入してください。

※　その他の職種の職員を対象に含むものであっても結構です。

（　　）

問（１２）女性医師短時間雇用導入支援及び女性医師等就労環境整備支援（ベビーシッター等活用支援）について

行政が新たに次のような制度を創設した場合，貴院で活用されますか？

○　医師の短時間正規雇用制度の導入を促進するための経費支援制度（女性医師短時間雇用導入支援）

○　ベビーシッター等の保育サービスの経費を医療機関が負担した場合の経費支援制度（女性医師等就労環境整備支援（ベビーシッター等活用支援）　）

①　女性医師短時間雇用導入支援制度を活用する。

②　女性医師等就労環境整備支援（ベビーシッター等活用支援）制度を活用する。

③　女性医師短時間雇用導入支援制度及び女性医師等就労環境整備支援（ベビーシッター等活用支援）制度の両方を活用する。

※　制度を活用するに当たり，制度内容等で望むものがあれば具体的に記入してください。

（　　）

④　活用しない。

※　活用されない理由は何ですか？

（　　）

3　女性医師の就労環境の現状について

女性医師の就労環境の現状について，以下の質問にご回答ください。

問（1）休日夜間業務について

貴院では，女性医師が宿直するために，女性医師専用の設備を整備されていますか？

①　整備している

※具体的な設備内容は何ですか？（重複可）

a．宿泊設備　　b．更衣室　　c．シャワー室

d．その他（　　）

②　整備していない

問（2）育児支援について

貴院では，女性医師のための育児支援を行っていますか？

①　行っている

※具体的にどのような育児支援を行っていますか？（重複可）

a．院内保育所の整備　　b．休日夜間の院内保育所

c．育児サービス費用への助成制度

d．その他（　　）

②　行っていない

問（3）勤務時間について

貴院では，女性医師のための，勤務時間についての制度を設けていますか？

①　設けている

※具体的にどのような勤務時間についての制度を設けていますか？（重複可）

a．フレックスタイム　　b．始業・終業時間の繰上げ，繰下げ

c．所定外労働をさせない制度

d．その他（　　）

②　設けていない

問（4）その他

貴院において，女性医師の就労環境について，課題・問題点等，またご意見などがあれば，ご記入ください。

（　　）

４　医師派遣に係る営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程について

【公立病院・公的病院のみ，ご回答ください。】

問（１）営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程の有無について

貴院では，貴院の医師が他の医療機関において，診療や宿日直を行う場合の，営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程が整備されていますか？

①　整備している
②　整備していない

【前記 問（１）で，「①整備している」と回答された病院のみ，以下，問（２），問（３）をご回答ください。】

問（２）営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程の内容について

貴院で整備されている「営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程」の内容について，具体的に記入してください。（※記入に変えて該当の規程を添付していただいても結構です。）

（　　）

問（３）営利企業等の従事制限許可承認の有無・運用状況について

貴院の医師が，他の医療機関において診療や宿日直を行う場合，「営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程」等に基づいた手続きを行い，実際に制度を運用していますか？

①　医師が他の医療機関において診療や宿日直を行う場合があり，
　　実際に，承認手続きをとり制度を運用している。
　　→　「営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程」に基づき運用している医師数
　　◎平成２２年３月１日現在　医師　　人（うち，女性医師　　人）
　　◎過去３年間（平成１８年度～平成２０年度）の累計
　　医師　　人（うち，女性医師　　人）
②　医師が他の医療機関において診療や宿日直を行う場合はあるが，
　　実際には，制度を運用していない。
③　医師が他の医療機関において診療や宿日直を行う事例がない。

【前記 問（３）で，「②　医師が他の医療機関において診療や宿日直を行う場合はあるが，実際には，制度を運用していない。」と回答された病院のみ，ご回答ください。】

問（４）営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程の運用の問題点について

貴院で整備されている「営利企業等の従事制限許可基準及び手続規程」が，医師に対して，実際に，制度運用されていない理由は何ですか？

（　　）

※　ご回答いただき，誠にありがとうございました。

広島県地域保健対策協議会 地域医療体制確保専門委員会

委員長	河野　修興	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	荒木　康之	広島県医師会
	井之川廣江	広島県医師会
	小田　　清	広島市立安佐市民病院
	黒田　義則	厚生連尾道総合病院
	桒原　正雄	県立広島病院
	児玉　美穂	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	小林　正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	佐久間和代	JR 西日本広島健康増進センター
	種村　一磨	医療法人社団曙会シムラ病院
	高杉　敬久	広島県医師会
	茶山　一彰	広島大学病院
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	寺岡　　暉	社会医療法人社団陽正会寺岡記念病院
	中島浩一郎	庄原赤十字病院
	中村　有美	広島市立安佐市民病院
	春田　吉則	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜谷　義美	広島県医師会
	福原　里恵	県立広島病院
	堀江　正憲	広島県医師会
	三森　　倫	広島市中区役所厚生部
	渡邊　玲子	医療法人社団更生会草津病院

救急・災害医療体制検討専門委員会

目　　次

救急・災害医療体制検討専門委員会調査研究報告書

Ⅰ．　広島県災害時医療救護活動要領と DMAT
Ⅱ．　DMAT 活動を取り入れた集団災害医療救護訓練

救急・災害医療体制検討専門委員会

（平成 21 年度）

救急・災害医療体制検討専門委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 救急・災害医療体制検討専門委員会
委 員 長　谷川　攻一

災害現場では医療のニーズと供給のアンバランスに加えて，多くの救助関係者が集結するために著しく混乱する。この混乱を最小限にくい止め，少しでも多くの助かるべく命を助けるための大災害時管理システムとして CSCATTT（Command & Control, Safety, Communication, Assessment, Triage, Treatment, Transportation）に基づいた災害医療のコンセプトの導入が推奨されている。一方，我が国では災害の急性期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として DMAT（Disaster Medical Assistant Team）が誕生した。災害対策基本法に基づき，厚生労働省は平成 17 年より DMAT 育成事業を展開し，広島県においても災害拠点・協力病院において 17 チームの DMAT が誕生している。また，DMAT 普及啓発活動を通じて，医療関係者や消防機関において災害医療での基本的コンセプトが共有されつつある。

Ⅰ．広島県災害時医療救護活動要領と DMAT

広島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，広域搬送医療拠点活動，参集DMATの統括，医療救護班との協働活動，県内への派遣と派遣先での任務などの DMAT 活動を包括した新たな災害医療救護体制の整備が求められた。そして平成 19 年に本委員会にて広島県災害時医療救護活動要領の改訂作業が開始され，平成 21 年に第 1 次案が策定された。

今回の災害時医療救護活動要領は災害発生直後から 48 時間の活動に焦点をあてており，以下の特色を持つ。

① 災害モード立ち上げ基準を関係機関が共有すること
② 現場救護所，被災地直近の災害拠点・協力病院における医療活動を中心に位置づけていること
③ 情報を関係機関全体で共有すること
④ 市町では対応できない状況を前提とすること

以下にその要点を紹介する。

1） 災害対策設置基準

県の災害対策設置基準は従前のものと変更されていない（表 1）。関係機関は迅速な災害対応が可能となるように，県からの設置通知が行われる前にメディア情報などを通じて状況把握し，必要に応じて待機しておく必要がある。

2） 医療救護活動における関係部署の役割

⑴ 災害モード立ち上げ

最初に現場に到着した救急隊は，災害や事故の規模を把握し，大災害や大規模事故の“疑い”があると判断した時点で，所轄消防本部指令担当へ災害・多傷病者モード立ち上げを要請する。この第 1 報はその後の災害対応において，極めて重要な役割を持つ。災害モード立ち上げを受けて，所轄消防本部は応援要請が想定される近隣消防本部および広島市消防局または福山地区消防組合消防局，災害拠点・協力病院に事前情報として連絡する。広域的な医療支援活動が求められる基準に該当する場合には，支援候補地域の災害拠点・協力病院は被災地区と被災規模に応じて患者受け入れの準備と DMAT の出動態勢をしく（図 1）。例えば，尾三圏域で傷病者数 10～20 名程の多傷病者事故が発生した場合には，尾三地区に加えて，呉，福山・府中，広島中央地区の災害拠点・協力病院が負傷者の受け入れや DMAT 派遣を担当することになる。ただし，これはあくまで事前想定である。重要なのは，被災状況などの情報が全県下の関係者で共有されることであり，情報共有により個々の状況に応じた柔軟な対応を行うことである。

表１　広島県災害対策本部設置基準

災害の種類	設置基準	災害対策本部設置にあたっての判断基準
風 水 害	総合的な対策を講ずるため，特に知事が必要と認めるとき	①降り始めからの総雨量が 100mm を超え，かつ，引き続いて１時間に 40mm を超える降雨が予測されるとき ②１時間雨量が 40mm を超え，引き続いて同程度の降雨が予測されるとき ③本県の全部または一部が台風の暴風圏内に入ることが確実と予測されるとき ④相当の規模におよび被害が発生し，または発生するおそれがあるとき ⑤災害応急対策のために，自衛隊の派遣を要請したとき
地震・津波	①県内において震度６弱以上の地震が発生したとき ②「広島県大津波」の津波警報が発表されたとき	（自動設置）
	③総合的な対策を講ずるため，特に知事が必要と認めるとき	県内において震度５強の地震が観測され，かつ相当の被害が発生し，または発生するおそれがあるとき
林野火災	総合的な対策を講ずるため，特に知事が必要と認めるとき	林野火災の鎮圧の見込みが立たず，かつ，住民の生命，住家または公共施設に相当の規模におよぶ被害が発生し，または発生するおそれがあるとき
そ の 他	突発的な事故などによる災害が発生し，その被害が相当大規模におよぶおそれがあり，かつこれに対する総合的な対策を講ずるため，知事が必要と認めたとき	

被災地区	被災地区支援候補地域						
	レベルⅠ			レベルⅡ			レベルⅢ
広島西	広島	山口県		県下全災害拠点協力病院	山口県	島根県	厚生労働省支援要請 他県DMAT要請
広島	呉	広島西	広島中央		山口県	島根県	
広島中央	広島	呉					
呉	広島	広島中央					
尾三	呉	福山・府中	広島中央				
備北	福山・府中	広島			島根県		
福山・府中	尾三	岡山県			岡山県		

被災規模レベルⅠ；傷病者数がおよそ 20 名以内
被災規模レベルⅡ；傷病者数がおよそ 20 名～100 名
被災規模レベルⅢ；傷病者数がおよそ 100 名以上

図１　被災地区とその被災規模レベルによる支援候補地域想定

災害発生直後には被災地区から医療支援要請が出されないことも予測される。関係者は災害発生場所と推定される被災規模に応じて，支援要請が出されなくとも医療支援ができるように備えておく必要がある。

⑵　現場救護所，被災地医療機関（災害拠点・協力病院など）での医療救護活動（図２）

現場救護所活動は，救急隊，地域医療機関や医師会などからの医療救護班により開始されるであろう。また，災害発生後早期において被災地直近の災害拠点・協力病院などには多くの負傷者が殺到し，その医療対応は困難を極めることが予測される。このため，当該医療機関は負傷者のトリアージ，応急処置を行うとともに，非被災地区医療機関への転院搬送を視野においた医療活動を実施する必要がある。特に他院への転院搬送には当該医療機関と地区消防本部との連携が不可欠である。市町行政に対してはマンパワー，医薬品，衛生材料などの調達を要請する。

被災地へ到着したDMATは傷病者が多く搬送される直近の災害拠点病院へ参集し，現地対策本部を立ち上げ，当該病院の災害拠点・協力病院としての機能回復を支援する。具体的にはDMATは当該病院における医療機能がどこでスタックして（滞って）いるのかを評価し（例えば指揮命令系統，連絡通信，あるいは後方搬送など），その課題解決へ向けた支援を行う。一方，当該病院としてはDMAT参集拠点病院としてのDMATの受け入れ，DMAT現地本部の設置に協力する。また，DMAT現地本部は県市町対

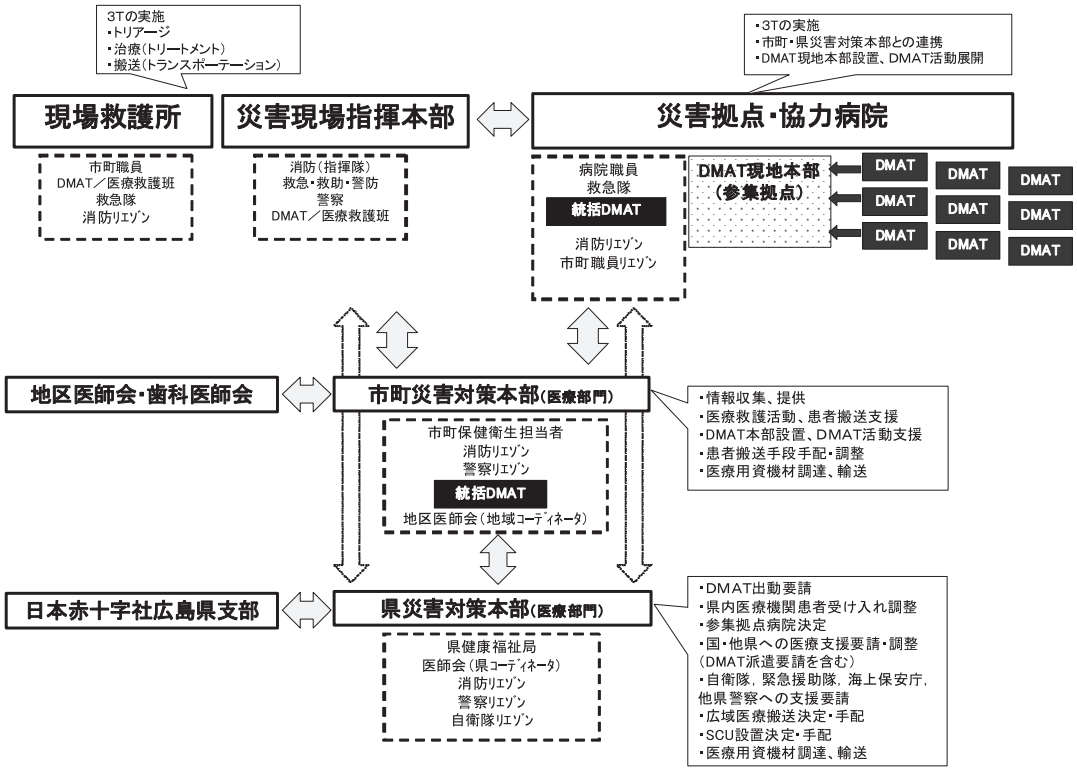


図 2　集団災害医療救護における関係機関の役割と全体像

策本部，厚労省へ被災状況や活動状況報告，支援要請などを行う情報のハブとなる。場合によっては災害現場での医療救護活動支援のための DMAT 派遣を行う。

地区医師会・歯科医師会はそれぞれの活動要領に従って，担当地区における医療ニーズの把握，地域外への負傷者搬送支援，医療救護班の派遣，現地或いは被災地の医療機関での医療救護活動支援などを市町の対策本部の指揮に基づいて行う。また，日本赤十字社は，県災害対策本部へ参画し，共通の指揮命令系統にて現地医療救護活動への参画することとなる。

市町行政の役割は，被災地内災害拠点・協力病院からの支援要請に応ずるとともに，県および DMAT 現地本部と連携しながら，医療機関の被災状況（診療可否情報など）の把握と情報提供，人材・医薬品・衛生材料などの調達，輸送など診療支援や域内での患者転院搬送手配・調整，救護所の設置および住民への広報活動を行う。

県行政は，広域的な医療リソースの調整と情報管理を担う。具体的には，DMAT 指定病院への DMAT 出動要請，行政区を越える関係機関と患者受入れなどの連絡調整，厚生労働省への DMAT 派遣要請，DMAT 参集拠点決定と通知，広域搬送医療拠点の設置，自衛隊災害派遣，緊急消防援助隊など消防応援，広域緊急援助隊など援助，第六管区海上保安本部支援活動，全国知事会または他の県に対する応援要請，災害時に必要な情報の提供，そして市町への医薬品，衛生材料など医療用資機材の調達，県全体の被災状況の把握である。

(3)　DMAT の役割

DMAT とは厚生労働省が定める専門的な訓練を受けた機動性のある災害派遣医療チームである。大規模災害や事故などにおいて急性期（おおむね 48 時間以内）の活動を行う。DMAT の役割は災害拠点病院などの院内診療態勢再構築に必要な指揮支援，傷病者トリアージと安定化などの診療機能の支援，域内および広域搬送支援，そして災害医療情報ネットワーク（EMIS）を用いた情報支援である。また，広域医療搬送拠点が設置された場合はその活動を担う。DMAT 活動の統括を行うのは統括 DMAT である。統括 DMAT は，DMAT 活動の指揮，調整，支援業務を担う部門である。具体的には，災害時において，被災地域内の災害現場，災害拠点病院や広域医療搬送拠点および被災地域外参集拠点や受け入れ拠点に参集した DMAT を組織化し，関係機関と連携しながら指揮，調整，支援業務などの活動を担う。一方，DMAT は消防救助隊のような現場特殊技能は有して

おらず，救助現場活動が行えるのは一部の DMAT に限られる。

Ⅱ．DMAT 活動を取り入れた集団災害医療救護訓練

既に平成 19 年の JA 広島総合病院における集団災害医療救護訓練から DMAT 活動を取り入れた訓練が開始されたが，平成 20 年には市立三次中央病院，そして平成 21 年の呉医療センターでの訓練を通じて，DMAT の災害時医療救護における位置づけが次第に明確にされてきている。

1.　平成 21 年度集団医療救護訓練

平成 21 年度集団医療救護訓練は呉医療センターが担当医療機関となり，事故発生現場訓練においては DMAT による現場医療支援訓練を取り入れ，また病院での医療救護訓練では DMAT 現地本部による災害拠点病院支援訓練が導入された。その中で明確になった課題を報告する。

1）　事故発生現場における DMAT 活動の課題

DMAT に限らず，現場活動に参加するすべての関係者は災害現場活動のコンセプト（CSCATTT）を共有する必要がある。全体および各エリアで指揮系統が確立されているのか，現場の安全が確保されているのか，効果的な情報交換手段が用いられているか，トリアージ，治療そして搬送をスムースに行うためのエリア設定，人的資源，資器材は準備され，適切に実施されているのかなど。医療救護チーム，消防機関がこのコンセプトを共有し実践することによって，災害による Preventable death を避けることができると考える。今回の訓練では事故現場で DMAT が医療統括の役割を担うこととなった（図 3）。しかしながら，消防，医療救護チーム活動を統括する全体指揮命令系統と治療エリア毎の指揮系統が不在であったこと，DMAT，消防職員に限らず，すべての現場関係者が指揮命令系統の下に活動するというコンセプトを共有できていなかったことが課題として上げられた。また，現場の混乱は著しく，Communication 手段として消防指揮車両の拡声マイクを利用するなどにより，効果的な Communication の確立が求められた。災害現場からは一刻も早くトリアージに基づいて傷病者の搬出・搬送を行わなければならないが，搬送優先順位と搬送患者情報の管理（出口管理）については消防指揮との連携の下に行うことの重要性が指摘された。

図 3　災害現場へ到着した DMAT
（平成 21 年度集団災害医療救護訓練より）
災害発生現場に到着し，医療支援を開始した DMAT。

一方，これまでの訓練と同じく今回の現場救護訓練においても医療救護班の活動訓練が中心となっており，消防との連携に関する検証はできなかった。災害対応では消防との協働は不可欠であり，今後は災害現場活動のコンセプトを共有するため，現場救護訓練を消防機関との共同訓練の一貫としても位置づける必要がある。

2）　病院における医療救護活動

多数の負傷者に対する Triage，Treatment，Transportation を行うためには，指揮命令系統（Command & Control；本部と統括）をいち早く確立しなければならない。限られた情報とリソースの中で，情報伝達の確保（Communication），重症度に応じた負傷者選別（Triage），救護所或いは医療機関での応急処置（Treatment），負傷者搬送経路・後方搬送（Transportation）の確保などの一連の対応が円滑に流れるように手配する。本部・統括は CSCATTT のどの部分で医療救護活動が滞っているのか適宜評価し，必要に応じて医療資源を投入する。また，情報は本部・統括へ集約し，負傷者トレーシングも含めた情報管理を行う。災害時の DMAT の活動の基本は，災害医療の専門家として災害拠点病院の医療活動における CSCATTT の確立を支持することにより，当該医療機関の機能回復を図ることである。

今回の訓練では，初めて DMAT が被災地災害拠点病院に参集し，医療機関関係者の連携の下にヘリコプターによる広域後方搬送の手配が試みられた（図 4）。ただし，搬送された傷病者への対応が極めてスムースに行われたため，DMAT による病院支援における課題を抽出することはできなかった。実際

図 4　呉医療センター（被災地災害拠点病院）に参集した DMAT
（平成 21 年度集団災害医療救護訓練より）
参集拠点病院の対策本部と活動計画について調整を行っている DMAT。

の災害発生時には被災地医療機関は機能低下を来している一方で，多くの傷病者への対応を迫られることから，災害拠点病院としての機能を十分に果たせない可能性が高い。今後はこのような想定の下での訓練を行う必要があると考える。

今回，初めて被災地外の DMAT が現場訓練に参加する機会を得たが，指揮系統，消防機関との連携などいくつかの重要な課題が抽出された。従って今回の訓練はこれからの災害対応のあり方を模索し整備していく上で極めて有益な訓練であったと考える。また，DMAT が災害拠点病院へ参集しその機能を補助するという新しい試みも実施された。こうした訓練は今後の災害対応の更なるグレードアップに貢献するものと期待している。

広島県地域保健対策協議会 救急・災害医療体制検討専門委員会

委員長	谷川　攻一	広島大学病院高度救命救急センター
委　員	荒木　康之	広島県医師会
	市本　一正	広島市健康福祉局保健医療課
	石川　雅己	呉共済病院
	大谷　博正	広島市医師会
	大田　泰正	福山市医師会
	瀬浪　正樹	厚生連尾道総合病院
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	世良　昭彦	広島市立安佐市民病院
	内藤　博司	広島市立広島市民病院
	中尾　正和	厚生連廣島総合病院
	中川　五男	中国労災病院
	馬場　敏治	福山地区消防組合消防局
	檜谷　義美	広島県医師会
	廣橋　伸之	広島大学病院高度救命救急センター
	藤岡　泰博	広島赤十字・原爆病院
	藤間　裕二	広島県危機管理監消防保安課
	正岡　　亨	広島市医師会
	宮加谷靖介	呉医療センター救命救急センター
	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
	山田　信行	福山市民病院
	山野上敬夫	県立広島病院
	勇木　　清	東広島医療センター
	横矢　　仁	府中市立府中北市民病院
	渡辺　弘司	呉市医師会

脳卒中医療連携推進専門委員会

目　　次

脳 卒 中 医 療 連 携 推 進 専 門 委 員 会 報 告 書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．脳卒中の急性期医療連携

Ⅲ．脳卒中の急性期から回復期，維持期への
医療連携をわかりやすく家族患者に

Ⅳ．脳卒中地域連携クリティカルパスの改良

Ⅴ．展　　望

脳卒中医療連携推進専門委員会

（平成 21 年度）

脳 卒 中 医 療 連 携 推 進 専 門 委 員 会 報 告 書

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療連携推進専門委員会

委 員 長　松本　昌泰

Ⅰ．は　じ　め　に

片麻痺や失語，意識障害などで発症し，後遺症を残すことの多い脳卒中は，脳梗塞，脳内出血，くも膜下出血が含まれる。この内，最も頻度の多い脳梗塞はアテローム血栓性脳梗塞，ラクナ梗塞，心原性脳塞栓症の 3 病型に分けられる。脳梗塞は高血圧，糖尿病・脂質異常症などの代謝性疾患および心房細動などの不整脈が危険因子となり，前兆なく突然または一過性脳虚血発作（TIA）を前駆として発症する。脳梗塞超急性期に対する組織プラスミノーゲンアクチベーター（t-PA）による血栓溶解療法が本邦で使用可能となって既に 5 年が経過した。今日では，この治療が安全に行われ，同時に良好な転帰を得ていることから，できるだけ早く本法による治療が可能な医療機関に救急搬送するべき疾患であること，ただし，一般市民には発症時にさまざまな神経症状を示すことがまだ十分には理解されていないため医療機関受診が遅れること，初期症状出現時に家族など患者周囲がすみやかに救急隊に連絡し専門の急性期医療機関へ受診させることを一般市民への啓発事業として積極的に活動してきた（図 1）。また，世界脳卒中機構（World Stroke Organization）でも，ケープタウンでの会議で World Stroke Day を毎年 10 月 29 日に定め，本年のキャンペーンでは，「脳卒中は，世界で 2 秒に 1 人発症し，6 秒ごとにその 1 人が亡くなり，全人口の 6 人に 1 人が脳卒中を生涯に一回は経験している非常に頻度が高く社会的に問題な疾病であるため，世界全体で脳卒中の啓発と予防，急性期治療と発症後のケアとサポート体制を整える必要がある」としている（図 2）。平成 21 年度には，多くの最新の臨床研究に基づき作成された脳卒中治療ガイドライン 2009（脳卒中合同ガイドライン作成委員会，協和企画，東京）が秋に上梓され（図 3），

図 1　社団法人日本脳卒中協会広島県支部主催「第 6 回広島脳卒中シンポジウム」

脳卒中の患者・家族を主体とした一般市民および医療・保健・福祉関係者約 300 名を集め，県医師会などの協賛を得て平成 21 年 12 月 12 日に広島国際会議場で，「脳卒中の症状，一過性脳虚血発作，再発予防」について多職種関係者による講演会が開催され，一般市民への啓発活動の一環とした。

脳卒中再発予防のための抗血栓療法や生活習慣病の管理を実地かかりつけ医が，新ガイドラインに準じて行えるように，各圏域地対協主催の教育講演会が行われた。このような活動を通じて，脳卒中専門医のみならず地域の実地医家が脳卒中再発予防を担う地域連携がより円滑に行える体制が整いつつある。

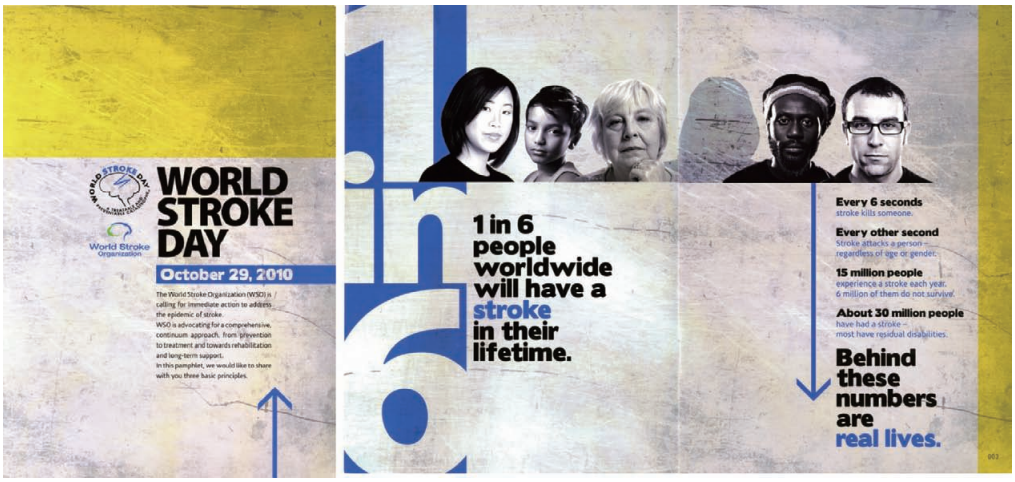


図２　World Stroke　Day　October 29, 2010.

World Stroke Organization より発行された一般市民向けのパンフレットから抜粋した。世界では６人のうち１人が生涯に一回は脳卒中を発症し，２秒ごとに１人が発症，６秒ごとに１人が死亡し，年間 1,500 万人が罹患し 600 万人が死亡している。しかし，この数字の裏には 3,000 万人が後遺症に苦しんで生きていることを表し，長期間のリハビリテーションや介護などの援助が続けられている。脳卒中発症予防，超急性期治療の重要性（Time lost is brain function lost.）などが案内されている（www.worldstrokecampaign.com）。

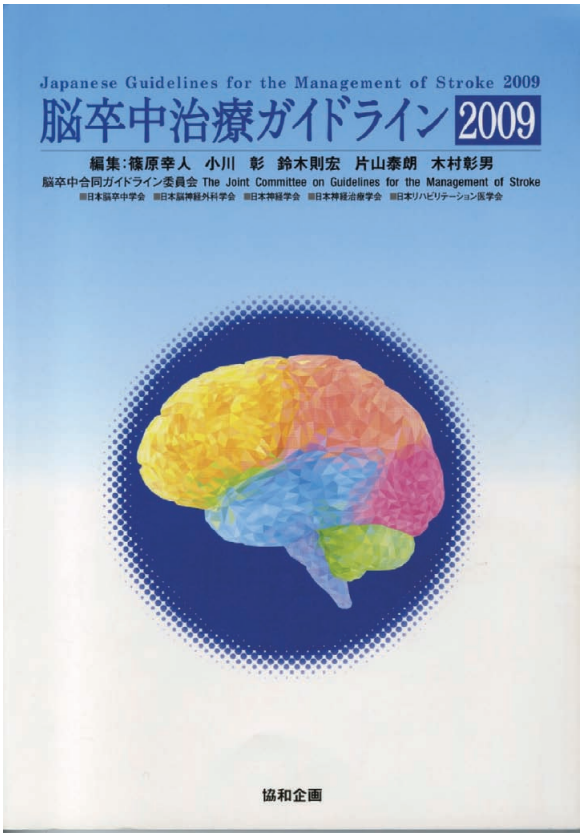


図３　脳卒中治療ガイドライン 2009

Ⅱ．　脳卒中の急性期医療連携

脳卒中発症直後の医療として，脳卒中の疑われる患者が発症後２時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できるべく，病院前救護体制の整備と並行して，広島大学病院救命救急センター主催の ISLS（Immediate Stroke Life Support）ファカルティ・デベロップメントおよび講習会がそれぞれ平成 22 年５月 16 日，11 月６日に県内で初めて開催予定となった。この講習会により脳卒中の症状をすみやかに判断し，発症２時間以内に搬送可能な場合，t-PA の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能な医療機関に搬送できるスタッフが育成される。また，同時に t-PA 適正使用講習会が日本脳卒中学会および日本脳卒中協会広島県支部の主催で平成 22 年 11 月６日に広島大学病院で開催予定となり，これから脳卒中の診療に加わる医師・看護師が最新知識の習得に役立つものとなる。

平成 22 年３月末において，県内では急性期救急医療として t-PA 静脈投与療法施設基準を満たし，患者来院後１時間以内に専門的な診察，検査，治療，特に脳梗塞に対して t-PA 治療が開始できる院内システムを有した 27 施設が日々の脳卒中救急医療を担うようになった。平成 21 年３月末までに既に県内では約 600 例以上の症例が t-PA 治療を受けてきた。また，発症３時間以降においても基本的治療が同様にすみやかに開始できるように急性期施設群は 30 病院５診療所となり，各圏域で急性期標準治療を行い，早期リハビリテーションを導入している。

急性期病院から，切れ目なき治療・リハビリテーション・家庭や社会復帰が行えるべく，医療連携可能な回復期病院および維持期施設の構築を継続し，

診療の流れと連携が円滑に行えるように，平成 22 年 4 月 1 日現在で急性期（t-PA）27 施設，急性期 35 施設，回復期病院 89 施設，維持期リハビリを有する 176 施設，在宅支援の維持期 220 施設が登録され，広島県のホームページに公表されている（http://www.pref.hiroshima.lg.jp/page/1209035286663/index.html）。

Ⅲ．　脳卒中の急性期から回復期，維持期への医療連携をわかりやすく家族患者に

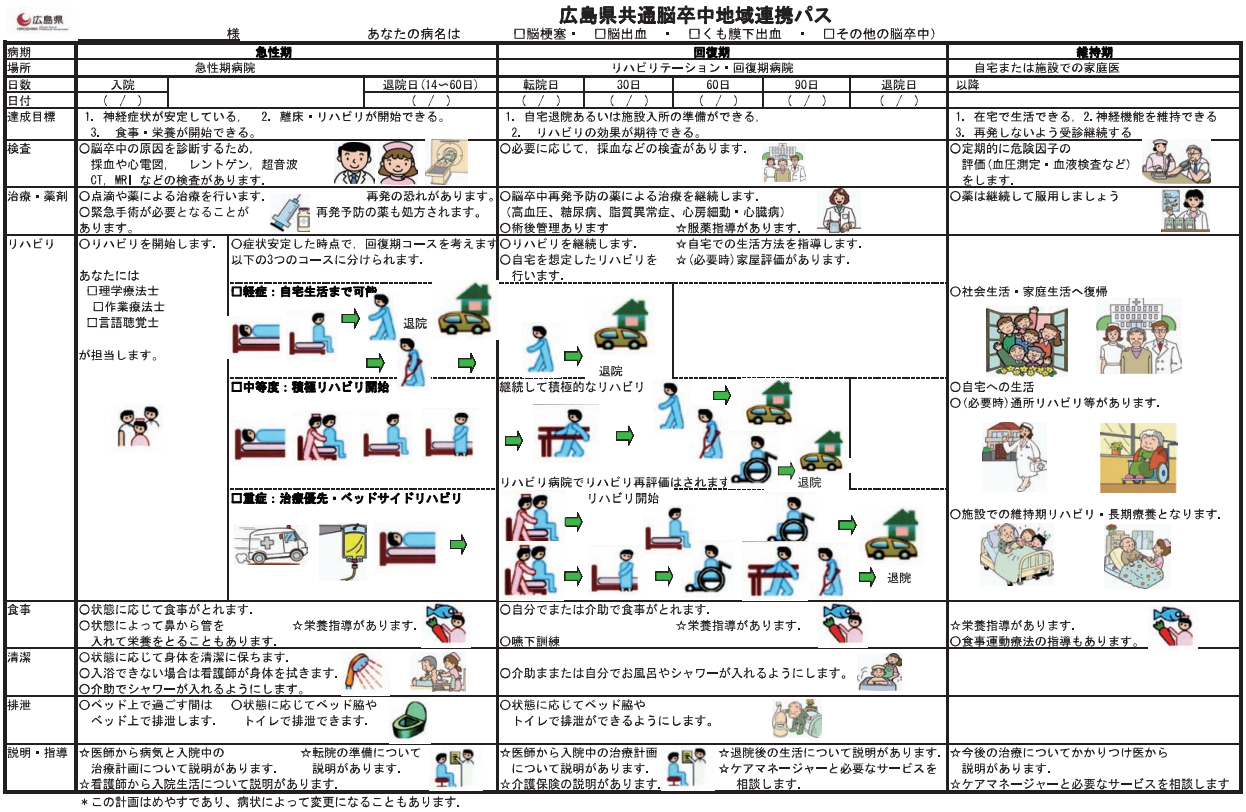
以上のように県内で非常に多くの医療機関が連携して，急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し，異なる医療機関において必要な治療を受けることができるように，県内医療機関で共有して用いる地域連携脳卒中パスが必要と提案された。診療にあたる複数の医療機関が，役割分担を含め，あらかじめ診療内容を患者に提示説明することにより，患者が不安なく地域内での医療，圏域を超えて県内どこでも，さらに他県施設での医療を切れ目なく連携して受けることが可能になると思われる。

Ⅳ．　脳卒中地域連携クリティカルパスの改良

県内共通脳卒中地域連携パスを試作・運用するべく，平成 21 年 8 月 6 日，脳卒中医療連携推進専門委員会平成 21 年度第 1 回が開催され，広島市内，安佐地区，呉圏域，尾三圏域，福山・府中圏域，広島中央，備北圏域における脳卒中医療およびその連携の現状が報告され，連携推進の方向性について協議が開始された。

21 年度の取り組みについて，連携パス試案を各地区・圏域ごとに実施することが決定された。試案を試用し，改善要望などの意見を汲み取り，さらにパスの改良を進めていく方針とした。その後，県全体の脳卒中医療のデータベース化を目指していくことが決められた。

この時点でパスの適用の主体である患者・家族のために患者用パスの作成を追加することが提案された。患者用パスの内容としては，施設ごとの診断過程，治療経過と目標（ゴール）などを診療計画として明示するものである。それにより，回復期や維持期病院では，患者家族がどのような状態で転院するのかを理解できる（図 4）。つまり，医療連携体制に



＊この計画はめやすであり、病状によって変更になることもあります。

図 4　家族患者向けの広島県共用脳卒中地域連携パス

家族患者向けの脳卒中の急性期治療，リハビリ，在宅への流れをわかりやすく示した。

基づく地域完結型医療のみならず県医療域を超えた切れ目のない医療が理解してもらえる。医療現場では，夜間休日などには圏域を超えて，また市内でも輪番制によるダイナミックな救急搬送がされていることから，再び自宅や家族，実家近くでのリハビリテーションや療養が可能となり脳卒中患者と家族の利便性を高めることできる。

平成 22 年 3 月 19 日第 2 回脳卒中医療連携推進専門委員会が開催され，各地区・圏域の取り組みについて各圏域委員より説明があり，パス試案の試用による改善予防による見直し作業が討議され，修正内容について説明された。また，平成 22 年度も引き続き県内共通パスの普及促進を図るとともに，県内共通パスのデータベース構築のためのモデル事業も提案され，モデル地区の選定，委託契約，構築に向けた検討や構築作業について議論された。

具体的見直し点であるが，急性期シートにおける発症前の情報を充実するべく，発症前介護度項目すなわち modified Rankin Scale Score の追加を行った。また脳神経障害評価として Japan Coma Scale，NIH Stroke Scale Score などの診察所見を医師が記載することを明記し，記載の役割分担を明確にした。全シートで，あいまいな高次脳機能障害要観察の項目を削除，排泄項目でトイレの状況を追加して選択できるようにした。回復期シートでは，介護保険項目の充実化，維持期シートでは，介護度，予定療養先，嚥下障害の項目を追加するとともに，現場でのマンパワー不足から正確な評価が困難と思われた FIM（functional independent measure）と Barthel Index を削除し簡便化をも進めた（図 5 ～10）。

Ⅴ．展　　望

今後，県内共通の“急性期病院入院治療，回復期リハビリテーション，診療所などでの維持期リハビリテーションなどといった医療連携体制の構築”や“地域連携パスの導入”により，高齢社会で年々増加する脳卒中患者の生命をひとりでも多く救い，後遺症を軽減し，社会や家庭への復帰を促進するものと考えられる。世界規模での経済のリセッションが医療の現場にも深く影を落としてはいるが，医療従事者は決して手を止めることなく，医療システムの改善のみならず，医療人の質と量の充実，それにより心から患者や家族を労わり，そして地域や国が負担する疾病の重荷を少しでも軽くすることができる。

患者名：	性別		発症前の状態　身長（　）cm
診断名：☐ 脳梗塞	生年月日：　　歳		mRs（　）　体重（　）kg
☐ 脳出血	患者住所：〒		食事（　）　移動能力（　）
☐ くも膜下出血	（　）		整容（　）　意思疎通（　）
発症日：（　）	電話番号：（　）　緊急連絡先：（　）		排泄（　）　認知症（　）
手術歴：（　）	職業：（　）		問題行動（　）
	キーパーソン：（　）　続柄（　）		
	主たる介護者：（　）　感染症（　）		

	急性期（施設名：　）	回復期（施設名：　）	維持期（施設名：　）
入院日 / 退院日	（　/　）	（　/　）	（　/　）
主治医 / 看護師	（　/　）	（　/　）	（　/　）
PT / OT / ST	（　/　/　）	（　/　/　）	（　/　/　）
MSW / ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	（　/　）	（　/　－）	（　/　）
合併症	☐ 脳卒中再発,神経症状悪化　☐ 肺炎 ☐ 転倒転落　☐ 心不全　☐ 褥創 ☐ 尿路感染（　）	☐ 脳卒中再発,神経症状悪化　☐ 肺炎 ☐ 転倒転落　☐ 心不全　☐ 褥創 ☐ 尿路感染（　）	☐ 脳卒中再発,神経症状悪化　☐ 肺炎 ☐ 転倒転落　☐ 心不全　☐ 褥創 ☐ 尿路感染（　）
基礎疾患	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 高脂血症 ☐ 心房細動　☐ 心疾患 （　）	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 高脂血症 ☐ 心房細動　☐ 心疾患 （　）	☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 高脂血症 ☐ 心房細動　☐ 心疾患 （　）
治療の継続	☐ 頭部CTまたはMRI ☐ 胸部Xp　☐ 血液検査 ☐ 降圧薬　☐ 糖尿病薬（　） ☐ 脂質低下薬　☐ 抗血小板薬　☐ 抗けいれん薬 ☐ 抗凝固薬　INR目標値（　） ☐ 水頭症　☐ ｼｬﾝﾄ　☐ 気管切開管理 ☐ 胃管管理　☐ 胃ろう管理　☐ 褥創管理 ☐ 入院中の関連科受診 ☐ 眼科　☐ 皮膚科　☐ 歯科　☐ 耳鼻科 ☐ その他（　） 担当医（　） ☐ 継続治療の必要性	☐ 降圧薬　☐ 糖尿病薬（　） ☐ 脂質低下薬　☐ 抗血小板薬　☐ 抗けいれん薬 ☐ 抗凝固薬　INR目標値（　） ☐ 水頭症　☐ ｼｬﾝﾄ　☐ 気管切開管理 ☐ 胃管管理　☐ 胃ろう管理　☐ 褥創管理 ☐ 入院中の関連科受診 ☐ 眼科　☐ 皮膚科　☐ 歯科　☐ 耳鼻科 ☐ その他（　） 担当医（　） ☐ 継続治療の必要性	☐ 降圧薬　☐ 糖尿病薬（　） ☐ 脂質低下薬　☐ 抗血小板薬　☐ 抗けいれん薬 ☐ 抗凝固薬　INR目標値（　） ☐ 水頭症　☐ ｼｬﾝﾄ　☐ 気管切開管理 ☐ 胃管管理　☐ 胃ろう管理　☐ 褥創管理 ☐ 入院中の関連科受診 ☐ 眼科　☐ 皮膚科　☐ 歯科　☐ 耳鼻科 ☐ その他（　） 担当医（　） ☐ 継続治療の必要性
治療の目標と結果（地域連携ﾊﾟｽｺｰｽ説明）	［目　標］一般状態の安定化、早期離床 ADL獲得 ［結果と対応］	［目　標］日常生活能力の拡大、社会復帰 ［結果と対応］	［目　標］・ADL拡大と維持、再発防止 ［結果と対応］

図５　広島県共用脳卒中地域連携オーバービューパス
（合併症・基礎疾患・治療の継続・治療の目標と結果）

患者名：	性別		発症前の状態　身長（　）cm
診断名：☐ 脳梗塞	生年月日：　　歳		mRs（　）　体重（　）kg
☐ 脳出血	患者住所：〒		食事（　）　移動能力（　）
☐ くも膜下出血	（　）		整容（　）　意思疎通（　）
発症日：（　）	電話番号：（　）　緊急連絡先：（　）		排泄（　）　認知症（　）
手術歴：（　）	職業：（　）		問題行動（　）
	キーパーソン：（　）　続柄（　）		
	主たる介護者：（　）　感染症（　）		

	急性期（施設名：　）	回復期（施設名：　）	維持期（施設名：　）
入院日 / 退院日	（　/　）	（　/　）	（　/　）
主治医 / 看護師	（　/　）	（　/　）	（　/　）
PT / OT / ST	（　/　/　）	（　/　/　）	（　/　/　）
MSW / ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ	（　/　）	（　/　－）	（　/　）
障害評価	（1ヶ月目または急性期退院時に評価） 意識:JCS　NIHSS　FIM（　/126） mRs　Barthel Index　/100 運動麻痺（　） MMT（右上肢:　右下肢:　） MMT（左上肢:　左下肢:　） Br.Stage（右上肢:　右手指　右下肢　） Br.Stage（左上肢:　左手指　左下肢　） ☐ 運動失調 ☐ 知覚障害（　）→（　） ☐ 高次脳機能障害（　） ☐ 失語 →（　） ☐ 構音障害（　）☐ 嚥下障害 ☐ 神経因性膀胱 →☐ 尿カテーテル	（発症6ヶ月目または回復期退院時に評価） 障害老人の日常生活自立度　FIM（　/126） mRs　Barthel Index　/100 認知症老人の日常生活自立度 運動麻痺（　） MMT（右上肢:0　右下肢:　） MMT（左上肢:　左下肢:　） Br.Stage（右上肢:　右手指　右下肢　） Br.Stage（左上肢:　左手指　左下肢　） ☐ 運動失調 ☐ 知覚障害（　）→（　） ☐ 高次脳機能障害（　） ☐ 失語 →（　） ☐ 構音障害（　）☐ 嚥下障害 ☐ 神経因性膀胱 →☐ 尿カテーテル	（発症1年目に評価） 障害老人の日常生活自立度　FIM（　/126） mRs　Barthel Index　/100 認知症老人の日常生活自立度 ☐ 高次脳機能障害（　） 主治医評価 リハｽﾀｯﾌ
日常生活評価	退院時（　/　19）点	退院時（　/　19）点	退院時（　/　19）点
・床上安静の指示 ・手を胸元まで持ち上げられる ・寝　返　り ・起き上がり ・坐位保持 ・移　　乗 ・移動方法 ・口腔ケア ・食事摂取 ・衣服着脱 ・伝　　達 ・診療・療養上の指示が通じる ・危険行動			

図６　広島県共用脳卒中地域連携オーバービューパス
（障害評価・日常生活評価）

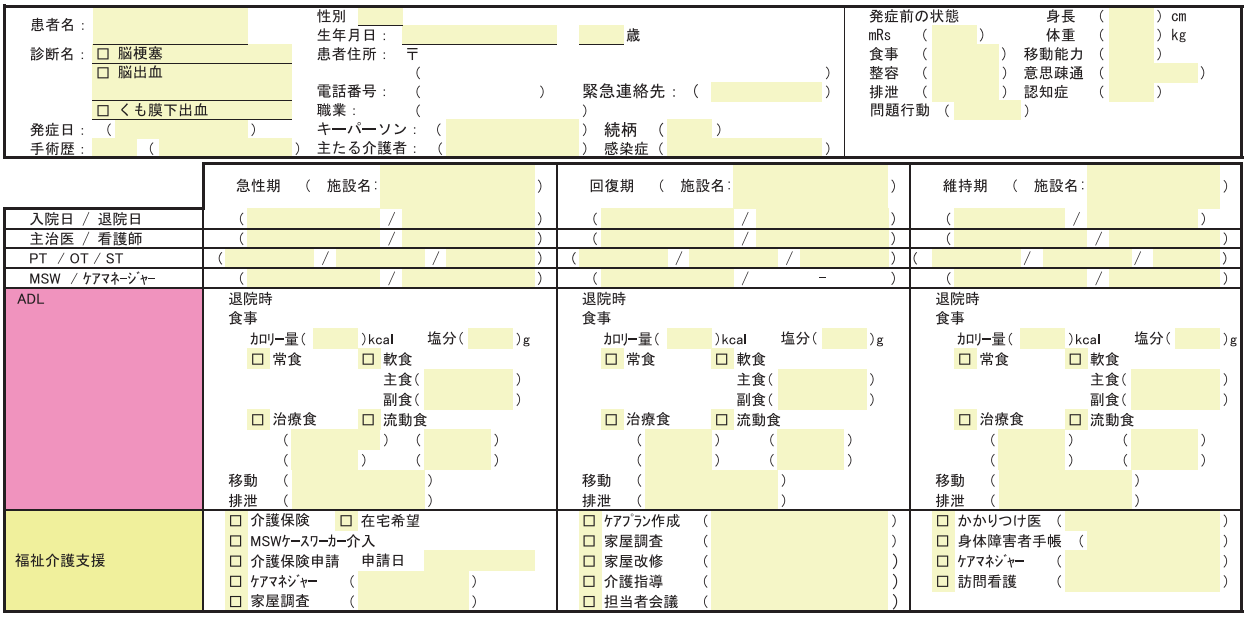


図 7　広島県共用脳卒中地域連携オーバービューパス
（ADL・福祉介護支援）

図 5～10　広島県共用脳卒中地域連携パス・オーバービューパス

急性期，回復期，維持期の各施設が，医療情報を受け，また申し送りを行い，全体像をひと目でわかるようにした。図 5 で示すシートでは，主治医が，合併症，基礎疾患，治療の継続，目標と結果を記載する。図 6 で示すシートでは，医師やリハスタッフが障害評価を記載，看護師が日常生活評価を記載する。図 7 で示すシートでは看護師が退院時の食事，移動，排泄のまとめを記載，福祉介護支援との連携状況を記載する。図 8 では急性期病院が担当するシート，図 9 では回復期病院が記載するシート，図 10 では維持期病院や施設，介護ナースステーションや外来診療所が記入するシートを示し，多職種が担当部分の項目を記載する。

パスの概説を行う。脳卒中の病型分類（脳梗塞の分類，脳出血やくも膜出血），合併症（再発，症状悪化，肺炎，転落転倒，心不全，褥創，尿路感染症），脳卒中を発症せしめた基礎疾患（高血圧，糖尿病，脂質異常症，不整脈，心疾患），治療として降圧薬，糖尿病薬，脂質降下薬，抗血栓薬や抗てんかん薬，水頭症に対するシャント術，気管切開，胃管・胃ろう管理，また入院中の関連科の受診の有無を主治医が記載し，継続治療の必要性を申し送るようになっている。また，治療の目標設定とその結果が記載される。これらの治療がいつから開始され，いつまで継続し，どの時点でどのような状態でゴールとして中止されたのかを情報として得ることにより，スムーズに連携できる。さらに専門的な治療に対するコメントとして，脳梗塞に対しては，血液の血小板や凝固因子を抑制する抗血栓療法の選択とその強度設定，高血圧に対して降圧療法の開始時期や目標血圧設定，脂質異常症や糖尿病に対する食事運動指導に加え薬物療法の処方について記載できる。不整脈や心臓病に対する循環器内科との連携治療も可能である。また，くも膜下出血や脳内出血に対しては外科的治療が施され，術後の管理の注意点申し送り事項として外科医が自由に記載できる。

次に，脳卒中による障害評価として主治医とリハスタッフが協力して，意識レベル，運動麻痺や失調，感覚障害，失語・失行・失認，嚥下・構音障害の有無を記載する。維持期には，介護保険申請と共通の指標として障害老人および認知症老人の日常生活自立度を記載し，機能障害評価として，リハビリテーションにおける共通指標 mRS（modified Rankin Scale），FIM（Functional Independent Measure），Barthel index として記載できる。

また，看護師が日常生活評価を行い，移乗・移動能力，食事（特にその内容と熱量），排泄（トイレ，おむつ，カテーテルなど），および意思伝達などを記載し，19 点を総点として点数化する。発症 1 年目の機能回復（起き上がり，座位保持，移乗，歩行における介助の程度，食事や口腔ケア，会話による意思伝達，危険行為の有無など）がひと目でわかり，急性期病院へのフィードバックが容易となり，連携施設間で要求される年 3 回の会議にも有用な評価項目である。

福祉介護支援スタッフは，在宅希望者に対する家屋調査，介護指導の実施，かかりつけ医やケアマネージャーの設定，訪問看護やリハビリ継続への支援，必要な事例ではケースワーカーの介入，また行政サービスである介護保険や身体障害者手帳への申請について記載する。患者にとっても，漏れなく介護の情報を得ることができる利点がある。このように，医師による専門的治療，看護師による介護，リハビリテーション（運動，作業療法，言語療法）の進行程度，在宅医療への一連の連携への手続きは，各患者の機能回復による社会や家庭復帰に非常に重要であり，患者ごとのエビデンスに基づきかつテーラーメイドの治療とケアが提供可能となる。

患者ID：　　生年月日：　　年　月　日　　発症日：H　年　月　日
患者氏名：　　様　性別：　　年齢：　歳　　入院日：H　年　月　日
医療機関名：　　退院日：H　年　月　日

主治医：　　理学療法士：　　作業療法士：　　言語聴覚士：
看護師：　　MSW：
発症前mRS：（　）　感染症（　）

経過 / 項目	発症～２ヶ月（急性期）
診断・合併症（主治医）	脳梗塞（○なし ○あり）（□ﾗｸﾅ □ｱﾃﾛｰﾑ血栓 □心原性 □その他 □原因不明） 脳出血（○なし ○あり）（□被殻 □視床 □小脳 □脳幹 □皮質下） くも膜下出血（○なし ○あり）　手術（○なし ○あり）　手術日：H　年　月　日 脳卒中再発，神経症状悪化（○なし ○あり）　肺炎（○なし ○あり）　転倒・転落（○なし ○あり） 心不全（○なし ○あり）　褥創（○なし ○あり）　尿路感染（○なし ○あり） その他（　）
基礎疾患（主治医）	高血圧（○なし ○あり）　糖尿病（○なし ○あり） 高脂血症（○なし ○あり）　心房細動（○なし ○あり） 心疾患（○なし ○あり）　その他（　）
治療の継続（主治医）	頭部CTまたはMRI（○なし ○あり）　胸部Xp（○なし ○あり）　血液検査（○なし ○あり） 降圧薬（○なし ○あり）　糖尿病薬（○なし ○内服 ○ｲﾝｽﾘﾝ）　脂質低下薬（○なし ○あり） 抗血小板薬（○なし ○あり）　抗凝固薬（○なし ○あり）（INR目標値：　） 抗けいれん薬（○なし ○あり） 水頭症（○なし ○あり）→ ｼｬﾝﾄ（○なし ○あり）　気管切開管理（○なし ○あり） 胃管管理（○なし ○あり）　胃ろう管理（○なし ○あり）　褥瘡管理（○なし ○あり） 入院中の関連科受診（○なし ○あり）　□眼科 □皮膚科 □歯科 □耳鼻科 □その他（　） → 担当医（　）　継続治療の必要性（○なし ○あり）
治療の目標と結果（主治医）	［目　標］・一般状態の安定化、早期離床、ADL獲得 ［結果と対応　○A 自宅生活可能なまでの改善 → かかりつけ医へ情報提供、ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成 ○B 継続して積極的なリハビリが必要 → 回復期リハビリへの連携 ○C リハビリ継続の適応がない → 長期療養の場の検討
障害評価（主治医）（ﾘﾊｽﾀｯﾌ）	（1ヶ月目または急性期退院時に評価） 意識：JCS（○0 ○1 ○2 ○3 ○10 ○20 ○30 ○100 ○200 ○300） 重症度：NIHSS（　）　mRs（　）　Barthel Index（　/100）　FIM（　/126） 運動麻痺：（○なし ○右 ○左 ○両側） MMT（右上肢：　右下肢：　左上肢：　左下肢：　） Br.stage（右上肢：　右手指：　右下肢：　左上肢：　左手指：　左下肢：　） 運動失調：（○なし ○あり） 知覚障害：（○なし ○右側 ○左側）→（○脱失 ○鈍麻 ○異常感覚） 高次脳機能障害（記憶障害、失行失認など）（○なし ○あり ○要観察） 失語：（○なし ○あり）→（○運動性 ○感覚性 ○全失語） 構音障害：（○なし ○軽度 ○重度） 嚥下障害：（○なし ○あり） 神経因性膀胱（○なし ○あり）→ 尿カテーテル（○なし ○あり）
日常生活評価（看護師）	発症前の状態 身長（　）cm 体重（　）kg ・食事（　） ・移動能力（　） ・整容（　） ・排泄（　） ・意思疎通（　） ・認知症（　） ・問題行動（　） 急性期退院時 ・食事 ｶﾛﾘｰ量（　）Kcal 塩分（　）g □常食 □軟食　主食（　） 副食（　） □治療食（　） （　） □流動食（　） （○経管 ○胃ろう） ・移動（　） ・排泄 （　） 急性期退院時 ・床上安静の指示（○なし ○あり） ・手を胸元まで持ち上げられる（○できる ○できない） ・寝返り（○できる ○何かにつかまればできる ○できない） ・起き上がり（○できる ○できない） ・坐位保持（○できる ○支えがあればできる ○できない） ・移乗（○できる ○見守りや一部介助が必要 ○できない） ・移動方法（○介助を要しない移動 ○介助を要する移動） ・口腔ケア（○できる ○一部介助 ○できない） ・食事摂取（○介助なし ○一部介助 ○全介助） ・衣服着脱（○介助なし ○一部介助 ○全介助） ・伝達（○できる ○できる時とできない時がある ○できない） ・診療・療養上の指示が通じる（○はい ○いいえ） ・危険行動（○なし ○あり） 合計点 ＝ 0 ／ 19
福祉介護支援（MSW，看護師）	介護保険（○なし ○あり）　在宅希望（○なし ○あり）　MSWｹｰｽﾜｰｶｰ介入（○なし ○あり） □介護保険申請　申請年月日：H　年　月　日 ｷｰﾊﾟｰｿﾝ（　）　続柄（　）　主たる介護者（　） 緊急連絡先（　） □ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ（　） □家屋調査（　）

*** このパスは完成しています ****

図８　広島県共用脳卒中地域連携パス（急性期）

患者ID： 生年月日： 年 月 日 発症日： H 年 月 日
患者氏名： 様 性別： 年齢： 歳 入院日： H 年 月 日
医療機関名： 退院日： H 年 月 日

主治医： 理学療法士： 作業療法士： 言語聴覚士：
看護師： MSW：

発症前mRS： （ ） 感 染 症 （ ）

経過 / 項目	２週～６ヶ月（回復期）
合併症（主治医）	脳卒中再発，神経症状悪化 （ ○なし ○あり ） 肺炎（ ○なし ○あり ） 転倒・転落（ ○なし ○あり ） 心不全 （ ○なし ○あり ） 褥創 （ ○なし ○あり ） 尿路感染 （ ○なし ○あり ） その他（ ）
基礎疾患（主治医）	高 血 圧 （ ○なし ○あり ） 糖 尿 病 （ ○なし ○あり ） 高脂血症 （ ○なし ○あり ） 心房細動 （ ○なし ○あり ） 心 疾 患 （ ○なし ○あり ） そ の 他 （ ）
治療の継続（主治医）	降圧薬 （ ○なし ○あり ） 糖尿病薬 （ ○なし ○内服 ○インスリン） 脂質低下薬 （ ○なし ○あり ） 抗血小板薬 （ ○なし ○あり ） 抗凝固薬 （ ○なし ○あり ） （INR目標値： ） 抗けいれん薬 （ ○なし ○あり ） 水頭症 （ ○なし ○あり ） → ｼｬﾝﾄ（ ○なし ○あり ） 気管切開管理（ ○なし ○あり ） 胃管管理 （ ○なし ○あり ） 胃ろう管理（ ○なし ○あり ） 褥瘡管理 （ ○なし ○あり ） 入院中の関連科受診（ ○なし ○あり ） □眼科 □皮膚科 □歯科 □耳鼻科 □その他（ ） → 担当医（ ） 継続治療の必要性（ ○なし ○あり ）
治療の目標と結果（主治医）	［目 標］・日常生活能力の拡大、社会復帰 ［結果と対応］ ○A 自宅生活可能なまでの改善 → ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成、かかりつけ医へ情報提供 ○B 介護サービス下でも自宅生活困難 → 介護保健施設等への連携 ○C 機能改善乏しく、継続した医療行為が必要 → 療養型病床への連携
障害評価（主治医）（ﾘﾊｽﾀｯﾌ）	（発症６ヶ月目または回復期退院時に評価） 障害老人の日常生活自立度 （ ） FIM（ /126 ） Barthel Index（ /100 ） 認知症老人の日常生活自立度（ ） mRs（ ） 運動麻痺：（ ○なし ○右 ○左 ○両側 ） MMT（右上肢： 右下肢： 左上肢： 左下肢： ） Br,stage（右上肢： 右手指： 右下肢： 左上肢： 左手指： 左下肢： ） 運動失調：（ ○なし ○あり ） 知覚障害：（ ○なし ○右側 ○左側 ） →（ ○脱失 ○鈍麻 ○異常感覚 ） 高次脳機能障害（記憶障害、失行失認など（ ○なし ○あり ○要観察 ） 失 語：（ ○なし ○あり ） →（ ○運動性 ○感覚性 ○全失語 ） 構音障害：（ ○なし ○軽度 ○重度 ） 嚥下障害：（ ○なし ○あり ） 神経因性膀胱（ ○なし ○あり ） → 尿カテーテル（ ○なし ○あり ）
日常生活評価（看護師）	回復期退院時 ・床上安静の指示（ ○なし ○あり ） ・手を胸元まで持ち上げられる（ ○できる ○できない ） ・寝 返 り（ ○できる ○何かにつかまればできる ○できない ） ・起き上がり（ ○できる ○できない ） ・坐位保持（ ○できる ○支えがあればできる ○できない ） ・移 乗（ ○できる ○見守りや一部介助が必要 ○できない ） ・移動方法（ ○介助を要しない移動 ○介助を要する移動 ） ・口腔ケア（ ○できる ○一部介助 ○できない ） ・食事摂取（ ○介助なし ○一部介助 ○全介助 ） ・衣服着脱（ ○介助なし ○一部介助 ○全介助 ） ・伝 達（ ○できる ○できる時とできない時がある ○できない ） ・診療・療養上の指示が通じる（ ○はい ○いいえ ） ・危険行動（ ○なし ○あり ） 合計点 ＝ 0 ／ 19 ・移動 （ ○自立歩行 ○杖歩行 ○伝い歩き ○車椅子） ・食 事 ｶﾛﾘｰ量（ ）Kcal 塩分（ ）g □常食 □軟食 主食（ ） 副食（ ） □治療食 （ ○高血圧 ○糖尿病 ○肝臓 ○腎臓 ○その他 ） （ ） □流動食（ ） （ ○経管 ○胃ろう ） ・排 泄 （ ○ﾄｲﾚ ○ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ ○おむつ ○ｶﾃｰﾃﾙ ）
福祉介護支援（MSW，看護師）	□ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成（ ） □家屋調査（ ） □家屋改修（ ） □介護指導（ ） □担当者会議（ ）

*** このパスは完成しています ****

図９　広島県共用脳卒中地域連携パス（回復期）

患者ID： 生年月日： 年 月 日 発症日： H 年 月 日
患者氏名： 様 性別： 年齢： 歳 初診日： H 年 月 日
施設名： 完了日： H 年 月 日

主治医： 理学療法士： 作業療法士： 言語聴覚士：
看護師： MSW：

発症前mRS： （ ） 感 染 症 （ ）

経過／項目	６ヶ月以降（ 回復期→維持期 ）
合併症（主治医）	脳卒中再発，神経症状悪化 （ ○なし ○あり ） 肺炎 （ ○なし ○あり ） 転倒・転落 （ ○なし ○あり ） 心不全 （ ○なし ○あり ） 褥創 （ ○なし ○あり ） 尿路感染 （ ○なし ○あり ） その他 （ ）
基礎疾患（主治医）	高 血 圧 （ ○なし ○あり ） 糖 尿 病 （ ○なし ○あり ） 高脂血症 （ ○なし ○あり ） 心房細動 （ ○なし ○あり ） 心 疾 患 （ ○なし ○あり ） そ の 他 （ ）
治療の継続（主治医）	降圧薬 （ ○なし ○あり ） 糖尿病薬 （ ○なし ○内服 ○インスリン ） 脂質低下薬 （ ○なし ○あり ） 抗血小板薬 （ ○なし ○あり ） 抗凝固薬 （ ○なし ○あり ） （INR目標値： ） 抗けいれん薬 （ ○なし ○あり ） 水頭症 （ ○なし ○あり ） → ｼｬﾝﾄ （ ○なし ○あり ） 気管切開管理 （ ○なし ○あり ） 胃管管理 （ ○なし ○あり ） 胃ろう管理 （ ○なし ○あり ） 褥瘡管理 （ ○なし ○あり ） 入院中の関連科受診 （ ○なし ○あり ） □眼科 □皮膚科 □歯科 □耳鼻科 □その他 （ ） → 担当医（ ） 継続治療の必要性 （ ○なし ○あり ）
治療の目標と結果（主治医）	［目 標］・ADL拡大と維持、再発防止 ［結果と対応］ ○A 自宅生活可能なまでの改善 → ｹｱﾌﾟﾗﾝ作成、かかりつけ医へ情報提供 ○B ADLの低下 → ｹｱﾌﾟﾗﾝ変更、ﾘﾊﾋﾞﾘ施設等への連携 コメント
障害評価（主治医）（ﾘﾊｽﾀｯﾌ）	（発症１年目 に評価） 障害老人の日常生活自立度 （ ） 高次脳機能障害（記憶障害、失行失認など）（ ○なし ○あり ○要観察 ） 認知症老人の日常生活自立度 （ ） mRs（ ） FIM（ /126） Barthel Index（ /100 ） 主治医評価： ﾘﾊｽﾀｯﾌ：
日常生活評価（看護師）	発症一年目 ・床上安静の指示 （ ○なし ○あり ） ・手を胸元まで持ち上げられる （ ○できる ○できない ） ・寝 返 り （ ○できる ○何かにつかまればできる ○できない ） ・起き上がり （ ○できる ○できない ） ・坐位保持 （ ○できる ○支えがあればできる ○できない ） ・移 乗 （ ○できる ○見守りや一部介助が必要 ○できない ） ・移動方法 （ ○介助を要しない移動 ○介助を要する移動 ） ・口腔ケア （ ○できる ○一部介助 ○できない ） ・食事摂取 （ ○介助なし ○一部介助 ○全介助 ） ・衣服着脱 （ ○介助なし ○一部介助 ○全介助 ） ・伝 達 （ ○できる ○できる時とできない時がある ○できない ） ・診療・療養上の指示が通じる （ ○はい ○いいえ ） ・危険行動 （ ○なし ○あり ） 合計点 ＝ 0 ／ 19 ・移動 （ ○自立歩行 ○杖歩行 ○伝い歩き ○車椅子 ） ・食 事 ｶﾛﾘｰ量 （ ） Kcal 塩分 （ ） g □常食 □軟食 主食 （ ） 副食 （ ） □治療食 （ ○高血圧 ○糖尿病 ○肝臓 ○腎臓 ○その他 ） （ ） □流動食 （ ） （ ○経管 ○胃ろう ） ・排 泄 （ ○ﾄｲﾚ ○ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ ○おむつ ○ｶﾃｰﾃﾙ ）
福祉介護支援（MSW，看護師）	□かかりつけ医 （ ） □身体障害者手帳申請 （ ） □ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ （ ） ｷｰﾊﾟｰｿﾝ（ ） 続柄 （ ） □訪問看護 （ ） 緊急連絡先 （ ）

図 10　広島県共用脳卒中地域連携パス（維持期）

広島県地域保健対策協議会 脳卒中医療連携推進専門委員会

委員長	松本　昌泰	広島大学大学院病態探究医科学
委　員	阿部　直美	広島県看護協会
	磯部　尚幸	市立三次中央病院
	市本　一正	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	大田　泰正	脳神経センター大田記念病院
	沖田　一彦	広島県理学療法士会
	加世田ゆみ子	広島市総合リハビリテーションセンター
	木矢　克造	県立広島病院
	栗栖　薫	広島大学大学院先進医療開発科学講座
	黒木　一彦	厚生連廣島総合病院
	小島　隆	広島県歯科医師会
	高木　節	広島県作業療法士会
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	豊田　章宏	中国労災病院
	野村　栄一	翠清会梶川病院
	林　拓男	公立みつぎ総合病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	堀江　正憲	広島県医師会
	丸石　正治	広島県立障害者リハビリテーションセンター
	森下　浩子	広島県介護支援専門員協会
	山下　拓史	広島市立安佐市民病院
	山田　敦夫	国立病院機構呉医療センター
	勇木　清	国立病院機構東広島医療センター

（五十音順）

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会

目　　次

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会報告書

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

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会

（平成 21 年度）

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会
委 員 長　木原　康樹

Ⅰ．緒　　言

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

このうち，急性心筋梗塞の地域連携推進については，広島県地域保健対策協議会において，平成 20 年度急性心筋梗塞医療連携推進ワーキンググループ（松村誠委員長）が組織され，3 回の協議を経てその概要が形成された。平成 21 年度においては，松村 WG は医療連携推進専門委員会に組織として昇格し，広島大学循環器内科学教授 木原康樹が委員長となり，前年度の成果をさらに具体化することによって，広島県全域の住民の健康と安心を提供すべく，活動を行った。

Ⅱ．目　　的

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

Ⅲ．協議日程および概略

第 1 回急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会協議
（平成 21 年 12 月 21 日）
- 「急性心筋梗塞」の診療の流れと連携についての協議，承認
- 「急性心筋梗塞」の診療を担当する施設の必要機能要件の再検討
- 「急性心筋梗塞」担当医療機関の適切性についての再検討
- 心筋梗塞地域連携パス小委員会にて作成された素案についての検討

第 2 回急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会協議
（平成 22 年 3 月 8 日）
- 施設基準改定後の「急性心筋梗塞」担当医療機関の適切性についての再検討・承認
- 心筋梗塞地域連携パス小委員会にて作成された素案についての協議・承認
- 急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの実施モデル地域の選定

第 1 回心筋梗塞地域連携パス小委員会
（平成 21 年 5 月 25 日）
- 各地域で現在施行されているパスの評価
- 広島県域を網羅できる素案作成についての協議

第 2 回心筋梗塞地域連携パス小委員会
（平成 21 年 10 月 8 日）
- 広島県域を網羅できる素案の決定
- 広島県域を網羅できるパス素案の実地評価についての協議

Ⅳ．協　議　結　果

1.　急性心筋梗塞の医療連携の在り方について

平成 20 年度松村ワーキンググループにおいて協議・決定された急性心筋梗塞医療連携の全体像につ

いては基本的にそれを継承していくことで全委員の一致をみた。すなわち急性心筋梗塞診療の流れについては，「急性期（救急医療）」「急性期心臓リハビリテーション」「回復期心臓リハビリテーション」「再発予防（慢性期診療）」に分類した。

一方，手上げ調査の結果を検討すると，1)「急性期（救急医療）」担当機関と「急性期心臓リハビリテーション」とはほぼ一致しており，この2者は現状においては同一の施設で医療を継続遂行せざるを得ないと考えられた。またそれに該当する医療施設の県内地域の偏在が大きな問題であることも指摘された。「回復期心臓リハビリテーション」は，運動療法・食事療法のリハビリテーション，再発予防治療，急性増悪時の対応，患者・家族などへの対応をさすが，その施設も偏在しておりとりわけ広島市内を除く地域においては十分に体制の整備がされていない状況が示された。「再発予防」は，在宅など療養であり，再発予防治療，電気的除細動など急性増悪時対応，基礎疾患・危険因子の管理，生活機能の維持向上リハビリ，居宅介護サービスの調整などをさす。このような機能を備え患者の急変時対応を確保する目的から，電気除細動器あるいはAEDの設置を必要要件に加える改訂を行った。

改訂された施設要件に沿って再度施設の申請を受け付け，第2回委員会にて協議の上，決定した。一部の入院設備のない施設より「急性期機関」としての申請があったが，状況を勘案し，それを却下した。結果を広島県ホームページ（広島県保健医療計画における「急性心筋梗塞」に係る医療連携体制）に公表した。なお，不足している「回復期リハビリテーション」施設数を増加させるためには，脳血管疾患リハビリテーション認定に関する施設基準を緩和（1および2を含める）することである程度の対応が可能ではないかとの意見が一部委員よりあり，今後の検討課題とした（資料1，2，3）。

2.　急性心筋梗塞後地域連携パスについて

急性心筋梗塞の医療体制を，「予防」「救護」「急性期」「回復期」「再発予防」に分類し，それぞれの機能を定めた訳であるが，それら医療機関間を患者が疾病病期に沿って安心して移動し，次第に本人の生活圏において充実した医療と疾病再発防止策を提供していくためには，医療機関相互において情報の共有が不可欠である。また患者の病状によっては，一方向的な流れではなく，再度急性期病院に紹介を要したり，定期的な管理を基幹病院が行い指導したりしていかなければならない例も多々あることが想像される。このような目的に合致し，県下の多くの診療機関において汎用性高く活用することができる心筋梗塞パスブックレット（患者が所有し医療機関間で相互に記載されるカルテ）の開発・策定をパス小委員会中心に進めた。概要としては，

1）患者が保管し，各レベルの診療・リハビリ機関の受診に際して持参・持ち運びが簡便であること。
2）初期急性期の診断・治療内容が一目瞭然として理解されること。
3）慢性期心筋梗塞患者の評価項目の最低限網羅していること。
4）主治医が記載に際して負担を感じない程度の内容に止めること。
5）患者の栄養管理・運動許容レベルなど，日常生活の指標を盛り込み，患者自身も活用できるものであること。

などの項目に留意した。

B5版の冊子形式とすることにしたが，今後県の予算が得られれば，より装丁の良いものへと改良することとした。また，作成した「心筋梗塞パスブックレット」を実際に使用しその効用を評価することが重要と考え，尾道地区をその活用モデル地域とすることに決定し，実施を開始した（資料4）。

Ⅴ．総　　括

4疾病5事業のうち，急性心筋梗塞に関する協議として広島県地域保健対策協議会の平成20年度急性心筋梗塞医療連携推進ワーキンググループ活動を引継ぎ行った。平成21年度は，医療機能別の分類と，個別の医療機関について再度評価・協議し，その改訂内容を広島県のホームページ（広島県保健医療計画における「急性心筋梗塞」に係る医療連携体制）に公表した。

同時に地域での機能別医療連携を推進するために，急性心筋梗塞後地域連携クリティカルパスを作成・普及していくことが重要であることを認識し，急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成小委員会を組織し，パスの原案を作成，委員会の承認を得て尾道地区でその実用と評価を開始した。今後改訂を行いつつその他の地域への普及を図り，他府県に先駆けた先駆的連携プラットフォームの形成を推進したいと考える。

【急性心筋梗塞】

〔急性期〕救急医療

機能	救急医療
目標	●患者の来院後30分以内に専門医の診察を開始すること。
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる事項を含め，該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。 ①心電図検査，血液生化学検査，心臓超音波検査，X線検査，CT検査，心臓カテーテル検査，器械的補助循環装置等必要な検査および処置が24時間対応可能であること。 ②急性心筋梗塞が疑われる患者について，専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ③ST上昇型心筋梗塞の場合，診断後30分以内に冠動脈造影検査が実施可能であること。 ④呼吸管理，疼痛管理等の全身管理や，重篤な合併症治療が可能であること。 ⑤冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能であるか，又は，速やかな連携医療機関への搬送が可能であること。 ⑥電気的除細動，器械的補助循環装置，緊急ペーシング等への対応が可能であること。

〔急性心筋梗塞：関係医療機関等一覧〕（急性期）救急医療

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	中区	病院	広島市立広島市民病院
	中区	病院	広島赤十字・原爆病院
	中区	病院	医療法人あかね会　土谷総合病院
	南区	病院	県立広島病院
	南区	病院	広島大学病院
	西区	病院	総合病院福島生協病院
	安佐北区	病院	広島市立安佐市民病院
	安佐南区	病院	広島医療生活協同組合　広島共立病院
	府中町	病院	マツダ株式会社マツダ病院
	安佐南区	診療所	せのお循環器科・心臓血管外科
広島西	廿日市市	病院	広島県厚生農業協同組合連合会　廣島総合病院
呉	呉市	病院	独立行政法人国立病院機構　呉医療センター
	呉市	病院	国家公務員共済組合連合会　呉共済病院
	呉市	病院	独立行政法人　労働者健康福祉機構　中国労災病院
広島中央	東広島市	病院	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター
	東広島市	病院	井野口病院
	竹原市	病院	医療法人社団仁慈会　安田病院
尾三	尾道市	病院	尾道市立市民病院
	尾道市	病院	広島県厚生農業協同組合連合会　尾道総合病院
	三原市	病院	医療法人清幸会　土肥病院
	三原市	病院	医療法人里仁会　興生総合病院
福山・府中	福山市	病院	福山市民病院
	福山市	病院	福山循環器病院
	福山市	病院	独立行政法人国立病院機構　福山医療センター
備北	三次市	病院	市立三次中央病院
	庄原市	病院	総合病院庄原赤十字病院

【急性心筋梗塞】

〔急性期〕身体機能を回復させる心臓リハビリテーション

機能	身体機能を回復させる心臓リハビリテーション
目標	●合併症や再発の予防，在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること。 ● 再発予防の定期的専門的検査を実施すること。
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる事項を含め，該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。 ①合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能であるか，又は，外科的治療については連携医療機関への搬送が可能であること。 ②運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ，運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施可能であること。（心臓リハビリテーション認定施設も含む） ③回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が図られていること，またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施していること。 ④急性心筋梗塞の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について，患者及び家族への教育を行っていること。 ⑤急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が図られていること。

〔急性心筋梗塞：関係医療機関等一覧〕（急性期）身体機能を回復させる心臓リハビリテーション

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	中区	病院	広島市立広島市民病院
	中区	病院	広島赤十字・原爆病院
	中区	病院	医療法人あかね会　土谷総合病院
	南区	病院	広島大学病院
	南区	病院	県立広島病院
	西区	病院	総合病院福島生協病院
	東区	病院	広島鉄道病院
	安佐北区	病院	広島市立安佐市民病院
	安佐南区	病院	広島医療生活協同組合　広島共立病院
	府中町	病院	マツダ株式会社マツダ病院
	坂町	病院	済生会　広島病院
	安佐南区	診療所	せのお循環器科・心臓血管外科
	西区	診療所	永田クリニック
	府中町	診療所	医療法人社団永慈会　永田内科医院
呉	呉市	病院	独立行政法人国立病院機構　呉医療センター
	呉市	病院	国家公務員共済組合連合会　呉共済病院
	呉市	病院	独立行政法人　労働者健康福祉機構　中国労災病院
広島中央	東広島市	病院	独立行政法人国立病院機構東広島医療センター
	東広島市	病院	井野口病院
	竹原市	病院	医療法人社団仁慈会　安田病院
尾三	尾道市	病院	尾道市立市民病院
	三原市	病院	医療法人清幸会　土肥病院
	三原市	病院	医療法人里仁会　興生総合病院
福山・府中	福山市	病院	福山市民病院
備北	三次市	病院	三次地区医療センター

【急性心筋梗塞】

〔回復期〕身体機能を回復させるリハビリテーション

機能	身体機能を回復させるリハビリテーション
目標	●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること。 ●合併症や再発の予防，在宅復帰のための心臓リハビリテーションを入院又は通院により実施すること。 ●在宅療養を継続できるよう支援すること。 ●患者に対し，再発予防などに関して必要な知識を教授すること。
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる事項を含め，該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。 ①再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理，抑うつ状態への対応が可能であること。 ②心電図検査，電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること。 ③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること。 ④運動耐容能を評価の上で，運動療法，食事療法等身体機能回復のためのリハビリテーションが実施可能であること。 ⑤急性心筋梗塞の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について，患者及び家族への教育を行っていること。 ⑥急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が図られていること。 ⑦厚生労働大臣が定める，心大血管疾患リハビリテーション，脳血管疾患等リハビリテーション，運動器リハビリテーション，呼吸器リハビリテーションのいずれかの施設基準を満たしていること。

〔急性心筋梗塞：関係医療機関等一覧〕（回復期）身体機能を回復させるリハビリテーション

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	中区	病院	医療法人あかね会　土谷総合病院
	東区	病院	広島鉄道病院
	西区	病院	総合病院福島生協病院
	西区	病院	医療法人社団光仁会　梶川病院
	西区	病院	医療法人社団慈恵会　いまだ病院
	西区	病院	医療法人厚生堂　長崎病院
	南区	病院	県立広島病院
	佐伯区	病院	医療法人社団朋和会　西広島リハビリテーション病院
	佐伯区	病院	医療法人社団一陽会　原田病院
	安佐南区	病院	広島市総合リハビリテーションセンターリハビリテーション病院
	安佐南区	病院	広島医療生活協同組合　広島共立病院
	安佐南区	病院	野村病院
	安佐北区	病院	高陽中央病院
	安佐北区	病院	広島市立安佐市民病院
	安芸区	病院	広島市医師会運営・安芸市民病院
	府中町	病院	マツダ株式会社マツダ病院
	坂町	病院	済生会　広島病院
	安芸太田町	病院	安芸太田病院
	北広島町	病院	医療法人社団慶寿会　千代田中央病院
	北広島町	病院	北広島町豊平病院
	南区	診療所	石田診療所
	南区	診療所	住谷医院

〔急性心筋梗塞：関係医療機関等一覧〕（回復期）身体機能を回復させるリハビリテーション

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	西区	診療所	山崎内科クリニック
	西区	診療所	永田クリニック
	佐伯区	診療所	福原リハビリテーション整形外科・内科医院
	安佐南区	診療所	砂川クリニック
	安佐南区	診療所	せのお循環器科・心臓血管外科
	安佐北区	診療所	医療法人社団恵正会　二宮内科
	府中町	診療所	医療法人社団永慈会　永田内科医院
広島西	廿日市市	病院	独立行政法人国立病院機構広島西医療センター
呉	呉市	病院	独立行政法人　労働者健康福祉機構　中国労災病院
	呉市	病院	医療法人社団永楽会　前田病院
	呉市	病院	公立下蒲刈病院
広島中央	東広島市	病院	井野口病院
	東広島市	病院	木阪病院
	竹原市	病院	医療法人社団仁慈会　安田病院
	東広島市	診療所	医療法人社団　さえき医院
尾三	尾道市	病院	医療法人社団神田会　木曽病院
	尾道市	病院	公立みつぎ総合病院
	尾道市	病院	日立造船健康保険組合因島総合病院
	尾道市	病院	因島医師会病院
	三原市	病院	医療法人仁康会　本郷中央病院
	三原市	病院	総合病院三原赤十字病院
	三原市	病院	医療法人　宗斉会　須波宗斉会病院
	三原市	病院	医療法人杏仁会　松尾内科病院
	三原市	病院	三原市医師会病院
	三原市	病院	三原市立くい市民病院
	三原市	病院	医療法人里仁会　興生総合病院
	尾道市	診療所	医療法人社団　高原内科循環器科
	三原市	診療所	かじやま内科循環器科
福山・府中	福山市	病院	福山市民病院
	福山市	病院	福山循環器病院
	福山市	病院	医療法人辰川会　山陽病院
	福山市	病院	医療法人社団玄同会　小畠病院
	福山市	病院	寺岡記念病院
	福山市	病院	医療法人　紅萌会　福山記念病院
	福山市	病院	医療法人K．F．会　福山青葉台病院
	福山市	病院	藤井病院
	福山市	病院	大石病院
	府中市	病院	広島県厚生農業協同組合連合会　府中総合病院
	福山市	診療所	医療法人社団黎明会　さくらの丘クリニック
	福山市	診療所	医療法人社団　石田内科・循環器科
備北	庄原市	病院	庄原市立西城市民病院

【急性心筋梗塞】

〔再発予防〕再発予防

機能	再発予防
目標	●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること。 ●在宅療養を継続できるよう支援すること。
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる事項を含め，該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること。 ① 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理，抑うつ状態への対応が可能であること。 ②緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること（AEDの使用を含めた救急蘇生法等の講習受講が望ましい）。 ③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること。 ④急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査，合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなどの連携が図られていること。 ⑤在宅でのリハビリ，再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・薬局が連携し実施出来ること。

〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	中区	病院	医療法人あかね会　土谷総合病院
	中区	病院	医療法人三和会　おおうち病院
	南区	病院	県立広島病院
	南区	病院	広島厚生病院
	東区	病院	広島鉄道病院
	東区	病院	太田川病院
	西区	病院	総合病院福島生協病院
	西区	病院	医療法人社団光仁会　梶川病院
	西区	病院	医療法人厚生堂　長崎病院
	佐伯区	病院	医療法人社団一陽会　原田病院
	安佐南区	病院	広島医療生活協同組合　広島共立病院
	安佐南区	病院	野村病院
	安佐北区	病院	広島市立安佐市民病院
	安芸区	病院	広島市医師会運営・安芸市民病院
	安芸区	病院	瀬野白川病院
	府中町	病院	マツダ株式会社マツダ病院
	坂町	病院	済生会　広島病院
	北広島町	病院	北広島病院
	北広島町	病院	北広島町豊平病院
	安芸太田町	病院	安芸太田病院
	中区	診療所	おだ内科クリニック
	中区	診療所	医療法人社団医仁会　本通トータルヘルス内科クリニック
	中区	診療所	さくら内科・循環器科
	中区	診療所	大橋内科医院
	中区	診療所	医療法人　江草玄士クリニック
	中区	診療所	かいせいクリニック
	中区	診療所	藏本内科
	中区	診療所	医療法人社団　天野医院
	中区	診療所	医療法人社団　山下内科医院
	中区	診療所	ふじむら胃腸科内科
	中区	診療所	土井内科神経内科クリニック

〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	中区	診療所	梶山内科医院
	中区	診療所	原田内科医院
	中区	診療所	医療法人　榎木内科・循環器科医院
	中区	診療所	小川内科
	中区	診療所	松本内科循環器科医院
	中区	診療所	吉田内科循環器科
	中区	診療所	スサワ循環器科・内科
	東区	診療所	山科循環器・外科医院
	東区	診療所	金谷医院
	東区	診療所	医療法人社団俊幸会　中川外科胃腸科
	東区	診療所	松野クリニック
	東区	診療所	医療法人社団　小畠クリニック
	東区	診療所	古江クリニック
	東区	診療所	外科胃腸科いとう医院
	東区	診療所	小沢医院
	南区	診療所	藤元内科ファミリークリニック
	南区	診療所	木下循環器内科
	南区	診療所	医療法人社団　古川医院
	南区	診療所	石田診療所
	南区	診療所	山田外科内科医院
	南区	診療所	医療法人社団保志会　福永循環器内科
	南区	診療所	竹本内科眼科医院
	南区	診療所	医療法人社団　藤村医院
	南区	診療所	中谷外科医院
	南区	診療所	おちうみ内科消化器科
	南区	診療所	於保医院
	南区	診療所	東雲クリニック
	南区	診療所	新井内科
	南区	診療所	住谷医院
	南区	診療所	岩本内科医院
	南区	診療所	藤井循環器内科
	南区	診療所	冨原脳神経外科医院
	南区	診療所	岡田クリニック
	南区	診療所	大下医院
	西区	診療所	医療法人千寿会　平林内科医院
	西区	診療所	児玉内科クリニック
	西区	診療所	小野内科循環器科医院
	西区	診療所	山崎内科クリニック
	西区	診療所	わかばクリニック
	西区	診療所	永田クリニック
	西区	診療所	医療法人社団加川整形外科病院
	西区	診療所	医療法人社団　木下クリニック
	西区	診療所	よこがわ内科・循環器科クリニック
	西区	診療所	医療法人　篠原医院
	佐伯区	診療所	こどい内科クリニック
	佐伯区	診療所	はやしクリニック
	佐伯区	診療所	コープ五日市診療所
	佐伯区	診療所	町田内科・神経内科クリニック
	佐伯区	診療所	松村循環器外科医院
	佐伯区	診療所	福原リハビリテーション整形外科・内科医院
	安佐南区	診療所	せのお循環器科・心臓血管外科
	安佐南区	診療所	砂川クリニック
	安佐南区	診療所	秋山クリニック

〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
広島	安佐南区	診療所	石井内科胃腸科
	安佐南区	診療所	和泉内科消化器医院
	安佐南区	診療所	大中医院
	安佐南区	診療所	池田内科クリニック
	安佐南区	診療所	堀江医院
	安佐南区	診療所	医療法人社団追風会　大本内科医院
	安佐北区	診療所	おきた内科クリニック
	安佐北区	診療所	高陽第一診療所
	安佐北区	診療所	医療法人社団　恵正会　三田クリニック
	安佐北区	診療所	小椿クリニック
	安佐北区	診療所	医療法人社団　いでした内科・神経内科クリニック
	安佐北区	診療所	勝木台クリニック
	安佐北区	診療所	中岡内科
	安佐北区	診療所	みつだ循環器科・内科
	安佐北区	診療所	医療法人社団恵正会　二宮内科
	安佐北区	診療所	医療法人仁医会　井口医院
	安芸区	診療所	あいクリニック
	安芸区	診療所	たにクリニック
	安芸区	診療所	さなだ内科クリニック
	府中町	診療所	医療法人社団永慈会　永田内科医院
	府中町	診療所	天神川なかむら内科
	府中町	診療所	鈴川内科循環器科
	海田町	診療所	深坂内科循環器科医院
	坂町	診療所	豊田内科医院
	安芸高田市	診療所	政永内科・まさなが歯科クリニック
	安芸高田市	診療所	徳永医院
広島西	廿日市市	診療所	平田内科小児科医院
	廿日市市	診療所	内科消化器科松本クリニック
	廿日市市	診療所	医療法人社団　永田内科
	廿日市市	診療所	山根クリニック
	廿日市市	診療所	長谷川医院
	廿日市市	診療所	医療法人社団　裕仁会　斉藤脳外科クリニック
	廿日市市	診療所	安東内科クリニック
	廿日市市	診療所	きむら内科小児科医院
	廿日市市	診療所	明石内科クリニック
	廿日市市	診療所	医療法人　中丸クリニック
	廿日市市	診療所	医療法人社団　仁愛内科医院
	廿日市市	診療所	なかごう内科
	大竹市	病院	独立行政法人国立病院機構広島西医療センター
	大竹市	診療所	医療法人社団　親和会　大和橋医院
呉	呉市	病院	独立行政法人　労働者健康福祉機構　中国労災病院
	呉市	病院	医療法人社団永楽会　前田病院
	呉市	病院	公立下蒲刈病院
	呉市	病院	医療法人社団　悠仁会　後藤病院
	呉市	病院	財団法人広島結核予防協会　住吉浜病院
	呉市	病院	佐藤病院
	呉市	病院	マッターホルン　リハビリテーション病院
	呉市	病院	社会福祉法人恩賜財団広島県済生会　済生会呉病院
	呉市	診療所	河野診療所
	呉市	診療所	大原内科循環器科
	呉市	診療所	竹広医院
	呉市	診療所	三好内科胃腸科
	呉市	診療所	医療法人社団たつき会　菅田医院
	呉市	診療所	医療法人社団豊和会　豊田内科胃腸科

〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
呉	呉市	診療所	高橋医院
	呉市	診療所	八田医院
	呉市	診療所	医療法人社団　森本医院
	呉市	診療所	こたち胃腸科・内科医院
	呉市	診療所	佐々木内科・呼吸器科クリニック
	呉市	診療所	医療法人社団あおぞら会　古屋内科クリニック
	呉市	診療所	日下医院
	呉市	診療所	医療法人　かわの内科胃腸科
	呉市	診療所	蒲刈診療所
	呉市	診療所	宮原通りクリニック
	呉市	診療所	財団法人広島結核予防協会　住吉浜病院附属大浦診療所
	呉市	診療所	医療法人エフシー　ふじい内科循環器科
	呉市	診療所	大宇根内科呼吸器科クリニック
	呉市	診療所	下原循環器内科クリニック
	呉市	診療所	山尾医院
	呉市	診療所	谷口クリニック
	呉市	診療所	焼山中央内科クリニック
	呉市	診療所	医療法人社団　石井外科診療所
	呉市	診療所	医療法人社団　松瀬医院
	呉市	診療所	医療法人　真住会　真鍋外科整形外科
	呉市	診療所	医療法人社団　升谷医院
	江田島	病院	医療法人社団仁風会　青木病院
	江田島	診療所	医療法人社団　長尾医院
広島中央	東広島市	病院	井野口病院
	東広島市	病院	木阪病院
	東広島市	病院	医療法人社団樹章会　本永病院
	東広島市	病院	康成病院
	竹原市	病院	医療法人社団仁慈会　安田病院
	東広島市	診療所	マイクリニック
	東広島市	診療所	木阪クリニック
	東広島市	診療所	かわもと内科クリニック
	東広島市	診療所	アソカの園　武島医院
	東広島市	診療所	医療法人社団　さえき医院
	東広島市	診療所	医療法人社団あんず会　本田クリニック
	東広島市	診療所	おの内科クリニック
	大崎上島町	診療所	ときや内科
尾三	尾道市	病院	公立みつぎ総合病院
	尾道市	病院	県立瀬戸田病院
	尾道市	病院	医療法人社団神田会　木曽病院
	尾道市	病院	日立造船健康保険組合因島総合病院
	尾道市	病院	因島医師会病院
	三原市	病院	総合病院三原赤十字病院
	三原市	病院	医療法人里仁会　興生総合病院
	三原市	病院	三原市立くい市民病院
	三原市	病院	三原市医師会病院
	三原市	病院	三菱三原病院
	三原市	病院	医療法人仁康会　本郷中央病院
	三原市	病院	医療法人　宗斉会　須波宗斉会病院
	三原市	病院	医療法人杏仁会　松尾内科病院
	三原市	病院	医療法人仁康会　小泉病院
	尾道市	診療所	医療法人　たがしら医院
	尾道市	診療所	藤田内科医院
	尾道市	診療所	伊原内科医院

〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
尾三	尾道市	診療所	医療法人社団仁友会　尾道クリニック
	尾道市	診療所	医療法人社団永楽会　おかはし内科医院
	尾道市	診療所	米花医院
	尾道市	診療所	医療法人社団杏愛会　高橋医院
	尾道市	診療所	丸谷循環器科内科医院
	尾道市	診療所	医療法人社団　松本内科胃腸科医院
	尾道市	診療所	医療法人社団　高原内科循環器科
	尾道市	診療所	三宅医院
	尾道市	診療所	佐藤内科クリニック
	尾道市	診療所	医療法人社団　住幸会　弓場医院
	尾道市	診療所	森尾内科医院
	三原市	診療所	医療法人社団　堀内医院
	三原市	診療所	小園内科･循環器科
	三原市	診療所	医療法人社団　みやもり医院
	三原市	診療所	かじやま内科循環器科
福山・府中	福山市	病院	医療法人辰川会　山陽病院
	福山市	病院	日本鋼管福山病院
	福山市	病院	大石病院
	福山市	病院	医療法人K. F. 会　福山青葉台病院
	福山市	病院	寺岡記念病院
	福山市	病院	西福山病院
	福山市	病院	医療法人東和会　小林病院
	福山市	病院	医療法人　紅萌会　福山記念病院
	福山市	病院	医療法人社団玄同会　小畠病院
	府中市	病院	広島県厚生農業協同組合連合会　府中総合病院
	福山市	診療所	徳永医院
	福山市	診療所	藤井病院
	福山市	診療所	医療法人辰川会　山陽腎クリニック
	福山市	診療所	医療法人社団まこと会　神辺内科医院
	福山市	診療所	有木医院
	福山市	診療所	医療法人社団　城山会　石井内科胃腸科医院
	福山市	診療所	松谷循環器科神経内科医院
	福山市	診療所	中村整形外科
	福山市	診療所	医療法人社団　伸寿会　高須クリニック
	福山市	診療所	村上内科循環器科医院
	福山市	診療所	医療法人社団　石田内科・循環器科
	福山市	診療所	いしおか医院
	福山市	診療所	船町ふじおかクリニック
	福山市	診療所	医療法人福徳永会　さいきじんクリニック
	福山市	診療所	岡田クリニック
	福山市	診療所	向田医院
	福山市	診療所	医療法人社団清和会　柴田内科
	福山市	診療所	医療法人穣和会　藤田医院
	福山市	診療所	さかい内科
	福山市	診療所	池田医院
	福山市	診療所	三島医院
	福山市	診療所	日野内科小児科クリニック
	福山市	診療所	こばたけ医院
	福山市	診療所	小川胃腸科内科産婦人科医院
	福山市	診療所	進藤内科循環器科医院
	福山市	診療所	医療法人社団　清康会　宮地クリニック
	福山市	診療所	佐々木内科小児科クリニック
	福山市	診療所	花園クリニック

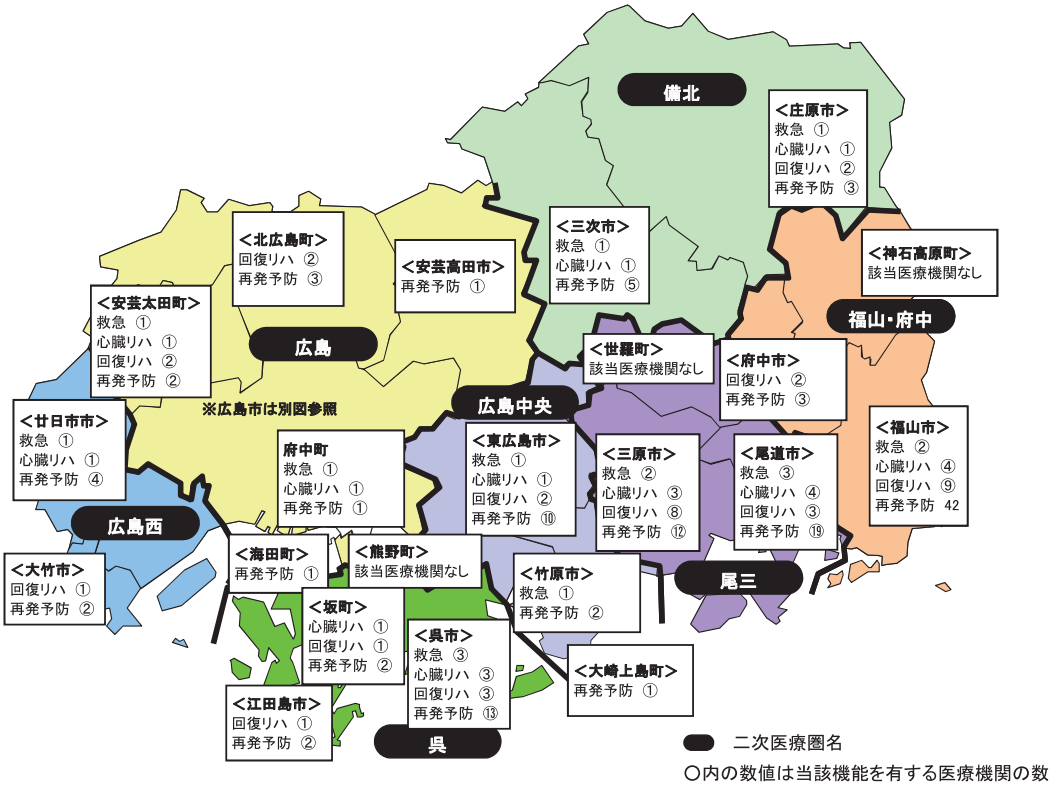
〔再発予防〕再発予防

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施設名
福山・府中	福山市	診療所	内藤クリニック
	福山市	診療所	医療法人社団黎明会　さくらの丘クリニック
	福山市	診療所	南坊井上内科循環器科医院
	福山市	診療所	医療法人静悠会　コム・クリニック佐藤
	福山市	診療所	かわもとクリニック
	福山市	診療所	ふじもり医院
	福山市	診療所	上田胃腸科循環器科内科
	福山市	診療所	黒瀬クリニック
	府中市	診療所	医療法人社団博愛会　協和診療所
	府中市	診療所	河村内科胃腸科
備北	庄原市	病院	庄原市立西城市民病院
	庄原市	病院	総合病院庄原赤十字病院
	庄原市	病院	医療法人ながえ会　庄原同仁病院
	三次市	診療所	星田医院
	三次市	診療所	三次市国民健康保険甲奴診療所
	三次市	診療所	三次市作木診療所
	三次市	診療所	内科・外科鳴戸医院
	三次市	診療所	医療法人社団　岡崎医院
	三次市	診療所	こね森内科医院
	庄原市	診療所	戸谷医院

【資料３】選定公表施設の県内分布図

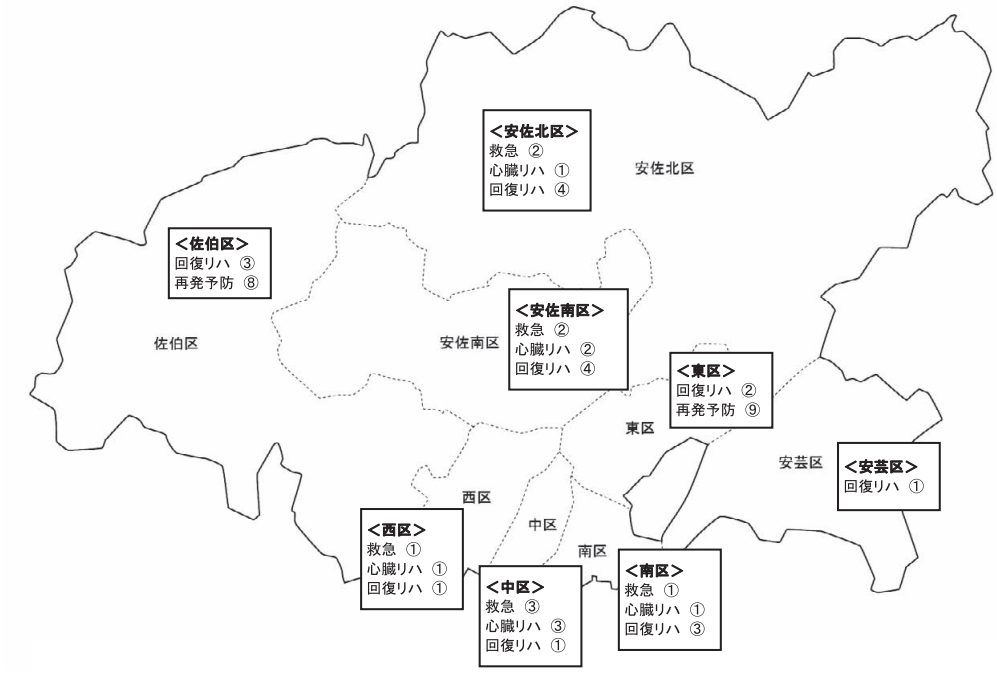
急性心筋梗塞に係る医療機関の配置状況

（平成22年2月現在）



急性心筋梗塞に係る医療機関の配置状況

（平成22年2月現在）



急性心筋梗塞後　地域連携パス　表紙

医療スタッフからの治療内容の説明（要約）

平成　　年　　月　　日退院

基　本　情　報			
患者氏名	ID	年齢・性別	歳　男・女 （　　年　　月　　日生）
職　業		同居家族 連絡先	

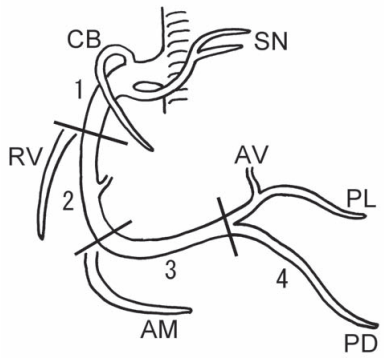
アレルギー歴		禁忌薬	

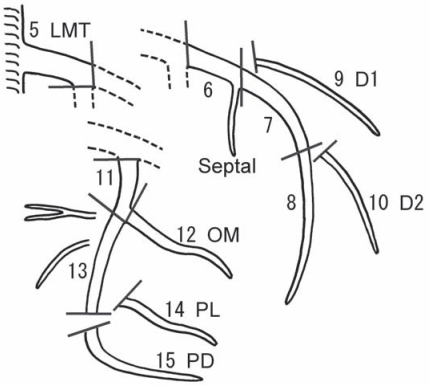
入　院　時　情　報			
入院日	平成　　年　　月　　日	発症日	平成　　年　　月　　日
既往歴		OMI	有（　　回目）・無 梗塞部位

入院中の経過

教育内容/心臓リハビリの内容

責任病変と治療内容　狭搾の程度や治療内容を図示





急性期病院・連絡先	かかりつけ医連絡先

リスクと合併症

コ･メディカルが中心に記入　※あり　にチェック

□心不全 （ 左心不全 ・ 右心不全 ）
EF　　%　CTR　　%　□僧帽弁閉鎖不全
□高血圧症　□高脂血症
□不整脈　□ Af　□ Paf　□ PVC　□ VT
□（　　）
□ PM　□ CRT-D　□ CRT　□ ICD
□慢性呼吸不全 SpO_2　　%(room air)　□呼吸困難
□慢性腎不全　ステージ　　期 Ccr　　GFR
□ 透析 （ 血液透析 ・ 腹膜透析 ）
□糖尿病 （ 1型 ・ 2型 ）
□経口血糖降下薬 □インスリン製剤
□甲状腺機能亢進症
□喫煙　1日　　本　ブリングマン指数 （1日本数 × 年）
□肥満　BMI

指導内容

栄 養　□減塩　　g/日　□エネルギー量　　kcal/日
□タンパク制限　　g/日 （体重 1kgあたり　　g）
禁 煙　□禁煙指導　推奨 □禁煙外来
節 酒　□望ましい摂取量 （　　）
運 動　□心臓リハビリテーション
内容 有酸素運動　内容　頻度　　回/週
速度　量　　分/日
最大脈拍数　分/回
筋力トレーニング
からだをのばす

注意事項　運動時心拍上限　　回/分 （ややきついを目安に実施）
中止の目安

いざというときの対応 （　　）

飲んでいる くすり

薬局からもらうくすりの説明書を貼っても構いません。

ACE阻害薬/ARB	
スタチン	
β遮断薬	
抗血小板薬	
血糖降下薬	
緊急時（胸痛が出現したときのくすり）	

主治医の先生へ：検査データの値は全部埋める必要はありません。通常通りの診療を行って下さい。　ご本人様へ：自己管理のために自分で記入し、質問があれば主治医に聞くようにしましょう。

急性心筋梗塞後　地域連携パス

診療所/病院　　医師　⟺　病院　　医師

患者氏名：　　様　　年齢：　　歳　　病名

	退院時	私の目標値	1ヶ月後	3ヵ月後	6ヵ月後	6ヵ月後	12ヶ月後	12ヵ月後
月　日	平成　年　月　日	平成　年　月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
受診病院	病院	心臓の状態	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	病院	かかりつけ医
検査内容	採血、ECG、心エコー		採血、ECG	採血、ECG	採血、ECG	採血、ECG	採血、ECG	採血、ECG
胸痛	有 ・ 無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
呼吸困難感	有 ・ 無	なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
NYHA	度	度	度	度	度	度	度	度
体重	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
血 圧	/ mmHg	130/80 mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
脈拍	回/分		回/分	回/分	回/分	回/分	回/分	回/分
胸部レントゲン								
心電図（STの変化）	所見	所見	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
HbA1c	%	%	%	%	%	%	%	%
LDLコレステロール	mg/dl	100mg/dl未満	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
HDLコレステロール	mg/dl	40mg/dl以上	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
中性脂肪（TG）	mg/dl	150mg/dl未満	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
NT-Pro BNP	pg/ml	pg/ml	pg/ml		pg/ml		pg/ml	
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
微量アルブミン尿		蓄尿30mg/日未満 ・ 随時30mg/l未満						
INR		1．5～2．5						
抗血小板薬			継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更
肝機能障害	有 ・ 無	なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
内服薬副作用	有 ・ 無	なし	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
服薬状況	良 ・ 不良	良好	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良	良 ・ 不良
禁煙状況	禁煙指導　有 ・ 無	禁煙						
食事	栄養指導　有 ・ 無		再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無
患者教育	教育内容		再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無	再教育　有 ・ 無
心臓リハビリテーション								
心の状態								
主治医からのコメント	かかりつけ医に連絡						心臓カテーテル入院予約	入院して再検査・内服薬持参

生活指導の目安

病期	検査値	食事（1日の摂取量）			血圧管理（mmHg）	血糖管理（HbA1c）	脂質管理 コレステロール（mg/dl）	生活の目標	運　動
	GFR 尿たんぱく	エネルギー量（kcal/kg/日）	タンパク質（g/kg/日）	塩分（g/日）					
第1期（腎症前期）	正常～高値 陰性	25～30		3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25	運動：普通に 1日30分以上歩く
第2期（早期腎症期）	正常～高値 微量アルブミン尿	25～30	1.0～1.2	3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25	運動：普通に 1日30分以上歩く
第3期A（顕性腎症前期）	60ml/分以上 たんぱく尿 1g/日未満	25～30	0.8～1.0	3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25	疲れすぎない程度 運動：普通に 1日30分程度歩く
第3期A（顕性腎症後期）	60ml/分未満 たんぱく尿 1g/日以上	30～35	0.8～1.0	3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25 水分制限[注]	疲れすぎず、体力を維持する程度 医師と相談
第4期（腎不全期）	高窒素血症 たんぱく尿	30～35	0.6～0.8	3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25 水分制限[注]	医師と相談 運動制限（散歩・ラジオ体操可）
第5期（透析療法期）		血液透析：35～40 腹膜透析：30～35	1.0～1.2 1.1～1.3	3g以上 6g未満	130/80 未満	6.5% 未満	LDL＜100 HDL≧40	禁煙 BMI＜25 水分制限	医師と相談 軽度の運動

日本腎臓学会編：CKD診療ガイド，東京医学社，2007 「CKD診療ガイドー治療のまとめ」参照
「心筋梗塞二次予防に関するガイドライン 2006年改訂版」参照
日本糖尿病学会編：2008ー2009 糖尿病治療ガイド，文光堂，2008 「糖尿病腎症生活指導基準」参照

再梗塞を予防するには、血圧管理、血糖管理、脂質管理を行う。

腎機能低下を合併する場合、上記のステージの基準を参照

エネルギー摂取量＝標準体重×エネルギー量　（標準体重＝身長m×身長m×22）

運　動：

メディカルチェックを受けること
NYHA・腎機能によって変化する
糖尿病のコントロールが極端に悪い場合
　・尿ケトン体中等度以上陽性，
　・眼底出血あり，
　・糖尿病性壊疽等
急性感染症がある場合は禁止又は制限

注）浮腫の程度、心不全の有無により水分制限

広島県地域保健対策協議会 急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会

委員長	木原　康樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	井上　一朗	広島市立広島市民病院
	岡本　光師	県立広島病院
	河本　俊治	国立病院機構呉医療センター
	才野原照子	広島県看護協会
	田中　幸一	市立三次中央病院
	津山　順子	広島県医療政策課
	土手　慶吾	広島市立安佐市民病院
	林　　拓男	公立みつぎ総合病院
	藤井　　隆	厚生連廣島総合病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	堀江　正憲	広島県医師会
	森島　信行	厚生連尾道総合病院
	森山　　薫	国立病院機構東広島医療センター
	山田　信行	福山市民病院

広島県地域保健対策協議会 急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会
急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成小委員会

委員長	木原　康樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	田中　幸一	市立三次中央病院
	土手　慶吾	広島市立安佐市民病院
	森島　信行	厚生連尾道総合病院
	森山美知子	広島大学大学院保健学研究科

医療を支える環境づくり特別委員会

目　　次

医療を支える環境づくり特別委員会調査研究報告書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．委員会構成と開催次第

Ⅲ．平成20年度医療環境整備専門委員会報告と
　　啓発活動の検証

Ⅳ．平成22年度事業の検討
　　～「地域医療と健康を支える環境づくり事業」の活用～

Ⅴ．ま　　と　　め

医療を支える環境づくり特別委員会

（平成 21 年度）

医療を支える環境づくり特別委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 医療を支える環境づくり特別委員会
委 員 長　田妻　　進

Ⅰ．は　じ　め　に

地域医療の確保は安心な社会環境の根幹である。その医療環境は構造的にも実質的にもメディアで報道されている以上に深刻な様相を呈している。該当する診療分野は幅広く要因も複合的であるが，医療を受ける側（受療者）と，医療を提供する側（医療者）が実状に関して認識を共有することが肝要である。本委員会では，医療者・受療者双方の立場から，①地域医療（特に救急医療，小児救急医療，中山間地域医療）の現場がかかえる問題点の検証，②医療体制の維持・確保に向けた取り組みの提案を募り，それらをもとに協議を重ねたうえで，地域医療を支える環境づくりに向けた実効性のある啓発活動を企画・実践することを目指した。

Ⅱ．　委員会構成と開催次第

委員の構成として，広島大学病院，広島県，広島市，尾道市，庄原市，広島県医師会，広島市医師会，広島市立病院，県立広島病院，安芸太田病院，国立病院機構など幅広い領域関係者に加えて，市民代表として子育てにやさしい広島推進協議会にも参画いただいて，平成 22 年 2 月 26 日に委員会を開催した。議題として以下に示す内容を順次検討し，地域医療を支える環境づくりに向けた事業を企画・立案した。

(1) 平成 20 年度「救急車利用実態調査結果報告」
(2) 平成 20 年度「救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン」の検証
(3) 平成 21 年度一般市民向けの講演会の開催・地域医療と健康を支える環境づくり事業
(4) 平成 22 年度事業の検討

Ⅲ．　平成 20 年度医療環境整備専門委員会報告と啓発活動の検証

(1) 救急医療体制の現状と問題点

～平成 20 年度「救急車利用実態調査結果報告」から～

広島市消防局は救急医療のコンビニ的利用に対する具体的対応策を検討するため，平成 19 年度から救急車の利用実態調査を実施している。その手法を踏襲して，平成 21 年 2 月 9 日から 1 ヵ月間の救急出動の適正を調査した（資料 1）。

調査方法は，1）症状が急激に悪化する可能性，2）症状・傷病程度も区分，3）傷病者の生活環境（独居老人，身体障害者など）を基準に救急出動の適正を判断するもので，結果として 22.7％（826/3,634 件）の不適正利用を認めた。これは前年度の実績を 0.6％下回るものであった。不適正利用実数に関する年齢別の検討では，70 歳以上の高齢者に多かったが，同年代の不適正利用割合は 10％程度であり，20 歳代や 0 ～12 歳の 30％に比較して低いことが判明した。このアンケート調査直後に，後述する「救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン」が実施された経緯から，次年度のアンケート結果での推移が期待された。

(2) 救急医療体制の維持に向けた取り組みの企画と実践

～平成 20 年度「救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン」から～

救急のコンビニ化（軽症患者の救急搬送）や，救急医療体制に対する理解と誤解（時間外医療と救急医療の相違に関する誤解）を問題点として取り上げ，救急車適正利用の推進を主体とした“救急医療資源の適正利用を推進する啓発キャンペーン”が前年度に企画・実践された。平成 21 年 3 月 9 日からの 1 週

間を「救急医療資源の正しい利用を進める週間」として，広島市医療圏域に関わる公共交通機関（JR，電車，バス，タクシー）の協力を得て，ポスター（図１）を車内に掲載するとともに，医療機関の玄関・待合室などにも掲示して一般市民の啓発活動が実施されたことが総括された（資料２）。一方，その効果の検証は前述の広島市消防局によるアンケート調査結果を踏まえて行うことが提案され了承を得た。救急医療資源の利用実態については救急出動の月別件数（資料３）から，その季節変動性を踏まえた実効性のある啓発活動の継続が不可欠であるとの見識で一致した。

Ⅳ．平成 22 年度事業の検討 ～「地域医療と健康を支える環境づくり事業」の活用～

社団法人広島県医師会へ委託された広島県緊急雇用対策基金事業を活用した「地域医療と健康を支える環境づくり事業」の平成 21 年度実績を参考にして，本委員会との連携のあり方が検討された。

①救急医療に加えて，②小児救急医療，③中山間地域医療に関する実効性ある啓発活動や広報を本委員会から提言・企画・実践することが検討された。①については前述のとおりである。一方，②については電話相談の普及を含めたコミュニティーとしての対応が望まれる。また，③については，大学，自治体，医師会の３者による包括的な検討課題として対応すべき事業であるが，本委員会からは受療者の側に提供するべき啓発事業として，公開講座を提案することとした。

Ⅴ．ま　と　め

医療を支える環境づくり特別委員会について，委員構成，委員会開催概要を報告した。次年度に従来の活動の成果を評価を進めながら，新たな具体策として実効性のある啓発活動を実践して成果をあげていきたい。

資料１：平成 20 年度「救急車利用実態調査結果報告」（広島市消防局）防局管内救急出動件数（月別）

平成 20 年度救急車利用実態調査結果

１　概要

本調査は、救急車の利用実態を調査し課題を明らかにすることで、救急医療のコンビニ的利用に対する具体的対応策を検討することを目的として、広島市消防局から広島県地域保健対策協議会医療環境整備専門委員会に要望し、平成 19 年度から実施している。

２　調査方法

（1）調査期間：平成 21 年 2 月 9 日 8 時 30 分～平成 21 年 3 月 9 日 8 時 30 分

（2）調査対象：転院搬送、医師等搬送、資器材等搬送を除く、期間中の全ての救急出動事案

（3）調査方法：別添「適正基準・判断基準表」を用いたポイント制による区分

「適正基準」に該当もしくは「判断基準表」で 4 ポイント以上　→　【適正利用】
「適正基準」に該当せず、かつ「判断基準表」で 3 ポイント以下　→　【不適正利用】

３　調査結果

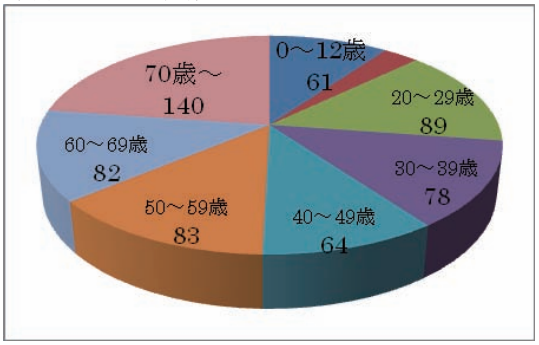
（1）総出動件数 3,634 件中、不適正件数が 826 件（22.7%）であった。（前年比－0.6%）

（2）不適正利用 826 件中、明らかな不適正利用が 159 件あり、上位を「飲酒：69 件」、「複数回利用：44 件」、「入院・通院：21 件」が占める。

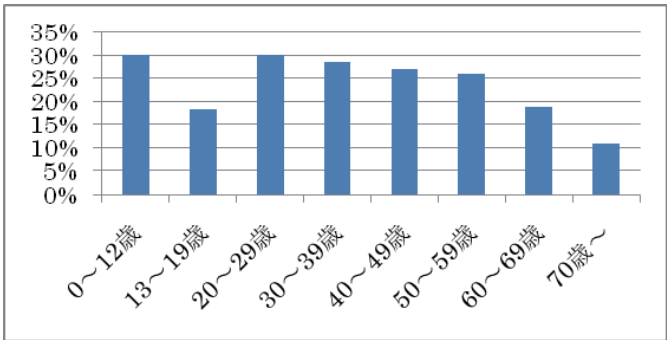
（3）不適正利用 826 件中、搬送されたのは 615 人で、そのうち「軽症」が 509 人（82.8%）であった。

（4）年齢別（搬送人数中）では、「70 歳以上」の不適正利用が最も多いが、逆に不適正割合は最も低く、「0～12 歳」と「20 歳代」が 30.2%と最も高い。

年齢別不適正件数



年齢別不適正割合



４　考察

救急出動件数、不適正利用件数ともに昨年度より減少していることから、広報紙やホームページ、マスメディアを活用した救急車適正利用のＰＲは効果があったと思慮する。

また、２年間を通じて、入院の必要がない「軽症者」が不適正搬送人数の約８割を占めることから、今後も引き続き徹底して救急車適正利用のＰＲを行っていく必要がある。

「中区」「西区」での不適正利用が多いこと、また、「0～12 歳」及びその両親世代に当たる「20 代」「30 代」の不適正利用が多いことを踏まえ、ＰＲの手法を検討していく。

適正基準・判断基準表

1　適正基準

以下の症状にひとつでも該当すれば「適正利用」とする。

症状

意識	おかしい（無い・ぐったり・ぼんやり）　※飲酒による場合を除く
呼吸	おかしい（無い・苦しそう）
顔色	蒼白・チアノーゼ
嘔吐	繰り返す　※飲酒による場合を除く
吐血・下血	あり
頭・胸・腹痛	苦悶・嘔吐を伴う痛み
麻痺・しびれ	急性発症
その他痛み	苦悶様
外出血	飛び散る・湧き出る・止まらない
骨折等	変形あり　腫脹あり
熱傷	手のひら以上

2　判断基準

以下の症状、状態、状況の組み合わせにより4ポイント以上で「適正利用」、3ポイント以下で「不適正利用」とする。

症状

		ポイント
意識	一時気を失ったが現在は良好	2
	アルコールの影響で返事ができない	2
脈拍	ドキドキする	1
熱	40度を越える高熱	2
	あり	1
嘔吐	あり	1
頭・胸・腹痛	あり	1
麻痺・しびれ	あり	2
部分痙攣	あり	2
めまい	あり	2
その他の痛み	あり	1
外出血	滲む程度の微出血（頭部の場合）	2
	滲む程度の微出血	1
骨折等	打撲程度（頭部の場合）	2
	打撲程度	1
眼痛	目を開くことが出来ないくらい	2
熱傷	手のひら未満	1

状態

		ポイント
歩行	全く歩けない（歩かせられない）	2
	介添えがあれば歩ける	1

状況

		ポイント
状況	周囲に介助ができる者がいない状況	1

平成 20 年度救急車利用実態調査結果
（前年度比較）

調査期間：平成 21 年 2 月 9 日　8:30　～　平成 21 年 3 月 9 日　8:30

調査対象：転院搬送、医師等搬送、資器材等搬送を除く、期間中の全ての救急出動事案

調査方法：別添「適正基準：判断基準表」を用いたポイント制による調査

「適正基準」に該当もしくは「判断基準表」で 4 ポイント以上　→　【適正利用】
「適正基準」に該当せず、かつ「判断基準表」で 3 ポイント以下　→　【不適正利用】

1　調査結果

区分	総出動件数（搬送人数）	不適正利用件数（搬送人数）	不適正割合
H20 年度	3,634 件（3,171 人）	826 件（615 人）	22.7%
H19 年度	3,854 件（3,403 人）	898 件（662 人）	23.3%

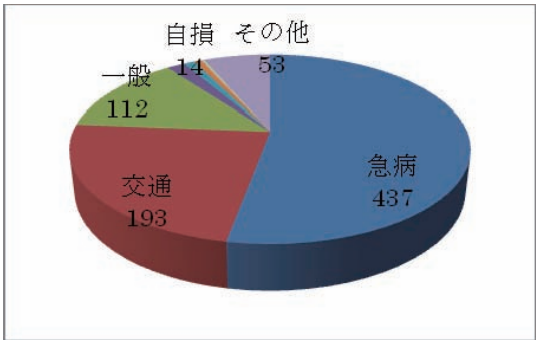
・年間出動件数も減少している。（20 年中：48,048 件、19 年中：50,288 件）

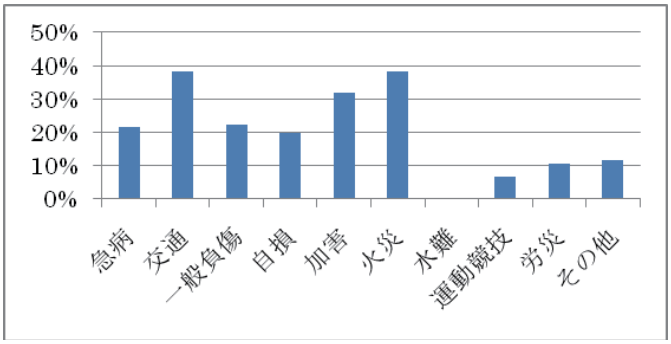
2　明らかな不適正利用

区分	飲酒	複数回利用	入院・通院	医療情報不足	虚報	介護対応	計
H20 年度	69（43.4%）	44（27.7%）	21（13.2%）	15（9.4%）	6（3.8%）	4（2.5%）	159 件
H19 年度	64（38.0%）	19（11.4%）	43（25.5%）	31（18.5%）	8（4.8%）	3（1.8%）	168 件

3　事故種別

区分	急病	交通	一般負傷	自損	加害	火災	水難	運動競技	労災	その他
⑳総出動	2,013 (55.4%)	503 (13.8%)	503 (13.8%)	71 (2.0%)	28 (0.8%)	13 (0.4%)	4 (0.1%)	16 (0.4%)	19 (0.5%)	464 (12.8%)
⑳不適正	437 (52.9%)	193 (23.4%)	112 (13.6%)	14 (1.7%)	9 (1.1%)	5 (0.6%)	0 (0%)	1 (0.1%)	2 (0.2%)	53 (6.4%)
⑳不適割合	21.7%	38.4%	22.3%	19.7%	32.1%	38.5%	0%	6.3%	10.5%	11.4%
⑲総出動	2,189 (56.8%)	475 (12.3%)	547 (14.2%)	63 (1.6%)	15 (0.4%)	37 (1.0%)	2 (0.1%)	13 (0.3%)	26 (0.7%)	487 (12.6%)
⑲不適正	508 (56.5%)	169 (18.8%)	138 (15.4%)	9 (1.0%)	5 (0.6%)	5 (0.6%)	0 (0%)	5 (0.6%)	2 (0.2%)	57 (6.3%)
⑲不適割合	23.2%	35.6%	25.2%	14.3%	33.3%	13.5%	0%	38.5%	7.7%	11.7%

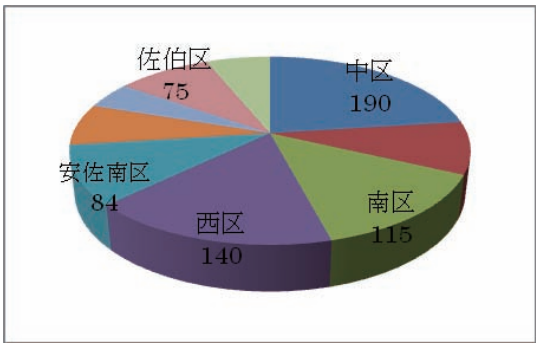


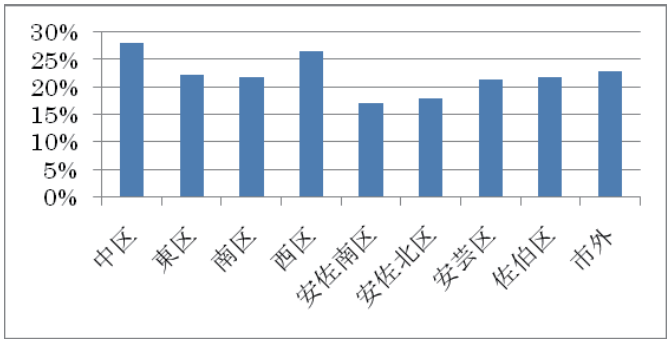


4　地区別

区分	中区	東区	南区	西区	安佐南区	安佐北区	安芸区	佐伯区	市外
⑳総出動	677 (18.6%)	334 (9.2%)	527 (14.5%)	528 (14.5%)	495 (13.6%)	328 (9.1%)	178 (4.9%)	344 (9.5%)	223 (6.1%)
⑳不適正	190 (23.0%)	74 (9.0%)	115 (13.9%)	140 (16.9)	84 (10.2%)	59 (7.1%)	38 (4.6%)	75 (9.1%)	51 (6.2%)
⑳不適割合	28.1%	22.2%	21.8%	26.5%	17.0%	18.0%	21.3%	21.8%	22.9%
⑲総出動	765 (19.8%)	361 (9.4%)	498 (12.9%)	592 (15.4%)	493 (12.8%)	376 (9.7%)	196 (5.1%)	326 (8.5%)	247 (6.4%)
⑲不適正	200 (22.3%)	97 (10.8%)	141 (15.7%)	151 (16.8%)	83 (9.2%)	44 (4.9%)	56 (6.2%)	66 (7.4%)	60 (6.7%)
⑲不適割合	26.1%	26.9%	28.3%	25.5%	16.8%	11.7%	28.6%	20.2%	24.3%

・「中区」に次いで、2 年間を通じて件数、割合ともに高い数値を示しているのは「西区」である。





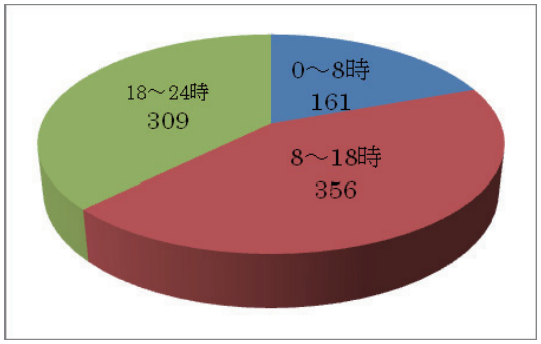
5　時間別

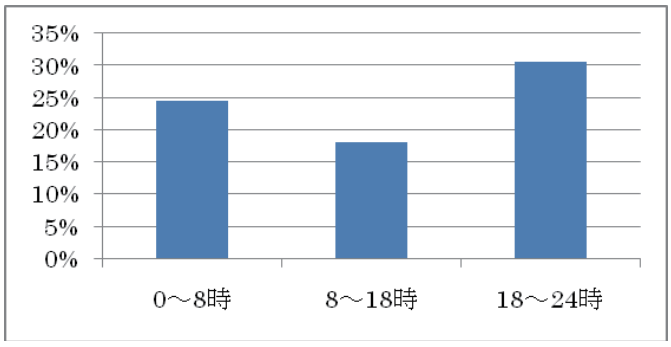
区分	時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
⑳総出動	0～8 時	99 (2.7%)	92 (2.5%)	74 (2.0%)	96 (2.7%)	91 (2.5%)	91 (2.5%)	113 (3.1%)
	8～18 時	330 (9.1%)	281 (7.7%)	251 (6.9%)	317 (8.7%)	275 (7.6%)	282 (7.8%)	229 (6.3%)
	18～24 時	145 (4.0%)	145 (4.0%)	124 (3.4%)	132 (3.6%)	163 (4.5%)	165 (4.6%)	139 (3.8%)
⑳不適正	0～8 時	20 (2.4%)	19 (2.3%)	21 (2.5%)	25 (3.0%)	23 (2.8%)	27 (3.3%)	26 (3.1%)
	8～18 時	61 (7.4%)	41 (5.0%)	49 (5.9%)	57 (6.9%)	52 (6.3%)	48 (5.8%)	48 (5.8%)
	18～24 時	38 (4.6%)	44 (5.3%)	31 (3.8%)	46 (5.6%)	62 (7.5%)	46 (5.6%)	42 (5.1%)
⑳不適割合	0～8 時	20.2%	20.7%	28.4%	26.0%	25.3%	29.7%	23.0%
	8～18 時	18.5%	14.6%	19.5%	18.0%	18.9%	17.0%	21.0%
	18～24 時	26.2%	30.3%	25.0%	34.8%	38.0%	27.9%	30.2%

５　時間別の続き

区分	時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
⑲総出動	0～8 時	105 (2.7%)	97 (2.5%)	117 (3.0%)	112 (2.9%)	103 (2.7%)	103 (2.7%)	118 (3.1%)
	8～18 時	324 (8.4%)	366 (9.5%)	308 (8.0%)	292 (7.6%)	286 (7.4%)	285 (7.4%)	260 (6.7%)
	18～24 時	145 (3.8%)	149 (3.9%)	145 (3.8%)	117 (3.0%)	152 (3.9%)	132 (3.4%)	138 (3.6%)
⑲不適正	0～8 時	28 (3.1%)	15 (1.7%)	35 (3.9%)	27 (3.0%)	27 (3.0%)	25 (2.8%)	37 (4.1%)
	8～18 時	56 (6.2%)	69 (7.7%)	61 (6.8%)	50 (5.6%)	43 (4.8%)	64 (7.1%)	61 (6.8%)
	18～24 時	37 (4.1%)	46 (5.1%)	41 (4.6%)	34 (3.8%)	58 (6.5%)	36 (4.0%)	48 (5.3%)
⑲不適割合	0～8 時	26.7%	15.5%	29.9%	24.1%	26.2%	24.3%	31.4%
	8～18 時	17.3%	18.9%	19.8%	17.1%	15.0%	22.5%	23.5%
	18～24 時	25.5%	30.9%	28.3%	29.1%	38.2%	27.3%	34.8%

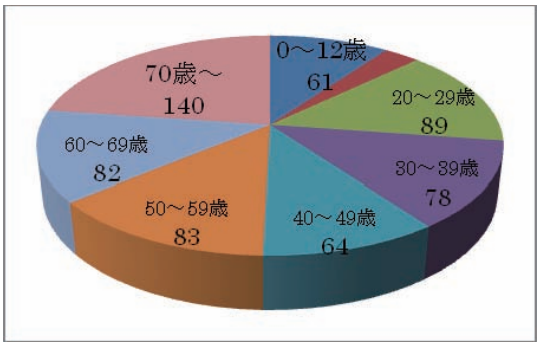
・総じて、「18～24 時」の不適正割合が高く、特に「金曜日」が 2 年間を通して高い割合を示す。

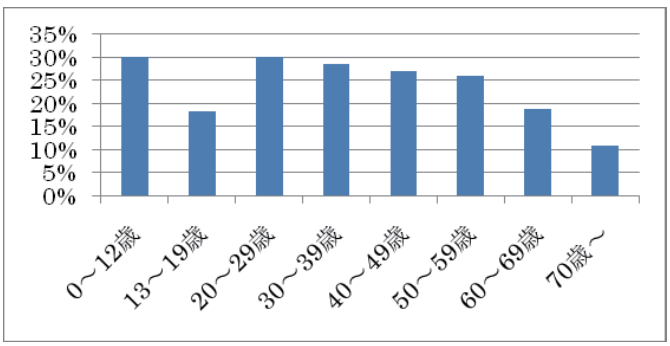




6　年齢別（搬送人数中）

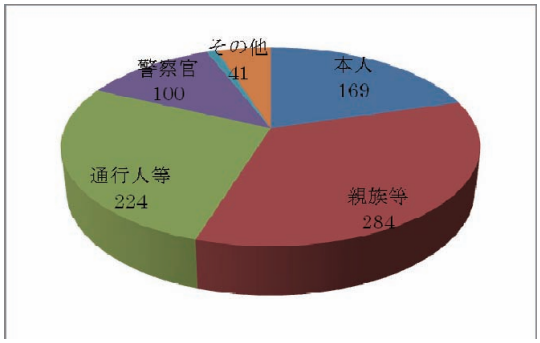
区分	0～12 歳	13～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70 歳～
⑳総出動	202 (6.4%)	99 (3.1%)	295 (9.3%)	274 (8.6%)	236 (7.4%)	319 (10.1%)	438 (13.8%)	1,308 (41.3%)
⑳不適正	61 (9.9%)	18 (2.9%)	89 (14.5%)	78 (12.7%)	64 (10.4%)	83 (13.5%)	82 (13.3%)	140 (22.8%)
⑳不適割合	30.2%	18.2%	30.2%	28.5%	27.1%	26.0%	18.7%	10.7%
⑲総出動	257 (7.5%)	124 (3.6%)	301 (8.8%)	288 (8.5%)	220 (6.5%)	333 (9.8%)	466 (13.7%)	1,414 (41.6%)
⑲不適正	78 (11.8%)	35 (5.3%)	90 (13.6%)	93 (14.1%)	55 (8.3%)	69 (10.4%)	71 (10.7%)	171 (25.8%)
⑲不適割合	30.4%	28.2%	29.9%	32.3%	25.0%	20.7%	15.2%	12.1%

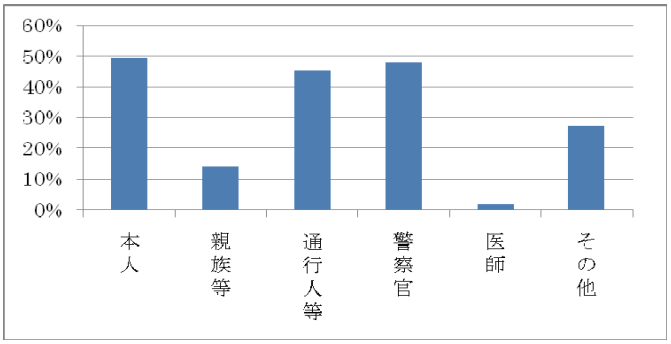




7　通報者別

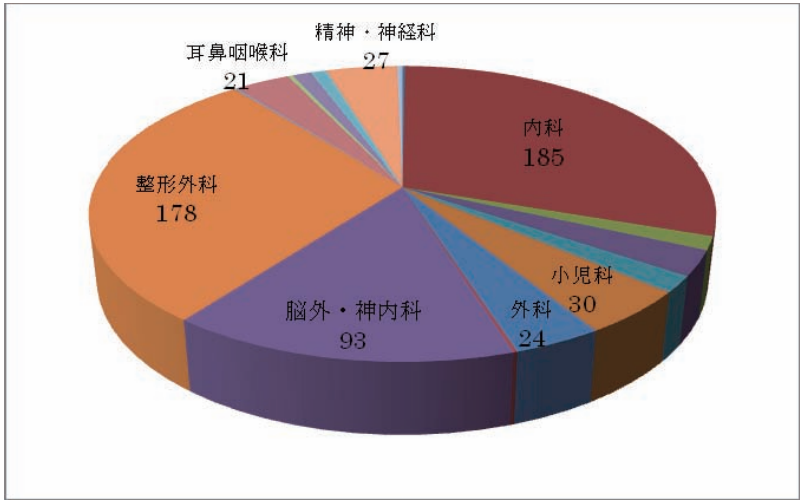
区分	本人	親族・知人	通行人・付近者 場所関係者	警察官	医師	その他
⑳総出動	343 (9.4%)	2,024 (55.7%)	495 (13.6%)	209 (5.8%)	412 (11.3%)	151 (4.2%)
⑳不適正	169 (20.4%)	284〈親 253・知 31〉 (34.4%)	224〈通 109・場 115〉 (27.1%)	100 (12.1%)	8 (1.0%)	41 (5.0%)
⑳不適割合	49.3%	14.0%	45.3%	47.8%	1.9%	27.2%
⑲総出動	359 (9.3%)	2,177 (56.5%)	533 (13.8%)	184 (4.8%)	464 (12.0%)	137 (3.6%)
⑲不適正	179 (19.9%)	340〈親 281・知 59〉 (37.9%)	263〈通 117・場 146〉 (29.3%)	48 (5.3%)	6 (0.7%)	62 (6.9%)
⑲不適割合	49.9%	15.6%	49.3%	26.1%	1.3%	45.3%

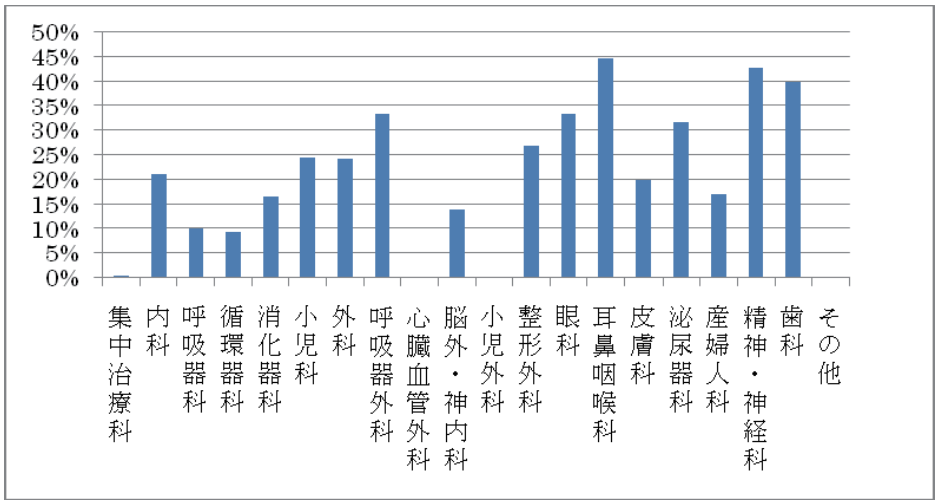




８　診療科別（搬送人数中）

区分	集中治療科	内科	呼吸器科	循環器科	消化器科	小児科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	脳外・神内科	小児外科	整形外科	眼科	耳鼻咽喉科	皮膚科	泌尿器科	産婦人科	精神・神経科	歯科	その他
⑳総出動	202	878	90	182	66	123	99	3	7	669	6	659	3	47	10	22	35	63	5	2
	6.4%	27.7%	2.8%	5.7%	2.1%	3.9%	3.1%	0.1%	0.2%	21.1%	0.2%	20.8%	0.1%	1.5%	0.3%	0.7%	1.1&	2.0%	0.1%	0.1%
⑳不適正	1	185	9	17	11	30	24	1	0	93	0	178	1	21	2	7	6	27	2	0
	0.2%	30.1%	1.4%	2.8%	1.8%	4.9%	3.9%	0.2%	0%	15.1%	0%	28.9%	0.2%	3.4%	0.3%	1.1%	1.0%	4.4%	0.3%	0%
⑳不適割合	0.5%	21.1%	10.0%	9.3%	16.7%	24.4%	24.2%	33.3%	0%	13.9%	0%	27.0%	33.3%	44.7%	20.0%	31.8%	17.1%	42.9%	40.0%	0%
⑲総出動	208	911	121	252	108	154	91	5	4	691	2	643	6	45	16	36	41	61	2	6
	6.1%	26.8%	3.5%	7.4%	3.2%	4.5%	2.7%	0.1%	0.1%	20.3%	0.1%	18.9%	0.2%	1.3%	0.5%	1.0%	1.2%	1.8%	0.1%	0.2%
⑲不適正	3	205	11	25	15	39	29	0	0	95	1	166	4	17	4	9	8	26	2	3
	0.4%	31.0%	1.7%	3.8%	2.3%	5.9%	4.4%	0%	0%	14.3%	0.2%	25.1%	0.6%	2.6%	0.6%	1.3%	1.2%	3.9%	0.3%	0.4%
⑲不適割合	1.4%	22.5%	9.1%	9.9%	13.9%	25.3%	31.9%	0%	0%	13.7%	50.0%	25.8%	66.7%	37.8%	25.0%	25.0%	19.5%	42.6%	100%	50.0%

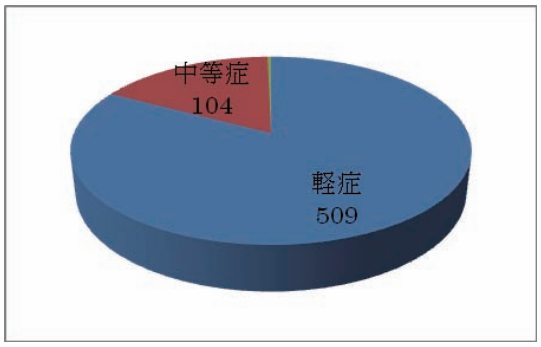


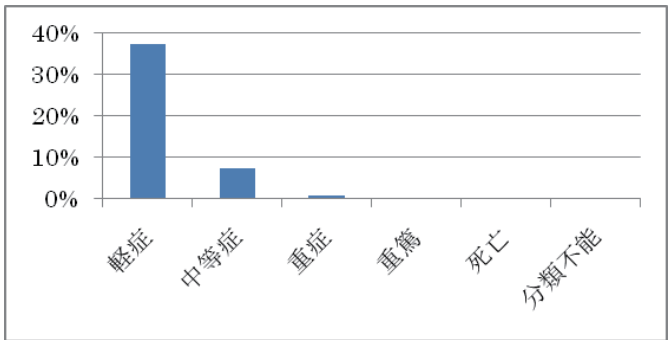


９　傷病程度別（搬送人数中）

区分	軽症	中等症	重症	重篤	死亡	分類不能
⑳総出動	1,358 (42.8%)	1,434 (45.2%)	278 (8.8%)	63 (2.0%)	35 (1.1%)	3 (0.1%)
⑳不適正	509 (82.8%)	104 (16.9%)	2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
⑳不適割合	37.5%	7.3%	0.7%	0%	0%	0%
⑲総出動	1,575 (46.3%)	1,422 (41.8%)	287 (8.4%)	82 (2.4%)	36 (1.0%)	1 (0.1%)
⑲不適正	559 (84.4%)	99 (15.0%)	3 (0.4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.2%)
⑲不適割合	35.5%	7.0%	1.0%	0%	0%	100%

・不適正件数の「重症」２件については、肝硬変（2 ポイント）、腸ヘルニア（3 ポイント）で、緊急性は低く、ともに入院目的での救急車利用であった。





平 成 20 年 度

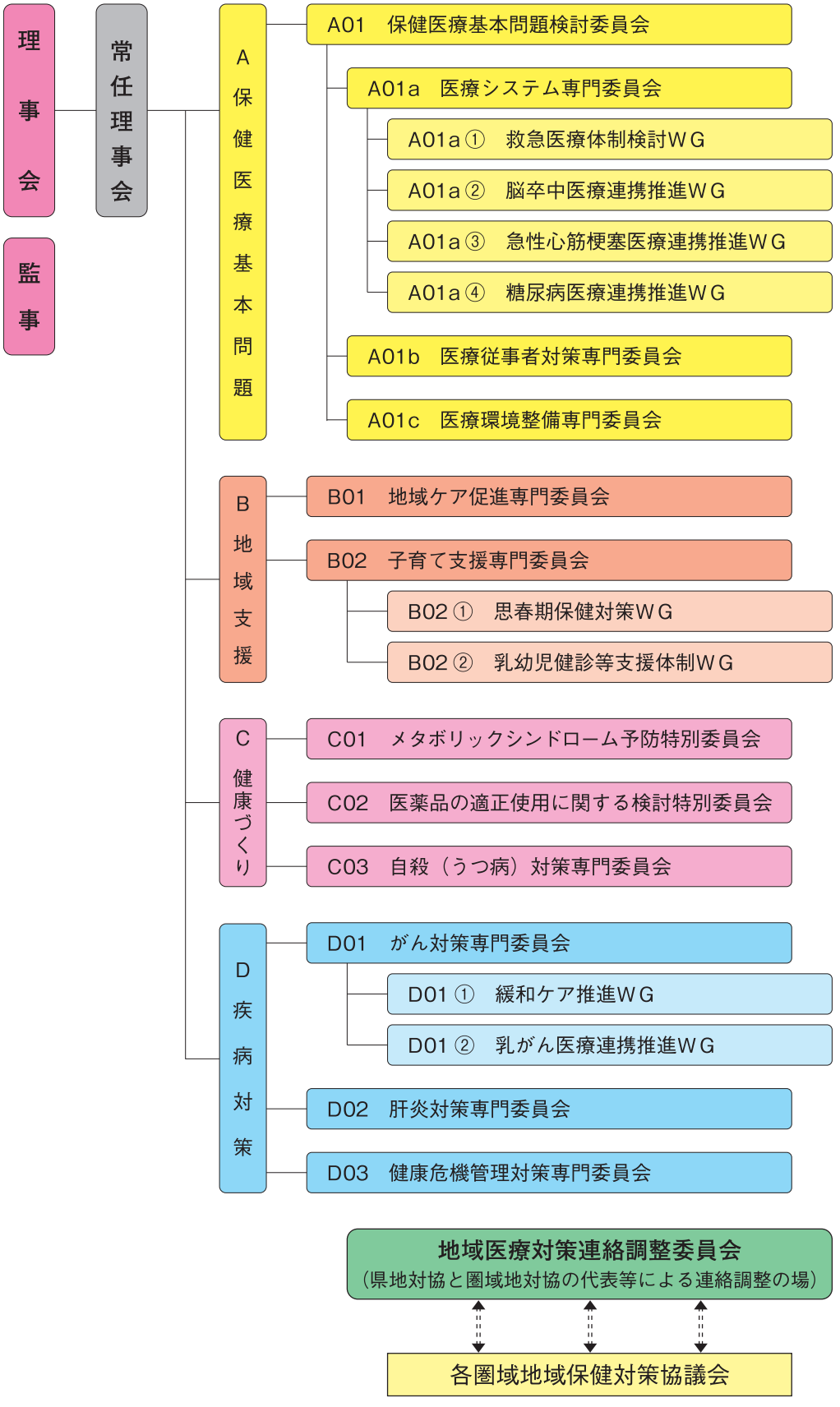
広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

（通刊第40号）

広島県地域保健対策協議会

平成20年度広島県地域保健対策協議会組織図

12委員会，８ＷＧ



医療環境整備専門委員会

目　　次

医 療 環 境 整 備 専 門 委 員 会 活 動 報 告 書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．委員会構成と委員会開催

Ⅲ．救急医療体制の現状と問題点
～救急車利用実態の再調査から～

Ⅳ．救急医療体制の維持に向けた取り組みの企画と実践
～救急医療資源の適正利用を進める啓発キャンペーン～

Ⅴ．ま　　と　　め

医療環境整備専門委員会

（平成 20 年度）

医 療 環 境 整 備 専 門 委 員 会 活 動 報 告 書

広島県地域保健対策協議会 医療環境整備専門委員会
委 員 長　田妻　　進（広島大学病院 総合内科・総合診療科）

目　　次

Ⅰ．は じ め に
Ⅱ．委 員 会 構 成
Ⅲ．救急医療体制の現状と問題点
　～救急車利用実態の再調査から～
Ⅳ．救急医療体制の維持に向けた取り組
　みの企画と実践
　～救急医療資源の適正利用を進める
　　啓発キャンペーン～
Ⅴ．ま　と　め

Ⅰ．は じ め に

医療を取り巻く環境はメディアで報じられる以上に深刻な様相を呈している。中でも救急医療に関する状況は深刻である。その要因は複合的であるが，医療を受ける側（受療者）の認識と，医療を提供する側（医療者）の認識の微妙な“ずれ”が少なからず影響していると推察される。本委員会では，医療者・受療者双方の立場から，①救急医療体制の現状に関する問題点の指摘，②救急医療体制の維持に向けた取り組みについて提案を依頼し，それらをもとに協議を重ねたうえで，医療環境改善に向けた実効性のある“啓発キャンペーン”を企画・実践した。

Ⅱ．　委員会構成と委員会開催

委員の構成として，広島大学病院，広島県，広島市，広島県医師会，広島市医師会，広島地域保健所，広島市民病院，中国労災病院の当該領域関係者に加えて，市民代表として子育てにやさしい広島推進協議会委員２名にも御参画いただいた。１回目の委員会を平成 20 年７月 15 日（表１）に開催し，救急医療体制の現状調査をもとに問題点を把握し，体制維持に向けた取り組みを提案した。第２回目を平成 21 年３月５日（表２）に開催して具体的な“啓発キャンペーン”企画の実践に向けた最終調整を行った。

Ⅲ．　救急医療体制の現状と問題点
～救急車利用実態の再調査から～

広島市消防局は救急医療のコンビニ的利用に対する具体的対応策を検討するため，平成 20 年２月 12 日から１ヵ月間の救急出動の適正を調査した（資料１）。

調査方法は，1）症状が急激に悪化する可能性，2）症状・傷病程度も区分，3）傷病者の生活環境（独居老人，身体障害者等）を基準に救急出動の適正を判断するもので，結果として 23.3％（898/3,854 件）の不適正利用を認めた。これは前年度の実績を上回るものであった。今回は実態調査に引き続いて，広島市が行っている救急車適正利用の PR 活動についてアンケート調査が実施されたが，その認知度は 35.2％であったが，若年者においてその認識が比較的低いことが判明した。

Ⅳ．　救急医療体制の維持に向けた
取り組みの企画と実践
～救急医療資源の適正利用を
進める啓発キャンペーン～

前述の実態調査から，1）救急のコンビニ化（軽症患者の救急搬送），2）救急医療体制に対する理解と誤解（時間外医療と救急医療の相違に関する誤解）を問題点として取り上げ，救急車適正利用の推進を主体とした“救急医療資源の適正利用を推進する啓発キャンペーン”を企画・実践した。

平成 21 年３月９日からの１週間を「救急医療資源の正しい利用を進める週間」として，広島市医療圏域に関わる公共交通機関（JR，電車，バス，タクシー）の協力を得て，ポスター（図１）を車内に掲載するとともに，医療機関の玄関・待合室などにも掲示して一般市民の啓発活動を行った（資料２）。また，３月９日は“サン・キュー”の日としてスター

トイベントをJR広島駅ならびに広島大学病院にて行い（資料3），地元メディアからの好意的な支援も受けて，本イベントは報道された。

Ⅴ．ま　と　め

2年間の活動の集大成を“啓発キャンペーン”として完結できたことは，ひとえに委員ならびに関係各位のご支援の賜物であった。誌面を借りてあらためて心より感謝申し上げるとともに，この一般市民へのアプローチがどのように帰結するのか推移を見守りたい。

表1　地対協　医療環境整備専門委員会
平成20年7月15日(火)

氏　名	所　属
田　妻　　進	広島大学病院総合内科・総合診療科教授
岩　崎　泰　昌	広島大学病院高度救命救急センター講師
田　代　裕　尊	広島大学病院第二外科講師
近　末　文　彦	広島地域保健所長
土久岡　り　え	子育てにやさしい広島推進協議会委員
内　藤　博　司	広島市民病院 集中治療部兼救急診療部部長
中　川　五　男	中国労災病院救急部長
中　西　幸　造	広島市医師会理事（中西医院）
檜　谷　義　美	広島県医師会副会長
兵　藤　純　夫	広島市立舟入病院小児科部長
平　谷　優　子	子育てにやさしい広島推進協議会委員
藤　原　健　悟	広島市消防局警防部救急担当部長
井　崎　陽　介	広島市消防局警防部
堀　江　正　憲	広島県医師会常任理事
市　本　一　正	広島市健康福祉局保健部保健医療課長
鹿　田　一　成	広島県健康福祉局保健医療部 医療政策課長

（順不同・敬称略）

表2　地対協　医療環境整備専門委員会
平成21年3月5日(木)

氏　名	所　属
田　妻　　進	広島大学病院総合内科・総合診療科教授
岩　崎　泰　昌	広島大学病院高度救命救急センター講師
高　杉　敬　久	広島県医師会副会長
田　代　裕　尊	広島大学病院第二外科講師
近　末　文　彦	広島地域保健所長
土久岡　り　え	子育てにやさしい広島推進協議会委員
内　藤　博　司	広島市民病院 集中治療部兼救急診療部部長
中　川　五　男	中国労災病院救急部長
中　西　幸　造	広島市医師会理事（中西医院）
檜　谷　義　美	広島県医師会副会長
兵　藤　純　夫	広島市立舟入病院小児科部長
平　谷　優　子	子育てにやさしい広島推進協議会委員
藤　原　健　悟	広島市消防局警防部救急担当部長
井　崎　陽　介	広島市消防局警防部
堀　江　正　憲	広島県医師会常任理事
市　本　一　正	広島市健康福祉局保健部保健医療課長 （代理：行竹　昭）
鹿　田　一　成	広島県健康福祉局保健医療部 医療政策課長（代理：宇津宮仁志）

（順不同・敬称略）

資料１：救急車利用実態調査について（広島市消防局）

救急車利用実態調査等について

１　救急車利用実態調査

（１）概要

救急医療のコンビニ的利用に対する具体的対応策を検討するため、平成 20 年 2 月 12 日から 1 ヵ月間の救急出動について調査した。

（２）調査方法

救急出動（転院搬送、医師等搬送、資器材等搬送を除く。）を大きく「適正利用」と「不適正利用」に区分し、事案の発生場所、時間、患者の年齢等、利用者の構成及び不適正利用の要因を調査した。

次の基準に従って、総合的に適正又は不適正の判断を行った。

○症状が急激に悪化する可能性の有無

○一般的にもわかる症状で傷病程度を区分（簡便な判断基準）

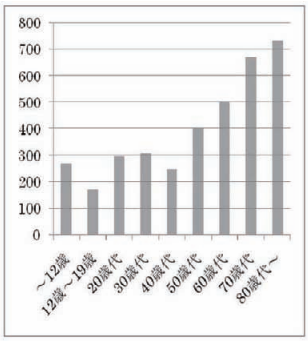
○傷病者の生活環境を加味（独り暮らし老人、身体障害者等）

（３）調査結果

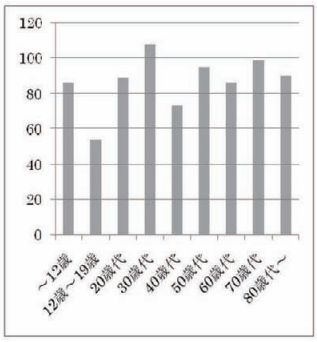
・総出動件数 3,854 件中、不適正利用該当件数が 898 件（23.3%）であった。

・総出動件数では、70 歳代以上の利用が多いが、不適正利用件数では 20 歳代、30 歳代が前者を上回る。

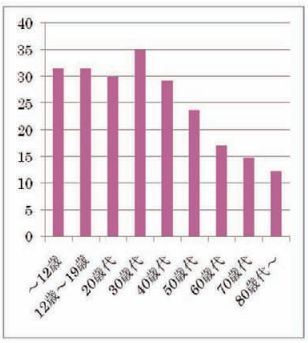
年代別総出動件数（件）



年代別不適正件数（件）



年代別不適正割合（%）



（４）その他

継続調査を実施（平成 21 年 2 月 9 日～3 月 9 日）

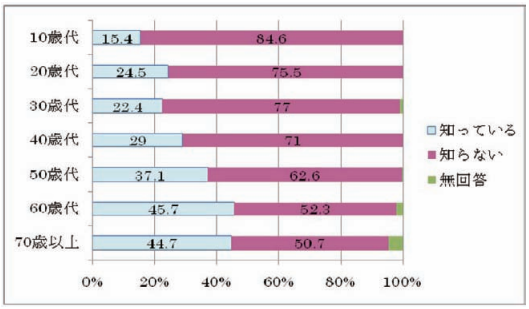
２　市民意識実態調査

（１）概要

本市が平成 20 年 3 月、広島市に在住する 18 歳以上の男女 5,000 人を対象にしたアンケート

（２）結果

本市が行っている救急車適正利用の PR について、「知っている」と回答した人は 35.2%であった。年代別でみると、20 歳代が 24.5%、30 歳代が 22.4%と低く、職業別でみると、事務職が 20.5%、学生が 20.4%と低い。



資料２：『救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン』の実施

資　料　提　供 平成 21 年 3 月 4 日		
課　名　医療政策課 担当者　坂上，村井 電　話　082-513-3062	所　属　広島市消防局 担当者　藤原部長，井崎 電　話　082-546-3461	所　属　広島大学総合診療科 担当者　田妻教授 電　話　082-257-5461

『救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン』の実施について

１　趣　旨

救急車や救急医療機関などの救急医療資源の適正な利用について，県民の理解と協力を求めるため，「救急医療資源の正しい利用を進める週間」を定め，公共交通機関の車両等へ啓発ポスターを掲示するなどのキャンペーンを展開する。

２　啓発週間

平成２１年３月９日(月) ～ 平成２１年３月１５日(日)

３　実施主体

広島県地域保健対策協議会，広島県消防長会，ひろしま健康づくり県民運動推進会議

４　実施内容

○啓発ポスター等の作成・掲示

種　類	ポスター		ステッカー	リーフレット
大きさ	Ｂ３判・横	Ａ２判・縦	横 210㎜・縦 60㎜	Ａ４判・縦
作成枚数	1,350 枚	800 枚	7,300 枚	10,000 枚

協　力　機　関	内　　容	数　　量
西日本旅客鉄道（株）	ＪＲ各車両へのポスター掲示 （Ｂ３判・横）１枚	600 枚
広島電鉄（株）	各車両へのポスター掲示 （Ｂ３判・横）２枚	電車 360 枚 市内バス 170 枚 郊外バス 220 枚
計		1,350 枚
（社）広島県タクシー協会	タクシー車両へのステッカー貼付 １枚	5,900 枚
広島県個人タクシー協会		1,400 枚
計		7,300 枚

※ポスターは，救急医療機関（152 施設）へも掲示を依頼する。（Ａ２判約 800 枚）

※リーフレットは，県内消防局・消防本部，医療機関等へ配布する。

５　実施する背景等

○　「広島県地域保健対策協議会」（広島県，広島県医師会，広島大学，広島市で構成）において，救急医療の現場を支援するための方策等について検討を進め，その一環として，昨年２月に広島市消防局管内で「救急車の利用状況」について調査を行った結果，救急車による患者搬送人員のうち，約２割超が「不適正な利用」であったという結果が出ている。

○　夜間や休日の救急外来における軽症患者の増加などを背景に，重症救急患者の円滑な受入が難しい状況になりつつある。

【取材のお願い】
啓発キャンペーンの開始に際して，啓発ポスターの掲示を，広島大学病院高度救命救急センター講師の岩崎医師が行います。
●日　時：３月９日(月)午前９時
●場　所：広島大学病院(広島市南区霞一丁目２番３号)
入院棟１階時間外出入口
●連絡先：広島大学病院広報
担当　藤田　電話(082)257-5014

【協力機関取材連絡先】
●西日本旅客鉄道㈱
担当者：広島支社　営業課　福江副課長
電話(082)264-7420
●広島電鉄㈱
担当者：M･Sカンパニー経理管理グループ資材チーム
大田さん
電話(082)242-3545

ＪＲ，広電用：ポスター（Ｂ３横サイズ）

タクシー用：ステッカー（縦 60×横 210 mm）：両面印刷

（医療機関用：Ａ２縦サイズ）

図１　『救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン』ポスター

資料３：「救急医療資源の正しい利用を進める週間」のスタートイベント

「救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン」のイベントについて

１　趣旨

「救急医療資源の正しい利用を進める週間」のスタートイベントとして，啓発リーフレットの配布等を行う。

２　実施日時

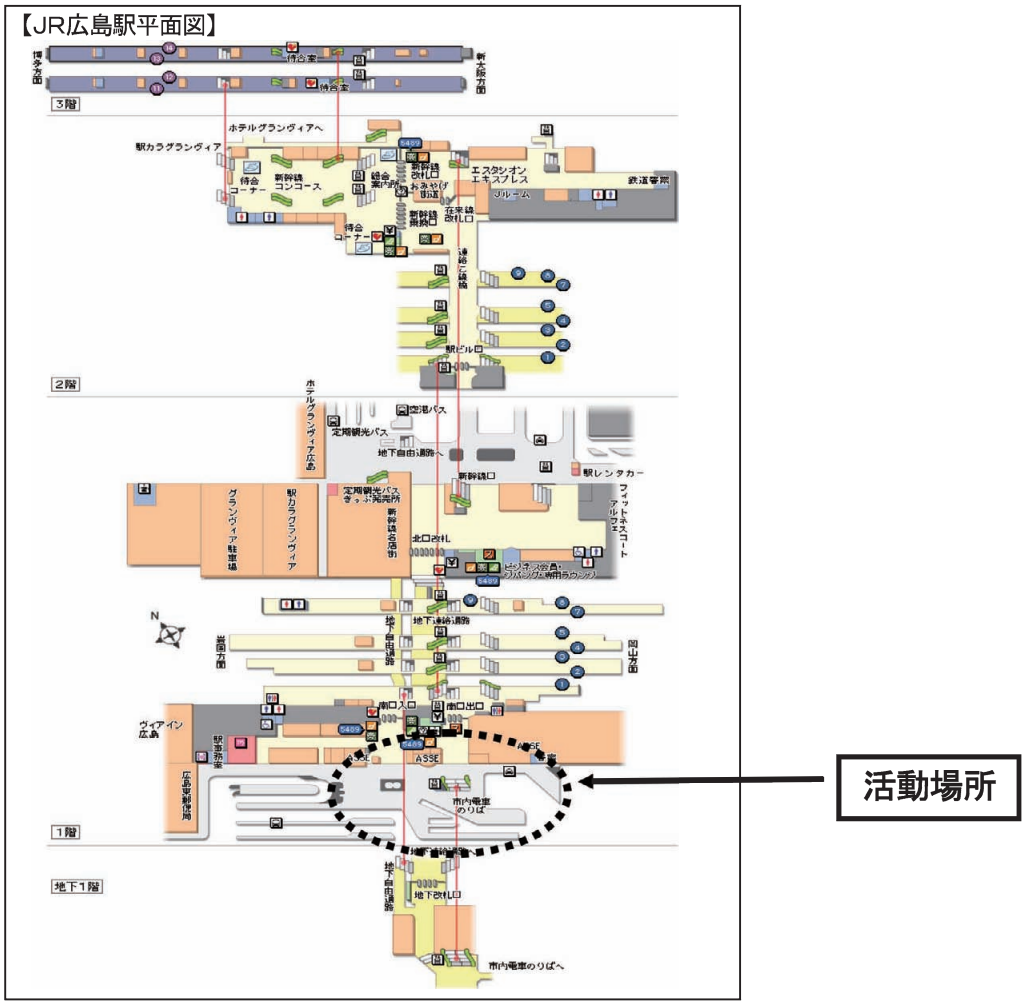
平成２１年３月９日（月）午前８時～午前９時頃

３　場所

ＪＲ広島駅改札南口出口及び駅前広場

４　参加者

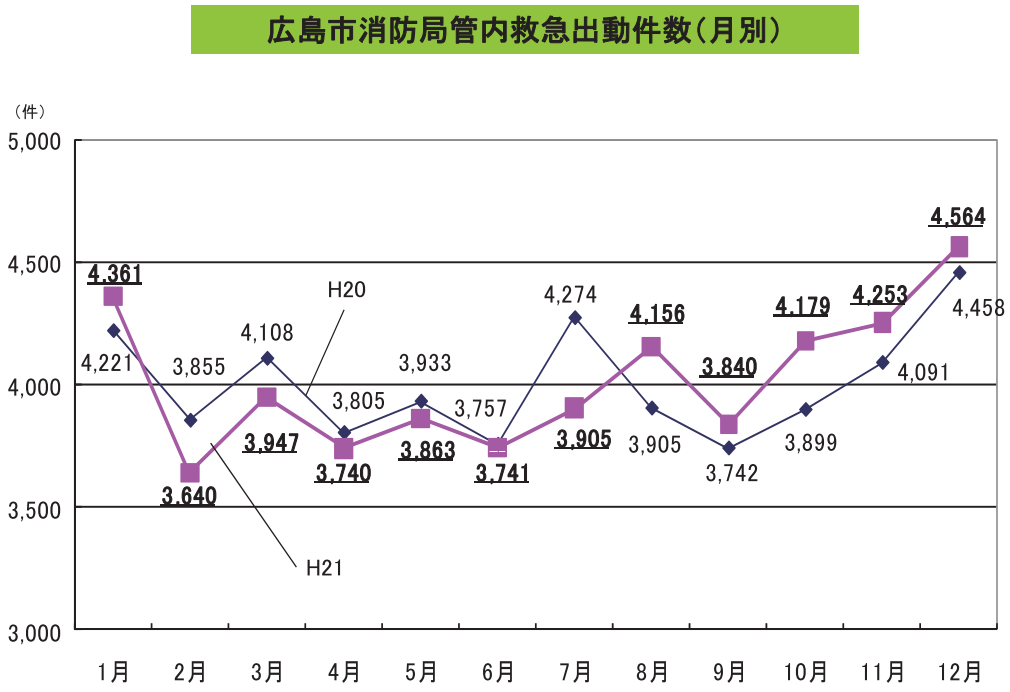
広島市消防局，広島県医師会，広島県　　約１１名



広島県地域保健対策協議会 医療環境整備専門委員会

委員長	田妻　　進	広島大学病院総合内科・総合診療科
委　員	市本　一正	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	岩崎　泰昌	広島大学病院
	鹿田　一成	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	田代　裕尊	広島大学病院
	近末　文彦	広島地域保健所
	土久岡りえ	子育てにやさしい広島推進協議会
	内藤　博司	広島市立広島市民病院
	中川　五男	中国労災病院
	中西　幸造	広島市医師会
	檜谷　義美	広島県医師会
	兵藤　純夫	広島市立舟入病院
	平谷　優子	子育てにやさしい広島推進協議会
	藤原　健悟	広島市消防局警防部
	堀江　正憲	広島県医師会

資料３：広島市消防局管内救急出動件数（月別）



広島県地域保健対策協議会 医療を支える環境づくり特別委員会

委員長	田妻	進	広島大学病院総合内科・総合診療科
委　員	池田	政憲	国立病院機構福山医療センター
	市本	一正	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	岩﨑	泰昌	広島大学病院高度救命救急センター
	佐原	正伸	尾道市健康推進課
	高杉	敬久	広島県医師会
	竹内	啓祐	県立広島病院
	武澤	巖	安芸太田病院
	津山	順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	土手	慶五	広島市立安佐市民病院
	内藤	博司	広島市立広島市民病院
	西田	英司	庄原市保健医療課
	檜谷	義美	広島県医師会
	兵藤	純夫	広島市立舟入病院
	平谷	優子	子育てにやさしい広島推進協議会
	堀江	正憲	広島県医師会
	山下	聰	広島市消防局警防部

地域ケア促進専門委員会

目　　次

地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

平成21年度のテーマ『認知症治療とケアの総合化』（2年目）

2年連続のテーマとした根拠と課題
知識不足による虐待を予防
知識不足で悪化させている家族の善導と患者の尊厳を守る
家族環境改善の問答（認知症診療・主治医機能）
認知症の診断を適確に行い，家族教育を行うことで介護負担を軽減
知識不足のケアマネジャー，介護スタッフの大罪
医師だけではできない認知症治療・患者支援・ケア
地域レヴェルでの認知症早期診断：歯科医師・民生委員・保健推進員
認知症治療，コントロール薬剤の多様化
認知症治療は家族の医学知識を向上させる
家族との共同診療ともいえるBPSDコントロール
診断・治療におけるチーム医療

地域ケア促進専門委員会

（平成 21 年度）

地域ケア促進専門委員会調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会
委員長　片山　　壽

平成 21 年度のテーマ
『認知症治療とケアの総合化』（2 年目）

2 年連続のテーマとした根拠と課題

このテーマは世界共通のものであり，世界一の高齢国家である日本においては，認知症は自分および家族にとって，Common disease となっていることの認識をもち，医療者は高齢者医療の視点から診断・治療技術を習得することが必要であり，統合した「地域ケア」が遭遇したことのない最大の課題である。

患者数は 2015 年には 250 万人と言われていたが，この数値は 2003 年に筆者も委員として加わった厚生労働省高齢者介護研究会（医師は筆者と本間 昭先生のみ）で，患者数の把握が必要であるので要介護認定のデータからスーパーコンピューター解析を行ってはじき出した数値である。

認知症老人自立度Ⅱ以上の拾い上げを行ったので，現在の患者数や見過ごされた潜在患者数は表現されていないのは，筆者が認知症患者の診断診療を系統的に行いながら介護保険の制度施行 2000 年以降，ある程度進行した認知症患者で介護保険の申請をしている新患はほとんどいないからである。

これは，高齢者医療の問題として捉えることが，国民だけでなく医療者にも遅れていたからである。塩酸ドネペジルが薬価収載されてから 11 年が経過して，適切な治療となったものも多いが，唯一の治療薬という認識から不適切な長期大量投与の弊害も多く指摘されている。

一方，研究や治療論の開発も進展し，認知症の中核症状とされる記銘力低下，判断力低下，実行機能障害などの認知機能障害は臨床像の一部でしかなく，妄想，幻覚，無気力，焦燥，行動異常などの多彩な周辺症状（BPSD: behavioral and psychological symptoms of dementia）が，家族の大きな精神的負担となり，実際の介護負担となっている現実が明らかになった。

ここで高齢者に多発する難治性の未知の疾病群であり，周囲の理解や主治医の治療と助言によりご本人の尊厳を失うことを最小限にとどめながら，家族と共に在宅生活を「余生として」過ごせることを実現させる範囲，までの治療とケアの総合化が必要となってくる。

90 年代はケア重視で治療論にはスポットが当たっていなかったことで，グループホーム万能論がまかり通ったが，その後の検証はなされたのであろうか。

知識不足による虐待を予防

20 世紀は認知症患者の受難時代で，「呆け老人」という決め付け用語が常用されていたが，「家では無理なので施設処遇」と烙印を押されてしまった被害者は多い。「折り梅」という映画を製作した松井女史が当院に話に来られたとき，当院で行っている痴呆（当時）の方の治療と生活支援の実態を聞かれたが，「家族が刺している棘を，一本ずつ，丁寧に抜いていくのが私の医師としての仕事の大きな部分のような気がしながらやっています」と答えた。これは知識のない家族にとっては，長年生活をともにしてきた連れ合いや親に発症した本人の変化であり，高齢者によくある「進行性の疾病」と捉えられないことで，厳しい言葉で諫めたり，時には手荒い行動が伴うこともある。これが高齢者虐待の基本型であり，高齢者世帯の増加により，認知症の夫婦による「認認介護」の結果，殺人事件となってしまった富山県の不幸な事例もある。

発病時は特定しにくいが，少なくとも治療を開始した時点から認知症の病態や対応について家族の正しい理解を基盤とした，家族機能に大きく治療環境

が左右されるので，大切な家族の一員が個人の尊厳を失わないように，家族全体の認知症への深い理解と治療への参加が，認知症患者のサポートとして必須である。

知識不足で悪化させている家族の善導と患者の尊厳を守る

認知症治療を数多く行っていると，家族の問題に多く遭遇するものである。徐々に進行してくる認知症は多くは発症日を特定できない疾病である。日常生活の中で短期記憶障害の進行により，物事に支障をきたすようになったときには，ご本人が最も不安になり，感受性が高まっているので，ここで家族からつらい仕打ちを受けると大きく傷つき，悪化してしまうのである。ストレスから胃潰瘍や逆流性食道炎の患者さんに遭遇することも多い。

中にはネグレクト（介護放棄）や虐待につながる事案も発生することがあるので，見た目には分からないゆえに弱い立場に置かれてしまわないように適切な介入が必要である。

ここでは家族，あるいは周囲の人間の知識不足が原因で，患者本人の尊厳が損なわれることが多いことが問題である。

家族環境改善の問答（認知症診療・主治医機能）

当院に受診されている高齢女性患者が，連れ合いのご主人より厳しい扱いを受けていると家族から情報提供があり，どのような内容か，「片山医院・言ってはならない語録」から聞いてきた。1. さっき，言っただろう。2. 何回，同じ話をするのだ。3. いつから，そんなにつまらない人間になったのか，を尋ねたところ「うちのお爺さん，それ全部言っています」とのことであったので，この高齢夫婦世帯の高齢女性患者の日常の救われない気の毒な生活環境が確認できた。

息子さんに「今度，お爺さんに来てもらってくださいね」と伝えたところ，次の日おいでになった。診察室に入ってくるなり，「先生，どういう病気ですか，もう全然だめで世話が大変なんだ」と言われたので，「短期記憶が傷害されるので，さっきのことが記憶に残らない，日本でも 200 万人以上の患者さんがでている病気です，昔の記憶は残っていることが多いですが，進行すると家族のお顔もわからなくなります。」「治らないのですね，先生」と聞かれるので，「治療はできますよ。でも，ご本人が不安にならない環境が必要です。ところでご主人，奥さんとはご一緒になられて何年経っていますか？」「そうだなあ，60 年以上になるでしょう，戦争に行っていたから大変だった，いろいろあいつ（夫人）には苦労をかけたものです，親の世話もあったし」という予想通りのものであった。

そこで，筆者は改善問答に入る。「いいご夫婦なのですね，いい子供さん達がおいでですし，でも，ご主人，奥さんが悪くならないようにできる，あるいは良くなるのに，最も必要なものは貴方の奥さんへの愛情です，60 年を超える素晴らしいご夫妻の日々を思い出してください。貴方が怪我をされたときは親身に介護してくれたそうですね。この病気も怪我と一緒です。怪我なら目に見えるので，やさしくされますよね。」

「貴方にだめになったと言われて，奥さんはどれだけ辛いことでしょうか，ですからご主人，この立場が逆であったらということまで考えて，できうる限りの愛情で奥さんの病気を支えてあげてください。私は主治医としてお薬を出しますが，ちゃんと飲んでもらわないと効き目がありません。でも，薬よりもご主人，貴方の愛情に勝るものはありません。」

少しの沈黙の後，ご主人が「先生の言われることがよくわかりました。」このときのお顔は強い口調で奥さんの話をした方の顔とは異なり，目に涙を浮かべられ「そうですね。可哀想なことをしました。知らなかったのでボケてしまってつまらない人間になってしまったと勘違いしていました。病気のせいなら先生，治療してやってください。薬は全部，私が責任をもって飲ませます。」

後日，息子さんがおいでになり「先生，お爺さんが，コロッと変わりました，優しくなって，お母さんも笑顔がでていましたからびっくりです。」

次回の受診日には，ご主人がエスコートされて 80 台後半のご夫妻がおいでになった。明らかに奥さんの様子は改善していたので「今日はご主人がご一緒でいいですね，調子はよさそうではないですか」と言ったところ，あまり発言されなかったご本人が「主人が本当に優しくしてくれているのです，この間も，一緒にドライブに行って楽しかったのですよ」と言われたので「そうですか，よかったですね，ご主人が優しいから」と一切の家族事情は知らないことにして，だまってご主人に頷いた。

その後の受診時もご主人がご一緒で，帰りには尾道で食事をして，美術館に寄る習慣ができたことで，投薬も効果があり，いいコントロールになっていることは素晴らしいが，不安の除去が最もいい形でできたことで，息子さんご夫妻との交流も改善され「家族介護学」の効果絶大であった。

認知症治療においては，投薬するばかりでなくご本人を取り巻く環境について，ご家族のお話を良く聞いて，その方の生活環境と日々の生活の様子，日課になっていること（草取りや新聞を読む，テレビを観る，家事の一部を担うなど）の情報提供を重視して治療指針をたてる必要がある。

認知症治療は，連続的な診察室の診療ではなく，投薬後の家族の観察からの情報提供に基づいて，治療内容をスライドさせるので，的確な情報提供をしてくれる家族（多くはお嫁さんや娘さん）との共同診療が大変に重要である。

認知症の診断を適確に行い，家族教育を行うことで介護負担を軽減

筆者が数年前の2007年1月認知症フォーラム（東京）で，『認知症は神が与えた医療者への試練である。また同時に，家族に与えられた試練であり，地域に与えられたものである』と，講演を締めくくったことがある。

2006年11月6日の厚生労働省・後期高齢者医療制度の在り方に関する特別部会でプレゼンテーションを行ったが，なんらかの介入が必要な認知症患者数が500万人前後の推計は，そのオーダー（総数）からみて1,500名養成した精神科専門医が対応できる規模を超えている。ここが今後の超高齢者医療の最大の関門であり，認知症の診断・治療において高齢者を多く診ている内科系開業医が主治医として担う必要がある。

いわゆる認知症はアルツハイマー型認知症ばかりではなく，最近，日本に特徴的に増加していると2008年の老年精神医学会で報告があったレヴィ小体型認知症を含め複数の疾病群の総称であり，治療経過において治療とケアの総合化が効果的である。その場合，まず，適切な診断と治療が行われることが重要であり，その後の長期継続ケアとして，ご本人の状態変化に対応して認知症をよく理解した家族や支援者，介護サービスとの多職種協働が行われねばならない。

認知症早期診断・治療の重要さと家族支援

○尾道市医師会方式認知症早期診断マニュアルにより診断
○除外診断プロジェクトでMRI/CT画像チェック・血液検査・神経学的診察
○問診表で家族から普段の生活の変化を聞くだけでは不十分
○認知症の診断もATDからDLBにポイントが移っている → 早期にDLBを診断

■ 高齢化するごとに増加する認知症性高齢者 → 家族機能の再構築
高齢地域を担当する医療圏単位で早急な「地域のシステムづくり」が必要

①高齢化の進展で日常診療として、早期診断・治療機能を標準化する必要性
（尾道市医師会の場合は主治医機能に追加 → 研修 →実践→検証→追加）

②地域のあらゆるサービス提供資源、関係者が早期発見・早期受診に関与して一体的に、継続的に取り組む必要性（各段階の支援・見守りの体制整備）

③医療関係者・あらゆる職種・関係者の「認知症」に関する深い知識が必要
（特に家族の深い理解と治療への参画・主治医とのチーム感覚が必須）

④認知症の発生率を勘案すれば、国民の必須の認識として個人の尊厳、権利擁護・自己決定、成年後見制度、虐待防止などの意味合いからも大変に重要

⑤治療開始と継続ケア → 状態の変化で治療内容をスライドさせる必要がある

Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2009

さらに，医原性の要素を内包しつつ，高齢者に多発する類型のない疾病群であること，治療薬の適応において塩酸ドネペジルの適正投与量の記載が限定的で，多くの陽性症状患者を出している点や，レビー小体型認知症での少量投与の効果など勘案して，見直しの必要な現状となっている。

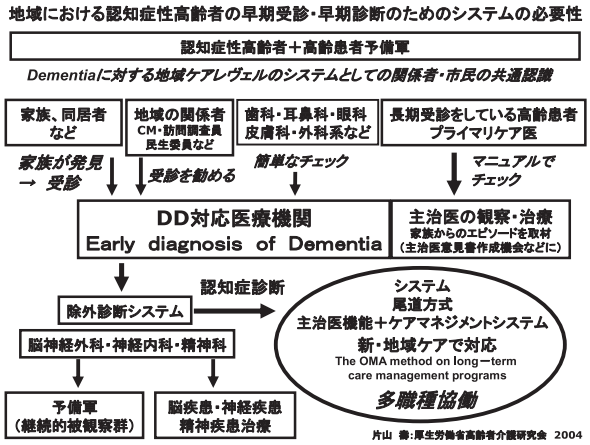
知識不足のケアマネジャー，介護スタッフの大罪

この知識不足の家族の問題から発生した意向を正すことなく，家族の間違った被害者意識を共有して，施設入所の手伝いをしてしまうケアマネジャーは重罪であるばかりか，その施設において「認知症患者」と決め付けて，人間として低く見るような態度をとるスタッフの功罪は計り知れないものであり，犯罪といっても過言ではない。

従来，医療には患者に対する医師の主観的態度，決め付けが厳禁されていることは，ハーバード大学の医師養成のエッセンスを紹介した「ハーバードの医師づくり」（田中まゆみ著・医学書院）に「Non-judgmentalな態度で患者に接すること」の項目がある。

医師だけではできない認知症治療・患者支援・ケア

尾道市医師会では2003年8月から開業医の認知症早期診断プロジェクト（DDプロジェクト）を立ち上げ，河野和彦先生の導入されたCDT（clock drawing test）を軸としたシートを開発し，医師以外にもできるので，医療機関での予診や独居高齢者を支援する民生委員が活用して効果をあげている。これは，DBCシートとともに尾道市医師会HPよりPDFでフリーダウンロードが可能なので，日本中の家族や関係者に利用され感謝されている。



地域レヴェルでの認知症早期診断：歯科医師・民生委員・保健推進員

このマニュアルの策定経過において協議の上，確認したのは認知症早期診断において，医師が行うものでなく周辺職種が行えるものにして普遍化を目指すことを決めた。

各医院においては看護スタッフが中心となって，通院されている高齢患者に院長の指示で行ったりして，いわばビジュアルな予診データとしての役目を果たしているので，経験を積むごとに看護スタッフの認知症診断へのモチベーションがあがる効果を生んでいる。

同様に高齢者を多く診る歯科開業医も，日常診療の中に患者のコミュニケーションの異常の遭遇することは多いので，このマニュアル研修会を歯科医師会の要望で全歯科医療機関の参加で行った。

またケアマネジャーへの研修は，接触性がよく話し上手なアルツハイマー型認知症患者を見過ごさない根拠として，強力なアセスメントツールとなったはずである。さらに民生委員への研修は効果絶大であり，独居高齢者の生活の不安定さから認知症を疑い，自分でマニュアルを使って見事にその高齢者が認知症であることを早期診断した事例は素晴らしいものであった。

さらに地域保健の担い手で担当地域をもつ保健推進員の全体研修として尾道市公衆衛生推進協議会から認知症早期診断マニュアル研修の依頼があり，研修会を行ったが，実に 400 名を超す保健推進員が一同に会しての熱心な聴講には大きな手ごたえがあった。

今後は，調剤薬局の薬剤師が処方薬を渡すときなど，コンプライアンスに問題のある患者の服薬管理能力を主治医に確認するなど連携が求められる。

認知症治療、コントロール薬剤の多様化

前述した「神の試練」であるが，医療者に臨床の奥深さを実感させる疾病が「レビー小体型認知症」かもしれない。認知症はすべて ATD（アルツハイマー型認知症）と思ってドネペジルを増量していると，レビー小体型認知症を見落とした場合には深刻な事態を引き起こすことが少なくない。

以前は，抑肝散を処方すると「漢方なんて……」という家族（薬剤師）があったが，効果のほどに驚いて認識を改めた事例も数多くある。筆者は新患の BPSD のコントロールにあたっては，薬剤の見直しからはじめることが普通の手法となっている。中には重度の薬剤性パーキンソニズムが含まれていたり，うつ病と診断され大量の抗うつ剤の投与により過度の鎮静状態（過鎮静）となっていた人も少なくない。

認知症治療は家族の医学知識を向上させる

筆者は投薬薬剤の一つ一つにおいて細かく説明して，予測の範囲の状態像や変化の可能性，改善の目安などを，個別のターゲットになる症状を定めて説明する。アルツハイマー型認知症への塩酸ドネペジルの陽性症状の説明が主で，不眠になったらとかイライラした様子がでたらが中心であるが，特にレビー小体型認知症については，幻覚の様子，睡眠時の状態，小刻み歩行や転倒の注意など細かいので，DBC（dementia balance check）シートの説明をしながら，いまの状態を記入して渡すようにしている。

興奮系薬剤と抑制系の薬剤，ドーパミン作動薬，睡眠のための補助薬，意欲を高める薬など，多岐にわたるので，まず，ご本人が服用される薬剤が適正量であるかどうかを，家族のチェックも入れて確定させることが重要である。

家族との共同診療ともいえる BPSD コントロール

300 名近い各種認知症患者さんの治療を現在，当院の外来診療で行っているが，投薬で改善されて，付きっ切りで介護をしていたお嫁さんがパートの仕事に出れるようになったり，ご本人が自分で美容院に行って金銭管理ができて，夕食の支度までできるようになった事例などは，この疾病群の特徴と処方術における多様な薬剤の使い方，内科的総合管理，心療内科的な手法で，改善された事例は少なくない。

家族の事情や介護力を勘案して適切な時点でケアの総合化という介入が治療効果を継続させる意味でも必要である。

診断・治療におけるチーム医療

また，尾道市医師会で必ず行っているのは，内科的診察，血液生化学検査，脳外科開業医の MRI，MRA の画像診断による除外診断のチーム医療である。特に脳外科開業医の機能は高く，NPH や慢性硬膜下血腫，脳腫瘍の発見もあり，不全麻痺を呈している脳梗塞に加えて未破裂動脈瘤が診断されることもある。画像は返書とともに CD に入れて家族と在宅主治医に即日届くので，多くの開業医に活用され感謝されている。

筆者が在宅主治医を努める人の弟さんが認知症の疑いで県北から来られ，お宅に往診して言動や運動機能に異常があるので，すぐに脳外科開業医に MRI，MRA を依頼したところ NPH であった。即日，尾道市立市民病院脳外科に入院，その後，太田記念病院でガンマナイフを行い，いまは，県北に戻られて，以前と変わらない健康な状態で生活されている人もあり，迅速な地域医療連携に感謝された。

今後，増え続ける認知症関連疾病に対して，地域医療は総力を挙げて，統合的地域ケアに向けて再編成を求められる。

文　　献

片山　壽：父の背中の地域医療，2009 年 11 月，社会保険研究所

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長　片山　　壽　尾道市医師会
委　員　岩橋　慶美　安佐南区厚生部健康長寿課
　　大貫　仁士　竹原地区医師会
　　大本　　崇　安佐医師会
　　小笠原英敬　佐伯地区医師会
　　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学
　　小島　　隆　広島県歯科医師会
　　児玉　雅治　福山市医師会
　　佐川　　広　大竹市医師会
　　高杉　敬久　広島県医師会
　　竹内　啓祐　県立広島病院
　　壺井　克敏　三原市医師会
　　津山　順子　広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
　　鳴戸　謙嗣　三次地区医師会
　　楠部　　滋　東広島地区医師会
　　西垣内啓二　呉市医師会
　　檜谷　義美　広島県医師会
　　藤原　　恵　松永沼隈地区医師会
　　若宮　実雄　広島県社会福祉協議会
　　槙坪　　毅　広島県医師会

メタボリックシンドローム予防特別委員会

目　　次

メタボリックシンドローム予防特別委員会報告書

Ⅰ．は　じ　め　に
Ⅱ．医療保険者の取組み状況調査
Ⅲ．特定健康診査・特定保健指導関係者研修会
Ⅳ．受診勧奨用ポスターなどの作成
Ⅴ．今 後 の 方 向 性

メタボリックシンドローム予防特別委員会

（平成 21 年度）

メタボリックシンドローム予防特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会
委 員 長　河野　修興

Ⅰ．は　じ　め　に

近年，糖尿病などの生活習慣病の有病者・予備群が増加しており，厚生労働省は，従来の「早期発見・早期治療」の健診から，「メタボリックシンドロームに着目した早期介入・行動変容」を目的とする『特定健康診査・特定保健指導』を平成 20 年度から医療保険者に義務付けた。また，平成 24 年度までの目標値を特定健康診査 70％（65～80％），特定保健指導を 45％，メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率を 10％とし，目標達成状況により各保険者の後期高齢者支援金の加算・減算を行うことにしている。

今回，当委員会では県内の医療保険者の特定健康診査・特定保健指導の受診率向上に向けた取組状況を調査し，今後の推進方策を検討するとともに，関係者研修会の開催，医療機関での受診勧奨ポスターなどを作成したので報告する。

Ⅱ．医療保険者の取組み状況調査

1　調査方法

（1）調査対象　広島県内の主な 49 保険者
　　市町国保：23 保険者，
　　被用者保険・国保組合：26 保険者
（2）調査時期　平成 21 年 11 月 25 日～
　　平成 21 年 12 月 14 日
（3）調査方法　郵送などによる質問調査

2　調査結果の概要

（1）特定健康診査の状況

①　受診率

平成 20 年度の県の特定健康診査目標値 30％に対し，全体で 29％の受診率で，「市町国保」（17.6％）と「国保組合」（25.7％）が目標値を下回った。また，「被用者保険」は，被扶養者（17％）の受診率が低かった（表 1，図 1・2）。

表 1　各保険者の特定健康診査受診率（平成 20 年度法定報告数）

医療保険者名（回答数 / 保険者数）		対象者数	受診者数	受診率
市町国保（23/23）		463,486	81,801	17.6%
国保組合（4/4）		26,321	6,771	25.7%
被用者保険	協会けんぽ〔全国健康保険協会〕(1/1)	372,575	111,972	30.1%
	（再掲：被扶養者）	119,096	10,753	9.0%
	健康保険組合（18/18）	90,726	64,020	70.6%
	（再掲：被扶養者）	30,091	12,680	42.1%
	共済組合（3/3）	44,202	24,186	54.7%
	（再掲：被扶養者）	11,230	3,876	34.5%
	小計（22/22）	507,503	200,178	39.4%
	（再掲：被扶養者）	160,417	27,309	17.0%
計（49/49）		997,310	288,750	29.0%

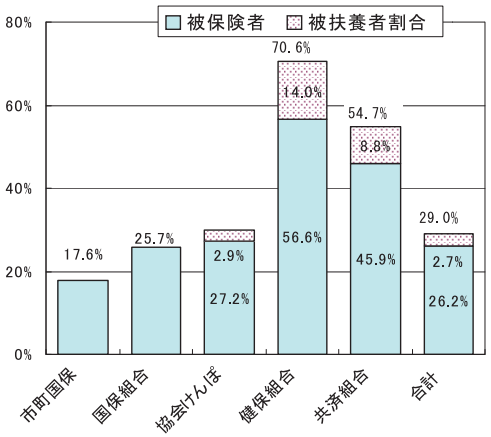


図１　特定健康診査受診率（H20 年度）

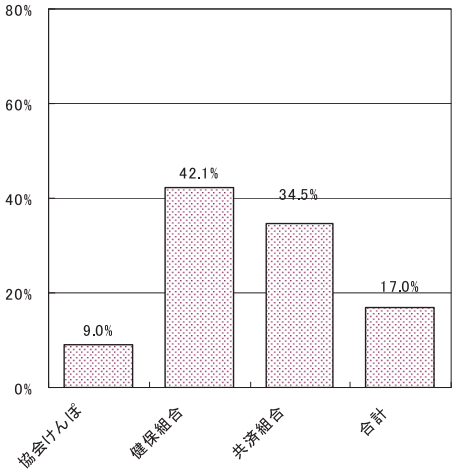


図２　被扶養者の特定健康診査受診率
（H20 年度）

（男女別受診率）

男女別の受診率で低かったのは，「市町国保」は，『男性』（15.4%），「国保組合・被用者保険（被保険者）」は，『女性』（49.0%）であった。また，「被用者保険（被扶養者）」は，『男性』（5.6%）が低かった（図３）。

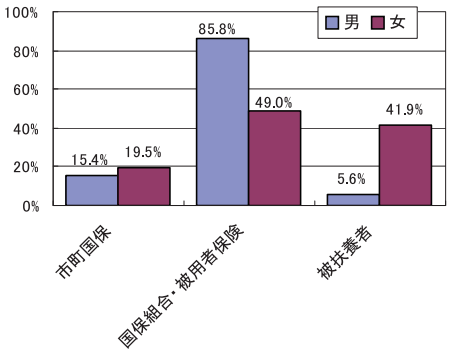


図３　男女別の特定健康診査受診率
（H20 年度）

②　受診機関別状況

受診機関で，最も多かったのは『医療機関』で，特に「被用者保険の被扶養者」（89.9%）が多かった（図４）。

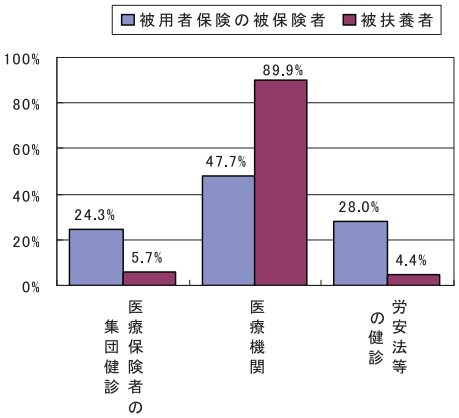


図４　特定健康診査の受診機関別状況

③　自己負担額

自己負担額は，「市町国保」は，『無料』は１市のみで，『1,000 円～2,000 円未満』が最も多く，「国保組合・被用者保険」は，『無料』が８割であった（図５・６）。

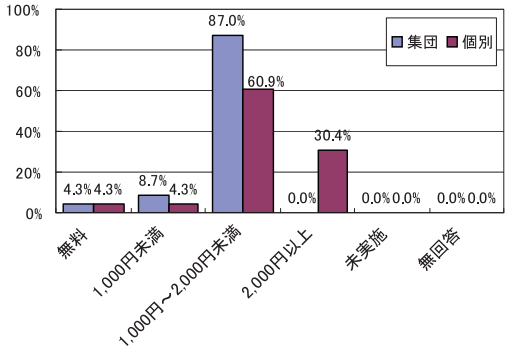


図５　市町国保の特定健康診査の自己負担額
（H21 年度）

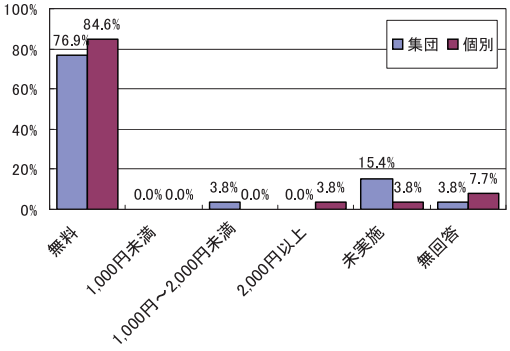


図６　国保組合・被用者保険の特定健康診査の
自己負担額（H21 年度）

④　啓発・周知方法

啓発・周知方法は，「市町国保」は，『広報紙などに掲載』・『健康講座などでPR』が各9割，『ホームページ掲載』・『ポスター・チラシ作成』・『地元医師会へ説明会など』が各7割の実施であった（図7-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『広報紙などに掲載』・『健康講座などでPR』・『関係団体への説明会』が各2割であった（図7-2）。

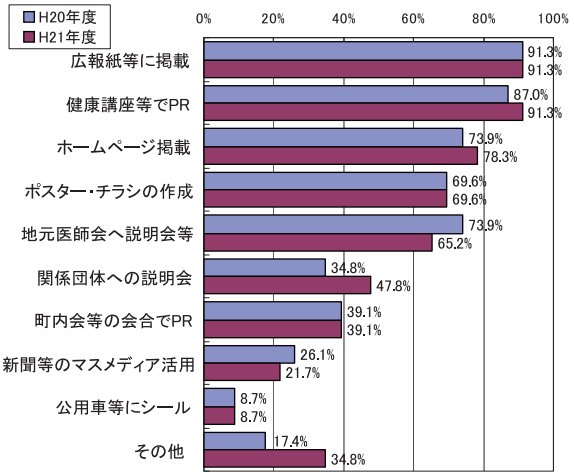


図7-1　市町国保の特定健康診査の啓発方法

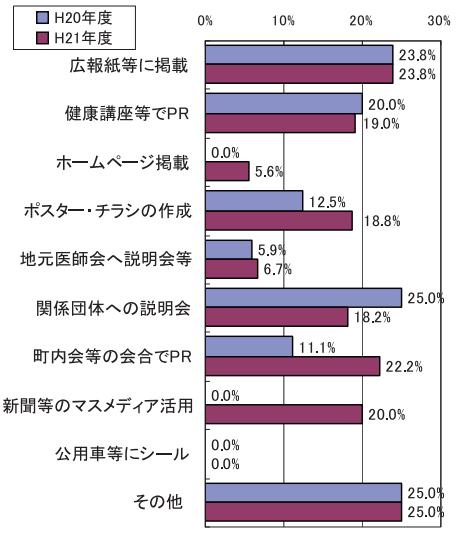


図7-2　効果があった啓発方法

「国保組合」と「被用者保険（被扶養者）」の特定健康診査の対象者への通知は，『会社を通じて受診券を全員に発送』が4割，『直接受診券を対象者に発送』・『申込者に受診券を発送』が各1割の実施であった（図8-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『直

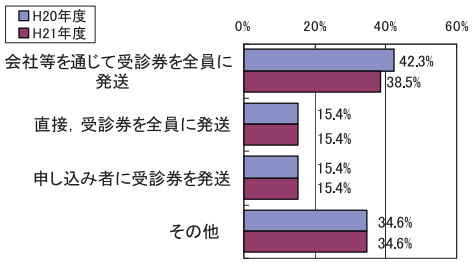


図8-1　国保組合・被用者保険の啓発方法

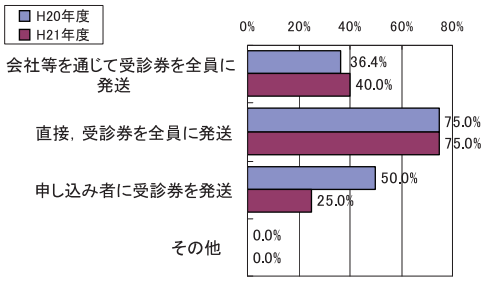


図8-2　効果があった啓発方法

接受診券を対象者に発送』が7割であった（図8-2）。

⑤　受診率向上方策

受診率向上のために実施していることは，「市町国保」は，『がん検診などと同時実施』が9割，『休日・祝日健診』が5割で，平成21年度は，『集団健診日を増やす』が4割の実施であった（図9-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『がん検診などと同時実施』が4割，『集団健診日を増やす』が5割であった（図9-2）。

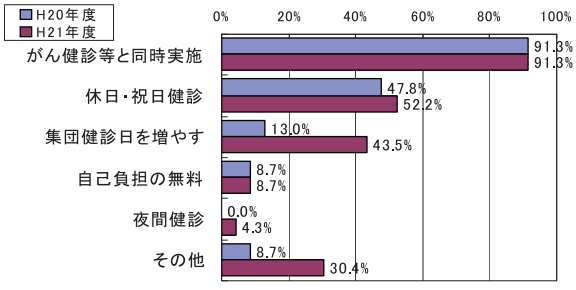


図9-1　市町国保の受診率向上方策

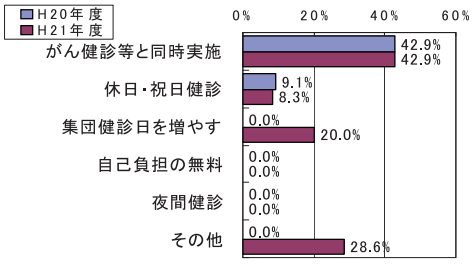


図9-2　効果があった受診率向上方策

「国保組合」と「被用者保険（被扶養者）」は，『人間ドックなどと同時実施』が 7 割，『自己負担の無料』が 5 割の実施であった（図 10-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『人間ドックなどと同時実施』・『自己負担の無料』が各 4 割であった（図 10-2）。

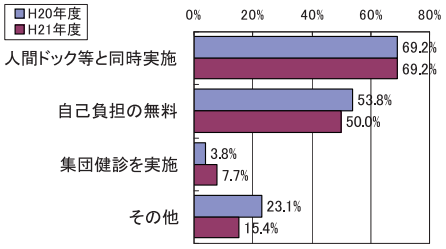


図 10-1　国保組合・被用者保険の受診率向上方策

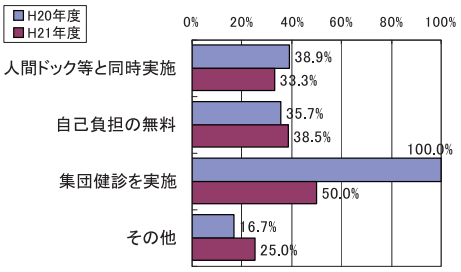


図 10-2　効果があった受診率向上方策

⑥　未受診者対策

未受診者対策は，「市町国保」は，平成 20 年度は 2 割程度の実施であったが，平成 21 年度は『電話による受診勧奨』が 6 割，『再通知』が 5 割であった（図 11-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『電話による受診勧奨』が 2 割，『再通知』が 1 割であった（図 11-2）。

「国保組合の被保険者」と「被用者保険の被扶養者」は，『その他』が 3 割で，その内容

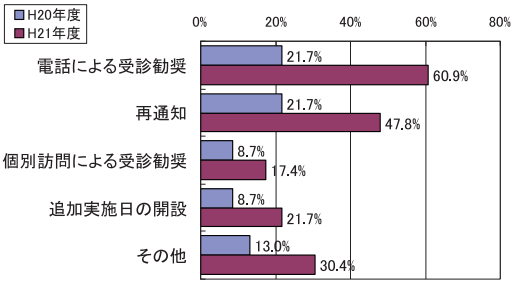


図 11-1　市町国保の未受診者対策

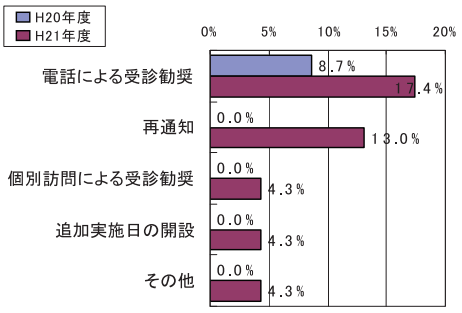


図 11-2　効果があった未受診者対策

は，「ホームページ・広報誌で PR をしている」であった。『再通知』・『電話による受診勧奨』は 1 割の実施であった（図 12-1）。そのうち，効果があったのは，『その他』」が 1 割であった（図 12-2）。

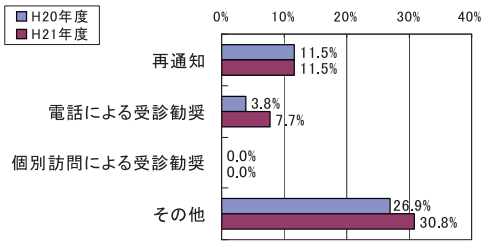


図 12-1　国保組合・被用者保険の未受診者対策

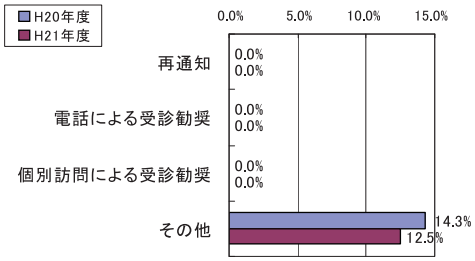


図 12-2　効果があった未受診者対策

(2) 特定保健指導の状況

①　終了率

平成 20 年度の県の特定保健指導目標値 25％に対し，全体 10.3％で，目標値を下回った（表 2，図 13）。

支援別では，『動機付け支援』（17.8％）より，『積極的支援』（9.8％）が低かった（図 14）。

性別では，「市町国保」は，『男性』（16.8％）が低く（図 15），「国保組合・被用者保険」は，『女性』（3.5％）が低かった（図 16）。

表 2　各保険者の特定保健指導終了率（平成 20 年度法定報告数）

医療保険者名（回答数 / 保険者数）		市町国保（23/23）	国保組合（4/4）	被用者保険				合計（49/49）
				協会けんぽ（1/1）	健保組合（18/18）	共済組合（3/3）	小計	
対象者数		13,581	3,311	26,136	13,636	5,300	45,072	61,964
終了者数		2,467	0	1,609	1,624	710	3,943	6,410
（終了率）		18.2%	0.0%	6.2%	11.9%	13.4%	8.7%	10.3%
（再掲）動機付け支援	対象者数	10,513	815		5,009	2,323	7,332	18,660
	終了者数	2,193	0		657	467	1,124	3,317
	（終了率）	20.9%	0.0%		13.1%	20.1%	15.3%	17.8%
（再掲）積極的支援	対象者数	3,068	476		8,627	2,977	11,604	15,148
	終了者数	274	0		967	243	1,210	1,484
	（終了率）	8.9%	0.0%		11.2%	8.2%	10.4%	9.8%

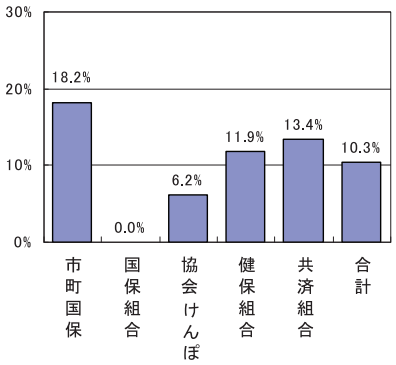


図 13　特定保健指導終了率（H20 年度）

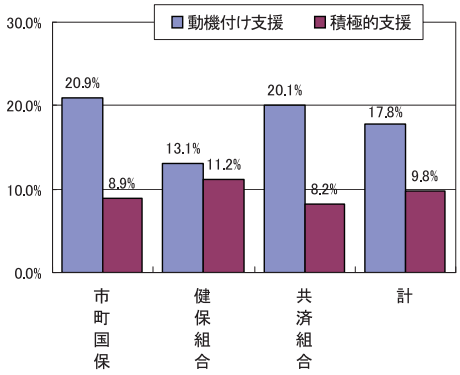


図 14　支援別特定保健指導終了率（H20 年度）

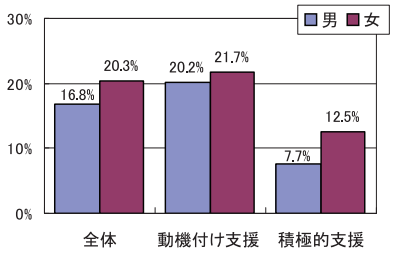


図 15　市町国保の男女別特定保健指導終了率（H20 年度）

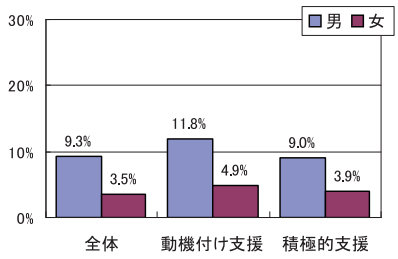


図 16　国保組合・被用者保険の男女別特定保健指導終了率（H20 年度）

② 実施体制

特定保健指導の実施体制は，「市町国保」は，『外部委託』を 6 割が行っており（図 17-1），「外部委託先」で最も多かったのは，『保健指導業者』のみが 6 割であった（図 17-2）。

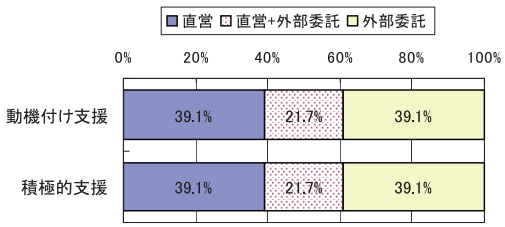


図 17-1　市町国保の特定保健指導の実施体制（H21 年度）

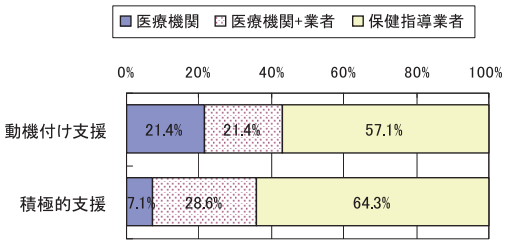


図 17-2　外部委託先（H21 年度）

「国保組合」と「被用者保険」は，『外部委託』を 9 割以上が行っており（図 18-1），「外部委託先」で最も多かったのは，『保健指導業者』のみが 6 割であった（図 18-2）。

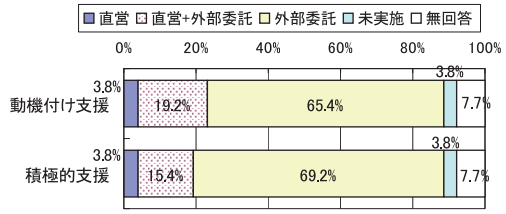


図 18-1　国保組合・被用者保険の
特定保健指導の実施体制（H21 年度）

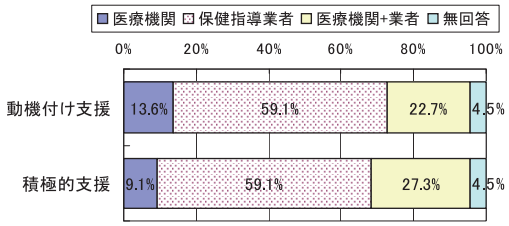


図 18-2　外部委託先（H21 年度）

（積極的支援のプログラム）

積極的支援のプログラム数は，「市町国保」・「国保組合・被用者保険」ともに，単一のプログラムが 4 割と最も多かった（図 19）。

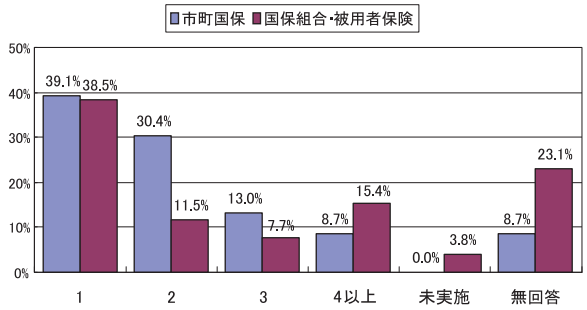


図 19　積極的支援プログラム数（H21 年度）

ポイント数は，「市町国保」・「国保組合」と「被用者保険」ともに，『180～200 未満』が 4 割で最も多く，最高は，「市町国保」は，『1,100 ポイント』で，「国保組合・被用者保険」は，『260 ポイント』であった（図 20）。

④　自己負担額

自己負担額は，『無料』が最も多く，「市町国保」は 8 割（図 21），「国保組合・被用者保険」は 7 割であった（図 22）。

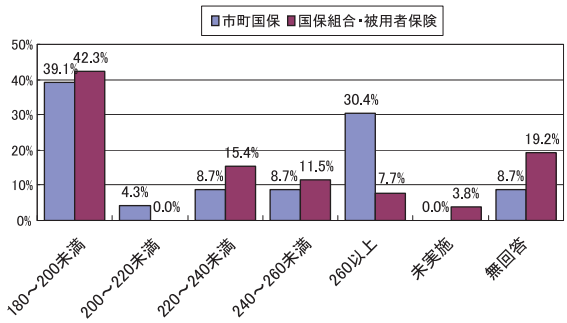


図 20　積極的支援ポイント数（H21 年度）

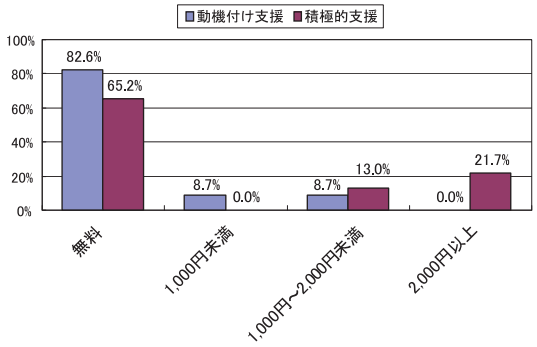


図 21　市町国保の特定保健指導の自己負担額
（H21 年度）

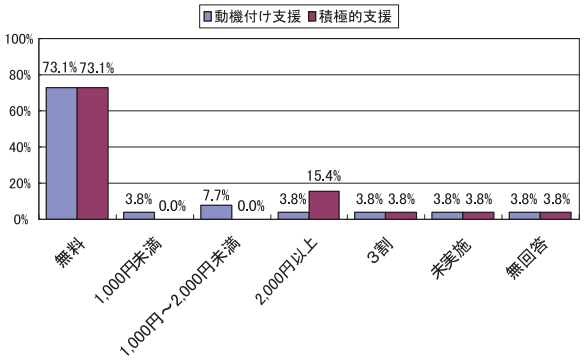


図 22　国保組合・被用者保険の
特定保健指導自己負担額（H21 年度）

⑤　利用率向上方策

特定保健指導の利用率向上のため「市町国保」は，『対象者の都合日に保健指導』が 7 割，『自己負担の無料』が 6 割であった（図 23-1）。平成 20 年度は『夜間の保健指導』が 7 割，『家族参加型保健指導』を 6 割実施していたが，平成 21 年度は 2 割に減少していた。このうち，効果があったと思われるものは，『訪問による保健指導』が 3 割であった。『訪問による保健指導』が 5 割の効果であった（図 23-2）。

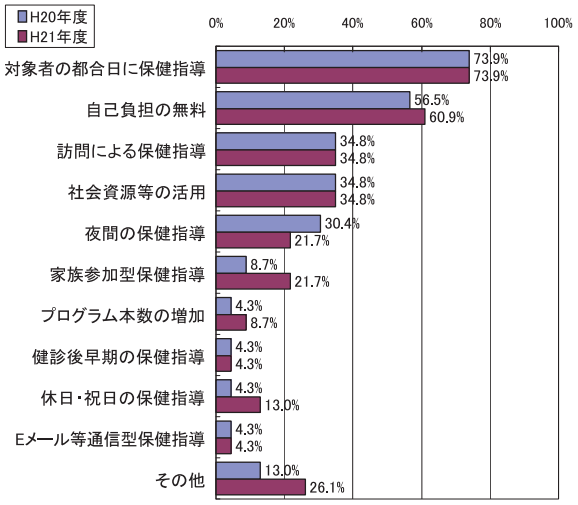


図 23-1　市町国保の特定保健指導の利用率向上方策

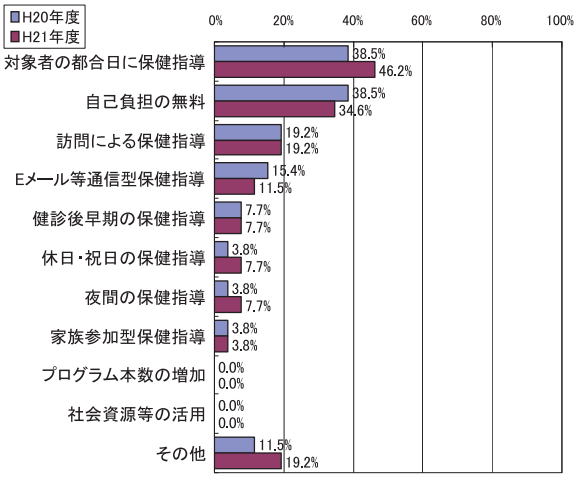


図 24-1　国保組合・被用者保険（被保険者）の利用率向上方策

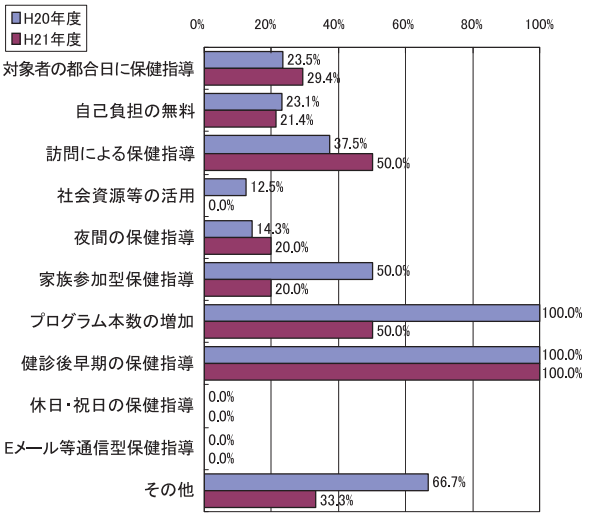


図 23-2　効果があった受診率向上方策

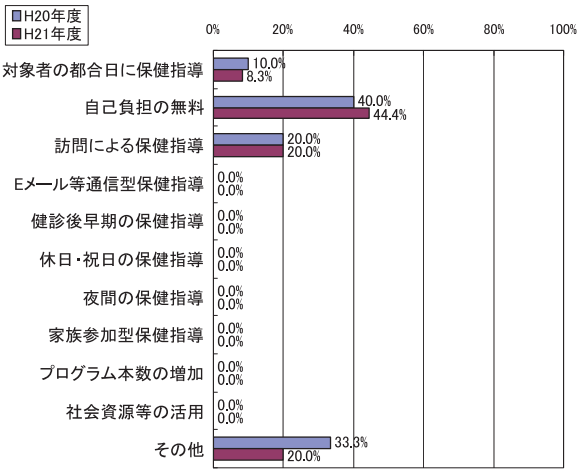


図 24-2　効果があった利用率向上方策

「国保組合・被用者保険（被保険者）」は，『対象者の都合日に保健指導』・『自己負担の無料』が 4 割，『訪問による保健指導』が 2 割の実施であった（図 24-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『自己負担の無料』が 4 割であった（図 24-2）。

「被用者保険（被扶養者）」は，『対象者の都合日に保健指導』・『自己負担の無料』が各 3 割であった（図 25-1）。このうち，効果があったと思われるものは，『自己負担の無料』が 4 割の効果があった（図 25-2）。

⑥　研修希望内容

研修希望は，「市町国保」に多く，内容は，『行動変容につながる保健指導』（92.9％），

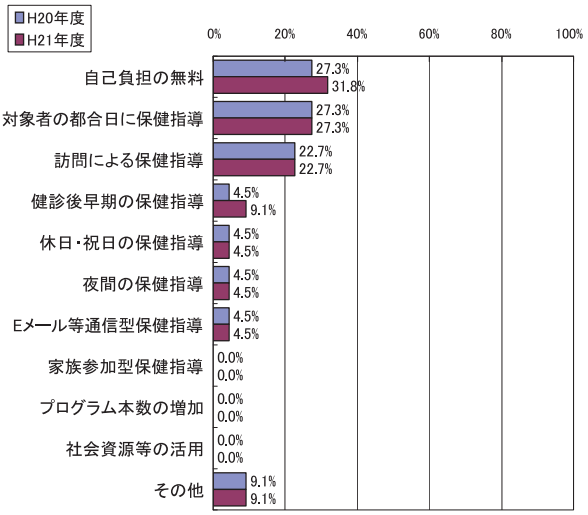


図 25-1　被用者保険（被扶養者）の利用率向上方策

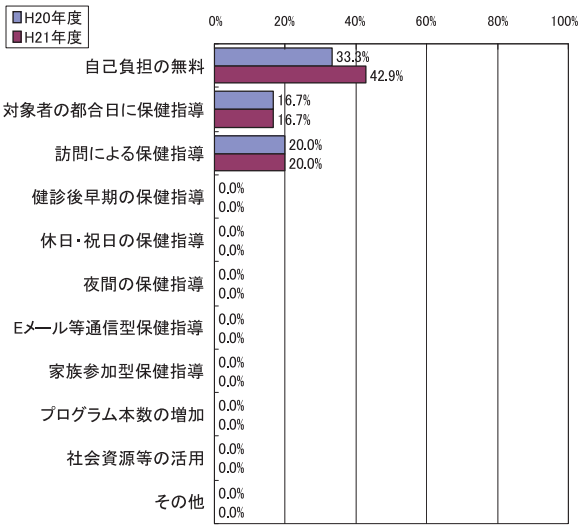


図 25-2　効果があった利用率向上方策

『個別の生活習慣の指導』（69.6％），『事業の企画・立案・評価』（56.5％）の順であった。「国保組合・被用者保険」で最も多かったのは，『事業の企画・立案・評価』（34.6％）であった（図 26）。

3　主な課題・意見

特定健康診査・特定保健指導に関する課題・意見を自由記載してもらったところ，『治療中の人への対応の検討が必要』，『対象者へのアプローチの検討が必要』，『保健指導従事者のスキルアップが必要』，『計画・評価方法を知りたい』が多かった（表 3 ）。

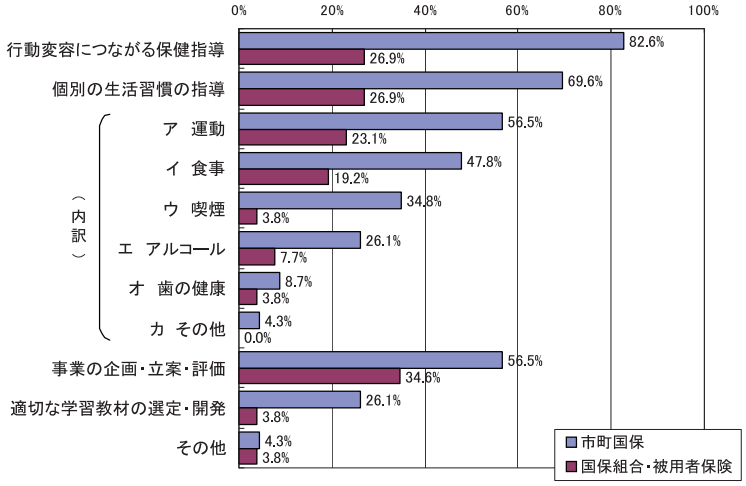


図 26　研修希望の内容

表 3　特定健康診査・特定保健指導に関する課題・意見

項　目	①　市町国保	②　国保組合・被用者保険
(1) 特定健康診査の受診率向上に関すること	1　治療中の人への対応の検討が必要（8 件）	1　治療中の人への対応の検討が必要（4 件）
	2　対象者への広報活動の課題（4 件）	2　対象者・事業主への広報活動の課題（3 件）
	3　労安法等の健診結果把握の課題（4 件）	3　がん検診等との同時実施が必要（2 件）
	4　未受診者対策が必要（2 件）	4　被扶養者の未受診者対策が必要（2 件）
	5　その他（4 件）	5　その他（2 件）
(2) 特定保健指導の終了率向上に関すること	1　内容・場所等の検討が必要（8 件）	1　対象者等へのアプローチの検討が必要（6 件）
	2　保健指導従事者のスキルアップが必要（5 件）	2　広報活動の課題（2 件）
	3　その他（3 件）	3　その他（3 件）
(3) 計画・評価に関すること	1　計画・評価方法を知りたい（8 件）	1　計画・評価方法を知りたい（2 件）
	2　その他（7 件）	2　その他（3 件）
(4) その他	1　制度等の周知（4 件）	1　その他（4 件）
	2　医療機関との連携が必要（2 件）	
	3　その他（2 件）	

4　考　察

(1) 特定健康診査

① 労働安全衛生法などによる健康診断の義務付けがない「市町国保の被保険者」や「被用者保険の被扶養者」の受診率が特に低かった。

② 健診受診機関は，「医療機関」での受診が，「被用者保険の被扶養者」では，9割を占めており，「医療機関」は，自分の都合により，かかりつけ医などで受診しやすいことや人間ドックなどとの同時実施も可能であるためと考えられる。

③ 市町国保は，啓発・周知を「広報紙などに掲載」・「健康講座でPR」などで行っているが，十分な効果が得られておらず，啓発内容や方法の検討が必要である。

④ 「国保組合の被保険者」と「被用者保険の被扶養者」に対しての通知は，『会社を通じて受診券を全員に発送』するより，『直接受診券を対象者に発送』した方が効果的であったとしており，対象者に直接働きかけることが必要である。

⑤ 受診率向上のためには，『がん検診などと同時実施』や『人間ドックなどとの同時実施』が効果的であったとしており，対象者にとって魅力ある健診にするためには，他の健（検）診との同時実施の体制づくりが必要である。

⑥ 未受診者対策は，平成20年度はほとんど実施できていなかったが，平成21年度から市町国保が『電話による受診勧奨』・『再通知』を開始しており，その効果判定が必要である。

(2) 特定保健指導

① 特定保健指導の終了率は，全体的に低く，特に「国保組合」や「被用者保険」が低かった。「市町国保」は，従来から一般衛生部門により住民への健康教育や保健指導が実施されていたこともあり，終了率に影響したと考えられる。

② 利用率向上のために，『対象者の都合日に保健指導』や『自己負担の無料』などを実施しているが，十分な効果が得られておらず，体制の工夫や保健指導従事者のスキルアップが必要である。

③ 希望する研修は，市町国保は『行動変容につながる保健指導』，「国保組合・被用者保険」は，『事業の企画・立案・評価』が多かった。今後，医療保険者や保健指導従事者などの研修強化が必要である。

Ⅲ．特定健康診査・特定保健指導関係者研修会

1　目　的

広島県における医療保険者の「特定健康診査・特定保健指導」の取組状況を医療保険者・医療機関・保健所などにおける特定健康診査・特定保健指導関係者で共有化するとともに，他県の先進事例を学び，受診率向上方策と生活習慣病対策の効果的な推進体制の整備を図る。

2　日　時

平成22年2月10日(水)　13：30～16：30

3　場　所

広島医師会館3階健康教育室

（広島市西区観音本町一丁目1番1号）

4　内　容

(1) 開会挨拶

委員長（広島大学医学部長）　河野　修興

(2) 特定健康診査・特定保健指導における医療保険者の取組状況調査結果報告

報告者　広島県健康福祉局保健医療部

医療保険課主任専門員　原田　裕子

(3) 県内の医療保険者の取組発表

委員（広島大学病院内分泌・糖尿病内科

科長・診療准教授）　山根　公則

① 広島市健康福祉局保健部保健医療課主幹

大奈良了治

② 安芸高田市福祉保健部保健医療課係長

田村　政司

③ 全国健康保険協会広島支部保健サービスグループリーダー　山田　啓介

④ 中国電力健康保険組合事務長　太宰　裕美

(4) 講演　〔座長：河野　修興〕

『北九州市国民健康保険の保健事業について』

～生活習慣病対策について～

講師　北九州市地域支援部健康推進課

国保健診係長　丹田　智美

(5) 全体討論　〔座長：河野　修興・山根　公則〕

(6) 閉会挨拶

委員（広島県健康福祉局保健医療部

医療保険課長）　村井　拓夫

Ⅳ．受診勧奨用ポスターなどの作成

1　医療機関における受診勧奨用ポスターを作成（別紙①参照）

医療機関で気軽に受けられることや特定健康診査の受診率が低いと保険料のアップにつながることなどを対象者に周知するためにポスター（A3）を作成し，集合契約 B 委託医療機関（1,509 件）に配布した。

2　特定健康診査の流れと判断基準の解説版を作成（別紙②参照）

特定健康診査に関しては，検査項目や判定基準がわかりにくいとの声もあることから，『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き』（厚生労働省保険局），『標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）』（厚生労働省健康局）を解説した下敷き（A4 版裏・表）を作成し，受診勧奨用ポスターと共に配布した。

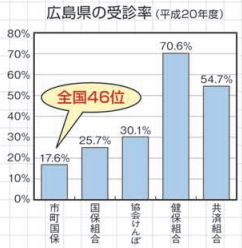
Ⅴ．今後の方向性

厚生労働省の速報値によると，「市町国保」の平成 20 年度の特定健康診査受診率は，全国 30.1％に対し，広島県は，17.6％（全国 46 位）であった。

今年度の当委員会において，医療保険者の取組み状況調査を実施したことで，「市町国保」以外の県内の主な医療保険者の受診率と受診率向上への取組みや課題も明らかになった。また，受診率向上のために，他県の先進事例から学ぶ研修会や医療機関における受診勧奨用ポスターなどを作成した。

しかし，受診率向上には，啓発の工夫や受診体制の見直し・保健指導従事者の資質向上など，多くの課題があり，当委員会では，22 年度も引き続きこの課題について協議する予定である。

別紙①　医療機関における受診勧奨用ポスター



メタボ健診は、腹囲を測るだけではありません。
太っていなくても自分自身の健康状態を確認し、食事や運動を
はじめとする生活習慣を振り返る絶好のチャンスです。
（検査項目：①血圧　②血中脂質　③肝機能　④血糖　⑤尿など）

平成24年度における受診率 65～80%を目指しています。達成できないと各医療保険からの後期高齢者医療制度への負担金が増大し、皆様の保険料のアップにつながることがあります。

広島県地域保健対策協議会

別紙②　特定健康診査の流れと判断基準の解説版

2010年3月作成

特定健康診査の流れと判定基準

1. 受　付

契約している医療保険加入者であることを『特定健康診査受診券』と『健康保険証』で確認
※不明な場合は，記載されている医療保険者に問い合わせる。

2. 特定健康診査の実施

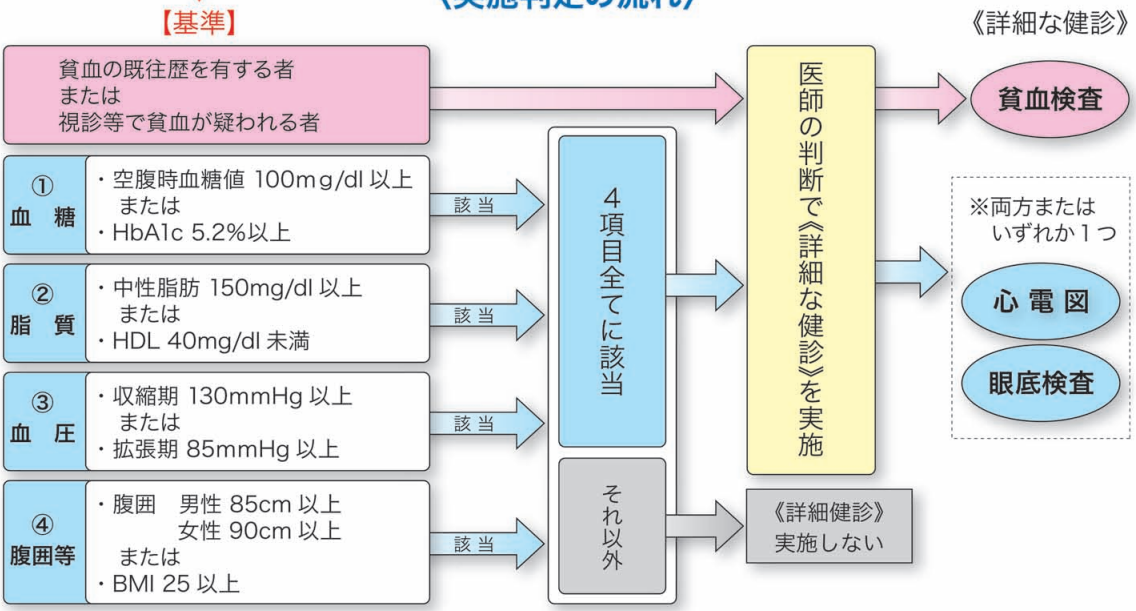
基本的な健診（対象者全員に実施）

問　診	☆既往歴等 ☆質問票を確認　・高血圧，脂質異常，糖尿病の薬剤服用の有無（治療中の方が正しく回答しているか確認） ・喫煙習慣	
身体計測	☆身長・体重・腹囲 ☆BMI 測定：体重（kg）÷ 身長（m）の2乗	
血圧測定	☆血圧	
診　察	☆理学的検査（身体診察）	
血液検査	☆血 中 脂 質	中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロール
	☆肝機能検査	GOT・GPT・γ–GTP
	☆血　糖	検査前10時間以上絶食　している ⇒ ◎空腹時血糖　していない ⇒ ◎ヘモグロビン A1c
尿 検 査	☆尿糖・尿蛋白（生理中の女性は省略可。未実施の場合，医師の判断に理由を記載）	

＋

詳細な健診（前年度の健診結果等で基準に該当するとともに，医師が必要と認めた場合に実施）

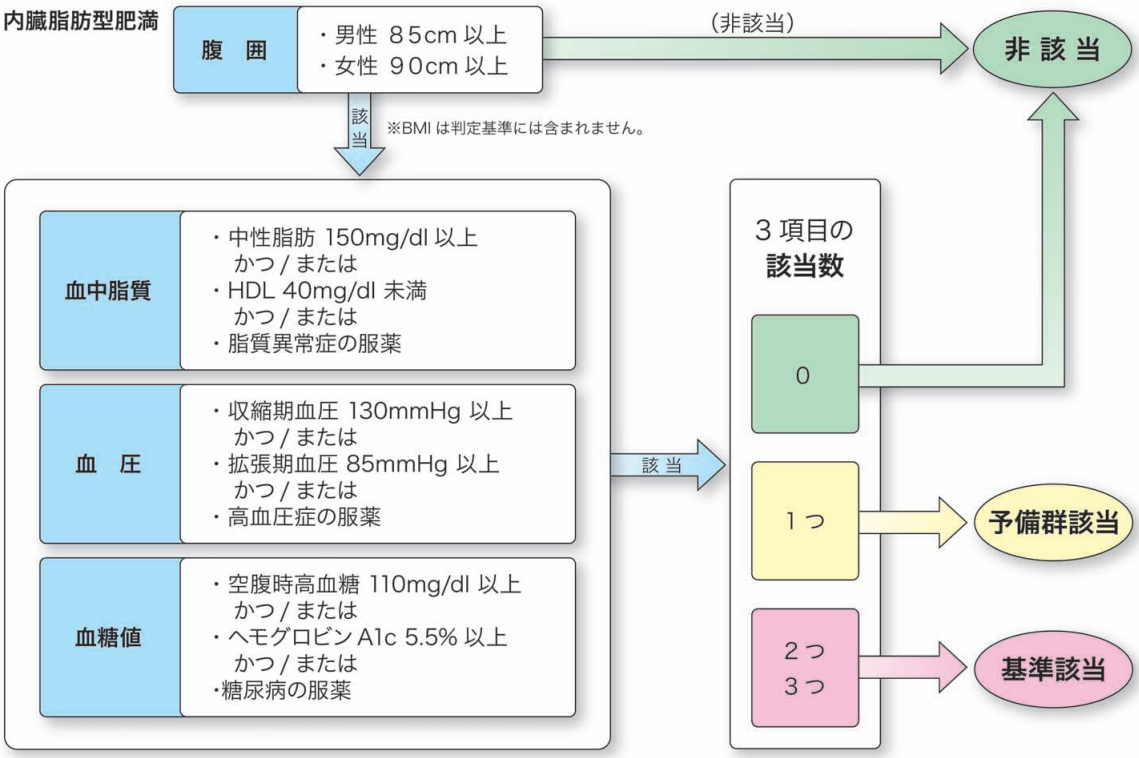
〈実施判定の流れ〉



※1　最近の結果が明らかで，再度検査を行う必要がないと判断される者，現に高血圧・心臓病等の疾患により医療機関において管理されている者は，詳細な健診を行う必要はない。
※2　健康診査の結果から医療機関として直ちに受診する必要がある者については，受診勧奨を行い，医療機関において，診療報酬により必要な検査を行う。

広島県地域保健対策協議会

3.『特定健康診査受診結果通知表』作成にかかるメタボリックシンドロームの判定基準



《参考：健診結果通知の健診判定値》

	データ基準		単　位	備　考
	保健指導判定値	受診勧奨判定値		
収縮期血圧	130	140	mmHg	日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン」に基づく
拡張期血圧	85	90	mmHg	
中性脂肪	150	300	mg/dl	日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患診療ガイドライン」及び「老人保健法による健康診査マニュアル」に基づく
HDLコレステロール	39	34	mg/dl	
LDLコレステロール	120	140	mg/dl	
空腹時血糖	100	126	mg/dl	日本糖尿病学会「糖尿病治療ガイド」等の各判定基準に基づく
HbA1c	5.2	6.1	%	
AST（GOT）	31	51	U/l	日本消化器病学会肝機能研究班意見書に基づく
ALT（GPT）	31	51	U/l	
γ–GT（γ–GTP）	51	101	U/l	
血色素量 ［ヘモグロビン値］	13.0（男性） 12.0（女性）	12.0（男性） 11.0（女性）	g/dl	WHOの貧血の判定基準，人間ドック学会作成の「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」のデータ等に基づく

★保健指導判定値：保健指導対象者とする値　★受診勧奨判定値：医療機関受診を検討する値

※1　健診結果の持つ意義，異常値の程度，年齢等を考慮した上で，医療機関を受診する必要性を個別に医師が判断し，受診者に通知する。
※2　血糖値については，受診勧奨判定値を超えていれば，直ちに医療機関を受診する必要がある。
※3　各学会のガイドラインを踏まえ，健診機関の医師の判断により，保健指導を優先して行い，効果が認められなかった場合に必要に応じて，受診勧奨を行うことが望ましい。

〈出典〉・特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き
・標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

委員長	河野　修興	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	天野　國幹	広島県医師会
	大奈良了治	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	岸　　明宏	安芸太田病院
	吉川　克子	安芸太田町保健医療福祉統括センター
	小林　昭博	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	佐々木英夫	広島原爆障害対策協議会健康管理・増進センター
	中本　　稔	広島市東区役所
	服部　　登	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	原　　均	ＮＴＴ西日本中国健康管理センター
	向井　一誠	全国健康保険協会広島支部
	村井　拓夫	広島県健康福祉局保健医療部医療保険課
	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
	山根　俊雄	マツダ健康保険組合

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

目　　次

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会報告書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．高齢者薬物治療の潜在的問題把握に関する研究について（東京大学大学院との共同研究）

Ⅲ．適正使用のための医薬品安全性情報研修会

Ⅳ．医薬品適正使用推進体制整備ガイドライン作成

Ⅴ．中学生および大学生における医薬品に関する認識調査の実施報告について

Ⅵ．高校生用のリーフレットの作成

Ⅶ．平成22年度に向けて

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

（平成 21 年度）

医薬品の適正使用に関する検討特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 医薬品の適正使用に関する検討特別委員会
委 員 長　木平　健治

Ⅰ．は　じ　め　に

生活習慣病の増加や高齢社会の到来を迎えて，長期投与，医療機関への複数受診による多剤併用などセルフメディケーションの推進など，医薬品を使用する患者背景は多様化している。

このため，医療関係者においても，患者一人ひとりに最も必要とされる医薬品情報を適切に取り扱うことが求められており，また，医療関係者や医薬品流通関係者による的確な医薬品情報の提供が求められている。このため

1　医療関係者および医薬品流通関係者における，医薬品の適正使用に係る連携体制とその業務内容の明確化
2　高齢者に対する医薬品の有害事象の実態把握
3　高校生に対する医薬品への正しい知識の普及啓発

などについて検討した。

Ⅱ．高齢者薬物治療の潜在的問題把握に関する研究について（東京大学大学院との共同研究）

○ブラウンバッグ運動―薬局薬剤師による服用薬の包括的な併用実態調査―

1.　調査研究目的

薬局薬剤師が高齢者の日常的な服用薬を確認する「ブラウンバッグ運動」を展開し，高齢者が処方薬・OTC 薬・サプリメントを併用する際の問題点を抽出し，安心できるケアを提供することを目的とする。得られた情報をデータベース化することにより併用実態を調査し，その問題点を整理する。また，服用薬全般の流通や販売をめぐる規制の在り方や，薬局薬剤師の新たな職域を提案していく。

医療用医薬品（処方薬）を一般用医薬品（OTC 薬）に転用したスイッチ OTC も増えてきており，医師の処方箋が必要な処方薬間における相互作用の問題のみでなく，処方薬と OTC 薬，処方薬とサプリメントなどの飲み合わせに十分注意する必要がある。しかし現状では，保険調剤の際に行われている確認作業は主として処方薬同士の相互作用確認にとどまり，OTC 薬やサプリメントの利用把握は実際問題として難しい。さらに，患者個人は保険薬局以外にも，ドラッグストア，通信販売などさまざまなルートで OTC 薬やサプリメントを購入しているため，その店舗以外で購入された OTC 薬やサプリメントの把握は非常に困難で，使用しているすべての薬の飲み合わせをチェックできているとは言い難い状況にある。

アメリカではそのような問題意識から，中高齢者約 3,000 人を対象にした処方薬，OTC 薬，サプリメントの利用実態調査を実施した[1)]。その結果，中高齢者の 9 割が何らかの医薬品もしくはサプリメントを使用しており，処方薬と OTC 薬の併用が 46%，処方薬とサプリメントの併用が 52% であった。また，重大な相互作用をもたらすような薬の飲み合わせが 46 通りあり，そのような相互作用リスクがある中高齢者の割合は 4% であったと報告されている。日本では，処方薬に関しては処方記録やレセプトデータを用いた使用実態調査は行われているが[2)]，OTC 薬やサプリメントの利用も含め相互作用の問題まで踏み込んだ調査研究は実施されていない。

そこで本研究では，保険薬局を利用した患者への対面調査を実施し，日常的に利用している処方薬，OTC 薬，サプリメントを把握すること。さらに薬の利用状況や薬物間相互作用など，患者のセルフメディケーション普及に伴う潜在的な問題を洗い出し，評価することを目的とする。

また，薬の選択や薬剤師による定期的な薬の

チェックに対する患者の意識調査も併せて実施することにより，薬の適正使用と安全対策に薬局薬剤師としてどのように関わるべきかの検討材料として役立てる。

2. 調査研究方法

2－1. 調査対象

広島県薬剤師会の協力のもと，広島県下の保険薬局で実施した。調査対象は保険薬局を利用している患者とし，目標症例数は1,000例とした。保険薬局の利用者などに広く調査協力を求め，調査目的に賛同したものを対象とした。

2－2. 調査方法

患者が持参した薬剤について薬剤師が確認しながら情報を記入する対面方式で行った。調査で用いた「調査協力チラシ」と「調査票」をそれぞれ参考資料として添付した。なお，調査期間は平成21年10月から同年12月までの3ヵ月間とした。

2－3. 調査項目

調査内容は患者の基本情報（性別，年齢，基礎疾患など）と日常的に使用している服用薬（処方薬，OTC薬，サプリメントすべてについて）に関する情報（種類や名前，入手方法，使用理由，使用状況）とした。特に「薬剤名」に関しては，類似の薬剤と区別ができるような形で商品名を記載してもらうため，記入例を別紙に添えた。また，「日常的」の判断が難しい場合は過去7日間に服用した薬剤をすべて列記するよう指示した。さらに薬剤師による服用薬チェックの結果をどのようにフィードバックしたかについての情報も集めた。

2－4. 解析方法

使用した服用薬は処方薬，OTC薬，サプリメントに分類し，それぞれの服用数や飲み合わせについて記述的に解析した。重複投与や相互作用など潜在的な問題点については，各薬剤の添付文書情報を基に構築したデータベースを用いて，その飲み合わせについて分析した。なお，処方薬に関しては商品名をYJコードに変換して評価した。OTC薬やサプリメントに関しては，有効成分が明らかな場合，その含有する有効成分の一般名および投与経路を使ってYJコードに変換して分析に用いた。データの集計にはPASW Statistics version 18（SPSS社）を使用した。

2－5. 倫理的配慮

調査用紙は無記名としたため，調査研究者には患者の個人情報（氏名，住所，生年月日など）が伝わらず，倫理面での問題は生じない。なお，本調査研究は，東京大学大学院薬学系研究科・薬学部「ヒトを対象とする研究倫理委員会」の承認を得て実施した。

3. 調査研究成果

3－1. 調査対象者

調査対象者の背景因子を表1にまとめた。508名の患者から服用薬に関する情報を得た。年齢区分は75歳以上の高齢者が最も多かった（53%）。現在かかっている疾患に関しては，高血圧，高脂血症，糖尿病，胃炎・胃潰瘍，心臓病といった生活習慣病が多く認められた。また，高齢者に多い骨粗鬆症，関節炎，腰痛，眼疾患などもあった。

表1 背 景 因 子

	対面調査
調査対象者数	508名
年齢区分	
65歳以下	49（ 9.6%）
65歳～75歳	188（37.0%）
75歳以上	271（53.3%）
無回答	0
性別	
男性	173（34.1%）
女性	333（65.6%）
無回答	2（ 0.4%）
現在かかっている疾患	
高血圧	297（58.5%）
高脂血症	173（34.1%）
糖尿病	67（13.2%）
心臓病	91（17.9%）
胃炎・胃潰瘍	118（23.2%）
骨粗鬆症	87（17.1%）
気管支喘息	27（ 5.3%）
慢性気管支炎	10（ 2.0%）
膀胱炎	7（ 1.4%）
関節炎	66（13.0%）
腰痛	76（15.0%）
頭痛	15（ 3.0%）
アレルギー	42（ 8.3%）
眼の病気	102（20.1%）
骨折	4（ 0.8%）
その他	248（48.8%）

3－2. 服用薬の使用実態

服用薬の使用実態を表2にまとめた。処方薬を使用している患者数は493名で全体の97%であった。そのうち5剤以上の処方薬を日常的に服用している多剤併用は62%であった。OTC薬，サプリメントの

表２　服用薬の使用実態

	対面調査
調査対象者数	508 名
処方薬使用あり	493（97.2%）
うち５剤以上併用	315（61.6%）
OTC 薬使用あり	184（36.2%）
サプリメント使用あり	282（55.5%）
処方箋薬と OTC 薬の併用	179（35.2%）
処方箋薬とサプリメント併用	269（53.0%）
３種類の薬剤併用	75（14.8%）
１人あたりの使用薬剤数（平均）	8.04
１人あたりの処方箋薬数（平均）	6.63
１人あたりの OTC 薬数（平均）	1.56
１人あたりのサプリメント数（平均）	1.84

注）処方薬には，糖尿病患者の自己注射，吸入薬，坐薬，点眼薬，点鼻薬，貼付薬などが含まれていたが，内用薬と同様に集計に加えた。

服用はそれぞれ 36%，56% であった。服用薬の飲み合わせに関しては，処方薬と OTC 薬の併用が 35%，処方薬とサプリメントの併用が 53%，３種類の薬剤併用が 15% であった。一人あたりの平均薬剤数を計算すると，全薬剤，処方薬，OTC 薬，サプリメントそれぞれが，8.0 剤，6.6 剤，1.6 剤，1.8 剤であった。

３－３.　重複投与・相互作用の問題

添付文書情報を基に入手したデータを解析した結果を表３にまとめた。重複投与はアロプリノール，センノシド，テプレノンが１件ずつあった。また，横紋筋融解症の恐れがあるとして原則併用禁忌になっているベザフィブラートと HMG-CoA 還元酵素阻害薬の併用が２件確認された。

表３　重複投与・相互作用について

	対面調査
重複投与	
処方薬×処方薬	３件
処方薬×OTC 薬	０件
飲み合わせの問題あり（原則併用禁忌）	
処方薬×処方薬	２件
処方薬×OTC 薬	０件

添付文書情報を基に相互作用データベースを作成し，その情報を基に飲み合わせの問題を評価した。

また，評価システムの開発は株式会社システムヨシイ（http://www.drugbox.co.jp/）の協力を得て実施した。

対面調査時の薬剤師による患者へのフィードバックでは，重複投与や相互作用の危険性を回避できた（20%），避けられる副作用の危険性を回避できた（15%）という意見が多かった。

３－４.　服用薬の使い方

現在服用中の薬剤に関しては，調査した全薬剤（4,084 剤）ならびに処方薬（3,277 剤），OTC 薬（267 剤），サプリメント（520 剤）に分類して，その入手方法や使い始めたきっかけを表４に，管理や服用方法に関しては表５にまとめた。入手方法に関しては，

表４　服用薬の入手先・使用動機について

	全薬剤	処方薬	OTC 薬	サプリ
調査対象薬剤数	4,084	3,277	287	520
入手先				
病院	1,372	1,368	2	2
薬局	2,056	1,806	175	75
小売店	161	0	76	85
ネット	17	0	2	15
通販	249	1	7	241
貰った（家族）	42	6	8	28
貰った（知人）	27	1	2	24
その他	52	0	8	44
無回答	108	95	7	6
使用動機（複数選択）				
店頭で推奨されたから	150	4	69	77
家族の勧め	131	2	42	87
知人の勧め	132	1	28	103
自分で調べた（TV・雑誌などで）	264	5	74	185
店頭で見たから	88	0	58	30
なんとなく	56	6	32	18

表５　服用薬の使い方

	全薬剤	処方薬	OTC 薬	サプリ
調査対象薬剤数	4,084	3,277	287	520
保管場所				
室内	362	323	18	21
冷蔵庫	3,606	2,897	254	455
不定	106	53	13	40
その他	6	3	1	2
無回答	4	1	1	2
服用状況				
指示通り	2,914	2,476	136	302
指示量より少ない	478	337	55	86
（故意に）	235	147	34	54
（飲み忘れ）	210	180	9	20
指示量より多い	21	8	4	9
不定	220	93	61	66
わからない	28	8	8	12
無回答	423	315	23	45
飲み忘れ時の対応（複数選択）				
指示された対策法あり	1,069	1,047	10	12
（従う）	1,020	1,002	8	10
（従わない）	49	45	2	2
指示された対策法なし	904	720	61	123
特に対応しない	1244	825	142	277
次の服用時に倍量服用	3	2	0	1
その他	323	278	9	36

処方薬やOTC薬は医療機関（病院，薬局，小売店）から入手したとの回答がほとんどであったが，サプリメントに関しては「通販」での購入者が多く，「家族・知人から貰った」との意見もあった。また，OTC薬を使い始めたきっかけに関しては「薬局で見てもしくは勧められて」との回答が多かったのに比べ，サプリメントに関しては「TVや雑誌の影響」ならびに「家族・知人から勧められて」の意見も多かった。服用薬の管理に関してはいずれの服用薬も「部屋の中」の管理が大多数であった。服用状況に関しては「指示を守らない」場合が処方薬に比べOTC薬やサプリメントで多く認められた。

また，飲み忘れた時の対処方法を「知らない」，「特に対応しない」との回答もOTC薬，サプリメントに多かった。アレドロン酸系骨粗鬆症薬，糖尿病用薬，ワルファリンなど，服用方法に特に注意が必要な処方薬について服薬指導を改めて行った事例も散見された（6%）。

3－5. 服用薬チェックに対する患者の意識調査

対象者には，実際に服用薬チェックを受けた感想を聞いた。その結果をポジティブな意見とネガティブな意見に分けて表6にまとめた。9割以上の回答者がポジティブを回答しており，その理由として服用薬の適切性や相互作用・副作用の不安解消が挙げられた。一方，ネガティブな意見も半数近くあり，服用薬チェックにかかる手間の問題が指摘された。

表6　服用薬チェックについて*

	対面調査
ポジティブな意見	473（93.1%）
薬の使い方がよくわかった	257（50.6%）
自分に合った治療なのか確認できた	216（42.5%）
相互作用・副作用の不安が減った	188（37.0%）
重複投与の心配がなくなった	122（24.0%）
その他	16（ 3.1%）
ネガティブな意見	230（45.3%）
薬を持ってくるのが面倒	181（35.6%）
時間がかかりすぎる	40（ 7.9%）
フィードバックの内容が不十分	14（ 2.8%）
その他	25（ 4.9%）

* 郵送調査の対象者は薬剤師による服用薬チェックサービスを今後活用したいか，対面調査の対象者には服用薬チェックの感想から評価した。

4. 考　察

この対面調査方式は，海外では「ブラウンバッグ運動」とも呼ばれており，1990年代に全米患者情報教育協議会（NCPIE: National Council on Patient Information and Education）が開始した医薬品の適正使用を目的とした活動の一環である[3)]。日本でも薬のことをもっと質問して答をもらおうという市民運動のキャッチフレーズとして，薬剤師から「ゲット・ジ・アンサーズ」という運動の一部としても知られている[4)]。開始当初，米国の薬剤師が患者に茶色い紙袋を渡して，「これに服用薬を入れて薬局に持ってきて下さい」と患者に服用薬チェックを勧めたことからこの名称で呼ばれている[5)]。なお，日本では，広島県ならびに県薬剤師会の協力を得て，本調査に対面調査方法を導入することが可能となった[6)]。対面方式を取り入れたことで，患者と薬剤師双方にとってより直接的なメリットのある調査として予定症例数には届かなかったものの評価可能な症例数を集めることができた。

写真1　ブラウンバッグ

本調査研究の結果，日本における服用薬の使用実態がある程度明らかになった。米国の先行研究に比べても，日本の患者は5剤以上の多剤併用が多く（62%），またサプリメントとの併用が多い（53%）ことが明らかとなった。一方，処方薬とOTC薬との併用は約35%と比較的少なかった。これはOTC薬は処方薬と同じく治療目的の使用が多いことに比べ，サプリメントは病気予防・健康増進を目的として使用していると考えられ，さらにテレビや雑誌などの広告の影響や家族・知人から貰ったなど，使用動機や入手先が異なることも一因と思われた。

さらに添付文書で問題ありとされている重複作用・相互作用の問題も計５件見つかっており，薬剤師による服用薬チェックを実施することによって，有害事象につながるような不適切な薬剤使用や飲み合わせの問題を早期に発見出来，適切な対策につなげることが可能になると示唆された。

なお，本調査研究の限界として，調査対象となった患者の選択方法が挙げられる。本調査研究の対象者は保険薬局を利用した患者で，薬剤師からの依頼によって調査に協力してくれたものが大半である。そのため比較的薬剤師との信頼関係ができており，また日頃から服用薬に関する相談を受けることができる患者も多く含まれていると予想される。そのため併用薬物の新たな問題が発見された事例が少なく，また重篤な有害事象につながるような事例は特になかった。先に紹介したブラウンバッグ運動は，日常的に薬局を利用しない人，特にかかりつけ薬局を持たずに，さまざまな医療機関や薬局から別々に処方薬やOTC薬を購入している人も対象にする活動である。

今後，より多くの保険薬局との協力を通じ，地域活動の一環として服用薬実態調査ならびに薬剤師による服用薬チェックを行い，患者が安心して服用薬を利用できる環境整備とセルフメディケーションの普及に役立てていきたい。

5. ま と め

本調査の結果から明らかになった点は以下の点である。

- 日本の患者は多くの薬剤を日常的に使っている
  62％の患者が処方薬５剤以上（平均6.6剤）
  53％が処方薬とサプリメント併用（OTCとの併用は少ない）
- 重複投与や併用禁忌などの問題が認められた
  アロプリノール，センノシド，テプレノンの重複投与（各１件）
  ベザフィブラートとHMG-CoA還元酵素阻害薬の併用（原則併用禁忌が２件）
- 対面方式による薬剤調査はフィードバックを通じて，タイムリーな情報提供・服薬指導を行うことができ，薬剤師・患者双方にメリットがあった

以上より，今後より多くの保険薬局・地域で薬剤師の提供しうる新たなサービスとして幅広い対象者による服用薬チェック運動を展開し，高齢者における処方薬・OTC薬などの適正使用推進に役立てていきたい。

6. 引用文献

1）Qato DM, et al: Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States, JAMA: 300(24): 2867–2878, 2008.
2）Akazawa M, Imai H, Igarashi A, Tsutani K: Potentially inappropriate medication use in Japaneseelderly patients, Am J Geriatr Pharmacother: 8(2): 146–160, 2010.
3）NCPIE（National Council on Patient Information and Education）: The National Medication Checkup Kit for Health Care Professionals. October 1997.
4）日本薬剤師会　ゲット・ジ・アンサーズ運動（http://www.nichiyaku.or.jp/contents/get_the_answers/default.html）
5）Nathan A, Goodyer L, Lovejoy A, Rashid A: ‘Brown bag’ medication reviews as a means of optimizing patients’ use of medication and of identifying potential clinical problems, Fam Pract: 16(3): 278–282, 1999.
6）広島発　ブラウンバッグ運動の試み，調剤と情報：2010.2（Vol.16 No.2）

添付資料

1（調査協力チラシ）ブラウンバッグでおくすりチェック
2（調査協力ポスター）え？ くすりとサプリ，一緒に飲むと危ないの？ でも，どれとどれ？
3（調査票）お薬チェックシート
4（調査票）お薬チェックシート記入例
5（調査票）フィードバック用紙
6（調査票）フィードバック用紙記入例

謝　辞

本調査研究は，（社）日本薬剤師会，東京大学大学院薬学系研究科高齢者薬物治療適正化グループおよび（社）広島県薬剤師会の下で実施した。また，服用薬の実態調査には，広島県下の保険薬局の皆さんにご協力いただいたことに心より感謝いたします。

Ⅲ．適正使用のための医薬品安全性情報研修会

「副作用早期発見をめざして」をテーマに，皮膚科領域における副作用に関して，病院における現場の医師や病院薬剤師の立場および市販後における安全性に関する情報の収集，分析，提供を行う行政法人の担当者から医薬品情報の現状について講演してもらい，医療関係者での共通認識を図るための研修会を開催した。

1　開催日時および場所

○開催日時　平成 21 年 11 月 23 日（月）勤労感謝の日　12：30～16：45

○開催場所　広島医師会館　2 階講堂

2　プログラム

12：30～12：40　挨拶

（独）医薬品医療機器総合機構

12：40～14：00

生命を脅かす重症薬疹の早期診断における薬剤師の役割

昭和大学藤が丘病院皮膚科教授

末木博彦　氏

14：15～15：20

副作用安全対策に係る最近の動向

（独）医薬品医療機器総合機構

安全部医薬品安全課

副作用の早期発見につながる情報提供ホームページの活用方法

（独）医薬品医療機器総合機構

安全部安全性情報課

15：30～16：40

皮膚科領域の副作用早期発見のための薬学的ケアと皮膚外用剤の基礎知識

東京逓信病院薬剤部　副薬剤部長

大谷道輝　氏

16：40～16：45　閉会挨拶

（財）日本薬剤師研修センター

Ⅳ．医薬品適正使用推進体制整備ガイドライン作成（別紙資料 1）

わが国においては，生活習慣病患者の増加や本格的な高齢社会の到来を迎え，長期投与，複数医療機関の受診により多剤併用など，医薬品を使用患者の背景が多様化してきている。それに応じて医薬関係者においても，患者個人ごとに最も有効かつ安全に使用されるためには，医薬品情報を適切に取り扱うことが重要であり，また，医薬関係者や医薬品流通関係者による的確な医薬品情報の提供が求められている。

このような背景のもと，平成 20 年度および平成 21 年度に，広島県地域保健対策協議会内「医薬品の適正使用に関する検討特別委員会」において，医薬品適正使用推進体制整備を検討し，医薬関係者間の連携体制の整備および医薬品流通関係者間の連携体制の整備などについて検討を行い，それらの体制を構築するためのガイドラインを作成した。

Ⅴ．中学生および大学生における医薬品に関する認識調査の実施報告について

はじめに

一般に，服薬時には，わかりやすい言葉を使用して，専門用語は使用しないよう注意することを心がけることが重要である。しかしどれくらいわかりやすく，どこからが専門用語なのか明確な区別がないため，普段わかりやすい言葉で説明しようとしても，思わず理解できない用語や表現を使用してしまうこともある。

そこで今回，義務教育を終了する中学生および薬剤師を目差している大学の薬学部の学生を対象に服薬時に使用する用語の理解度を把握し，今後の正しい薬の使用に対する啓発に役立てることを目的に調査を行ったので報告する。

方　法

1　調査期間

2009 年 1 月～ 3 月

2　調査対象

広島県内中学生 1 年～ 3 年生 602 名（男／女＝ 298／304 名，Junir high-school student：Js 群）と，広島県内総合大学薬学部 3 回生 170 名（男／女＝69／101 名，以下 student：St 群とする。）なお，中学生については広島県内の中学生 5 施設の生徒とし，薬学部学生については 1 施設とした。

3　調査方法

調査は表 1 に示した 20 の用語についての意味を記入してもらうテスト形式とした。なお，中学生の設

表1　全　項　目　の　結　果

	中学生（Js）						大学生（St）					
	正解		不正解		わからない		正解		不正解		わからない	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
食前	507	84.2	13	2.2	82	13.6	150	88.2	19	11.2	1	0.6
効力	374	62.2	13	2.2	214	35.6	162	95.3	8	4.7	0	0.0
下剤	120	19.9	145	24.1	337	56.0	164	96.5	6	3.5	0	0.0
内服	180	29.9	83	13.8	339	56.3	143	84.1	25	14.7	2	1.2
点眼	247	41.0	23	3.8	332	55.1	169	99.4	1	0.6	0	0.0
外用	162	26.9	82	13.6	358	59.5	124	72.9	43	25.3	3	1.8
顆粒	182	30.2	4	0.7	416	69.1	143	84.1	20	11.8	7	4.1
坐薬	106	17.6	79	13.1	417	69.3	157	92.4	12	7.1	1	0.6
半錠	223	37.0	33	5.5	346	57.5	150	88.2	3	1.8	17	10.0
塗布	157	26.1	100	16.6	345	57.3	151	88.8	18	10.6	1	0.6
剤形	141	23.4	8	1.3	453	75.2	168	98.8	1	0.6	1	0.6
調剤	97	16.1	99	16.4	406	67.4	97	57.1	72	42.4	1	0.6
分包	71	11.8	44	7.3	487	80.9	164	96.5	5	2.9	1	0.6
禁忌	3	0.5	151	25.0	449	74.5	3	1.8	165	96.5	3	1.8
食間	236	39.2	150	24.9	216	35.9	154	90.6	14	8.2	2	1.2
半減期	25	4.2	48	8.0	529	87.9	81	47.6	85	50.0	4	2.4
含嗽剤	2	0.3	23	3.8	577	95.8	152	89.4	5	2.9	13	7.6
頓服	71	11.8	43	7.1	488	81.1	158	92.9	11	6.5	1	0.6
ヒートシール	0	0.0	82	13.6	520	86.4	8	4.7	97	57.1	65	38.2
止瀉薬	10	1.7	18	3.0	574	95.3	147	86.5	18	10.6	5	2.9
全体	2,914	24.2	1,241	10.3	7,885	65.5	2,645	77.8	628	18.5	128	3.8

問については，用語に「読み仮名」を付けた。また，意味が分からない場合は，時間をかけずに「わからない」若しくは未記入とするよう予め説明した。

用語選定については，医薬品の飲み方に関する啓発などで用いられるものを参考とした。

4　結　果

設問中の正解数は，Js 群が 4.5±3.4 問（M±SD）で St 群が 15.5±1.9 であった。

各群における全項目の結果を表 1 にまとめた。これを正解率の高い順から用語を並べ変えたものを図 1 に，また，この順で St 群の比率についても並び変えたものを図 2 に示す。

Js 群では，「食前」，「効力」，「点眼」などの正解率が高く，「止瀉薬」，「禁忌」，「含嗽剤」，「ヒートシール」などは正解率が極端に少ない結果となった。また，St 群においては「点眼」，「剤形」，「下剤」などは正解率が高く，「ヒートシール」，「禁忌」などの正解率が少ない結果となった。

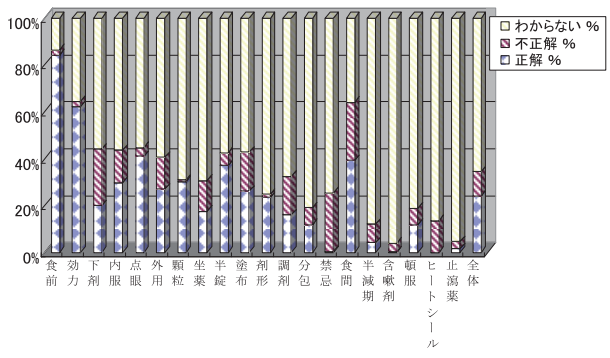


図 1　用語の正解率（Js 群）

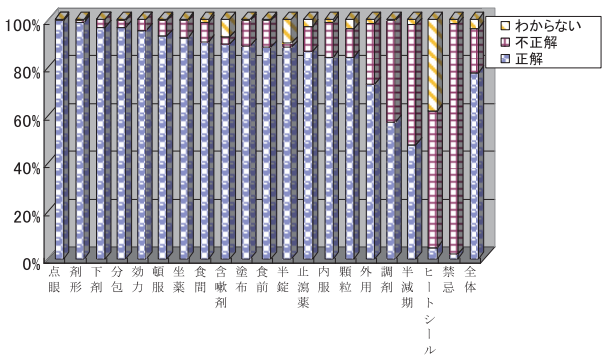


図 2　用語の正解率（St 群）

考　察

1.　正解率の比較

傾向別に用語を見ると，①回答者が多くかつ正解が多かった用語，②回答者が多いにも関わらず正解が少なかった用語，③「わからない」が多く回答しても正解が少なかった用語と 3 つに大別される。

まず，①回答者が多くかつ正解が多かった用語は，Js 群では「食前」，「効力」，「点眼」で，St 群では「点眼」，「効力」，「剤形」，「分包」であった。これらについては，両群ともどちらかというと日常的に使用している用語であったと考えられる。

次に，②回答者が多いにもかかわらず正解が少なかった用語として，Js 群では「塗布」，「下剤」，「内服」で，St 群では「調剤」，「外用」が挙げられる。いずれも St 群の正解率が Js 群より上回っていた。

そして，③「わからない」が多く回答しても正解が少なかった用語として，「半減期」，「禁忌」，「ヒートシール」が挙げられる。両群とも同様な傾向であった。この結果から，これらの用語に関してはその都度正しい意味を解説するか別の表現を用いる必要がある。

2.　特徴ある不正解

今回の調査で回答者が自ら回答を記載するテスト方式としたため，「わからない」ものを無理に考えてしまう点も見受けられた。特徴あるものとしては「ヒートシール」の「咳止めシール」とか「暖めるシール」，「温シップ」，「食間」の「食べている最中」や「食事中」，「外用」の「外で用いて使う」や「外科用の薬」，「調剤」の「料理などに入れて飲む」などで，表 2 に主な不正解を示した。

その傾向としては，①初めて接した文字の意味はわからない場合，②文字の意味がわかるが用語の意味として検討がつかない場合，③経験上意味を理解している場合に大別される。

初めて接した文字の意味はわからない場合は，一般に Js 群に多く見られた。特に 1981 年に日常用いる目安として制定された常用漢字に含まれていない，「坐」，「頓」，「瀉」，「嗽」の漢字や「ヒートシール」のように初めて目にする単語については，その文字や読み方から推測される意味を他のわかる文字に関連付けて考えるという傾向が見受けられた。

次に，②文字の意味がわかるが用語の意味として検討がつかない場合であるが，これも，Js 群に多く見られた。用語としては，「半減期」，「分包」，「外用」，「調剤」，「内服」「禁忌」などが挙げられるが，これらはいずれも簡単な用語であるにもかかわらず医療関係者が専門的に使用している用語であり，あまり医薬品関係以外の日常生活において用いることの少ない用語であるといえる。

そして，③経験上意味を理解している場合であるが，やはりこれは St 群が多い結果となった。St 群においても，「坐薬」や「下剤」や「点眼」などは両親から教わったり，自分の経験などから理解しているような回答が多かった。

以上のことから，日常的な意味と薬学としての専門的な意味に差がある場合や，文字から読み取れる意味と実際の意味に差がある場合に不正解が多く，将来，薬剤師となる薬学生においても，特に重要な「禁忌」，「ヒートシール」という基本的な用語についてが，理解されていなかった。

3.　用語の言い換えと説明

今回の結果から，正解率の多い「食前」，「効力」，「下剤」などの用語は良いと思われるが，「食間」，「坐薬」，「外用」などは，確認の段階で正しく理解していない場合はもちろんのこと，正解率の少なかった「半減期」，「含嗽」，「止瀉薬」，「頓服」，「ヒートシール」などの用語は，はじめから患者の理解度に合わせて用語の言い換えや説明をすべきと考える。一例として「半減期」を「血液に溶けている薬の量が半分に減るまでの時間」，「含嗽」をうがい，「止瀉薬」を下痢止め頓服を「必要な時に服用する」，「ヒートシール」を「ポリ加工の包装」などと言い換えることもできよう。また，「食間」については食事中との誤解を防止するため「食後 2 時間」という表現に切り替えて用いる。

4.　用語使用上の注意点

ここで医薬品に関する用語を理解してもらうための注意点をまとめる。

用いる用語を①できるだけ常用漢字中心の用語に置き換えて説明する。②複数の解釈が可能な用語は必ず説明する。③経験による理解の差が生じることを確認する。④言い換える場合は同意語を用いるが，必ず単語形式だけにこだわらず，分かりやすい解説を文書化して表現した方が良い。⑤口頭で表現できない場合はイラストを用いるなどである。これらに注意することにより，専門用語についても理解しやすいようになる。

社会的な理解に関する基準は義務教育終了時レベ

ルであるという観点から中学３年生を対象にしたが，結果については決して正解率が高いとはいえず，また，将来薬剤師を目指している薬学部の学生においても，一部理解されていない用語があることから，「薬の教育」いわゆる「薬育」を中学校の段階から積極的に導入していくことが重要であると考える。

（調査票）

医薬品に関する言葉について

■広島県地域保健対策協議会・医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

＊ **お願い　問１については，該当するところにレ印を記入してください。**
問２については，（　　）内にその言葉の意味を記入してください。

問１　性別についてお伺います。
□男性　□女性

問２　次の言葉について，知っていることを自由に記入してください。
なお，どうしてもわからないときは，「わからない」と記入してください。

（１）食前（しょくぜん）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（２）効力（こうりょく）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（３）下剤（げざい）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（４）内服（ないふく）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（５）点眼（てんがん）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（６）外用（がいよう）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（７）顆粒（かりゅう）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（８）坐薬（ざやく）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

(9) 半錠（はんじょう）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１０）塗布（とふ）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１１）剤形（ざいけい）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１２）調剤（ちょうざい）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１３）分包（ぶんぽう）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１４）禁忌（きんき）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１５）食間（しょくかん）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１６）半減期（はんげんき）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１７）含嗽剤（がんそうざい）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１８）頓服（とんぷく）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（１９）ヒートシール
・＿＿＿＿＿＿＿＿

（２０）止瀉薬（ししゃやく）
・＿＿＿＿＿＿＿＿

御協力ありがとうございました。その他，医薬品等に関してご意見やご希望がありましたらお書きください。

（　　）

Ⅵ.　高校生用のリーフレットの作成

医薬品の適正使用の推進のため，広島県学校薬剤師会の協力を得て，リーフレット「薬の正しい使い方」（別紙資料２）を 13,000 部作成し，県内の高校 129 校に配布した。

Ⅶ.　平成 22 年度に向けて

平成 20 年度，平成 21 年度は，医療関係者間において，患者の医薬品情報の共有化を図ることにより，医薬品の適正化の推進を資する事業を行ってきた。

平成 22 年度においては，近年の疾病構造の変化や高齢化の進展などにより，長期にわたる療養介護を必要とする患者が増加しており，患者の生活（QOL）を重視する観点から，在宅医療の必要性が高まっており，在宅医療を希望する患者や家族が安心して暮らすことができる体制のより一層の整備が望まれている。

特に在宅医療のなかで，重要な役割を果たす薬物治療については，嚥下困難事例，コンプライアスおよび麻薬などの医薬品の保管管理などさまざまな問題点が指摘され，関係者が連携した対応が必要である。

そこで在宅医療における医薬品の服薬管理の現状および関係者の取り組み状況などを調査し，薬物治療を中心とした医療関係者間のネットワークシステムの構築について検討を行うこととする。

【添付資料１】調査協力チラシ

ブラウンバッグで おくすりチェック！

無料で確認！くすりとサプリの飲み合わせ

市販薬やサプリメント・健康食品の中にも、病院で処方されるお薬との飲み合わせが悪いものや、一緒に飲まない方がよいものがあります。
ふだんお使いの「服用薬」（お薬だけでなく、サプリメントや健康食品も）をこのエコバッグに入れて、下記の薬局までご予約の上でお持ち下さい。
あなたの服用薬の中に飲み合わせの問題がないか、無料で確認いたします！

お問い合わせ：

※おくすりや健康食品をより安全に利用して頂く研究のために、みなさまのお薬チェックの結果は、個人を特定できない形で広島県薬剤師会および東京大学に送付させていただきます。

広島県薬剤師会・広島県地域保健対策協議会・東京大学大学院薬学系研究科

【添付資料２】調査協力ポスター

え？

くすりとサプリ、
一緒に飲むと危ないの？
でも、どれとどれ？

ブラウンバッグ
無料配布中！

お使いのお薬・サプリメント・健康食品を
無料配布中の「ブラウンバッグ」に入れて、
下記薬局までご予約の上でお持ち下さい。
飲み合わせの問題を、無料で確認いたします!

ブラウンバッグ
おくすりチェックで
解決します！

お問い合せ、まずはこちら！

※おくすりや健康食品をより安全に利用して頂く研究のために、みなさまのお薬チェックの結果は、
個人を特定できない形で広島県薬剤師会および東京大学に送付させていただきます。
（個人情報の取扱について、詳しくは広島県薬剤師会 082-246-4317 までお問い合せください）

広島県薬剤師会・広島県地域保健対策協議会・東京大学大学院薬学系研究科

【添付資料３】お薬チェックシート

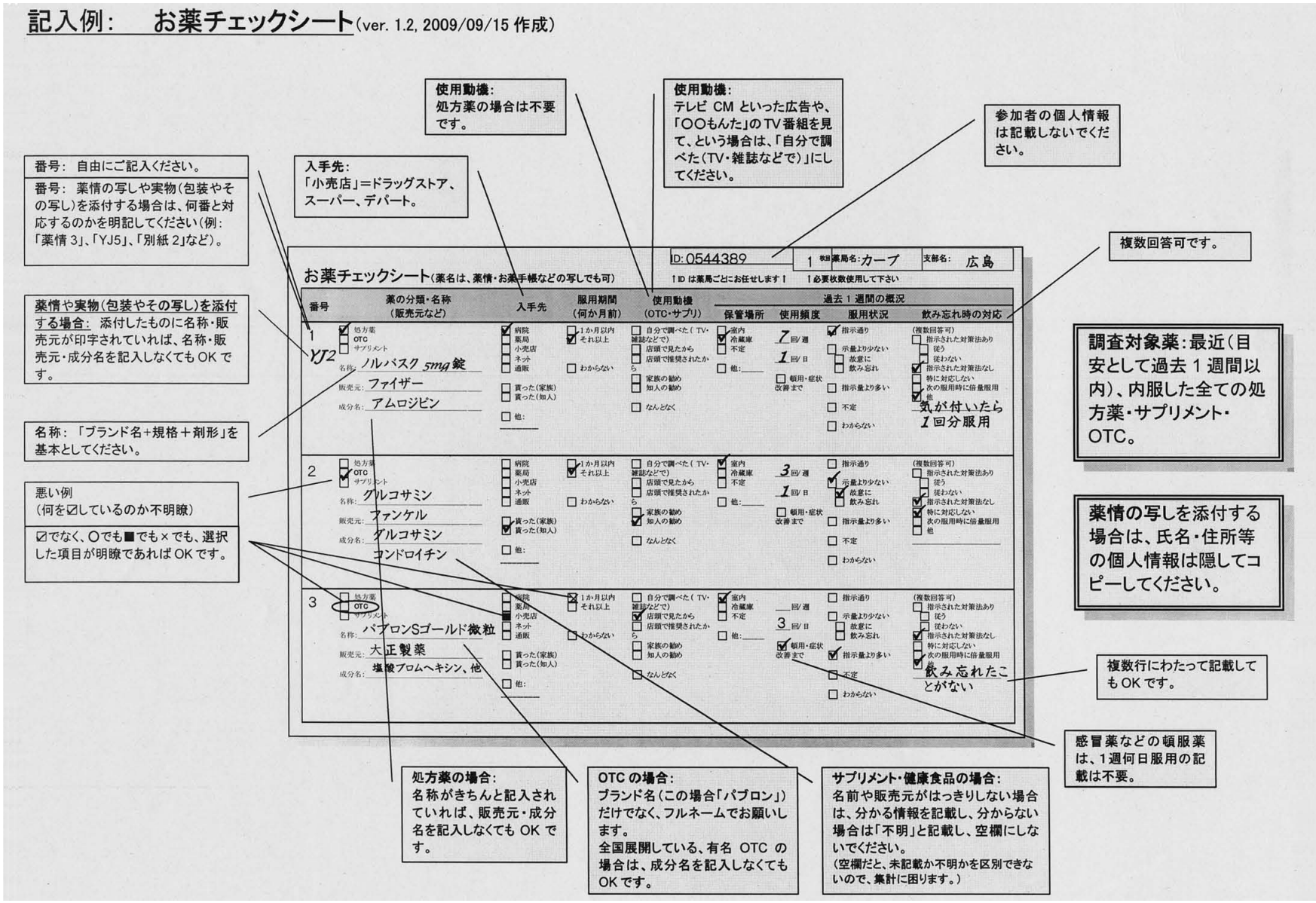
ID:	枚目	薬局名:	支部名:

↑ID は薬局ごとにお任せします↑　　↑必要枚数使用して下さい

お薬チェックシート（薬名は、薬情・お薬手帳などの写しでも可）

番号	薬の分類・名称（販売元など）	入手先	服用期間（何か月前）	使用動機（OTC・サプリ）	過去１週間の概況			
					保管場所	使用頻度	服用状況	飲み忘れ時の対応
	☐ 処方薬 ☐ OTC ☐ サプリメント 名称:＿＿＿＿＿＿ 販売元:＿＿＿＿＿＿ 成分名:＿＿＿＿＿＿	☐ 病院 ☐ 薬局 ☐ 小売店 ☐ ネット ☐ 通販 ☐ 貰った（家族） ☐ 貰った（知人） ☐ 他:＿＿＿＿	☐ １か月以内 ☐ それ以上 ☐ わからない	☐ 自分で調べた（ TV・雑誌などで） ☐ 店頭で見たから ☐ 店頭で推奨されたから ☐ 家族の勧め ☐ 知人の勧め ☐ なんとなく	☐ 室内 ☐ 冷蔵庫 ☐ 不定 ☐ 他:＿＿＿	＿＿回/週 ＿＿回/日 ☐ 頓用・症状改善まで	☐ 指示通り ☐ 示量より少ない ☐ 故意に ☐ 飲み忘れ ☐ 指示量より多い ☐ 不定 ☐ わからない	（複数回答可） ☐ 指示された対策法あり ☐ 従う ☐ 従わない ☐ 指示された対策法なし ☐ 特に対応しない ☐ 次の服用時に倍量服用 ☐ 他 ＿＿＿＿＿＿
	☐ 処方薬 ☐ OTC ☐ サプリメント 名称:＿＿＿＿＿＿ 販売元:＿＿＿＿＿＿ 成分名:＿＿＿＿＿＿	☐ 病院 ☐ 薬局 ☐ 小売店 ☐ ネット ☐ 通販 ☐ 貰った（家族） ☐ 貰った（知人） ☐ 他:＿＿＿＿	☐ １か月以内 ☐ それ以上 ☐ わからない	☐ 自分で調べた（ TV・雑誌などで） ☐ 店頭で見たから ☐ 店頭で推奨されたから ☐ 家族の勧め ☐ 知人の勧め ☐ なんとなく	☐ 室内 ☐ 冷蔵庫 ☐ 不定 ☐ 他:＿＿＿	＿＿回/週 ＿＿回/日 ☐ 頓用・症状改善まで	☐ 指示通り ☐ 示量より少ない ☐ 故意に ☐ 飲み忘れ ☐ 指示量より多い ☐ 不定 ☐ わからない	（複数回答可） ☐ 指示された対策法あり ☐ 従う ☐ 従わない ☐ 指示された対策法なし ☐ 特に対応しない ☐ 次の服用時に倍量服用 ☐ 他 ＿＿＿＿＿＿
	☐ 処方薬 ☐ OTC ☐ サプリメント 名称:＿＿＿＿＿＿ 販売元:＿＿＿＿＿＿ 成分名:＿＿＿＿＿＿	☐ 病院 ☐ 薬局 ☐ 小売店 ☐ ネット ☐ 通販 ☐ 貰った（家族） ☐ 貰った（知人） ☐ 他:＿＿＿＿	☐ １か月以内 ☐ それ以上 ☐ わからない	☐ 自分で調べた（ TV・雑誌などで） ☐ 店頭で見たから ☐ 店頭で推奨されたから ☐ 家族の勧め ☐ 知人の勧め ☐ なんとなく	☐ 室内 ☐ 冷蔵庫 ☐ 不定 ☐ 他:＿＿＿	＿＿回/週 ＿＿回/日 ☐ 頓用・症状改善まで	☐ 指示通り ☐ 示量より少ない ☐ 故意に ☐ 飲み忘れ ☐ 指示量より多い ☐ 不定 ☐ わからない	（複数回答可） ☐ 指示された対策法あり ☐ 従う ☐ 従わない ☐ 指示された対策法なし ☐ 特に対応しない ☐ 次の服用時に倍量服用 ☐ 他 ＿＿＿＿＿＿

【添付資料４】お薬チェックシート記入例



【添付資料５】フィードバック用紙

フィードバック記録用紙（1 参加者 1 枚；「お薬チェックシート」用紙とともに各支部で収集）

ID:	薬局名：	支部名：

調査実施日について

参加者募集　☐薬局で　☐集会で
　　☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日時　＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

実施場所（環境）　☐薬局　☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（☐カウンター、☐別室、☐パーティション）

担当者

所要時間　聞き取り・調査＿＿＿＿＿分
　　フィードバック＿＿＿＿＿分

フィードバック　☐即日　☐後日　☐不可

次回連絡予定　☐有　☐無

患者について

年齢　＿＿＿＿＿歳

性別　☐男　☐女

保険の種類　☐国保　☐社保　☐後期高齢者
☐その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受診医療機関数（現在）　＿＿＿＿機関

現在かかっている疾患（複数回答可）

☐１．高血圧　☐２．高脂血症
☐３．糖尿病　☐４．心臓病
☐５．胃炎・胃潰瘍　☐６．骨粗鬆症
☐７．気管支喘息　☐８．慢性気管支炎
☐９．膀胱炎　☐10．関節炎
☐11．腰痛　☐12．頭痛
☐13．アレルギー　☐14．眼の病気
☐15．骨折
☐16．その他：

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

OTC・サプリメントを購入する・した理由（複数回答可）

☐病院に行くのが面倒・時間がない
☐病院に行くのが恥ずかしい
☐病院に行くほどの病気・症状でないから
☐お金の節約
☐病気予防・健康維持
☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お薬チェックを受けた理由（複数回答可）

☐薬剤師・関係者に勧められた
☐知人に勧められた
☐パンフレットをみて
☐服用薬への不安を相談したかったから
☐無料だったから
☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お薬チェックに関する感想（複数回答可）

ポジティブ
☐薬の使い方がよくわかった
☐自分に合った治療なのか確認できた
☐相互作用・副作用の不安が減った
☐重複投与の心配がなくなった
☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ネガティブ
☐薬を持ってくるのが面倒
☐時間がかかりすぎる
☐フィードバックの内容が不十分
☐他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

お薬チェックの結果（複数回答可）

☐重複投与や相互作用の危険をフィードバックできた
　薬剤 No. ：
　相互作用 ：

☐過量投与を指摘できた
　薬剤 No. ：

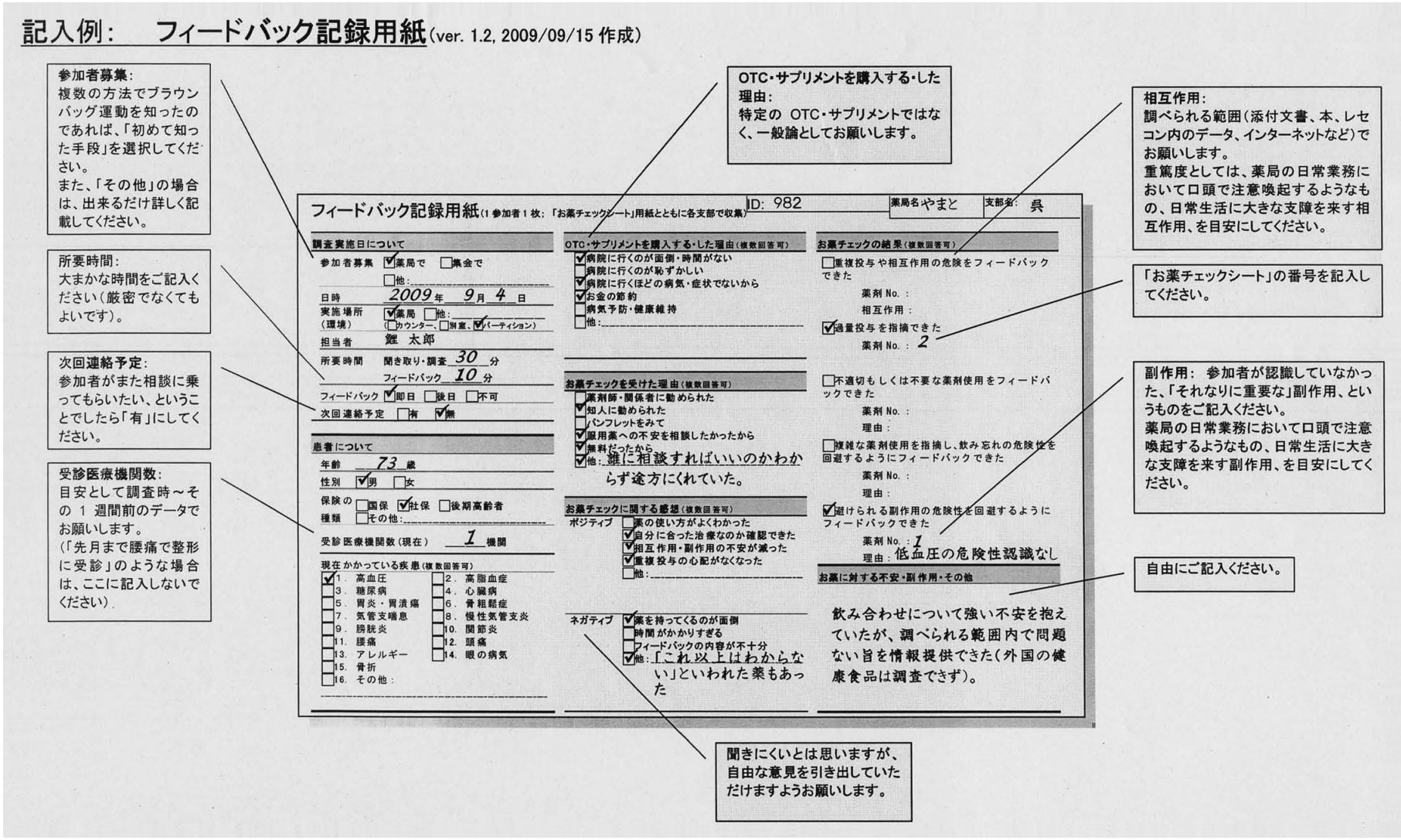
☐不適切もしくは不要な薬剤使用をフィードバックできた
　薬剤 No. ：
　理由 ：

☐複雑な薬剤使用を指摘し、飲み忘れの危険性を回避するようにフィードバックできた
　薬剤 No. ：
　理由 ：

☐避けられる副作用の危険性を回避するようにフィードバックできた
　薬剤 No. ：
　理由 ：

お薬に対する不安・副作用・その他

【添付資料６】フィードバック用紙記入例



広島県医薬品適正使用連携体制整備ガイドライン

平成２２年３月

広島県地域保健対策協議会

はじめに　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

総則　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

Ⅰ　目的　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

Ⅱ　定義　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

Ⅲ　医薬品情報分類　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

Ⅳ　関係者の守秘義務　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・2

第１部　医薬関係者間連携体制整備ガイドライン・・・・・・・・・・・・3

Ⅰ　病院における体制の整備　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3

Ⅱ　診療所における体制の整備　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5

Ⅲ　薬局における体制の整備　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

第２部　医薬品流通関係者間連携体制整備ガイドライン・・・・・・・・・9

Ⅰ　卸売会社における体制の整備　・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

Ⅱ　製薬会社における体制の整備　・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

別表　医薬品情報分類・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

はじめに

我が国においては，生活習慣病患者の増加や本格的な高齢社会の到来を迎え，長期投与，複数医療機関の受診により多剤併用等，医薬品を使用患者の背景が多様化してきている。それに応じて医薬関係者においても，患者個人ごとに最も有効かつ安全に使用されるためには，医薬品情報を適切に取り扱うことが，重要であり，また，医薬関係者や医薬品流通関係者による的確な医薬品情報の提供が求められています。

このような背景のもと，平成 20 年度及び平成 21 年度に，広島県地域保健対策協議会内「医薬品の適正使用に関する検討特別委員会」において，医薬品適正使用推進体制整備を検討し，医薬関係者間の連携体制の整備及び医薬品流通関係者間の連携体制の整備等について検討を行い，それらの体制を構築するための試行用ガイドラインを作成しました。

広島県医薬品適正使用連携体制整備ガイドライン

総則

Ⅰ　目的

本ガイドラインは，県民が安心して医薬品による治療を受けられる環境を整備することを目的として，広島県内の医薬関係者における，医薬品の適正使用に係る連携体制とその業務内容の明確化を図るものである。

Ⅱ　定義

1　「医薬関係者」とは，病院，診療所及び薬局に従事する医師，歯科医師，薬剤師，看護師等の医薬品の使用に携わる関係者をいう。

2　「製薬会社」とは，医薬品の製造販売業者をいう。

3　「卸売会社」とは，医薬品の卸売販売業者をいう。

4　「MS」とは，医薬品卸売業者の医療用医薬品の営業担当者をいう。

5　「MR」とは，医薬品製造販売業者の医薬情報担当者をいう。

6　「患者情報」とは，患者の既往歴，臨床検査値，医薬品の使用経験，嗜好等の医薬品を使用するにあたって考慮すべき患者の情報をいう。

7　「副作用等」とは，医薬品に起因する副作用及び感染症の発生又は発生の疑いをいい，医療過誤や調剤過誤に起因するものは含まない。また，「副作用等情報」とは，副作用等に係る情報をいう。

8　「医薬品情報」とは，医薬品の添付文書の「効能又は効果」，「用法及び用量」及び「使用上の注意」に記載された情報をいい，改訂された情報も含む。

9　「情報媒体」とは，医薬品の添付文書，緊急安全性情報，再審査・再評価結果のお知らせ文書，使用上の注意の改訂お知らせ文書，医薬品安全対策情報，インターネットからの情報，インタビューフォーム等，医薬品情報が記載された情報提供媒体をいい，病院，診療所及び薬局で作成されたものも含む。

Ⅲ　医薬品情報分類

本ガイドラインにおいては，医薬品情報を別表のとおり３段階に分類し，致死的，重篤又は非可逆的な健康被害の発生に関与する可能性が高いものから「情報分類Ⅰ」，「情報分類Ⅱ」，「情報分類Ⅲ」とする。

Ⅳ　関係者の守秘義務

医薬関係者は，業務上知り得た患者情報について，個人情報の保護に関する法律の適用に留意し，厳格に取扱わなければならない。さらに，医師，歯科医師，薬剤師，医薬品販売業者は，業務上知り得た患者情報について，刑法第１３４条に秘密漏示の禁止規定があることに留意しなければならない。

なお，個人情報に該当する患者情報を第三者へ提供する場合は，事前に本人の同意を得て行う。

第１部 医薬関係者間連携体制整備ガイドライン

Ⅰ　病院における体制の整備

１　医薬品情報責任者の設置及び業務

（１）　病院において，医薬品情報及び副作用等情報を一元的に取扱う者として医薬品情報責任者を設置し，薬剤師から選任する。なお，DI 業務を行っている者が望ましい。

（２）　医薬品情報責任者は，次に掲げる業務を行う。

ア　製薬会社等から提供される医薬品情報（情報媒体）の収集，整理，保管，管理，病院内における医薬関係者への提供

イ　アの業務のうち医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新規情報の収集時における迅速なる情報の整理及び提供

ウ　病院内の医薬関係者から製薬会社又は卸売会社へ情報提供した副作用等情報及び厚生労働省へ報告した副作用等情報の収集，整理，保管，管理及び病院内の医薬関係者への提供

エ　医薬品情報責任者は，特に必要な情報と認めるときには，医薬品安全管理責任者に文書により報告し，その写しを保存する。

２　医薬品の適正使用に係る連携を推進する委員会の設置及び業務

（１）　病院に薬剤部門を事務局とする医薬品の適正使用に係る連携を推進する委員会を設置する。ただし，既存の組織（薬事委員会等）で対応する場合はこの限りではない。

（２）　医薬品の適正使用に係る連携を推進する委員会は，次に掲げる業務を行う。

ア　医薬品の適正使用に係る連携業務手順書（以下「連携業務手順書」という。）の内容の検討

イ　医薬品情報の収集に使用する情報媒体の選択

ウ　病院内における医薬関係者の連携に関する定期的協議

エ　病院内における医薬関係者の連携に改善が必要な場合の改善措置の実施

３　病院内の医薬関係者の業務

（１）　医薬関係者は，病院内及び病院外の医薬関係者と患者情報を共有化するために，次に掲げる業務を行う。

ア　医薬関係者は，患者所有のお薬手帳など医療に係る情報を記載できる帳票類（以下「お薬手帳等」という。）に，現病歴，副作用歴について記載する。その他の患者情報については，次に掲げる事項を参考として必要に応じて記載する。

なお，お薬手帳等への記載にあたっては，必ず患者の同意を得ることとし，また，お薬手帳等へ記載された患者情報の管理は，原則的に患者自身が行うこととする。

①既往歴

②医薬品の服用歴

③その他，臨床検査値など医薬品の適正使用にあたって必要な情報

イ　医薬関係者は，他の医薬関係者，患者本人，看護にあたる人がお薬手帳等へ記載した患者情報を確認する。

ウ　医薬関係者は，患者がお薬手帳を所有していない場合や，患者と相対していないが患者の生命又は身体の健康が損なわれるおそれがあり，緊急に患者情報を共有化しなければならない場合には，お薬手帳等への記載以外の方法により，随時患者情報の共

有化を図る。

（２）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。

（３）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅱに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合，処方した医師又は歯科医師（以下「処方医」という。）は，必要に応じて当該患者へ情報提供する。処方医以外の医薬関係者は，処方医と連携し必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（４）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に医薬品情報責任者へ報告する。

（５）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に当該医薬品を使用している患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合，処方医は当該医薬品の使用の可否について検討し，当該患者へ情報提供するとともに，当該患者に関わる病院内及び病院外の医薬関係者へ情報提供する。また，処方医以外の医薬関係者は処方医へ情報提供するとともに，処方医と連携して必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（６）　医薬関係者は，患者に副作用等が発生したときは，製薬会社又は卸売会社へ情報提供するとともに，必要に応じ厚生労働省への報告を行う。

（７）　医薬関係者は，製薬会社又は卸売会社へ情報提供した副作用等情報及び厚生労働省に報告した副作用等情報を規定期間内に医薬品情報責任者へ報告する。

４　手順書の作成

（１）　病院は，本ガイドラインに示す医薬品の適正使用に係る連携体制を適正かつ円滑に実施するため，次に掲げる手順を記載した連携業務手順書を作成する。ただし，既存の手順書等で対応する場合はこの限りではない。

ア　医薬品情報の収集・管理・提供に関する手順

イ　副作用等情報の収集・評価・提供・報告に関する手順

ウ　患者に対する情報提供に関する手順

エ　病院内及び病院外の医薬関係者間における患者情報の共有化に関する手順

オ　記録の保存に関する手順

（２）　病院は，医局，調剤所，病棟等に，連携業務手順書を備え付ける。

（３）　病院は，連携業務手順書を作成し，又は改訂したときは，当該連携業務手順書にその日付を記載し，これを保存する。

Ⅱ　診療所における体制の整備

1　医薬品情報責任者の設置及び業務

（1）　診療所において，医薬品情報及び副作用等情報を一元的に取扱う者として医薬品情報責任者を設置し，薬剤師から選任する。ただし，薬剤師を設置する必要のない診療所においては，医師，歯科医師から選任する。なお，医薬品安全管理責任者と兼任することは差し支えない。

（2）　医薬品情報責任者は，次に掲げる業務を行う。

ア　医薬品情報の収集に使用する情報媒体の選択

イ　製薬会社等から提供される医薬品情報（情報媒体）の収集，整理，保管，管理，診療所内における医薬関係者への提供

ウ　イの業務のうち医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新規情報の収集時における迅速なる情報の整理及び提供

エ　診療所内の医薬関係者から製薬会社又は卸売会社へ情報提供した副作用等情報及び厚生労働省へ報告した副作用等情報の収集，整理，保管，管理，診療所内における医薬関係者への提供

オ　医薬品情報責任者は，特に必要な情報と認めるときには，医薬品安全管理責任者に文書により報告し，その写しを保存する。（兼任している場合を除く）

2　診療所内の医薬関係者の業務

（1）　医薬関係者は，診療所内及び診療所外の医薬関係者と患者情報を共有化するために，次に掲げる業務を行う

ア　医薬関係者は，患者所有のお薬手帳など医療に係る情報を記載できる帳票類（以下「お薬手帳等」という。）に，現病歴，副作用歴について記載する。その他の患者情報については，次に掲げる事項を参考として必要に応じて記載する。

なお，お薬手帳等への記載にあたっては，必ず患者の同意を得ることとし，また，お薬手帳等へ記載された患者情報の管理は，原則的に患者自身が行うこととする。

①既往歴

②医薬品の服用歴

③その他，臨床検査値など医薬品の適正使用にあたって必要な情報

イ　医薬関係者は，他の医薬関係者，患者本人，看護人がお薬手帳等へ記載した患者情報を確認する。

ウ　医薬関係者は，患者がお薬手帳等を所有していない場合や，患者と相対していないが患者の生命又は身体の健康が損なわれるおそれがあり，緊急に患者情報を共有化しなければならない場合には，お薬手帳等への記載以外の方法により，随時患者情報の共有化を図る。

（2）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。

（3）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅱに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合，処方医は必要に応じて当該患者へ情報提供する。処方医以外の医薬関係者は，処方医と連携し必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（４）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に医薬品情報責任者へ報告する。

（５）　医薬関係者は，医薬品情報分類Ⅰに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に当該医薬品を使用している患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合，処方医は当該医薬品の使用の可否について検討し，当該患者へ情報提供するとともに，当該患者に関わる診療所内及び診療所外の医薬関係者へ情報提供する。また，処方医以外の医薬関係者は処方医へ情報提供するとともに，処方医と連携して必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（６）　医薬関係者は，患者に副作用等が発生したときは，製薬会社又は卸売会社へ情報提供するとともに，必要に応じ厚生労働省への報告を行う。

（７）　医薬関係者は，製薬会社又は卸売会社へ情報提供した副作用等情報及び厚生労働省に報告した副作用等情報を規定期間内に医薬品情報責任者へ報告する。

（８）　医薬関係者は，診療所内における医薬関係者の連携に関して定期的に協議するとともに，医薬関係者の連携に改善が必要な場合は，改善措置を実施する。

３　手順書の作成

（１）　診療所は，本ガイドラインに示す医薬品の適正使用に係る連携体制を適正かつ円滑に実施するため，次に掲げる手順を記載した連携業務手順書を作成する。ただし，既存の手順書等で対応する場合はこの限りではない。

ア　医薬品情報の収集・管理・提供に関する手順

イ　副作用等情報の収集・評価・提供・報告に関する手順

ウ　患者に対する情報提供に関する手順

エ　診療所内及び診療所外の医薬関係者間における患者情報の共有化に関する手順

オ　記録の保存に関する手順

（２）　診療所は，連携業務手順書を備え付ける。

（３）　診療所は，連携業務手順書を作成し，又は改訂したときは，当該連携業務手順書にその日付を記載し，これを保存する。

Ⅲ　薬局における体制の整備

1　医薬品情報責任者の設置及び業務

（1）　薬局において，医薬品情報及び副作用等情報を一元的に取扱う者として医薬品情報責任者を設置し，薬剤師から選任する。なお，できる限り専任者をおくことが望ましい。また，医薬品安全管理責任者と兼任することは差し支えない。

（2）　医薬品情報責任者は，次に掲げる業務を行う。

ア　医薬品情報の収集に使用する情報媒体の選択

イ　製薬会社等から提供される医薬品情報（情報媒体）の収集，整理，保管，管理，薬局内における薬剤師への提供

ウ　イの業務のうち医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新規情報の収集時における迅速なる情報整理及び情報提供

エ　患者に発生した副作用等情報の処方医への情報提供

オ　患者に発生した副作用等情報の製薬会社又は卸売会社への情報提供

カ　患者に発生した副作用等情報の必要に応じた厚生労働省への報告

キ　製薬会社及び卸売会社へ情報提供した副作用等情報及び，厚生労働省へ報告した副作用等情報の収集，整理，保管，管理及び薬局の薬剤師への提供

ク　医薬品情報責任者は，特に必要な情報と認めるときには，医薬品安全管理責任者に文書により報告し，その写しを保存する。（兼任している場合を除く。）

2　薬剤師の業務

（1）　薬剤師は，薬局内及び薬局外の医薬関係者と患者情報を共有化するために，次に掲げる業務を行う

ア　薬剤師は，患者所有のお薬手帳など医療に係る情報を記載できる帳票類（以下「お薬手帳等」という。）に，副作用歴について記載する。その他の患者情報については，次に掲げる事項を参考として必要に応じて記載する。

　なお，お薬手帳等への記載にあたっては，必ず患者の同意を得ることとし，また，お薬手帳等へ記載された患者情報の管理は，原則的に患者自身が行うこととする。

①既往歴

②医薬品の服用歴

③その他，医薬品の適正使用にあたって必要な情報

イ　薬剤師は，他の医薬関係者，患者本人，看護人がお薬手帳等へ記載した患者情報を確認する。

ウ　薬剤師は，患者がお薬手帳等を所有していない場合や，患者と相対していないが患者の生命又は身体の健康が損なわれるおそれがあり，緊急に患者情報を共有化しなければならない場合には，お薬手帳等への記載以外の方法により，随時患者情報の共有化を図る。

（2）　薬剤師は，医薬品情報分類Ⅰに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。

（3）　薬剤師は，医薬品情報分類Ⅱに該当する医薬品情報について，当該医薬品を使用する患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合は，処方医と連携し必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（４）　薬剤師は，医薬品情報分類Ⅰ及びⅡに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に医薬品情報責任者へ報告する。

（５）　薬剤師は，医薬品情報分類Ⅰに該当する新たな医薬品情報を収集したときは，規定期間内に当該医薬品を使用している患者に該当するか否かを確認する。該当することを確認した場合，処方医へ情報提供するとともに，処方医と連携して必要に応じて当該患者へ情報提供する。

（６）　薬剤師は，患者に副作用等が発生したことを知ったときは，規定期間内に当該副作用等情報を医薬品情報責任者へ報告する。

３　手順書の作成

（１）　薬局は，本ガイドラインに示す医薬品の適正使用に係る連携体制を適正かつ円滑に実施するため，次に掲げる手順を記載した連携業務手順書を作成する。ただし，既存の手順書等で対応する場合はこの限りではない。

ア　医薬品情報の収集・管理・提供に関する手順

イ　副作用等情報の収集・評価・提供・報告に関する手順

ウ　患者に対する情報提供に関する手順

エ　薬局及び薬局外の医薬関係者間における患者情報の共有化に関する手順

オ　記録の保存に関する手順

（２）　薬局は，連携業務手順書を備え付ける。

（３）　薬局は，連携業務手順書を作成し，又は改訂したときは，当該連携業務手順書にその日付を記載し，これを保存する。

第２部 医薬品流通関係者間連携体制整備ガイドライン

Ⅰ　卸売会社における体制の整備

１　卸売会社の業務及び体制

（１）　卸売会社は，製薬会社からの依頼に基づき病院，診療所及び薬局へ医薬品情報を提供する場合は，その実施結果について文書により製薬会社へ報告する。

（２）　卸売会社は，病院，診療所及び薬局から副作用等に関する情報の提供を受けたときはこれを収集する。

（３）　卸売会社は，収集した副作用等情報について製薬会社へ連絡する。

（４）　卸売会社は，広島県を統括する支店若しくは営業所又は本社において，上記業務の実施及び管理を行う組織又は要員（以下「適正使用業務の管理部門」という。）を整備する。ただし，既存の組織等で対応する場合はこの限りではない。

２　卸売医薬品情報責任者の設置と業務

（１）　卸売会社の支店又は営業所等において，医薬品情報及び副作用等情報を一元的に取扱う者として，卸売会社の管理者である薬剤師を卸売医薬品情報責任者とする。

（２）　卸売医薬品情報責任者は，次に掲げる業務を行う。

ア　製薬会社から提供される医薬品情報の収集及び管理

イ　医薬品情報のMSに対する伝達及び教育訓練

ウ　製薬会社からの依頼により，病院，診療所及び薬局へ医薬品情報を提供した際のMSからの実施結果の取りまとめ及び適正使用業務の管理部門への報告

エ　病院，診療所及び薬局から収集した副作用等情報の管理

オ　副作用等情報の適正使用業務の管理部門への報告

３　MSの業務

（１）　MSは，医薬品情報分類Ⅰに該当する医薬品情報を病院，診療所及び薬局に提供するときは，情報分類Ⅰである旨を情報媒体に記載するなど，情報分類Ⅰである旨を確実に伝達する手段を講じる。また，被提供者から，受領した旨の署名等を取得するよう努める。

（２）　MSは，製薬会社の依頼に基づき病院，診療所及び薬局へ医薬品情報を提供するときは，情報提供した実施結果を卸売医薬品情報責任者へ報告する。

（３）　MSは，医薬品の供給時等に病院，診療所及び薬局から副作用等情報を収集したときは，卸売医薬品情報責任者へ報告する。

４　MSの教育訓練

卸売会社は，MSに対して，規定した業務を遂行するにあたり必要な医薬品の基礎知識，医薬品の副作用，医薬品の製造販売後安全管理に関する業務，薬事法規等について，定期的に少なくとも年間２０時間以上の教育訓練を行う。なお，教育訓練の習得度を確認するために，考査等を実施することが望ましい。

５　手順書の作成

（１）　卸売会社は，本ガイドラインに示す医薬品の適正使用に係る連携体制を適正かつ円滑に実施するため，次に掲げる手順を記載した連携業務手順書を作成する。

ただし，既存の手順書等で対応する場合はこの限りではない。

ア　医薬品情報の収集・管理・提供に関する手順

イ　副作用等情報の収集・報告に関する手順

ウ　MS に対する教育訓練に関する手順

エ　医薬品情報提供の依頼に対する応需に関する手順

オ　記録の保存に関する手順

（２）　卸売会社は，適正使用業務の管理部門及び支店又は営業所等に，連携業務手順書を備える。

（３）　卸売会社は，連携業務手順書を作成し，又は改訂したときは，当該連携業務手順書のその日付を記載し，これを保存する。

Ⅱ　製薬会社における体制の整備

1　製薬会社の業務及び体制

（1）製薬会社は，MR に医薬品情報分類Ⅰに該当する医薬品情報を病院，診療所及び薬局に提供させるときは，情報分類Ⅰである旨を情報媒体に記載するなど，情報分類Ⅰである旨を確実に伝達する手段を講じさせる。また，被提供者から，受領した旨の署名等を取得させるよう努める。

（2）卸売会社は，本社又は広島県を統括する支店若しくは営業所内において，上記業務及び卸売会社との連携を行うにあたり必要な組織又は要員を整備する。ただし，既存の組織等で対応する場合はこの限りではない。

（3）製薬会社は，上記以外の医薬品の適正使用に係る業務及び体制について，医薬品，医薬部外品，化粧品及び医療機器の製造販売後安全管理の基準に関する省令に従って実施する。

2　卸売会社との連携体制

（1）製薬会社は，MR による医薬品情報の提供が十分に行えない病院，診療所及び薬局が想定される場合においては，卸売会社へ当該情報の提供を依頼して，医薬品情報の提供に努める。

（2）製薬会社が卸売会社へ医薬品情報の提供業務を依頼する場合は，両者の本社，支店，営業所のいずれかの間で，依頼と応需に係る文書の取り決めを交わすよう努める。

別 表

医 薬 品 情 報 分 類

記載項目		記載事項（医療用医薬品の使用上の注意記載要綱による）	情報分類
効能又は効果（関連する注意を含む）		承認を受けた効能又は効果を記載	Ⅰ
用法及び用量（関連する注意を含む）		承認を受けた用法及び用量を記載	Ⅰ
使用上の注意	警告	致死的又は極めて重篤かつ非可逆的な副作用が発現する場合，又は副作用が発現する結果極めて重大な事故につながる可能性があって特に注意を喚起する必要がある場合に記載	Ⅰ
	禁忌（原則禁忌を含む）	患者の症状，原疾患，合併症，既往歴，家族歴，体質，併用薬剤等からみて投与すべきでない患者を記載	Ⅰ
	慎重投与	患者の症状，原疾患，合併症，既往歴，家族歴，体質，併用薬剤等からみて，他の患者よりも副作用による危険性が高いため，投与の可否の判断，用法及び用量の決定等に特に注意が必要である場合，又は臨床検査の実施や患者に対する細かい観察が必要とされる場合に記載	Ⅱ
	重要な基本的注意	重大な副作用又は事故を防止する上で，用法及び用量，効能又は効果，投与期間，投与すべき患者の選択，検査の実施等に関する重要な基本的注意事項がある場合に記載	Ⅱ
	併用禁忌	他の医薬品を併用することにより，当該医薬品又は併用薬の薬理作用の増強又は減弱，副作用の増強，新しい副作用の出現又は原疾患の増悪等が生じる場合で，臨床上注意を要する組合せを記載	Ⅰ
	併用注意		Ⅱ
	重大な副作用	医薬品の使用に伴って生じる副作用等を「重大な副作用」と，「その他の副作用」に区分して記載	Ⅰ
	その他の副作用		Ⅱ
	高齢者への投与	臨床試験，市販後調査又は薬物動態等の具体的なデータから高齢者に投与した場合の問題が示唆される場合に記載	Ⅲ
	妊婦，産婦，授乳婦への投与	用法及び用量，効能又は効果，剤形等から妊婦，産婦，授乳婦等の患者に用いられる可能性があって，他の患者と比べて，特に注意する必要がある場合や，適正使用に関する情報がある場合に記載	Ⅲ
	小児等への投与	小児等に特殊な有害性を有すると考えられる場合に記載	Ⅲ
	臨床検査結果に及ぼす影響	医薬品を使用することによって，臨床検査値が見かけ上変動し，しかも明らかに器質障害又は機能障害と結びつかない場合に記載	Ⅲ
	過量投与	過量投与の例があれば記載	Ⅲ
	適用上の注意	投与経路，剤形，注射速度，投与部位，調製方法，薬剤交付時等に関し，必要な注意を適切な標題をつけて具体的に記載	Ⅲ
	その他	評価の確立していない文献，報告であっても重要な情報はこれを正確に要約して記載	Ⅲ

分類しようとする医薬品情報の設定根拠が副作用の発生に基づく場合には，「情報分類Ⅱ」の情報を「情報分類Ⅰ」として扱い，「情報分類Ⅲ」の情報を「情報分類Ⅱ」として扱う。

【別紙資料２】リーフレット「薬の正しい使い方」

薬局での薬剤師の仕事

ご存知ですか？

薬局での薬剤師の仕事は患者さんにお薬を渡すだけではありません。薬剤師の仕事を、簡単に紹介します。

1 調剤

お医者さんの出す処方せん（患者さんに合わせたお薬の作り方）にもとづいて、**お薬を作ることを調剤といいます。**

これは、薬剤師の代表的な仕事の一つです。正確な調剤を行うためには、高度な専門知識や経験が要求されます。そして、その調剤した薬を、患者さんが服用しやすくなるように日々、相談に応じております。

お薬をのみやすくする一例です

- **こどもには…** のみやすくするために、アドバイスをしております。（ココアに混ぜるなど）
- **お年寄りには…** のみ忘れを防ぐために、ひとつの袋にまとめます。

処方内容に疑問を生じたら医師に問い合せをして調剤します。

あれ？ちょっとまってよ？？

これを**疑義照会**といいます。

薬剤師法第24条にさだめられている重要な仕事です！

2 服薬指導、お薬の情報提供

- 患者さんのくわしい情報をあつめます。患者さんごとにお薬の服用歴を記録しています。
- 患者さんへお薬ののみ方の指導、薬の効果・効能・副作用について、情報を提供します。
- 患者さんの体質や薬のアレルギー歴、どんなお薬をいつごろ使用したかなどの記録を確認し、お薬の副作用や、現在のんでいるお薬とののみあわせを確認します。

お薬手帳とは… あなたの服用している薬の記録をつける手帳です。

病院で…

いつもと違う病院に行く時や、2ヶ所以上の病院を受診する時に、これを見せることで今までにかかった病気や薬の服用歴が理解され、治療方針を決めるのに役立ちます。

薬局で…

薬の名前、服用時間、回数、量、服用方法、注意することなどを書き込んでもらいましょう。他の医療機関で処方された薬の相互作用、重複投与などないか総合的に判断し服薬指導します。

自分で…

市販の薬（一般用医薬品）、サプリメント（健康食品）をのんだ時は、日付、名前や何回服用したかなどを書いておきましょう。薬の副作用やアレルギーが起きた時は、その内容を書いておきましょう。

ダメ。ゼッタイ。薬物乱用

薬物乱用とは??

遊び半分で法律で禁止されている薬物を使ったり医薬品を病気の治療目的以外に使うことです。

シンナー　MDMA　LSD　覚醒剤　向精神薬　大麻

なんつーかさ！超ハイでクールになれるんだよ！

ハハッ!

一回くらいならすぐ止められるって！お前も興味くらいあるんだろ？

のむとすっごく元気になるの。受験勉強だって平気になるわよ？

ダイエット大変じゃない？でもこれなら簡単よ…？

あんま深く考えないでさ、みんなやってるよ？

軽い気持ちでやってみるよ！お前こんなモンが恐いのか？

ドーピングとは？

ドーピングとは競技能力を高めるために筋肉増強剤となる、ある特定の薬物などを使用することです。

何故いけないのですか？

競技者の健康を害すると同時に反社会的行為である、という理由で禁止されています。

「ずるくて危険」な行為を容認することは健全なスポーツの発展を妨げます。

医薬品等の相談窓口：広島県薬剤師会薬事情報センター
電話 082-545-1193
編　集：広島県地域保健対策協議会
（社）広島県薬剤師会
広島県学校薬剤師会
発　行：広島県地域保健対策協議会

薬の正しい使い方

高校生用

世界保健機関（WHO）は、「自分自身の健康に責任をもち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」を提唱し、「セルフメディケーション」という言葉で表現しました。

皆さんが、生涯にわたり自己の健康管理をすすめる上で、医薬品の正しい使い方について、必要な知識をもち、理解することが大切になってきます。そのためにこのリーフレットを活用していただけることを願っています。

薬の種類と形

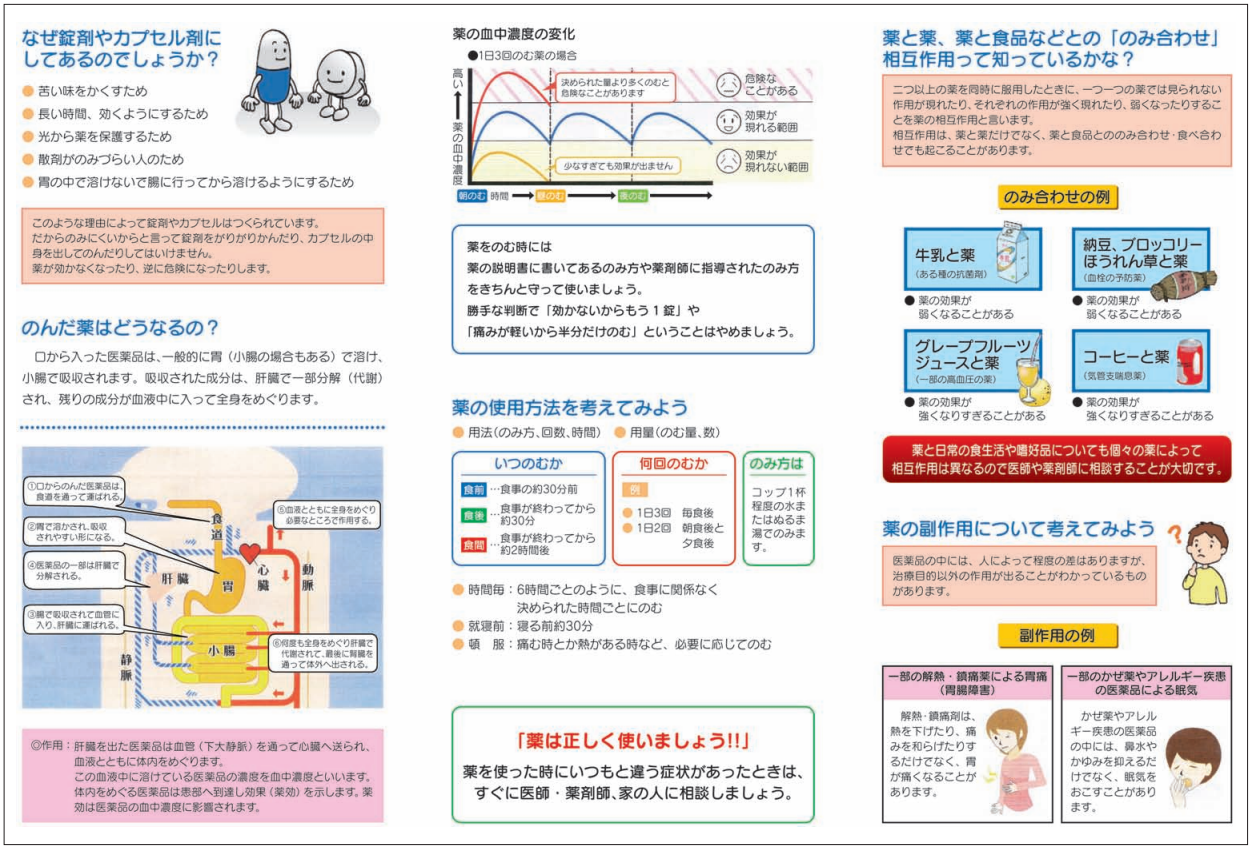
医療用医薬品

医師の診察を受けた後に病院や薬局でもらう薬です。

一般用医薬品

薬局や薬店で相談しながら自由に買える薬です。

- **内服薬** 口からのむ　カプセル剤　錠剤　シロップ剤　散剤
- **外用薬** 貼ったり塗ったりする薬　塗り薬（軟膏・クリーム・ローション）　エアゾール（スプレー）　貼付剤　坐薬　目薬
- **注射薬** 皮膚や筋肉、あるいは血管内に直接入れる薬



なぜ錠剤やカプセル剤にしてあるのでしょうか？

- 苦い味をかくすため
- 長い時間、効くようにするため
- 光から薬を保護するため
- 散剤がのみづらい人のため
- 胃の中で溶けないで腸に行ってから溶けるようにするため

このような理由によって錠剤やカプセルはつくられています。
だからのみにくいからと言って錠剤をがりがりかんだり、カプセルの中身を出してのんだりしてはいけません。
薬が効かなくなったり、逆に危険になったりします。

のんだ薬はどうなるの？

口から入った医薬品は、一般的に胃（小腸の場合もある）で溶け、小腸で吸収されます。吸収された成分は、肝臓で一部分解（代謝）され、残りの成分が血液中に入って全身をめぐります。

◎作用：肝臓を出た医薬品は血管（下大静脈）を通って心臓へ送られ、血液とともに体内をめぐります。
この血液中に溶けている医薬品の濃度を血中濃度といいます。
体内をめぐる医薬品は患部へ到達し効果（薬効）を示します。薬効は医薬品の血中濃度に影響されます。

薬の血中濃度の変化

薬をのむ時には
薬の説明書に書いてあるのみ方や薬剤師に指導されたのみ方をきちんと守って使いましょう。
勝手な判断で「効かないからもう１錠」や「痛みが軽いから半分だけのむ」ということはやめましょう。

薬の使用方法を考えてみよう

● 用法（のみ方、回数、時間）　● 用量（のむ量、数）

いつのむか	何回のむか	のみ方は
食前…食事の約30分前	例	コップ1杯程度の水またはぬるま湯でのみます。
食後…食事が終わってから約30分	● 1日3回　毎食後	
食間…食事が終わってから約2時間後	● 1日2回　朝食後と夕食後	

- 時間毎：6時間ごとのように、食事に関係なく決められた時間ごとにのむ
- 就寝前：寝る前約30分
- 頓　服：痛む時とか熱がある時など、必要に応じてのむ

「薬は正しく使いましょう!!」

薬を使った時にいつもと違う症状があったときは、すぐに医師・薬剤師、家の人に相談しましょう。

薬と薬、薬と食品などとの「のみ合わせ」相互作用って知っているかな？

二つ以上の薬を同時に服用したときに、一つ一つの薬では見られない作用が現れたり、それぞれの作用が強く現れたり、弱くなったりすることを薬の相互作用と言います。
相互作用は、薬と薬だけでなく、薬と食品とののみ合わせ・食べ合わせでも起こることがあります。

のみ合わせの例

- **牛乳と薬**（ある種の抗菌剤）　● 薬の効果が弱くなることがある
- **納豆、ブロッコリー、ほうれん草と薬**（血栓の予防薬）　● 薬の効果が弱くなることがある
- **グレープフルーツジュースと薬**（一部の高血圧の薬）　● 薬の効果が強くなりすぎることがある
- **コーヒーと薬**（気管支喘息薬）　● 薬の効果が強くなりすぎることがある

薬と日常の食生活や嗜好品についても個々の薬によって相互作用は異なるので医師や薬剤師に相談することが大切です。

薬の副作用について考えてみよう

医薬品の中には、人によって程度の差はありますが、治療目的以外の作用が出ることがわかっているものがあります。

副作用の例

- **一部の解熱・鎮痛薬による胃痛（胃腸障害）**　解熱・鎮痛剤は、熱を下げたり、痛みを和らげたりするだけでなく、胃が痛くなることがあります。
- **一部のかぜ薬やアレルギー疾患の医薬品による眠気**　かぜ薬やアレルギー疾患の医薬品の中には、鼻水やかゆみを抑えるだけでなく、眠気をおこすことがあります。

広島県地域保健対策協議会 医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

委員長	木平　健治	広島大学病院薬剤部
委　員	阿部　直美	広島県看護協会
	有田　健一	広島県医師会
	上田久仁子	広島市佐伯保健センター
	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
	清水　勢一	広島県歯科医師会
	石原　長造	広島県健康福祉局保健医療部薬務課
	藤谷　幸治	広島県健康福祉局保健医療部薬務課

自殺（うつ病）対策専門委員会

目　　次

自殺（うつ病）対策専門委員会報告書

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

自殺（うつ病）対策専門委員会

（平成 21 年度）

自 殺（うつ病）対 策 専 門 委 員 会 報 告 書

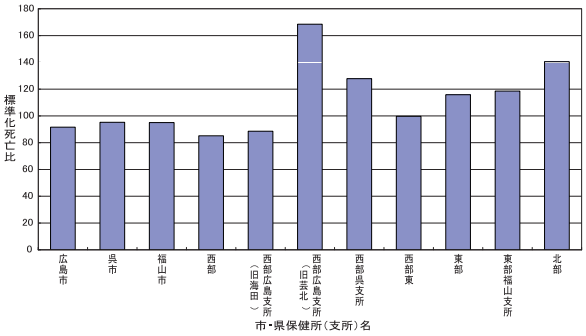
広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策専門委員会
委　員　長　山脇　成人
解析担当者　岡本　泰昌・山本　哲郎

Ⅰ．自殺の現状と自殺・うつ病対策における課題

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

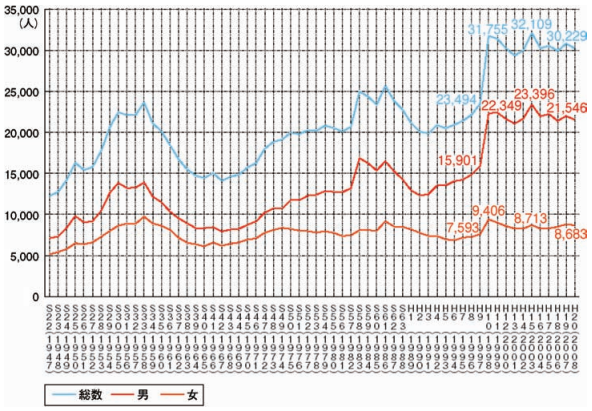
ところで，うつ病などの気分（感情）障害の推計患者数は，平成 20（2008）年の厚生労働省調査によれば，全国で 100 万人を超え，平成 8（1996）年（約 43 万人）の倍以上となっている（図 4）。また全国的な研究によれば，自殺企図者の 4 分の 3 は，精神疾患を発症しており，自殺既遂者の約半数がうつ病に罹患していると報告されている（図 5）。以上を総合すれば，うつ病対策は，自殺対策の観点からも喫緊の課題であることがわかる。

しかしながら，わが国においては，精神障害者の専門医療機関への受診率が低く（図 6，7），世論調



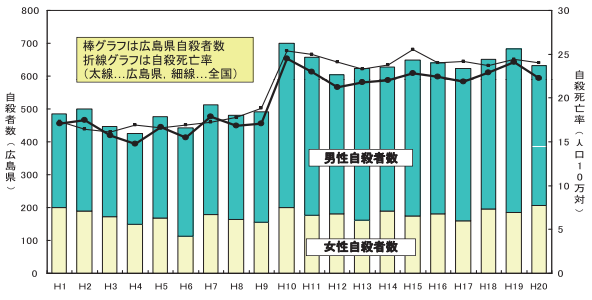
資料：人口動態統計から広島県作成

図 3　広島県の地域別自殺死亡率の状況



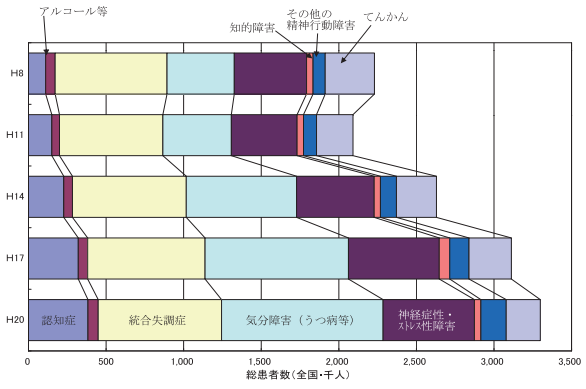
資料：平成 22 年自殺対策白書（内閣府）　原資料は人口動態統計（厚生労働省）

図 1　自殺の状況（全国）



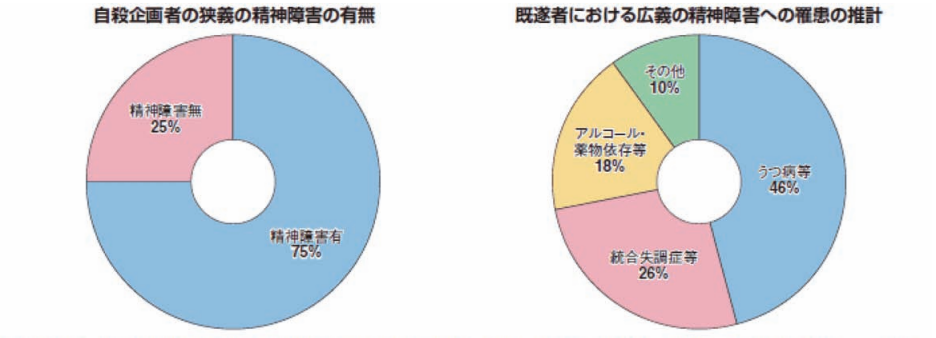
資料：厚生労働省「人口動態統計」

図 2　広島県の自殺者数等の推移



資料：患者調査（厚生労働省）

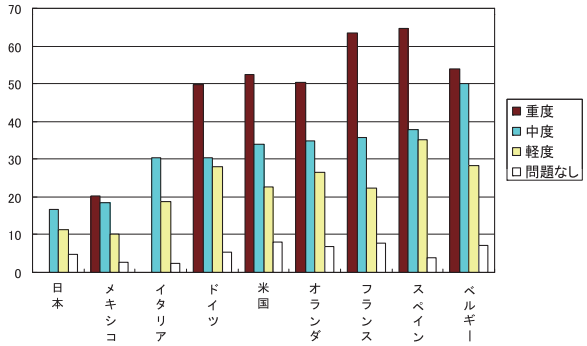
図 4　疾病別推計総患者数の推移



注意：論文では、「狭義の精神障害」と「広義の精神障害」が次のように定義されている。なお、分裂症、人格障害という名称は、それぞれ統合失調症、パーソナリティ障害と変更され、現在は使用されない。
○狭義の精神障害
分裂病・妄想性障害、うつ病、精神作用物質性障害（アルコール症、覚せい剤、有機溶剤）
○広義の精神障害
抑うつ性障害圏（うつ病、反応性・神経症性抑うつ状態など）、精神病圏（精神分裂病、分裂・感情障害、分裂病型人格障害、妄想性障害、その他の近縁する精神障害など）、物質乱用性障害圏（アルコール症、覚せい剤、有機溶剤などに関連する精神障害）

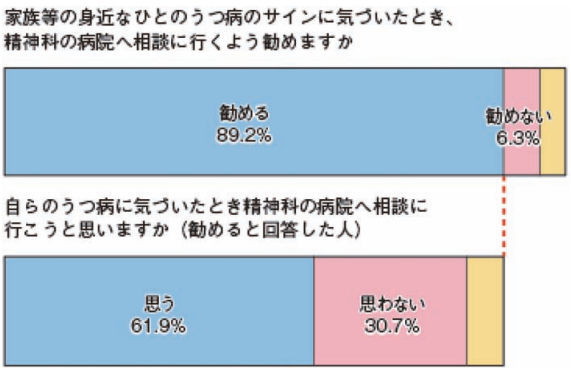
資料：飛鳥井望　自殺の危険因子としての精神障害（精神神経誌 96: 415–443, 1994）

図５　自殺企図者・既遂者の精神疾患の状況



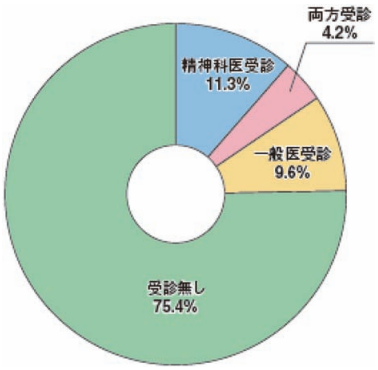
資料：OECD　Factbook 2009 / Mental health / Share of people receiving treatment（WHO 調査）

図６　精神疾患の受診率の国際比較



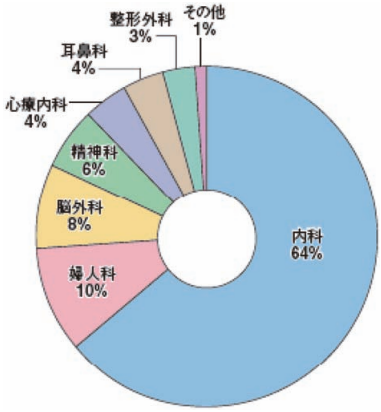
資料：内閣府「こころの健康（自殺対策）に関する世論調査」（平成 19 年 5 月）

図８　こころの健康に関する世論調査



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

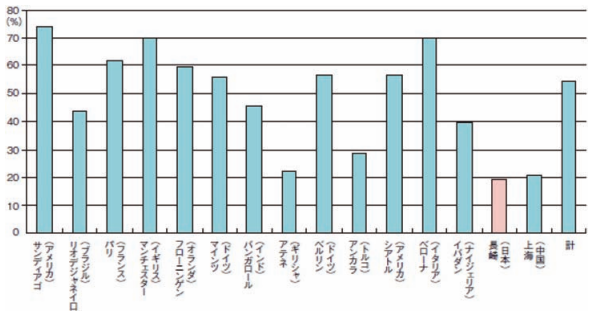
図７　精神障害者の医療機関受診状況



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

図９　抑うつ症状を呈する者の初診科

査でも自分自身のうつ病について精神科を受診しようと思わない人が３割に上ること（図８），うつ病患者が不眠をはじめとする身体的不調を主訴としてプライマリ・ケア医を受診することは多いが（図９），WHO（世界保健機関）の調査によれば，日本におけるプライマリ・ケア医のうつ病診断率は 19.3％となっており，多くのうつ病患者は，適切な診断が下されていない可能性があると考えられている（図 10）などの問題が指摘されている。



資料：平成 19 年版自殺対策白書（内閣府）
PCP：Primary Care Physician　PCP が認知した割合とは，専門医がうつと確定診断を行った患者について，同じ患者をプライマリ・ケア医（PCP）が診察した場合に，うつ病と診断できた割合を意味する。

図 10　WHO 国際共同研究によるうつのプライマリ・ケア医による診断率

Ⅱ．　広島県における取組

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

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

Ⅲ．　広島県地域保健対策協議会での検討

前述のように，自殺予防の観点からは，地域のかかりつけ医において，うつ病患者を的確に発見するとともに，適切な精神科医療受診につなげていくことは，自殺・うつ対策の観点から重要な課題であり，広島県の施策でもそのように位置づけられているところである。

本委員会では，Ⅰに述べた自殺の現状と課題，Ⅱに述べた施策の方向性および前段のような課題意識を踏まえ，地域における自殺・うつ病対策として，とりわけ，かかりつけ医と精神科医の連携の推進を重点的に展開するという観点から，平成 19（2007）年度から医療従事者に向けたマニュアルの作成を開始し，平成 20（2008）年度に当該マニュアルを作成した。

これらの成果を踏まえ，本委員会では，平成 21（2009）年度は，うつ病患者が訪れる可能性の高い地域のかかりつけ医において，うつ病を的確に発見し，専門医療につなげるための，かかりつけ医と精神科医療の医療連携の仕組みづくりについて検討することとした。特に，広島県では中山間地域の自殺死亡率が高いこと，中山間地域は，精神科医療機関が希少であり，都市部のような連携に困難があることを踏まえ，中山間地域の特性に適合した医療連携システムのあり方について検討することとし，実際の医療連携の取り組みを行いつつある，都市部型モデルとしての広島市南区および精神科医療資源が地域に少ない中山間地域型モデルとしての府中地区（府中市・福山市）の実情を調査し，かかりつけ医の行うつ病スクリーニングの手法や，かかりつけ医から精神科医療への紹介のトリガーポイントについての検討を行ったところである。

本委員会においては，引き続き平成 22（2010）年度も，自殺死亡率の高い中山間地域で有効に作動する仕組みづくりに向け，うつ病スクリーニングや精神科医療へのつなぎのポイントといった医療連携の内容のみならず，こうした地域における医療連携を成立させるための，かかりつけ医をはじめとする関係医療従事者への教育研修活動の適切なあり方について検討を行っていきたいと考えている。

【資料１】広島市南区手引き

かかりつけの医師と精神科医の連携に関する手引き

平成２１年（２００９年）１０月

かかりつけの医師と精神科医の連携モデル事業部会

（広島市南区医師会・広島市）

目　次

１　目的　・・・・・・・・　１

２　対象　・・・・・・・・　１

３　精神科医への紹介　・・・・・・・・　１

４　かかりつけの医師と精神科医の対応　・・・・・・・・　３

５　精神科紹介時の患者への説明　・・・・・・・・　３

６　紹介の手続き　・・・・・・・・　３

７　かかりつけの医師から精神科医への診療情報提供書・・・・・・・・　４

８　精神科医からかかりつけの医師への診療情報提供書・返信用・・・　４

様　式

診療情報提供書　・・・・・・・・５

診療情報提供書・返信用　・・・・・・・・６

記載例

診療情報提供書　・・・・・・・・７

診療情報提供書・返信用　・・・・・・・・８

南区の精神科医療機関（広島県精神神経科診療所協会会員）一覧・・・９

１　目的

かかりつけの医師と精神科医の連携を強化し、うつ病等の精神疾患の患者の早期発見・早期治療につなげることを目的とする。

２　対象

原則３０歳から６４歳で、うつ病の疑いがある患者を対象とする。

３　精神科医への紹介

かかりつけの医師はスクリーニングを可能な範囲で実施し、治療方針を判断する。

⑴　スクリーニングの実施対象

①　不眠が２週間以上継続している患者

②　身体症状（倦怠感・頭痛・腰痛等）があり、かつ不眠が続いている患者

⑵　スクリーニングの実施

スクリーニングとして「日本版ＳＤＳ」を実施する。実施前には患者に「ストレスがたまっている可能性がありますので、その様子を確認してみましょう」など、スクリーニングの必要性を説明する。

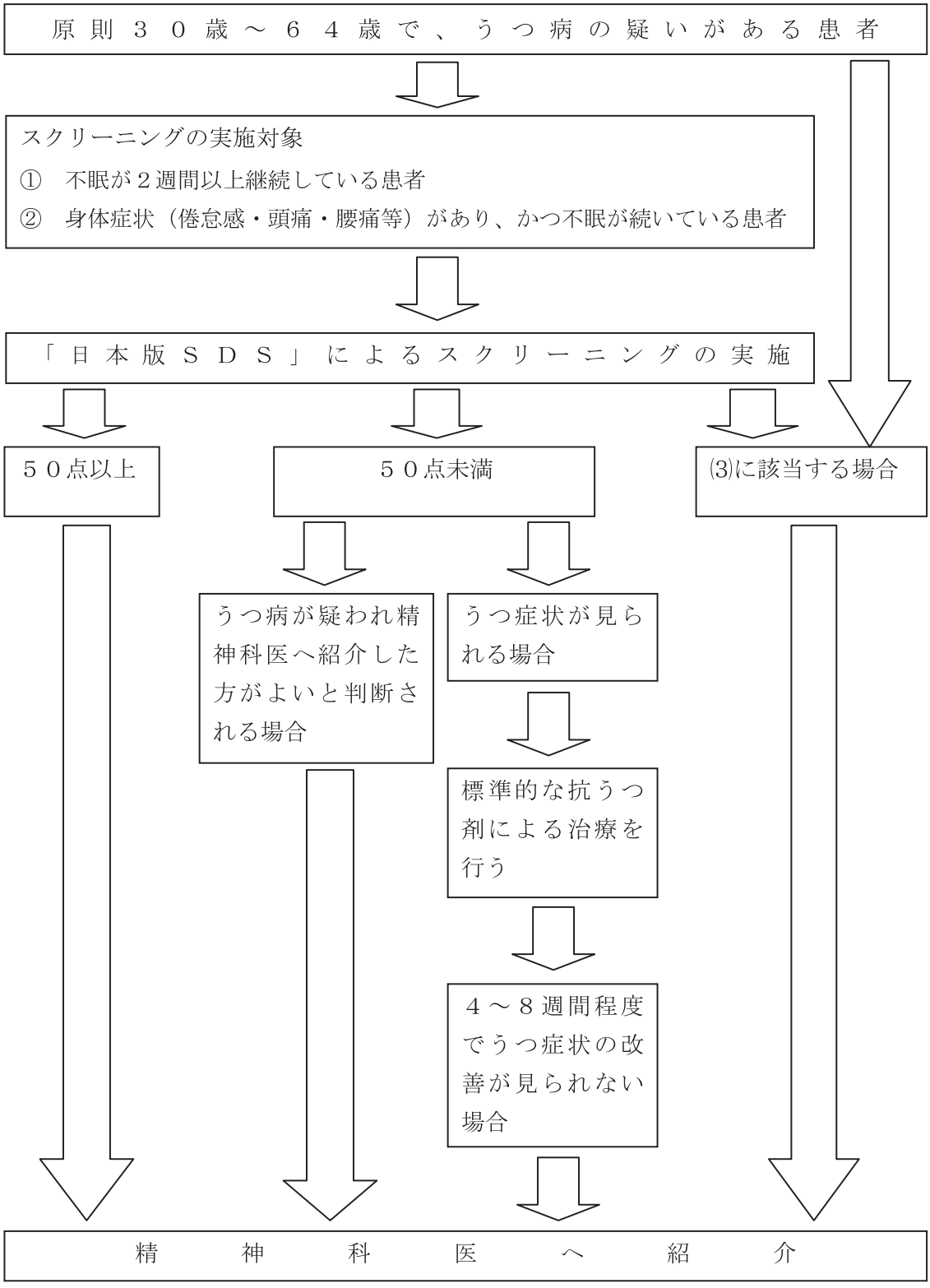
「日本版ＳＤＳ」実施の結果、５０点以上の場合、又は５０点未満でもうつ病が疑われ、精神科医に紹介した方がよいと判断される場合は精神科医に紹介する。

５０点未満の場合で、うつ症状が見られるときは、標準的な抗うつ剤等による治療を行い、うつ症状の改善が見られない場合には精神科医に紹介する。（標準的なケースでは４～８週間程度でうつ症状の改善が見られる。）

⑶　次のような場合には、精神科医に紹介する。

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

■　精神科医への紹介のイメージ図



注：　「日本版ＳＤＳ」により臨床心理・神経心理検査を行った場合に算定できる生体検査料（80 点）は、医師が自ら検査及び結果処理を行い、診療録に分析結果を記載することが条件となっている。

４　かかりつけの医師と精神科医の対応

⑴　かかりつけの医師はスクリーニングを実施し、その結果に応じて速やかに精神科医に紹介する。
　なお、身体疾患がある場合には、かかりつけの医師が身体疾患の治療を行う。

⑵　精神科医はかかりつけの医師から紹介された患者を診断し、治療を行うとともに、治療状況等をかかりつけの医師へ報告する。

５　精神科紹介時の患者への説明

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

⑴　「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」など、精神科を受診する必要があること。

⑵　心の病気は誰もがかかる可能性があり、治る病気であること。

⑶　うつ病は病気であるから、身体の病気同様薬での治療が有効であること。

⑷　精神科を受診した後も身体疾患については引き続きかかりつけの医師で治療可能であり、うつ病の治療についても安定したらかかりつけの医師でも対応可能であること。

６　紹介の手続き

かかりつけの医師が精神科医に患者を紹介する場合は、次のとおり行う。

⑴　かかりつけの医師は、電話で南区内の精神科医に連携モデル事業による紹介であることを連絡する。

⑵　精神科医は、かかりつけの医師からの連絡により受診予約を入れる。

⑶　かかりつけの医師は、患者に南区内の精神科医療機関への受診予約日時を伝えるとともに「診療情報提供書」及び「日本版ＳＤＳの２枚目のコピー」を手渡す。

⑷　患者はその「診療情報提供書」及び「日本版ＳＤＳの２枚目のコピー」を持って精神科医療機関を受診する。

注：　精神科以外の診療科を標榜する保険医療機関が、入院中の患者以外の患者について、うつ病等の精神障害の疑いによりその診断治療等の必要性を認め、患者の同意を得て、精神科を標榜する別の保険医療機関に当該患者を紹介した場合に算定できる精神科医連携加算（200 点）は、紹介する日から１か月以内の受診日を予約し、当該受診日を診療録に記載することが条件となっている。

７　かかりつけの医師から精神科医への診療情報提供書

⑴　かかりつけの医師は、「診療情報提供書」を可能な範囲で作成する。

⑵　かかりつけの医師は、「診療情報提供書」を作成後、患者の住所氏名、病状など個人情報を除いた紹介先の精神科医療機関名とかかりつけ医師の医療機関名部分のみの情報を点線部分を折り曲げ、広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課あてにファックス（５０４－２２５６）で送信する。

※　「診療情報提供書」（WORD 版又は PDF 版）をご用意しております。ご希望の方は電子メール等で広島市南区医師会にお申し込みください。

８　精神科医からかかりつけの医師への診療情報提供書・返信用

⑴　精神科医は、初回診察終了後、診察の状況を「診療情報提供書・返信用」によりかかりつけの医師に返信する。

※　「診療情報提供書・返信用」（WORD 版又は PDF 版）をご用意しております。ご希望の方は電子メール等で広島市南区医師会にお申し込みください。

⑵　精神科医は、かかりつけの医師から紹介された患者が持参した「診療情報提供書」の写し（患者の住所氏名、病状など個人情報を除いた紹介先の精神科医療機関名とかかりつけ医師の医療機関名部分のみの情報を点線部分を折り曲げ）を広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課あてにファックス（５０４－２２５６）で送信する。

診　療　情　報　提　供　書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

● 日本版ＳＤＳ　　：（　　）点

---------- ＜点線部分を折り曲げ、ここから上だけをファックスで送信してください＞ ----------

患者	氏名		生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男　・　女
	住所			職業		

受診主訴・病状経過・検査結果・治療経過
病　状・投薬内容

○　病　状 ● 日本版ＳＤＳ　　：（　　）点	○　投薬内容

生活状況（ストレスの状況）（分かれば記載してください。該当するもの全てに○をつけてください。）
1　仕事　　：　過労　・　離職（退職）　・　異動・職場の対人関係　・　経営不振 2　家庭生活　：　借金苦　・　死　別　・　別　居　・家族関係の問題　・　自分の病気　・　家族の病気 3　その他　　：（　　）
その他（既往歴・家族歴等）

（モデル事業の実施状況を把握する必要があるため、かかりつけの医師は本書を記入後、精神科医はかかりつけの医師から紹介された患者が持参した本書を受領後、患者の個人情報保護のため点線部分を折り曲げ、紹介先の精神科及びかかりつけの医師の医療機関名のみの情報を広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課にファックス（５０４－２２５６）で送信してください。）

診療情報提供書・返信用

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

患者	氏名		生年月日	T・S・H 年　月　日（　歳）	性別	男・女
	住所			職業		
診断名						
病状						
治療計画及び処方内容						
その他						

記　載　例

診　療　情　報　提　供　書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

スクリーニングの結果、点数を記入してください。

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

患者の個人情報保護のため、医療機関のみの情報となるよう、この点線で折り曲げ、上の部分を広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課にファックス（５０４－２２５６）で送信してください。

● 日本版ＳＤＳ　：（　　）点

---------- ＜点線部分を折り曲げ、ここから上だけをファックスで送信してください＞ ----------

患者	氏名		生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男　・　女
	住所			職業		

受診主訴・病状経過・検査結果・治療経過

病　状・投薬内容

○　病　状

スクリーニングの結果、点数を記入してください。

● 日本版ＳＤＳ　：（　　）点

○　投薬内容

生活状況（ストレスの状況）（分かれば記載してください。該当するもの全てに○をつけてください。）

1　仕事　：　過労　・　離職（退職）　・　異動・職場の対人関係　・　経営不振
2　家庭生活　：　借金苦　・　死　別　・　別　居　・家族関係の問題　・　自分の病気　・　家族の病気
3　その他　：（　　）

その他（既往歴・家族歴等）

（モデル事業の実施状況を把握する必要があるため、かかりつけの医師は本書を記入後、精神科医はかかりつけの医師から紹介された患者が持参した本書を受領後、患者の個人情報保護のため点線部分を折り曲げ、紹介先の精神科及びかかりつけの医師の医療機関名のみの情報を広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課にファックス（５０４－２２５６）で送信してください。）

診療情報提供書・返信用

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

患者	氏名		生年月日	T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）	性別	男　・　女
	住所			職業		
診断名						
病状						
治療計画及び処方内容						
その他						

南区の精神科医療機関（広島県精神神経科診療所協会会員）一覧

医療機関名	医　師　名	所　在　地	電話番号	診療日						
				診療時間	月	火	水	木	金	土
宇品神田クリニック	東方田　芳邦	宇品神田1-8-21	253－5344	9:00～12:30	○	○	○	○	○	○
				14:30～18:00	○	○	／	○	○	／
京橋心療クリニック	山中　敏郎 大田垣　洋子	京橋町1-2 新京橋ビル8階	262－3000	9:00～12:30	○	○	○	○	○	○
				15:00～18:00	○	○	○	○	○	／
高畑医院	高畑　長吉	宇品御幸5-16-16	251－5355	9:00～12:00	○	○	○	○	○	○
				14:00～18:00	○	○	○	○	○	／
そごうクリニック	十河　勝正	的場町1-7-20	261－0280	9:30～13:00	○	○	○	／	○	○ 12:30まで
				14:30～18:00	／	○	○	／	○	／
中原神経科・内科医院	中原　俊夫	段原南2-12-28	263－6035	9:00～11:00	○	○	○	／	○	○
				13:30～17:00	○	○	○	／	○	○
広島厚生病院	米川　　賢	仁保新町1-5-13	286－6111	9:00～13:00	○	○	○	○	○	○
				14:00～15:00 17:00～18:00	○	○	／	○	○	／
メンタルクリニック比治山	増田　裕幸	出汐3-2-20 ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽひじやま2階	250－8630	9:00～12:00	○	○	○	○	○	○
				15:00～18:00	○	○	／	○	○	／
山中クリニック	山中　祐介	比治山本町16-35 広島産業文化センター12Ｆ	251－1233	9:00～13:00	○	○	○	／	○	○
				15:00～18:00	○	○	○	／	○	／

かかりつけの医師と精神科医の連携モデル事業部会

事務局
広島市南区医師会
住　所：〒730-8586 広島市南区皆実町一丁目４番４６号南区役所別館4階
連絡先：ＴＥＬ０８２－２５０－３７０１　ＦＡＸ０８２－２５０－３７０２
広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課
住　所：〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目６番３４号
連絡先：ＴＥＬ０８２－５０４－２２２８　ＦＡＸ０８２－５０４－２２５６

かかりつけ医から精神科医への紹介システムについて

１　目的

２　対象

３　かかりつけ医並びに精神科医の役割

４　紹介時の患者への説明事項

５　紹介方法

６　かかりつけ医から精神科医への診療情報提供書

７　精神科医からかかりつけ医への返信

８　紹介状況のとりまとめ

９　システムの稼働

府中地区医師会

平成 22 年 1 月

1　目的

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

2　対象

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

3　かかりつけ医並びに精神科医の役割

（1）　かかりつけ医は、身体的治療を継続する。

（2）　かかりつけ医は、状態像やスクリーニングからうつ病と診断した場合は、可能なかぎりうつ病の治療をする。

（3）　希死念慮がある場合は、すみやかに紹介する。

（4）　かかりつけ医は、うつ病かどうか診断に迷った場合や 8 週間にわたってうつ病の治療をしても患者の状態像が変化しない場合は、精神科医へこのシステムを使って紹介する。

（5）　精神科医は、うつ病の治療を行い、その経過をかかりつけ医に連絡する。

4　紹介時の患者への説明事項

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

（1）「うつの疑いがあること」、「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」など、精神科を受診する必要があること。

（2）こころの病気は誰もがかかる可能性があること。

（3）うつ病であれば、薬での治療が有効であること。

（4）身体的治療については、引き続きかかりつけ医で治療継続する。うつ病の治療についても安定したら、かかりつけ医でも対応可能であること。

（5）専門機関での診察を予約することを患者（及び家族）に伝え、確実な受診を促す（「受診した結果を教えてくださいね」と伝えると、より丁寧です）。

5　紹介方法

（1）　府中市立湯が丘病院（０８４７－６２－２２３８）

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

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

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

（２） 光の丘病院（０８４－９７６－１４１５）

① 連携モデル事業による紹介であることを医療福祉相談室へ電話した上で、診療情報提供書を FAX 送信（０８４－９７６－０９５４）する。
※FAX 受付は、月～土曜日　9:00～16:30 の時間帯とする（祝祭日は除く）

② 相談室が FAX を受け取り、希望日について内部調整する。

③ 相談室より、紹介元医療機関へ予約の日時を 30 分程度内に伝える。

④ 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。

6　かかりつけ医から精神科医への診療情報提供書

（１） 紹介時の状態像は、2 週間以上持続する睡眠障害を必須とし、食欲不振、全身倦怠感、意欲低下、気分の落ち込みなどの症候群とする。

（２） 日本版 SDS が 50 点を越える場合は、うつ病が疑われる。

（３） 診療情報提供書に、それまでに処方した抗うつ剤をはじめとする、使用薬剤名、用量、用法、処方期間などを書く。

7　精神科医からかかりつけ医への返信

（１） 精神科医は、初回診察終了後、診断名、病状、治療計画並びに処方内容などをかかりつけ医に返信する。

（２） 症状が落ち着き精神科での診療が終了に近づいたら、かかりつけ医に連絡する。

8　紹介状況のとりまとめ

（１）かかりつけ医並びに精神科医は、診療情報提供書並びにその返信のコピーを府中地区医師会事務局へ郵送する。

（２）府中地区医師会事務局は、年間の紹介状況の取りまとめをする。

9　システムの稼働

平成 22 年 2 月 1 日から稼働する。

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関
所 在 地
電話番号
医師氏名

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

診療希望日	入院希望
・第１希望　月　日（ ）9：30・13：30 ・第２希望　月　日（ ）9：30・13：30 ・第３希望　月　日（ ）9：30・13：30 □ いつでもかまわない	あり・なし・不明 備考（　）

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

診療情報提供書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関
所 在 地
電話番号
医師氏名

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

診療希望日	入院希望
・第１希望　　月　　日（ ）9：30 ・ 13：30 ・第２希望　　月　　日（ ）9：30 ・ 13：30 ・第３希望　　月　　日（ ）9：30 ・ 13：30 □ いつでもかまわない	あり ・ なし ・ 不明 備考（　　）

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

情報提供書返信書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関

所 在 地

電話番号

医師氏名

患者	氏名（ふりがな）	様	男 女	T・S・H 年　月　日（　歳）	職業	
	住所			電話		
診断名						
病状						
治療計画 及び 処方内容						

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

情報提供書返信書

平成　　年　　月　　日

病院（医院）

先　　生

医療機関

所 在 地

電話番号

医師氏名

診 断 名	
病　　状	
治療計画 及び 処方内容	

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

広島県地域保健対策協議会 自殺（うつ病）対策専門委員会

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	岡村　　仁	広島大学大学院保健学研究科
	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
	合田　生広	広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課
	長　　健	長外科胃腸科医院
	坪田　信孝	広島産業保健推進センター
	中津　　完	広島県立総合精神保健福祉センター
	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
	萬谷　昭夫	厚生連吉田総合病院
	三田　晃史	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	山本　哲郎	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課

女性の健康づくり支援特別委員会

目　　次

女性の健康づくり支援特別委員会報告書

Ⅰ．はじめに
Ⅱ．調査の目的
Ⅲ．対象と方法
Ⅳ．調査結果
Ⅴ．まとめおよび平成22年度に向けて
Ⅵ．調査結果の報告

女性の健康づくり支援特別委員会

（平成 21 年度）

女性の健康づくり支援特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 女性の健康づくり支援特別委員会
委員長　田中　純子

Ⅰ．はじめに

高齢化が加速しているわが国において，親の介護，配偶者の介護など，急速に進んでいる女性の社会進出とともに，女性の果たす役割が大きくなってきている。女性が生涯を通じ，健康で充実した日々を過ごすことが，家庭や社会にとっても有用であると考えられ，女性特有の健康課題に着目した対応が必要となってきている。

主体的に自らの健康に目を向け，思春期から中高年までの年代を通じて，必要に応じた疾病予防や健康増進に関する実践が可能となるような支援施策が求められる。

本委員会では，女性が主体的に自らの健康に目を向け，対処することを支援するツールの一つとして，「広島県版女性の健康ガイド」の制作を目指している。今年度は，「広島県版女性の健康ガイド」制作を視野に入れながら，女性の健康づくりに係る課題を把握するためのアンケート調査を実施することとした。

Ⅱ．調査の目的

広島県内で生活している女性の生活習慣の現状，さらに女性の健康づくりや疾病予防に関する意識などを把握し，「女性の健康づくりに対する支援」を推進していく取り組みを検討するための基礎的なデータを得ることを目的とした。

Ⅲ．対象と方法

1.　調査 1

広島県内の協力を得られた 21 市町において，調査時点（平成 22 年 1 月 1 日）16 歳から 39 歳の女性を対象に無作為抽出を行い，1,210 人を調査対象とした。同様に 40 歳から 59 歳の女性を対象に無作為抽出を行い，1,210 人を調査対象とした。最終的に合計 2,420 人を調査対象とした。

調査方法は，無記名自記式によるアンケート調査を郵送し，同封の返信用封筒で回収した。調査票の回答をもって調査の同意とみなした。

2.　調査 2

財団法人広島県環境保健協会などにおいて平成 21 年 3 月以降に人間ドック受診した全世代の女性から，無作為に抽出した 250 人を対象とした。

調査方法は，財団法人広島県環境保健協会の協力を得て，無記名自記式によるアンケート調査を郵送し，同封の返信用封筒で回収した。調査票の回答をもって調査の同意とみなした。

3.　調査期間

平成 22 年 1 月から 2 月

4.　回収率，解析対象数

調査対象者 2,670 人のうち，回収・有効回答数は 1,161 人（回収率：43.5%）であり，解析対象数とした。

5.　調査項目

調査票は下記の項目（34 設問 40 項目）からなる（調査票：別添資料）。

1）「基本情報」について，
　6 設問 10 項目（性別，居住地，職業，年齢，身長・体重・臍周囲径など）
2）「生活習慣などの状況」について，
　14 設問 14 項目（食事，運動，睡眠など）
3）「健康診断などの状況」について，
　6 設問 6 項目
4）「健康情報などの状況」について，
　4 設問 6 項目
5）「健康増進事業など」について，
　1 設問 1 項目
6）「女性特有の病気に対する知識と予防意識」について，
　3 設問 3 項目

Ⅳ. 調 査 結 果

調査結果については，「広島県女性の健康づくり支援ニーズ調査報告書」（別冊）において詳細に掲載している。本報告書においては，調査結果の分析から把握された，本県の女性の健康づくり支援に向けた課題・特性となる事項の主なものを掲げる。

1)「基礎情報」について

(1) 対象者の居住場所と職業

居住地をみると，広島市が最も多く 36.3%，次いで福山市が 14.6%，呉市 7.8%，東広島市 6.3% であり，21 市町に分布していた（図 1 左）。

職業をみると，主婦・家事従事が 31.6%，勤務者 30.7%，パート・アルバイトが 23.3% であった（図 1 右）。

(2) 対象者の年齢

解析対象者 1,161 人の年齢分布を見ると，50～59 歳が 33.3% を占め最も多く，次いで 40～49 歳が 27.9%，30～39 歳が 23.0%，20～29 歳が 12.0%，19 歳以下が 3.3% であった（図 2 ）。

(3) 現在の自分の体重について

「今より減らしたい」と考えている割合は，全体の 58.9% であり，「このままでよい」と考えている割合は，22.3%，「今より増やしたい」と考えている割合は，2.1% であった（図 3 ）。

年齢階級別にみると，いずれの年齢においても「今より減らしたい」と考えている割合が最も多く，特に 30 歳代では 67.0% を占めていた。

(4) 肥満度と現在の体重について

対象者の肥満度（BMI: Body Mass Index）別に現在の自分の体重についての回答をみると，BMI が 25 以上の肥満の群では，いずれの年齢層も「今より減らしたい」と考えている割合が全体の 80% 以上を占めていた（図 4 ）。

また，BMI 18.5 以上 25 未満の標準体重を示す群においても，「今より減らしたい」と考えている割合が，20 歳以上の年齢層ではいずれも 55% 以上を占めた。

一方，BMI が 18.5 未満のやせ群では，「このままでよい」と考えている割合が，20 歳以上のいずれの年齢層でも 40% 以上の大半を占めたが，10 歳代の年齢層（N＝6）では，「今より減らしたい」と考えている割合が 33.3% であり，「このままでよい」と考えている割合より多かった。

また，BMI が 18.5 未満のやせ群の 30 歳代でも，「今より減らしたい」と考えている割合が 33.3% であった。

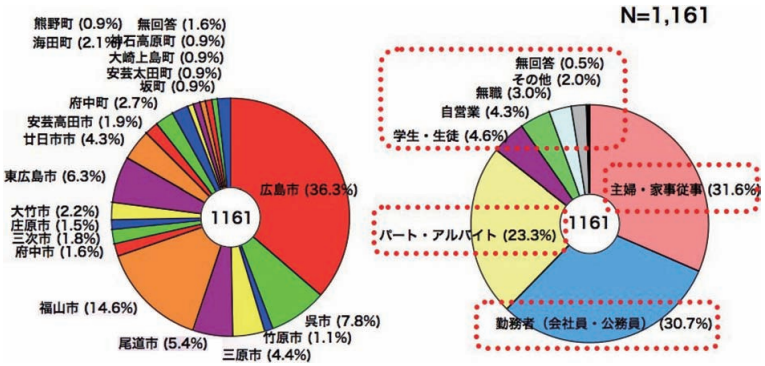


図 1　対象者の居住場所と職業

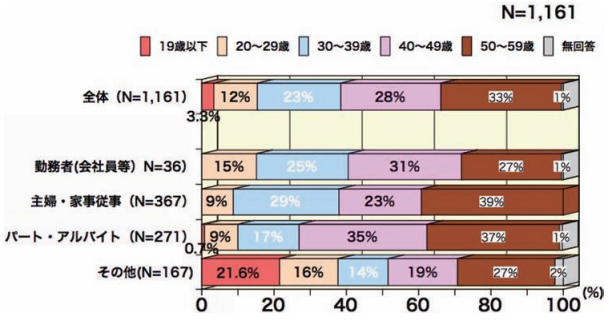


図 2　対 象 者 の 年 齢

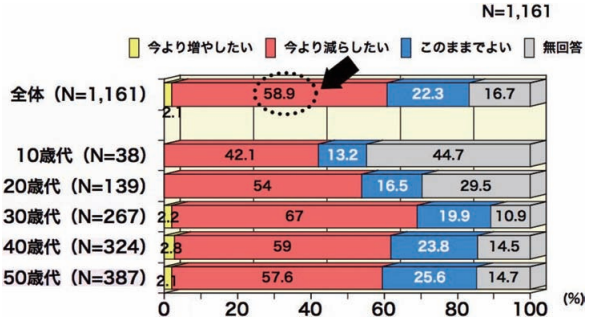


図 3　自分の体重について

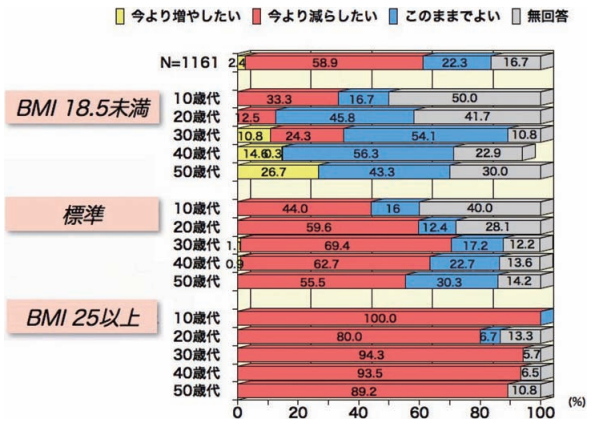


図４　肥満度と現在の体重について

(5)　かかりつけ医の有無について

かかりつけ医を決めていないと回答したのは，1,161 人中 310 人（26.7%）であり，無回答を除いた全体の 65% 余りは，かかりつけ医を決めていた（図５）。

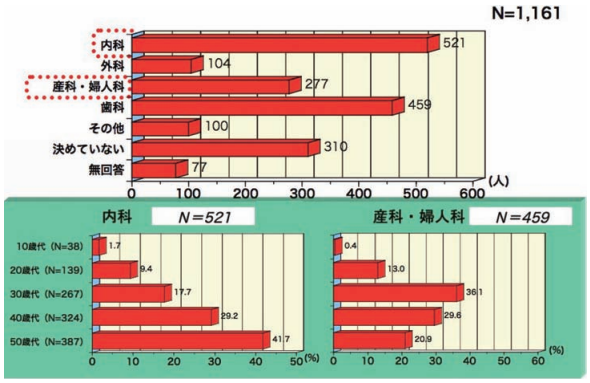


図５　かかりつけ医の有無（複数回答）

複数回答であるが，かかりつけ医の内訳をみると，内科医が最も多く，次いで歯科医，産科・婦人科医の順であった。

2)「生活習慣の状況」について

(1)　朝食の回数について

朝食の回数については，「毎日」と回答した割合が最も多く 80.6%，次いで「4 ～ 5 回」が 6.0%，「2 ～ 3 回」が 5.6% であった（図６）。

年齢階級別にみると，20 歳代では，「毎日」と回答した割合が 58.7% と他の年齢階級の回答割合と比べて低くなっていた。

また，職業別にみると，「毎日」と回答した割合は主婦・家事従事において 87.3% と他の職業に比べて高い値を示した。

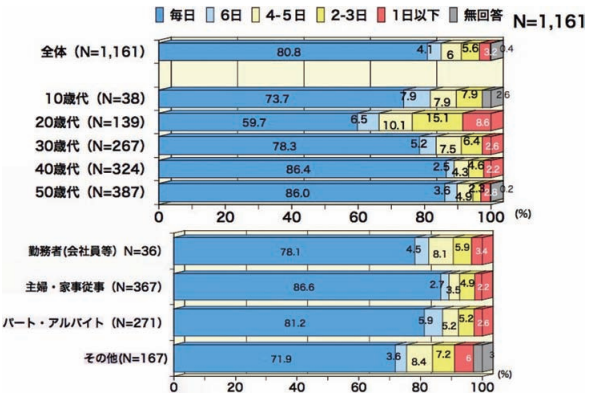


図６　朝食の回数

(2)　1 年間の運動やスポーツについて

1 年間の運動やスポーツについては，「しなかった」と回答した割合が 53.1% と最も多く，次いで「月に 1 ～ 3 日」が 18.3%，「週に 1 ～ 2 日」が 17.0% であった（図７）。

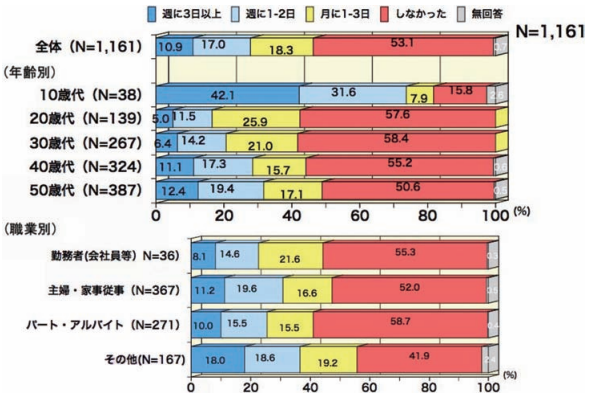


図７　1 年間の運動やスポーツ

年齢階級別にみると，20 歳代より高い年齢階級では，いずれも，「しなかった」と回答した割合が 50% 以上を占めたが，一方で，年齢が高くなるに従い，運動・スポーツをする頻度が高くなっていた。

10 歳代では，「週に 3 日以上」と回答した割合が 42.1% とどの年齢層より高い値を示した。

(3)　過去 1 ヵ月間の平均睡眠時間について

1 ヵ月間の平均睡眠時間については，「6 時間以上 8 時間未満」と回答した割合が 53.3% と最も多く，次いで「4 時間以上 6 時間未満」が 40.4%，「8 時間以上」が 4.1% であった（図８）。

年齢階級別にみると，10 歳代では，「4 時間以上 6 時間未満」と回答した割合が 47.4% と他の年齢階級の回答割合と比べて高くなっていた。

また，職業別にみると，勤務者では「4 時間以上 6 時間未満」と回答した割合が 46.3% と他の職業に

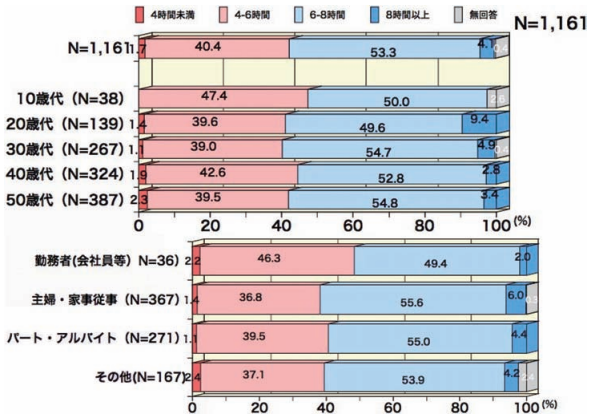


図８　過去１ヵ月間の平均睡眠時間

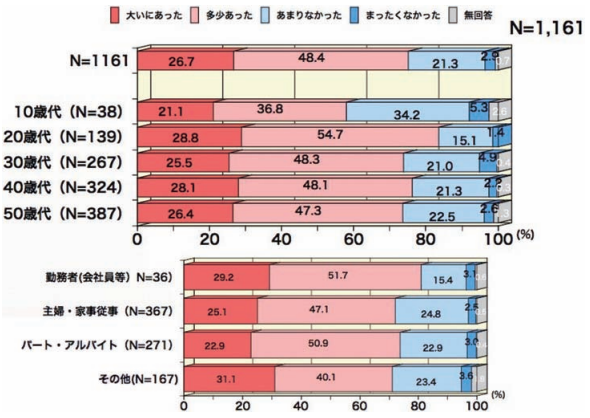


図９　過去１ヵ月間の悩みやストレスの有無

比べて高い値を示した。

(4)　過去１ヵ月間の悩みやストレスの有無について

ここ１ヵ月間の悩みやストレスについては，「多少あった」と回答した割合が 48.4% と最も多く，次いで「大いにあった」が 26.7% であり，両者をあわせると７割以上が「ストレスがあった」と回答している（図９）。

年齢階級別にみると，「大いにあった」あるいは「多少あった」と回答した割合をみると，20 歳代で８割以上を示し他の年齢階級と比べて高い値を示した。

また，職業別にみると，勤務者では「大いにあった」あるいは「多少あった」と回答した割合が８割以上を占め，他の職業に比べて高い値を示した。

(5)　悩みやストレスの理由について

悩みやストレスの理由は複数回答であるが，「自身の健康」と回答した件数が 284 件と最も多く，次いで「人間関係の変化」は 251 件であり，「親子（義理の関係含む）」が，「経済」が続いて多かった（図 10）。

職業別にみると，勤務者では「人間関係の変化」「仕事の増加」と回答した件数が多く，「親子（義理の関係含む）」の回答が少なかった。主婦・家事従事では「子育て」「自身の健康」の回答が多かった。

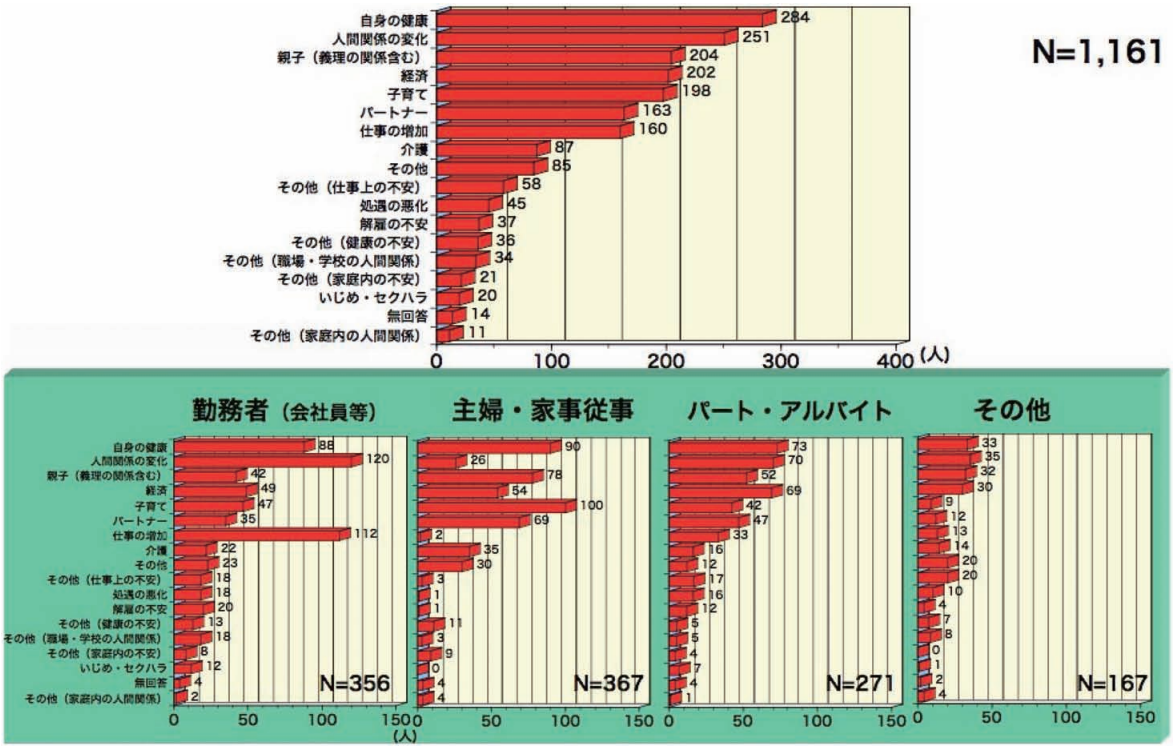


図 10　悩みやストレスの理由（複数回答）

(6)　悩みやストレスの解消の方法について

悩みやストレスの解消の方法についてみると，「睡眠・休養」と回答した件数が 512 件と最も多く，次いで「信頼できる相手に相談」が 472 件であり，「買い物」，「雑談」がともに 401 件，400 件であった（図 11）。

職業別にみると，勤務者では「睡眠・休養」の回答が多く，主婦・家事従事では「信頼できる相手に相談」と回答した件数が多かった。

(7)　喫煙の有無について

喫煙の有無についてみると，複数回答であるが，「吸ったことがない」と 792 件が回答し，対象者約 7 割に相当した。「吸っている」と回答したのは 110 件で，全体の 1 割弱に相当した（図 12）。職業別に喫煙率を比較しても差は認められなかった。

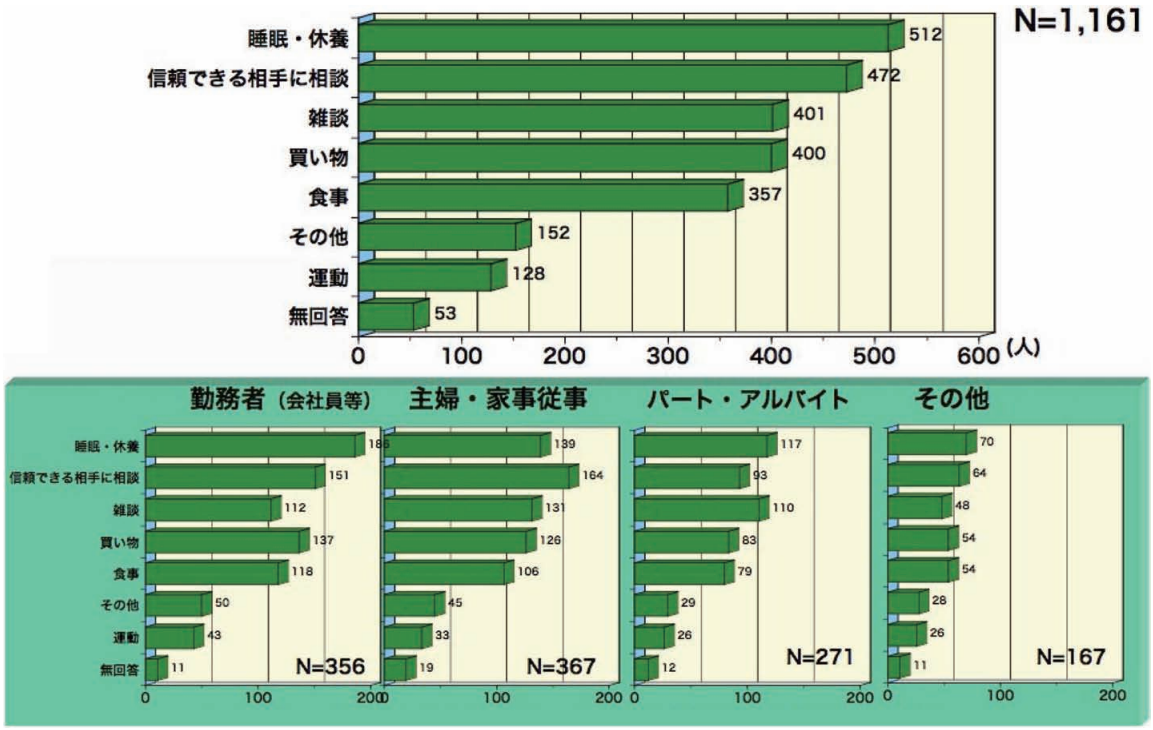


図 11　悩みやストレスの解消方法（複数回答）

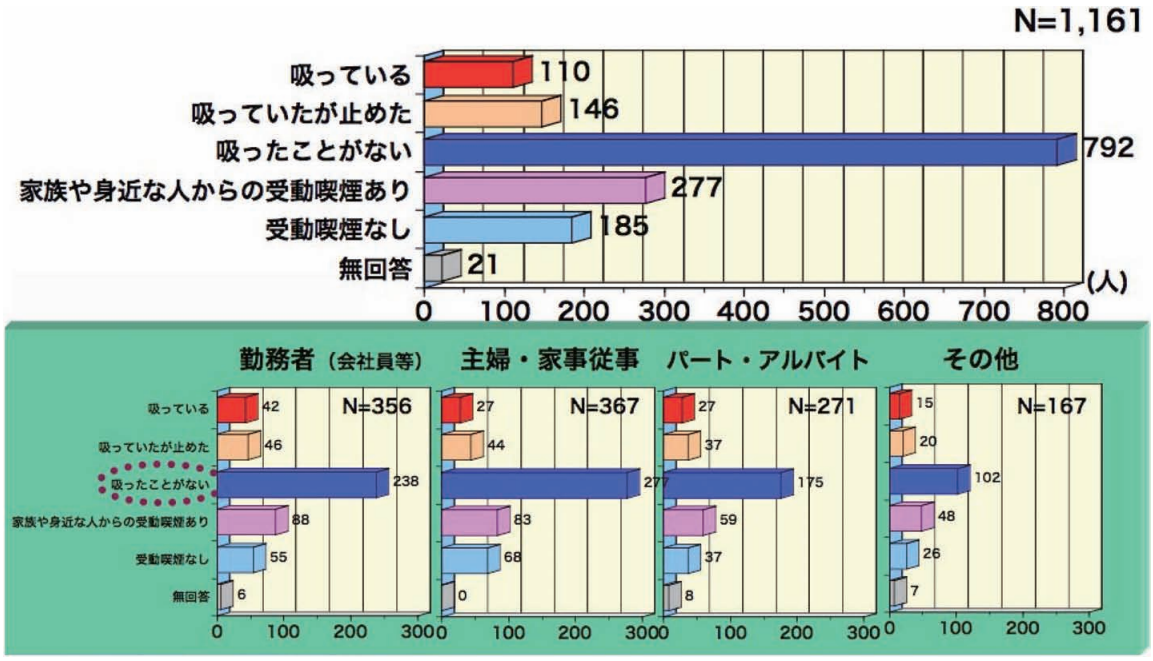


図 12　喫煙の有無について（複数回答）

(8)　飲酒の有無について

飲酒の有無についてみると，「飲まない」と回答した割合は 41.0％と最も多く，「ほぼ毎日」と回答したのは 13.1％であった（図 13）。

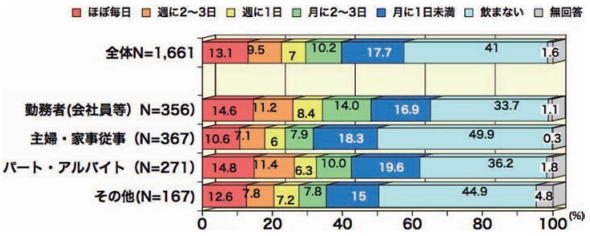


図 13　飲酒の有無について

職業別に見ると，「ほぼ毎日」と回答した割合では，職種別での差は認められなかったが，「飲まない」と回答した割合は，勤務者と主婦・家事従事者の間では，主婦・家事従事者の方が有意に高い率を示した。

3)「健康診断などの状況」について

(1)　過去 1 年間の健康診断や人間ドックの受診状況について

過去 1 年間の健康診断や人間ドックの受診については，「受けた」と回答した割合が最も多く 58.0％，「受けていない」と回答した割合は 39.7％であった（図 14）。

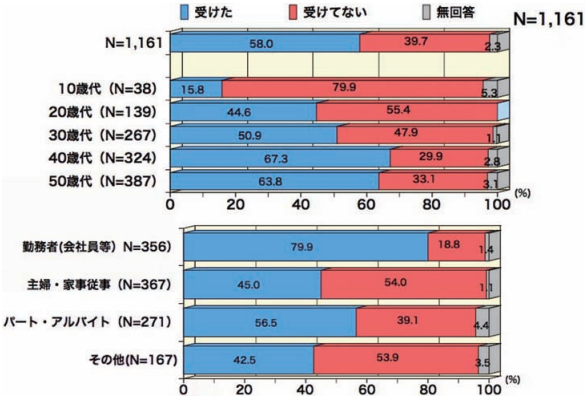


図 14　過去 1 年間の健康診断や人間ドックの受診状況

年齢階級別にみると，年齢が高くなるにしたがい，「受けた」と回答した割合が高くなる傾向がある。

また，職業別にみると，「受けた」と回答した割合が勤務者では 79.9％と高い値を示すのに対して，主婦・家事従事では 5 割未満と低い値を示した。

(2)　過去 1 年間のがん検診の受診状況について

過去 1 年間のがん検診の受診については，「受けた」と回答した割合は，「子宮がん」で 43.8％と最も多く，次いで「乳がん」が 37.3％，「胃がん」が 21.4％，「肺がん」16.3％，「大腸がん」16.0％であった（図 15）。

また，職業別にみると，勤務者では「子宮がん」「乳がん」検診を受けた割合が高かった。

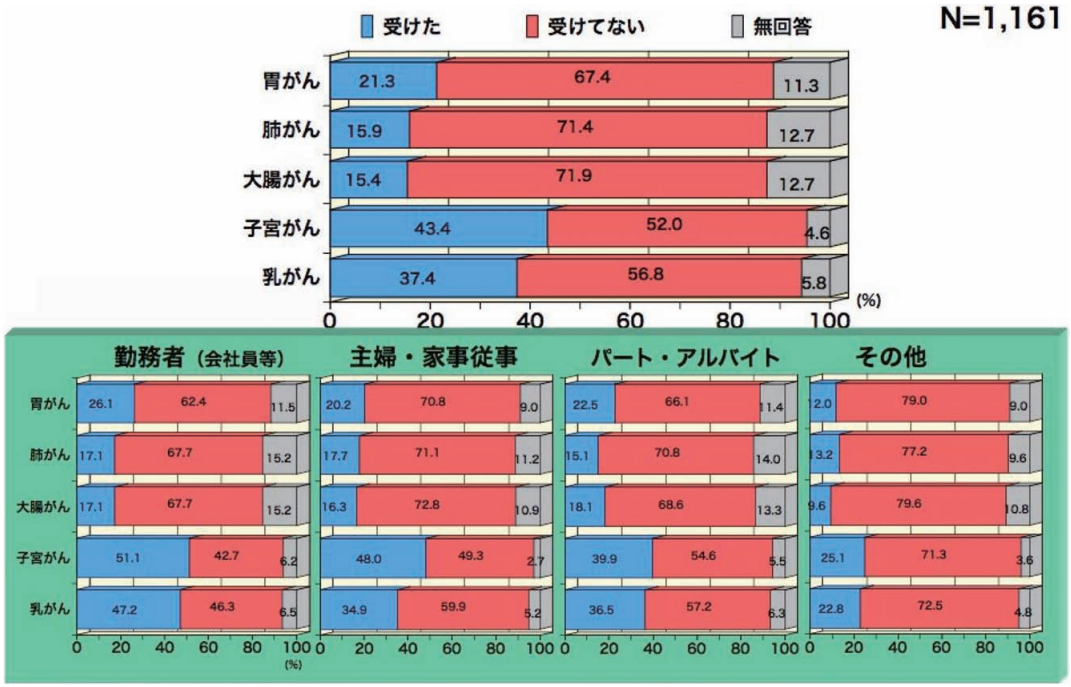


図 15　過去 1 年間のがん検診の受診状況

4)「女性特有の病気に対する知識と予防意識」について

(1)「子宮頸がんは最近 20 歳代から 30 歳代の女性で増えていること」の認知度について

「子宮頸がんは最近 20 歳代から 30 歳代の女性で増えていること」については,「知っている」と回答した割合が 76.6% と高く,「知らない」と回答した割合は 22.4% であった（図 16)。

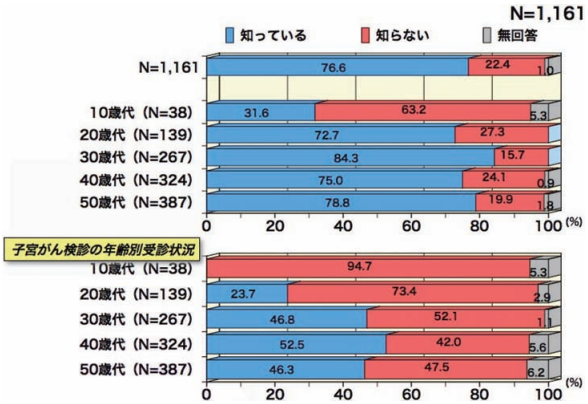


図 16「子宮頸がんは，最近 20 代から 30 代の女性で増えていること」の認知度

年齢階級別にみると，10 歳代では「知っている」と回答した割合が 31.6% と低い値を示した。

認知度は 20 歳以上の年齢層で高い割合を示したが，子宮がん検診の年齢別受診状況をみると，20 歳代では，23.7% と低い受診率を示していた（図 16)。

Ⅴ．まとめおよび平成 22 年度に向けて

県内の女性の生活習慣，健康づくりや疾病予防に関する意識の状況について，支援ニーズ調査を実施した結果，本県の女性の健康づくり支援に向けた課題・特性が把握されたところである。生活習慣や健康や疾病予防に対する意識は年齢別，職業別に異なることから，それぞれの特性にあわせて，女性が自らの健康に目を向けられるような働きかけを考えていくことが必要である。

これらの結果を市町や健診機関など，各関係団体などが共有し，女性の健康づくり支援の取組に反映させることで，効果的な支援が行われるよう期待するものである。

当委員会では，平成 22 年度この調査結果のさらなる詳細な分析を行い，県内の女性に提供することが必要な情報を盛り込んだ広島県版「女性の健康ガイド」の作成について協議することとする。

Ⅵ．調査結果の報告

日本産科婦人科学会広島地方部会と広島県の共催による,「女性の健康週間市民公開講座」において,広島県女性の健康づくり支援ニーズ調査の実施結果の概要を報告した（平成 22 年 3 月 7 日，リーガロイヤルホテル広島)。

広島県地域保健対策協議会 女性の健康づくり支援特別委員会
委員長　田中　純子　広島大学大学院疫学・疾病制御学
委　員　青木陽一郎　㈶広島県環境保健協会
井之川廣江　広島県医師会
岩沖　靖久　JA 吉田総合病院
奥野　博文　広島市健康福祉局保健部保健医療課
小島　　隆　広島県歯科医師会
小林　昭博　広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
佐伯真由美　県立総合精神保健福祉センター
瀬戸真理子　瀬戸産婦人科医院
田中　彰彦　呉市保健所健康増進課
中川　絵理　㈶広島県女性会議
橋目美枝子　全国健康保険協会広島支部
早瀬　良二　福山医療センター

がん対策専門委員会

目　　次

が ん 対 策 専 門 委 員 会 報 告 書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．“がん拠点病院”の考え方

Ⅲ．広島県における“がん拠点病院”
　　の推薦と国の指定

Ⅳ．乳がん医療ネットワークの活動

Ⅴ．肺がん医療ネットワークの活動

Ⅵ．お　わ　り　に

がん対策専門委員会

（平成 21 年度）

がん対策専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会
委員長　井内　康輝

Ⅰ．はじめに

地対協に平成 16 年度から平成 18 年度まで設置された“がん診療専門委員会”は，広島県のがん医療の実態調査，国の定める“がん診療連携拠点病院”（以下“がん拠点病院”と略す）の推薦基準の作成を行い，この基準をもとに推薦申請のあった 18 医療機関の審査を行って，広島県から厚生労働省へ推薦する 10 医療機関を決定した。平成 18 年 8 月 24 日付けで，これら 10 医療機関は全て“がん拠点病院”の指定（4 年間有効）を受けることができたが，広島県内で二次医療圏数 7 を越えた医療機関が指定を受けたことは，全国的にみても特筆すべきことであった。

こうした“がん拠点病院”の指定が適切なものであるか否かは，その後のそれら医療機関の実績によって判断されるものであり，指定される期間が終了する 4 年後には再び審査を受け，指定の見直しがありうる。こうしたことは，この“がん拠点病院”の指定は，広島県民の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ための体制作りを目標とするものであり，医療機関の立場より，受療する患者の視点にたった指定であることを示唆している。また，平成 19 年 4 月に成立，施行された国の“がん対策基本法”とそれに基づくがん対策基本計画，さらに広島県のがん対策推進協議会（平成 18 年 10 月発足，委員長：井内康輝）の定めた広島県としての“がん対策推進計画”（平成 20 年 3 月制定）を実効あるものにするためには，“がん拠点病院”がその中核とならなければならないと言える。

地対協の“がん診療専門委員会”はその後“がん対策専門委員会”と名称を変え，上記の目的を果たすための活動を行ってきたが，本年度は本専門委員会のもとに，がん対策に関連する 4 つの WG，すなわち，地域緩和ケア推進 WG，乳がん医療連携推進 WG，肺がん医療連携推進 WG，がん医療均てん化推進 WG が置かれ，それぞれの立場で活発な活動が行われてきた。本稿ではこれら WG の活動を含めて，広島県のがん対策について報告したい。

Ⅱ．“がん拠点病院”の考え方

平成 18 年 8 月に指定された広島県の“がん拠点病院”は 4 年の指定期間を経て平成 22 年 8 月に指定の更新時期を迎える。この間に厚生労働省での“がん拠点病院”の指定要件の変更が行われた。具体的には，診療体制に関して，放射線療法については，専門医師 1 名以上が原則常勤であること，診療放射線技師は専従 1 名以上が常勤であることなど，化学療法については，専門医師 1 名以上が原則常勤であること，専任薬剤師 1 名以上が常勤であること，外来化学療法室専任看護師 1 名以上が常勤であること，などがあげられ，がん治療専門医療人の常勤がより厳密に求められていると言える。その他，緩和ケアチームを組織上明確にすること，病理診断医も専従 1 名以上が原則常勤であることが求められ，院内クリティカルパスのみでなく地域連携クリティカルパスを 5 大がんについて整備すること，セカンドオピニオンの専門医による提示体制を整備することなどもあげられている。

研修体制としては，旧要件になかったがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修を実施すること，情報提供体制としては，相談支援センターの専従および専任がそれぞれ 1 名以上であること，がん患者団体との連携協力体制を構築すること，院内がん登録の集計結果をがん対策情報センターに提供すること，などが新しく要件となっている。

一方，広島県としては，県民に対するがん医療提供体制を確立し，その中で“がん拠点病院”の位置付けを考えることを目標としている。まず，5 大が

んを対象とし，それぞれのがんについて“医療ネットワーク”を構築する。すなわち，それぞれのがんについて，各医療機関が検診，精密検査，周術期治療，フォローアップのいずれを分担できるかを精査し，医療機関が連携をとる体制をつくる。このネットワークでは，地域連携クリティカルパスの運用や合同カンファレンスなどによって診断精度や治療水準の均てん化をはかるが，このネットワークの中心として“がん拠点病院”を位置づける。現在，乳がんについてこのネットワークが構築され，次いで現在肺がんについての検討がすすみ，平成24年度までには5大がんの全てについて，この体制が整備される見込みである。

こうした状況で，国の“がん拠点病院”の指定方針に広島県としてどのように臨んでいくかを本委員会で検討したが，7二次医療圏ごとに最低1施設の“がん拠点病院”を確保し，さらにがん診療のネットワーク化，連携協力体制の強化を目的に同一医療圏内に複数の施設を推薦することもあるとした。すでに広島圏域では4病院が“がん拠点病院”の指定を受け，ネットワーク作りのために合同の研修，医療機器の共同利用の計画などがすすめられているが，他の医療圏でも同様の目的をもって複数化がありえると考えた。さらに，こうした広島県の考えに基づいて国への推薦を行っても“がん拠点病院”の指定が得られなかった場合は，当該医療機関の機能に関する情報は広島県民に正しく提示することと，当該医療機関が県内におけるがん診療の均てん化における役割を十分に果し，かつ，治療水準の向上をめざすために，広島県独自の指定制度を設ける，とした。

Ⅲ．広島県における“がん拠点病院”の推薦と国の指定

上記の考え方に基づいて，広島医療圏の4病院と他の6二次医療圏の6病院，あわせて10病院については，継続して推薦することとした。これに加えて3病院から新たに“がん拠点病院”の指定を求めて申請があったが，うち1病院は既指定の“がん拠点病院”と比較しても遜色のない実績があると判断できた。これ以外の2病院では，求められる各領域の専門医数が少なく，診療実績でもやや劣るとみなされた。国の“がん拠点病院”の整備に関する指針（ただし書き部分）によると，同一医療圏における“がん拠点病院”の複数の指定は，①これによってがん診療体制における相乗効果が見込めること，②単に人口が多いということだけでなく，がん患者の通院圏域，拠点病院の機能的役割分担，隣接する医療圏との関係において十分な説明ができること，があげられている。こうした条件を勘案しながらの協議によって，広島県としては，既指定10病院に加えて新規に申請された3病院のうち2病院を推薦することを決めた。

上記の経過をたどった“がん拠点病院”の広島県からの12病院の推薦であったが，平成22年2月の厚生労働省における審議によって，新規に申請した2病院のうち1病院のみが認められた。その結果，広島県におけるがん拠点病院は表1のようになった。

表1　広島県における“がん診療連携拠点病院”

二次医療圏	病院名
広　　島	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
	広島市立安佐市民病院
広 島 西	廣島総合病院
呉	呉医療センター
広島中央	東広島医療センター
尾　　三	尾道総合病院
福山・府中	福山市民病院
備　　北	市立三次中央病院

Ⅳ．乳がん医療ネットワークの活動

広島県のがん医療ネットワークのモデルとして，平成19年から検討が始まった乳がん医療のネットワークは，平成21年度には以下の課題について検討し，より充実したものとするための努力が行われた。

1．ネットワークを一般県民に周知させるための方策
2．地域連携クリティカルパスの普及
3．患者のもつ“わたしの手帳”の内容の更新
4．検診結果の記載様式の標準化
5．周術期医療施設とフォローアップ医療施設による地域連携講習会の推進
6．ネットワークへの参加医療機関の実績評価と更新

詳細についてはWG委員長の報告を参照していただきたい。

Ⅴ. 肺がん医療ネットワークの活動

平成20年度に始まった本WGは，乳がん医療ネットワークを手本として，肺がん医療に関する医療機関の連携を推進することを目的に協議を続けている。

平成21年度の活動としては，以下に関する協議が続けられている。

1．各医療機関の機能調査（CTの機種および台数，呼吸器専門医の数，肺がんの確定診断のための手技の実施状況，緩和ケア体制など）
2．医療機関の機能別区分と各機能に関する施設基準
3．地域連携クリティカルパスの作成

詳細についてはWG委員長の報告を参照していただきたい。

Ⅵ. お わ り に

広島県は，平成20年3月に「広島県がん対策推進計画」を策定した。これによると，平成20年（2008年）年度から平成24年（2012）年度の5年間に，①がんによる死亡率（75歳未満の年齢調整死亡率）の10%削減（119.3人から107.4人に），②全てのがん患者および家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上を達成することが全体目標である。さらに，この全体目標の達成のために，「がん予防」，「がん検診」，「がん医療（緩和ケアを含む）」，「情報提供・相談支援」，「がん登録」の5分野毎の目標を定めたが，中でも重点的に取り組むべき課題として，表2の項目を挙げている。この中で本委員会の所掌する課題としては「がん医療」の中のがん医療提供体制の充実が最も重要であり，これを“がん拠点病院”を中心に医療ネットワークという形で県民に示すことが最大の課題と考える。但し，国の“がん拠点病院”は，5大がんを中心としたがん医療が念頭におかれているが，患者団体からのヒアリングなどでは，5大がん以外のがん，たとえば白血病や悪性リンパ腫，女性の子宮がん，卵巣がんなどについても医療体制の確立と情報提供の充実を望む声がつよい。広島県としてはこれらについても十分にこたえていく必要があると考えられ，今後の広島県におけるがん診療の進展・向上のために，広島県内の全ての医療機関の協力をお願いしたい。

表2 “広島県がん対策推進計画”の重点課題

1. がん検診受診率の向上
   1）がんの早期発見に寄与するがん検診受診の促進
   2）がん検診の精度管理の推進
2. がん医療提供体制の充実
   1）より質が高く効果的な医療を提供する医療連携体制の構築
   2）専門的知識・技能を持つ人材育成の推進
3. 治療の初期段階からの緩和ケアの推進
   1）積極的な治療と並行して適切に提供される緩和ケアの推進
   2）希望に応じて施設や在宅で安心して利用できる体制の構築
4. 患者の視点に立った情報提供・相談支援の推進
   1）がん患者が主体的に関与するための情報の提供
   2）不安や悩みへの適切な助言が可能な相談支援体制の構築
5. がん登録の推進
   1）広島県独自の高精度の地域がん登録の充実

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長　井内　康輝　広島大学大学院医歯薬学総合研究科病理学
委　員　有田　健一　広島県医師会
　　岡田　守人　広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科
　　迫井　正深　広島県健康福祉局（～平成21年10月）
　　佐々木昌弘　広島県健康福祉局（平成21年10月～）
　　臺丸　尚子　広島市健康福祉局保健部
　　高杉　敬久　広島県医師会
　　津山　順子　広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
　　永田　　靖　広島大学大学院医歯薬学総合研究科放射線治療科
　　楢原　啓之　広島大学大学院医歯薬学総合研究科がん治療学
　　檜垣　健二　広島市立広島市民病院
　　本家　好文　広島県緩和ケア支援センター

がん対策専門委員会 地域緩和ケア推進 WG

目　　次

平　成　21　年　度　報　告　書

Ⅰ．は　じ　め　に

Ⅱ．　第 1 回　緩和ケア WG 会議の開催
（2010 年 3 月 10 日）

がん対策専門委員会 地域緩和ケア推進 WG

（平成 21 年度）

平　成　21　年　度　報　告　書

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会 地域緩和ケア推進 WG
WG長　本家　好文

Ⅰ．は　じ　め　に

2007 年 4 月よりがん対策基本法が施行され，同年 6 月，厚生労働省はがん対策推進基本計画を策定した。その基本方針のひとつとして「すべてのがん患者及びその家族の苦痛軽減並びに療養生活の質の維持向上」が提唱され，治療の初期段階からの緩和ケア実施の推進が求められている。「死を待つだけの諦めの医療」と考えられてきた緩和ケアを，手術療法，放射線療法，化学療法とともに，がん医療を支える重要な医療と位置づけた取り組みがはじまった。

広島県では，こうした国の動きに先駆けて，広島県緩和ケア支援センターを中心として，県内における緩和ケアの推進を図りさまざまな取り組みを行ってきたが，依然として県内緩和ケア提供体制の地域格差がある。こうした格差是正のために，地域の緩和ケアに関連した医療資源に応じた地域ごとのネットワーク体制を構築していく必要がある。

そこで広島県内の緩和ケアを担う各施設，職種ごとの現状と課題を把握するために，基礎資料となるアンケート調査を実施した。

Ⅱ．第 1 回　緩和ケア WG 会議の開催

（2010 年 3 月 10 日）
（出席者：委員　13 名，事務局　5 名）

WG 会議では，2009 年 10 月に実施した地域資源調査について，次のとおり報告を行った。

1）調査の目的

緩和ケアを取り巻く環境が大きく変化するなかで，地域におけるがん患者の療養環境にも変化が生じていると考えられることから，地域資源の現状を把握し，地域における適切な在宅緩和ケア提供体制の構築に向けた検討の基礎資料とするために実態調査を行う。

2）調査の概要

⑴　調査期間
2009 年 10 月 6 日（火）～10 月 30 日（金）

⑵　調査方法
各施設へ調査票を送付して回収する方法により実施（表 1 ：診療所送付例）

⑶　対象施設（施設ごとの対象施設数を表 2 に示す）
診療所，保険薬局，訪問看護ステーション，訪問介護事業所，地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，介護老人保健施設，特別養護老人ホーム，ケアハウス，グループホーム

⑷　調査内容（表 1 を参照）
ア　機能に関する調査
①　在宅緩和ケア提供の有無
②　在宅で看取った患者数
③　対応する地域
④　24 時間体制の有無
イ　連携に関する調査
⒜　地域連携実施の場合
①　連携に関係した施設
②　連携に至った経緯・要因
③　現在抱えている問題
④　今後の課題
⒝　地域連携未実施の場合
①　連携を構築するための条件
②　連携構築を阻害する要因
③　連携に向けての今後の課題

3）調査結果

広島県内の対象施設 6,440 カ所に対してアンケート調査を行った結果，2,421 カ所から回答があ

り，回収率は全体で 37.6% であった。施設ごとの回収率を表 3 に示す。

回収された調査票について，施設別，医療圏別の回答について，表 4 に調査結果の一覧を示す。自由記載欄に寄せられた多くの意見については，平成 22 年度に在宅緩和ケアを担う施設代表者を委員に加え，寄せられた意見の集約と詳細な分析を実施することとした。

4） 各圏域における地域緩和ケア連携体制の現状

津谷委員（広島市東区），渡辺委員（呉市），東條委員（北広島町）より，在宅緩和ケアを推進するうえでの問題点と阻害要因など，各圏域の現状について報告があった。現場が抱えている具体的な課題とアンケート調査結果をもとに，今後の広島県における在宅緩和ケア推進のための方策を継続して検討することとなった。

地域緩和ケアの提供体制構築に関する地域資源実態調査票
（例：診療所）

《調査目的》

この調査は，**地域の特性などを踏まえ**，地域資源の効果的な連携による**がん患者への適切な緩和ケア提供体制を構築**することを目的として，地域資源の実態を把握するために実施するものです。地域の病院，診療所，訪問看護ステーション等の関係機関に対して情報提供する予定です。また，広く県民への情報提供も予定していますので，お手数ですが，情報提供の可否についても，項目ごとにお答えください。御協力をお願いします。

1　施設機能について

（1）概　　要

（フリガナ）	（　　）		電話番号		
施設名			ＦＡＸ番号		
郵便番号	〒	所在地			
標榜科目					
届出・許可病床数	一般病床	療養病床	医療保険適用	介護保険適用	計
	床	床	（　　床）	（　　床）	床
「在宅療養支援診療所」の届出の有無			１．有　　２．無		

（2）**実施状況**（該当するものを○で囲み，必要に応じて数値等を御記入ください。）

項　　目			回　　答	地域医療機関等に対する情報提供の可否	県民への情報提供の可否
《訪問診療》の実施			１．有　２．無	可・否	可・否
	訪問診療の対象区域		１．二次医療圏 ２．市区町 ３．中学校区 ４．小学校区 ５．その他（　　）	可・否	可・否
	訪問診療の対象患者数（平成20年）		人	可・否	―
		うち，がん患者数	（　　人）	可・否	―
	訪問診療における「がん患者」への対応		１．可　２．否	可・否	可・否
		「ＷＨＯ方式がん性疼痛治療法」の５原則に準じた治療の提供	１．可　２．否	可・否	可・否
		他施設から紹介された「がん患者」への対応	１．可 ２．相談に応じる ３．否	可・否	―

項　　目		回　　答	地域医療機関等に対する情報提供の可否	県民への情報提供の可否
《往診》の実施		1．可　　2．否	可 ・ 否	可 ・ 否
	２４時間対応	1．可　　2．否	可 ・ 否	可 ・ 否
	２４時間対応するための，他施設（診療所等）との連携	1．有 ⇒ 施設名 （　　） （　　） 2．無	可 ・ 否	—
在宅での「看取り」患者数（平成 20 年） （※死亡診断書を作成した数）		人	可 ・ 否	—
	（内）がん患者数	（　　人）	可 ・ 否	—
「麻薬施用者免許」所持者の有無 （診療所の常勤医師１名以上が所持）		1．有　　2．無	可 ・ 否	—

2　地域緩和ケア連携体制の現状について

この項目は，地域の緩和ケア連携体制のモデルとなる，地域での具体的な連携の取組を把握するものです。（貴施設が所在する地域で，具体的な連携の取組が行われている場合に，御記入ください。）

（１）連携機関等　　（※複数選択可）

項　　目	回　　答
連携している機関	1．病院　　2．診療所　　3．訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ　　4．保険薬局 5．居宅介護支援事業所　　6．訪問介護事業所　　7．介護老人保健施設 8．老人福祉施設　　9．地域包括支援ｾﾝﾀｰ　　10．市町 11．その他（　　）
連携の中心機関	

（２）地域での緩和ケアに関する連携体制を構築していくための条件及び課題

①　地域での連携を推進していくためには何が必要だと考えますか。（該当する番号を○で囲んで，必要事項を御記入ください。）　　（※複数選択可）

項　　目
１　中心となる施設・人材（例：　　）
２　緊急時の対応体制づくり（例：　　）
３　拠点病院の支援（内容：　　）
４　その他（　　）

② **地域での連携の取組を阻害する要因は何だと考えられますか。**（該当する番号を○で囲んで，必要事項を御記入ください。）　（※複数選択可）

項　　目
1　関係者（　　）の緩和ケアに関する理解不足
2　関係者（　　）の緩和ケアに関する専門知識・技術の不足
3　経営上の採算性（　　）
4　その他（　　）

③ **地域での連携体制構築に向けた課題はどんな事だと考えられますか。**（該当する番号を○で囲んで，必要事項を御記入ください。）　（※複数選択可）

項　　目
1　体制整備のための関係機関（　　）との連携
2　専門人材（　　）の養成・確保
3　実施に向けた設備（　　）整備
4　その他（　　）

3　**その他，地域緩和ケア体制の構築に向けての具体的なアイデアがあれば，御記入ください。**

以上で設問は終わりです。御協力ありがとうございました。

表2　調査対象施設数（平成21年4月1日現在）

	診療所	保険薬局	訪問看護ステーション	訪問介護事業所	地域包括支援センター	居宅介護支援事業所	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	ケアハウス	グループホーム
総数	2,706	1,496	157	636	121	754	104	161	60	254
広島	1,394	699	79	291	49	299	36	60	14	112
広島市	1,227	615	70	263	42	256	29	45	8	97
中区	332	150	13	43	5	38	4	2	0	7
東区	87	51	10	20	4	27	4	8	2	11
南区	210	100	6	36	5	35	3	6	0	11
西区	176	80	10	50	6	40	3	5	0	15
安佐南区	159	83	10	43	6	37	4	6	1	16
安佐北区	113	65	8	28	6	36	4	10	2	15
安芸区	49	28	5	15	4	13	3	2	1	8
佐伯区	101	58	8	28	6	30	4	6	2	14
安芸高田市	35	15	1	6	1	8	1	5	1	2
府中町	44	33	2	7	1	8	1	1	1	4
海田町	35	13	1	3	1	4	1	1	1	2
熊野町	16	8	1	4	1	8	1	1	0	1
坂町	12	3	1	4	1	2	1	1	1	0
安芸太田町	8	5	1	1	1	5	1	2	0	2
北広島町	17	7	2	3	1	8	1	4	2	4
広島西	132	78	9	23	4	38	5	6	4	10
大竹市	33	25	4	6	1	8	1	1	0	3
廿日市市	99	53	5	17	3	30	4	5	4	7
呉	286	143	11	70	9	79	15	18	9	19
呉市	262	133	9	62	8	71	14	15	7	17
江田島市	24	10	2	8	1	8	1	3	2	2
広島中央	172	108	11	41	8	59	10	14	8	9
竹原市	25	20	3	8	1	12	3	3	1	2
東広島市	137	85	8	30	6	43	6	9	7	6
大崎上島町	10	3		3	1	4	1	2	0	1
尾三	235	170	18	72	12	87	13	18	8	20
三原市	80	59	10	27	5	32	5	6	2	5
尾道市	144	102	7	40	6	49	7	10	5	14
世羅町	11	9	1	5	1	6	1	2	1	1
福山・府中	388	252	22	111	24	148	18	29	11	74
福山市	342	219	19	96	22	122	15	22	10	68
府中市	39	31	2	11	1	22	2	5	0	4
神石高原町	7	2	1	4	1	4	1	2	1	2
備北	99	46	7	28	15	44	7	16	6	10
三次市	59	31	3	14	8	24	4	8	3	4
庄原市	40	15	4	14	7	20	3	8	3	6

※ 診療所については平成21年7月末現在
※ 保険薬局については平成21年6月9日現在

表3　調 査 票 回 収 率

対象施設	対象施設数	回収施設数	回収率
診療所	2,706	1,056	39.0%
訪問看護ステーション	157	73	46.5%
保険薬局	1,496	500	33.4%
居宅介護支援事業所	754	290	38.5%
訪問介護事業所	636	250	39.3%
地域包括支援センター	121	40	33.1%
介護老人保健施設	104	61	58.7%
特別養護老人ホーム	152	62	40.8%
グループホーム	254	72	28.3%
ケアハウス	60	17	28.3%
総計	6,440	2,421	37.6%

表４　地域緩和ケア提供体制に関する地域資源実態調査結果【集計中】
（平成 21 年 10 月実施）

施設種別			診療所							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			1,394	132	286	172	235	388	99	2,706
回答施設数			485	76	111	59	122	157	46	1,056
回収率			34.8%	57.6%	38.8%	34.3%	51.9%	40.5%	46.5%	39.0%
概要	病床数(床)									
	一般		625	39	139	16	234	285	36	1,374
	療養	医療	338	19	107	30	110	167	50	821
		介護	368	89	312	0	176	88	6	1,039
実施状況										
訪問診療	有（件）		188	33	53	25	62	70	20	451
	区域	二次保健	38	9	7	1	11	7	0	73
		市区町	74	14	32	10	32	25	10	197
		中学校区	35	6	13	7	9	20	7	97
		小学校区	19	3	2	3	2	10	1	40
		その他	17	2	3	5	10	10	3	50
	無		280	41	52	32	55	78	26	564
	対象者数(人)		3,615	321	932	377	1,204	1,278	261	7,988
	内）がん患者数(人)		341	27	116	44	131	96	17	772
	（%）		9.4	8.4	12.4	11.7	10.9	7.5	6.5	9.7
	対応	WHO	80	11	28	14	40	37	8	218
		他から紹介	49	7	22	10	29	19	5	141
往診	有	24 時間対応	94	18	30	10	41	47	9	249
		他との連携	111	18	31	12	43	50	13	278
	無		207	27	34	27	40	59	19	413
	在宅での看取り数(人)		354	47	125	60	178	170	46	980
	内）がん患者数(人)		137	10	51	17	74	45	11	345
	（%）		38.7	21.3	40.8	28.3	41.6	26.5	23.9	35.2
麻薬免許所持者(人)			218	37	58	36	65	90	17	521
連携機関（件）	病院		210	32	59	24	68	55	20	468
	診療所		67	5	11	12	30	17	9	151
	訪問看護		116	12	24	18	42	30	10	252
	薬局		66	3	11	10	21	14	4	129
	居宅		61	8	11	12	29	16	10	147
	訪問介護		37	3	7	6	26	12	9	100
	老健		26	2	4	4	18	9	4	67
	特養		25	2	7	2	11	7	10	64
	包括C		40	4	9	5	19	14	7	98
	市町		9	1	0	1	8	2	6	27
	その他		7	0	0	1	0	2	2	12
連携条件（件）	施設・人		143	14	35	12	38	34	11	287
	緊急時対応体制		153	18	41	16	42	35	10	315
	拠点病院の支援		135	13	31	13	40	36	11	279
	その他		17	3	2	5	13	7	5	52
阻害要因	理解不足（件）	医師	20							
		看護師	10							
		ケアマネ	1							
		ヘルパー	0							
		薬剤師	6							
		包括C職員	0							
		行政	2							
		施設職員	2							
		特養	0							
		老健	0							
		G・H	0							
		患者家族	30							
	知識・技術不足（件）	医師	31							
		看護師	13							
		ケアマネ	1							
		ヘルパー	4							
		薬剤師	3							
		包括C職員	0							
		行政	2							
		施設職員	2							
		特養	0							
		老健	0							
		G・H	0							
		その他	1							
	設備整備（件）									
	その他									

抜　粋

訪問診療がん患者数(人)	341	27	116	44	131	96	17	772
訪問診療がん患者数のうち，在宅での看取りがん患者数(人) (下段%)	137	10	51	17	74	45	11	345
	40.2	37.0	44.0	38.6	56.5	46.9	64.7	44.7

施設種別			訪問看護ステーション							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			79	9	11	11	18	22	7	157
回答施設数			32	7	6	5	12	6	5	73
回収率			40.5%	77.8%	54.5%	45.5%	66.7%	27.3%	71.4%	46.5%
実施状況										
区域	二次保健		17	5	2	1	0	1	2	28
	市区町		44	2	3	3	9	4	3	68
	中学校区		2	0	0	0	0	0	0	2
	小学校区		0	0	0	0	0	0	0	0
	その他		8	0	0	1	3	3	0	15
対象者数			7,205	485	446	969	3,675	306	220	13,306
	内）がん患者		622	50	89	6	209	40	51	1,067
	（%）		8.6	10.3	20.0	0.6	5.7	13.1	23.2	8.0
24 時間緊急対応(訪問または電話)			30	7	5	5	12	5	4	68
がん患者への対応			29	6	4	4	12	6	5	66
	WHO		25	6	2	2	10	3	3	51
看取り数	合計		229	60	50	21	169	9	37	575
	自宅		125	44	46	18	91	8	19	351
	自宅から病院へ		60	16	2	0	49	1	12	140
	内）がん患者		96	5	25	2	55	2	16	201
	居住系施設		6	2	0	0	0	1	1	10
	居住系施設から病院		1	1	0	0	0	0	0	2
	内）がん患者		8	14	0	0	0	1	1	24
看護職員のバーンアウト対策										
	有		21	2	2	4	7	4	2	42
	無		7	4	2	0	5	2	3	23
実施内容										
日常生活	身体の清潔		31	7	6	5	12	6	5	72
	食事		31	7	6	5	12	6	5	72
	排泄		31	7	6	5	12	6	5	72
	環境整備		31	7	5	5	12	6	5	71
	寝たきり予防		31	7	6	5	12	6	5	72
	コミュニケーション		30	7	6	5	12	6	5	71
在宅リハビリ	体位交換等		31	7	6	5	12	6	5	72
	日常生活動作		31	7	6	5	12	5	5	71
	福祉用具相談		31	7	6	5	12	6	5	72
	外出・レク		25	5	3	4	11	4	5	57
	生活の自立等支援		28	5	4	5	10	5	4	61
検査・治療促進	看護・療養生活相談		31	7	5	5	12	6	5	71
	床ずれ等の処置		31	7	6	5	12	6	5	72
	医療機器等のケア		31	6	6	5	12	5	5	70
	服薬指導・管理		31	7	6	5	12	6	5	72
在宅緩和ケア・終末期の援助	苦痛の緩和・除去		30	6	5	4	12	6	5	68
	療養生活援助		30	6	5	4	12	6	5	68
	療養環境整備		30	6	5	4	12	5	5	67
	看取り教育等		30	5	5	4	12	5	5	66
	家族支援		30	5	5	4	12	6	5	67
	遺族ケア		23	5	3	3	10	5	4	53
連携機関（件）	病院		26	6	6	2	10	4	4	58
	診療所		25	6	2	2	10	2	4	51
	訪問看護		11	2	1	2	10	2	0	28
	薬局		14	0	1	1	9	0	0	25
	居宅		28	6	5	2	11	3	5	60
	訪問介護		24	4	5	1	10	1	3	48
	老健		7	0	1	1	4	0	1	14
	特養		5	2	1	1	3	0	1	13
	包括C		22	2	3	1	10	2	2	42
	市町		6	0	2	1	5	0	1	15
	その他		3	1	0	1	1	0	1	7
連携条件（件）	施設・人		22	4	4	3	8	3	4	48
	緊急時対応体制		23	5	3	1	10	2	4	48
	拠点病院の支援		23	5	3	2	8	2	2	45
	その他		9	1	1	0	4	1	1	17
阻害要因	理解不足	医師								
		看護師								
		ケアマネ								
		ヘルパー								
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員								
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		その他								
	知識・技術不足	医師								
		看護師								
		ケアマネ								
		ヘルパー								
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員								
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		その他								
	設備整備									
	その他									

施設種別			保険薬局							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			699	78	143	108	170	252	46	1,496
回答施設数			215	36	54	35	68	75	17	500
回収率			30.8%	46.2%	37.8%	32.4%	40.0%	29.8%	37.0%	33.4%
実施状況										
在宅訪問指導の提供有（件）			69	3	19	4	12	14	4	125
対象区域		二次保健	38	2	9	8	4	3	3	67
		市区町	27	4	3	5	17	7	3	66
		中学校区	15	2	7	1	3	17	2	47
		小学校区	8	0	3	0	0	1	0	12
		その他	6	1	0	0	3	2	1	13
24時間体制での対応										
可（件）			44	3	13	15	6	9	2	92
がん患者への対応			74	4	16	18	23	23	6	164
WHO			47	3	10	14	13	16	5	108
在宅訪問指導の対象となる患者数(人)			593	0	51	10	77	48	15	794
内）がん患者数(人)			43	0	53	1	11	5	4	117
否（件）			65	18	14	5	36	28	7	173
麻薬小売業免許		有	189	28	52	32	58	66	17	442
		無	22	6	2	3	9	8	0	50
実施内容	在宅患者訪問薬剤管理指導		52	1	17	9	10	12	2	103
	内）麻薬管理指導		24	1	6	3	8	5	1	48
	無（件）		147	33	32	25	55	53	11	356
	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導		24	1	5	1	5	2	1	39
	内）麻薬管理指導		14	1	3	0	5	2	1	26
	無（件）		172	33	39	33	60	62	12	411
	在宅患者緊急時等共同指導		10	1	3	1	3	2	0	20
	内）麻薬管理指導		9	1	2	0	3	2	0	17
	無（件）		187	33	41	33	62	62	13	431
	退院時共同指導		14	1	3	2	3	3	0	26
	無（件）		182	33	41	32	61	61	13	423
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		32	2	10	3	11	5	2	65
	診療所		37	4	10	6	12	4	3	76
	訪問看護		14	1	1	2	3	1	0	22
	薬局		14	2	1	5	9	3	0	34
	居宅		11	0	1	2	4	2	0	20
	訪問介護		11	2	1	2	2	2	1	21
	老健		8	0	2	2	3	0	0	15
	特養		7	0	1	2	2	1	0	13
	包括C		7	0	1	2	2	2	0	14
	市町		0	0	0	2	0	0	0	2
	その他		0	1	1	2	1	0	0	5
中心機関（件）	病院		7		2		5	1	3	18
	診療所		11		6		7	3		27
	訪問看護						1	1		2
	薬局						3			3
	居宅							2		2
	訪問介護						1	1		2
	老健		1					0		1
	特養							1		1
	包括C									0
	市町									0
	その他					1				1
連携条件（件）	施設・人		65	13	20	13	20	18	4	153
	緊急時対応体制		41	8	11	8	15	14	1	98
	拠点病院の支援		37	6	11	7	13	7	2	83
	その他		18	0	1	2	5	4	3	33
阻害要因	理解不足（件）	医師	5	1			3	3		12
		看護師	2							2
		ケアマネ								0
		ヘルパー				1				1
		薬剤師	12		1	1	2	4	1	21
		包括C職員								0
		行政					1			1
		施設職員								0
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		患者家族	6	1	1	2	5	1		16
	知識・技術不足（件）	医師	2				1			3
		看護師	2				1			3
		ケアマネ								0
		ヘルパー					1			1
		薬剤師	21				8	7	1	37
		包括C職員								0
		行政					1			1
		施設職員								0
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他					1			1
	設備整備（件）									
	その他									

施設種別			居宅介護支援事業所							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			299	38	79	59	87	148	44	754
回答施設数			108	15	28	28	38	62	11	290
回収率			36.1%	39.5%	35.4%	47.5%	43.7%	41.9%	25.0%	38.5%
対象区域		二次保健	17	4	6	2	4	10	2	45
		市区町	69	9	14	16	19	32	7	166
		中学校区	5	0	2	2	3	5	0	17
		小学校区	1	1	0	0	2	1	0	5
		その他	12	1	5	3	6	7	2	36
24時間体制での対応(施設)			67	6	19	12	24	29	9	166
がん患者への対応(施設)			95	15	26	19	33	51	9	248
ケアプラン作成件数(件)			31,410	1,960	9,855	8,684	15,500	16,688	4,970	89,067
内）がん患者数(人)			671	42	158	90	155	187	409	1,712
在宅での看取り療養者数(人)			351	25	57	25	91	67	187	803
内）がん患者数(人)			131	11	19	17	44	28	74	324
看護職員のバーンアウト対策										
	有		37	4	7	4	11	18	3	84
	無		64	11	20	19	24	39	8	185
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		63	9	11	12	25	44	9	173
	診療所		57	6	10	12	18	21	7	131
	訪問看護		66	12	12	12	25	30	5	162
	薬局		26	3	5	3	8	7	1	53
	居宅		35	6	7	6	12	18	4	88
	訪問介護		57	8	11	13	26	26	6	147
	老健		26	2	5	1	11	15	2	62
	特養		15	1	6	1	9	12	4	48
	包括C		45	6	8	7	20	22	7	115
	市町		21	1	4	1	7	10	2	46
	その他		11	0	2	2	3	3	0	21
中心機関（件）	病院		10							
	診療所		21							
	訪問看護		19							
	薬局		1							
	居宅		3							
	訪問介護		3							
	老健		2							
	特養									
	包括C		8							
	市町									
	その他									
連携条件	施設・人		8							
	緊急時対応体制		6							
	拠点病院の支援		8							
	その他		2							
阻害要因	理解不足（件）	医師	19							
		看護師	5							
		ケアマネ	10							
		ヘルパー	8							
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員	3							
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		患者家族	30							
	知識・技術不足（件）	医師	8							
		看護師	7							
		ケアマネ	13							
		ヘルパー	22							
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員								
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		その他								
	経営上の採算性									
	その他									
課題										
関係機関との連携（件）	病院		34							
	診療所		17							
	訪問看護		11							
	薬局		1							
	居宅		6							
	訪問介護		5							
	老健									
	特養									
	包括C		1							
	市町									
	その他		2							
専門人材の育成（件）	医師		10							
	看護師		19							
	ケアマネ		10							
	ヘルパー		13							
	薬剤師									
	包括C職員									
	市町職員									
	施設職員									
	特養									
	老健									
	G・H									
	その他(コーディネーター等)		8							
設備整備（件）										
その他										

施設種別			訪問介護事業所							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			291	23	70	41	72	111	28	636
回答施設数			109	8	27	27	26	43	10	250
回収率			37.5%	34.8%	38.6%	65.9%	36.1%	38.7%	35.7%	39.3%
対象区域		二次保健	27	1	7	0	7	11	1	54
		市区町	57	5	15	16	15	23	6	137
		中学校区	3	0	2	0	1	2	1	9
		小学校区	1	0	0	0	0	0	0	1
		その他	14	1	3	1	1	5	2	27
24時間体制での対応										
可（件）			35	3	12	2	5	15	4	76
否（件）			70	5	15	13	21	27	6	157
がん患者への対応										
可（件）			89	6	22	13	20	34	9	193
否（件）			14	2	4	3	4	8	1	36
訪問介護の対象となる利用者数(人)			12,841	531	2,032	1,211	4,871	6,011	1,353	28,850
内）がん患者数(人)			228	13	50	26	78	126	11	532
在宅での看取り利用者数(人)			207	7	11	12	72	50	6	365
内）がん患者数(人)			49	4	6	7	22	21	6	115
看護職員のバーンアウト対策										
	有		38	0	6	15	9	14	1	83
	無		59	8	19	1	17	25	7	136
実施内容										
生活支援	買い物		104	8	24	16	26	42	9	229
	調理		104	7	25	16	24	41	9	226
	掃除		108	8	25	16	26	41	9	233
	洗濯		107	8	24	16	26	41	9	231
身体介護	食事介助		107	8	25	16	24	40	9	229
	入浴介助		108	8	24	16	25	43	9	233
	排泄介助		108	8	25	16	24	41	9	231
	清潔の援助		108	8	25	16	26	42	9	234
	移動介助		107	8	25	16	24	43	9	232
	健康管理		107	8	25	16	23	42	9	230
その他	日常生活上の相談		104	8	25	16	26	42	9	230
	利用者,家族の心理的援助		103	8	25	16	24	41	9	226
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		49	2	14	7	16	29	6	123
	診療所		23	1	7	6	9	10	5	61
	訪問看護		54	4	13	9	14	18	6	118
	薬局		10	0	5	0	2	6	0	23
	居宅		74	6	20	10	20	30	8	168
	訪問介護		34	2	13	5	8	12	3	77
	老健		9	0	6	2	4	6	0	27
	特養		11	0	5	2	6	4	1	29
	包括C		54	3	15	6	14	25	7	124
	市町		9	1	5	1	4	5	5	30
	その他		3	0	2	1	1	4	0	11
中心機関（件）	病院									
	診療所									
	訪問看護									
	薬局									
	居宅									
	訪問介護									
	老健									
	特養									
	包括C									
	市町									
	その他									
連携条件	施設・人									
	緊急時対応体制									
	拠点病院の支援									
	その他									
阻害要因	理解不足（件）	医師								
		看護師								
		ケアマネ								
		ヘルパー								
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員								
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		その他								
	知識・技術不足（件）	医師								
		看護師								
		ケアマネ								
		ヘルパー								
		薬剤師								
		包括C職員								
		市町職員								
		施設職員								
		特養								
		老健								
		G・H								
		その他								
	経営上の採算性									
	その他									
課題										
関係機関との連携（件）	病院									
	診療所									
	訪問看護									
	薬局									
	居宅									
	訪問介護									
	老健									
	特養									
	包括C									
	市町									
	その他									
専門人材の育成（件）	医師									
	看護師									
	ケアマネ									
	ヘルパー									
	薬剤師									
	包括C職員									
	市町職員									
	施設職員									
	特養									
	老健									
	G・H									
	その他									
設備整備（件）										
その他										

施設種別			地域包括支援センター							
圏域			訪問看護ステーション	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			49	4	9	8	12	24	15	121
回答施設数			12	2	2	8	7	7	2	40
回収率			24.5%	50.0%	22.2%	100.0%	58.3%	29.2%	13.3%	33.1%
実施状況										
24時間体制での対応										
可（件）			9	1	2	8	2	4	1	27
否（件）			2	0	0	0	4	3	0	9
がん患者への対応										
可（件）			9	1	1	8	4	6	1	30
否（件）			1	0	1	0	1	1	0	4
相談件数（人）			23,392	4,155	10,896	2,736	15,130	20,430	2,188	78,927
内）がん患者数(人)			47	79	0	29	26	156	0	337
介護予防プラン作成件数(件)			17,546	4,733	8,567	1,927	17,698	12,969	1,112	64,552
内）がん患者数(人)			189	56	0	33	19	87	0	384
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		9	1	1	7	6	6	2	32
	診療所		7	1	1	7	5	6	1	28
	訪問看護		9	1	1	7	6	5	1	30
	薬局		3	1	1	6	2	0	1	14
	居宅		9	1	1	7	6	6	2	32
	訪問介護		8	1	1	7	5	5	2	29
	老健		7	1	1	7	2	0	0	18
	特養		6	1	1	7	2	0	0	17
	包括C		5	1	1	6	3	0	2	18
	市町		8	1	1	6	2	4	0	22
	その他		2	1	0	0	0	1	1	5
中心機関（件）	病院		2		1		2		2	7
	診療所		2				1			3
	訪問看護		2				1			3
	薬局									0
	居宅		4				1		1	6
	訪問介護		1							1
	老健									0
	特養									0
	包括C		1			1		1		3
	市町		2							2
	その他		1						1	2
連携条件	施設・人		12	1	2	2	4	2	1	24
	緊急時対応体制		11	1	1	2	7	1	1	24
	拠点病院の支援		9	1	2	2	3	2	1	20
	その他		5	1	1	0	2	1	1	11
阻害要因	理解不足（件）	医師	3			1	2			6
		看護師				1	1			2
		ケアマネ		1	1					2
		ヘルパー								0
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員					1			1
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	3			1	1	1	1	7
	知識・技術不足（件）	医師	2			1	1			4
		看護師	2			1	2			5
		ケアマネ	1			1	2			4
		ヘルパー	2				1			3
		薬剤師	1							1
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員					1			1
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	1			1		1	2	5
	経営上の採算性									0
	その他									0
課題										0
関係機関との連携（件）	病院		6			1	2			9
	診療所		4			1	1			6
	訪問看護		2							2
	薬局		1							1
	居宅									0
	訪問介護									0
	老健									0
	特養									0
	包括C		1							1
	市町		1							1
	その他		3							3
専門人材の育成（件）	医師		3			1	1			5
	看護師		2			2	3			7
	ケアマネ									0
	ヘルパー		1				1			2
	薬剤師		2							2
	包括C職員									0
	市町職員									0
	施設職員									0
	特養									0
	老健									0
	G・H									0
	その他									0
設備整備（件）	緩和ケア病棟(病床)		2				2			4
	相談センター		1							1
										0
その他										0

施設種別			介護老人保健施設							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			36	5	15	10	13	18	7	104
回答施設数			23	2	5	3	9	14	5	61
回収率			63.9%	40.0%	33.3%	30.0%	69.2%	77.8%	71.4%	58.7%
実施状況										
がん患者への対応										
可（件）			11	0	1	1	2	6	2	23
否（件）			10	2	4	2	7	8	3	36
24時間体制での対応										
可（件）			11	0	2	2	4	7	1	27
否（件）			11	2	3	1	5	7	4	33
外部訪問看護サービスの提供										
有（件）			2	0	0	0	3	6	0	11
無（件）			20	2	5	3	6	8	5	49
担当となる療養患者数(人)			924	2	177	122	298	420	239	2,182
内）がん患者数(人)			17	2	2	0	0	9	3	33
施設での看取り療養者数(人)			35	0	14	7	2	9	3	70
ターミナルケア加算が取れた数(人)			11	0	0	0	0	0	0	11
（内）がん患者数(人)			1	0	0	0	0	0	0	1
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		14	2	5	1	5	8	4	39
	診療所		3	0	4	0	3	3	1	14
	訪問看護		4	0	0	1	4	5	0	14
	薬局		1	0	1	0	0	0	0	2
	居宅		5	1	4	1	4	5	2	22
	訪問介護		2	0	0	0	3	1	1	7
	老健		0	0	1	1	2	2	0	6
	特養		4	0	2	0	0	1	0	7
	包括C		5	0	1	0	1	3	0	10
	市町		0	0	0	0	0	1	0	1
	その他		1	0	0	0	0	0	0	1
中心機関（件）	病院		10	1	1	1	3	8	5	29
	診療所		3		1		4	2		10
	訪問看護							3		3
	薬局									0
	居宅						2			2
	訪問介護									0
	老健									0
	特養									0
	包括C				1					1
	市町									0
	その他						1			1
連携条件	施設・人		11	2	3	1	7	5	4	33
	緊急時対応体制		9	1	4	2	5	8	1	30
	拠点病院の支援		9	1	3	2	4	6	2	27
	その他		4	0	0	0	1	3	0	8
阻害要因	理解不足（件）	医師					1		2	3
		看護師					1			1
		ケアマネ								0
		ヘルパー	2							2
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員								0
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	5	2	1		1	3		12
	知識・技術不足（件）	医師				1		1	1	3
		看護師				1	1	2		4
		ケアマネ								0
		ヘルパー	6				1	2		9
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員	1					2		3
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	2	1	1					4
	経営上の採算性									
	その他									
課題										
関係機関との連携（件）	病院		6	1	1		3			11
	診療所		4	1			4			9
	訪問看護		3	1			2			6
	薬局									0
	居宅				1		1			2
	訪問介護			1						1
	老健				1					1
	特養				1					1
	包括C									0
	市町									0
	その他				1	1				2
専門人材の育成（件）	医師		1			1	1		1	4
	看護師		3	1			4		1	9
	ケアマネ									0
	ヘルパー						2			2
	薬剤師									0
	包括C職員									0
	市町職員									0
	施設職員		1							1
	特養									0
	老健									0
	G・H									0
	その他					1				1
設備整備（件）	地域医療ケアネットワーク		1							1
	緩和ケア病床		1						1	2
	家族の宿泊設備						1			1
	衛生材料と機材						2			2
その他										

施設種別			特別養護老人ホーム							
圏域			訪問看護ステーション	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			60	6	18	14	18	29	7	152
回答施設数			24	6	6	2	7	11	6	62
回収率			40.0%	100.0%	33.3%	14.3%	38.9%	37.9%	85.7%	40.8%
実施状況										
がん患者への対応										
可（件）			13	4	3	2	6	9	5	42
否（件）			9	1	3	0	1	9	1	24
24時間体制での対応										
可（件）			13	4	4	2	6	7	5	41
否（件）			10	1	2	0	1	11	1	26
外部訪問看護サービスの提供										
有（件）			2	0	0	0	1	1	1	5
無（件）			21	5	6	2	6	17	4	61
担当となる療養患者数(人)			852	124	0	62	206	235	155	1634
内）がん患者数(人)			19	9	0	0	7	7	4	46
施設での看取り療養者数(人)			99	33	20	8	21	30	16	227
ターミナルケア加算が取れた数(人)			25	9	2	0	5	0	3	44
（内）がん患者数(人)			6	2	0	1	3	3	2	17
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		15	5	4	1	4	8	3	40
	診療所		9	3	3	0	1	3	3	22
	訪問看護		4	1	0	0	0	2	1	8
	薬局		2	3	1	0	1	1	0	8
	居宅		7	3	1	0	1	3	2	17
	訪問介護		4	0	0	0	1	1	1	7
	老健		3	1	1	0	1	1	0	7
	特養		4	0	0	0	1	0	0	5
	包括C		5	2	0	0	1	3	0	11
	市町		3	0	0	0	0	0	0	3
	その他		2	0	0	0	0	0	0	2
中心機関（件）	病院		6	5	1		1	1	1	15
	診療所		5	2	3					10
	訪問看護									0
	薬局									0
	居宅						1			1
	訪問介護									0
	老健		1							1
	特養									0
	包括C									0
	市町									0
	その他									0
連携条件	施設・人		13	1	2	1	2	6	2	27
	緊急時対応体制		12	2	3	1	3	6	1	28
	拠点病院の支援		12	1	1	2	2	4	3	25
	その他		3	4	0	0	0	0	0	7
阻害要因	理解不足（件）	医師	1							1
		看護師								0
		ケアマネ			1					1
		ヘルパー			1					1
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		行政						3		3
		施設職員				1	1	1		3
		特養						1	1	2
		老健						1	1	2
		G・H								0
		その他	3		2			3	1	9
	知識・技術不足（件）	医師	1							1
		看護師	1					1		2
		ケアマネ								0
		ヘルパー	1		1					2
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		行政						2		2
		施設職員	2		1	1	1			5
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	1					2		3
	経営上の採算性									0
	その他				1					1
課題										
関係機関との連携（件）	病院		5		2		1	2	1	11
	診療所		3							3
	訪問看護									0
	薬局									0
	居宅				1					1
	訪問介護									0
	老健				1			1	1	3
	特養				1			1	1	3
	包括C									0
	市町							1		1
	その他		2			1	1			4
専門人材の育成（件）	医師							2		2
	看護師		2		4	1		2		9
	ケアマネ								1	1
	ヘルパー		2		1	1				4
	薬剤師									0
	包括C職員									0
	市町職員									0
	施設職員		1				1			2
	特養									0
	老健									0
	G・H									0
	その他		1					2		3
設備整備（件）	緩和ケア病棟(病床)		2					1		3
	研修設備		1							1
	緩和ケア設備					1				1
その他										

施設種別			グループホーム							
圏域			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			112	10	19	9	20	74	10	254
回答施設数			31	4	6	1	8	17	5	72
回収率			27.7%	40.0%	31.6%	11.1%	40.0%	23.0%	50.0%	28.3%
実施状況										
がん患者への対応										
可（件）			21	3	1	1	4	8	2	40
否（件）			10	1	5	0	3	7	3	29
24時間体制での対応										
可（件）			21	2	4	0	5	12	2	46
否（件）			9	2	2	1	2	4	3	23
外部訪問看護サービスの提供										
有（件）			12	1	0	0	2	6	1	22
無（件）			19	3	6	1	5	9	4	47
担当となる療養患者数(人)			441	36	37	0	18	83	9	624
内）がん患者数(人)			12	1	1	1	0	4	3	22
施設での看取り療養者数(人)			6	0	1	0	8	10	1	26
ターミナルケア加算が取れた数(人)			8	0	0	0	0	0	4	12
（内）がん患者数(人)			2	0	0	0	3	1	3	9
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		20	3	1	1	7	9	3	44
	診療所		10	3	3	0	4	3	4	27
	訪問看護		8	1	0	0	3	4	2	18
	薬局		9	2	1	1	0	0	0	13
	居宅		10	1	2	1	1	2	3	20
	訪問介護		5	0	1	1	0	0	0	7
	老健		6	1	2	0	1	2	2	14
	特養		3	1	1	0	0	2	2	9
	包括C		9	2	2	1	3	2	3	22
	市町		3	1	2	0	2	1	3	12
	その他		2	0	0	0	0	0	0	2
中心機関（件）	病院		7	2	1	1	3	3	2	19
	診療所		11	1	2	2	2	4	3	25
	訪問看護		1					1	2	4
	薬局			1						1
	居宅									0
	訪問介護									0
	老健									0
	特養									0
	包括C									0
	市町									0
	その他								1	1
連携条件	施設・人		11	1	4	1	3	6	2	28
	緊急時対応体制		16	2	4	0	5	9	3	39
	拠点病院の支援		12	1	5	0	2	3	0	23
	その他		2	0	0	0	0	1	1	4
阻害要因	理解不足（件）	医師	1							1
		看護師	2							2
		ケアマネ								0
		ヘルパー	3					1		4
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員	3				1	2		6
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	4		1		1	6	1	13
	知識・技術不足（件）	医師	1							1
		看護師	2							2
		ケアマネ								0
		ヘルパー	4					3		7
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員	3	1	1		3	2	1	11
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他	2							2
	経営上の採算性									
	その他									
課題										
関係機関との連携（件）	病院		6	2	1		2	3	2	16
	診療所			1			1	2		4
	訪問看護		1				1	1		3
	薬局									0
	居宅						1			1
	訪問介護						2			2
	老健		1				2	1		4
	特養		1					1		2
	包括C									0
	市町						1	1	1	3
	その他				1		1	2	1	5
専門人材の育成（件）	医師		1	1	1		1			4
	看護師		4	1				3		8
	ケアマネ							1		1
	ヘルパー		1							1
	薬剤師									0
	包括C職員									0
	市町職員									0
	施設職員		1						1	2
	特養									0
	老健									0
	G・H									0
	その他		2		1					3
設備整備（件）	緩和ケア病棟(病床)							1	1	2
	緩和ケア機材							1	1	2
										0
その他										0

施設種別			ケアハウス							
圏域			訪問看護ステーション	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	全県
対象施設数			14	4	9	8	8	11	6	60
回答施設数			8	0	2	1	1	2	3	17
回収率			57.1%	0.0%	22.2%	12.5%	12.5%	18.2%	50.0%	28.3%
実施状況										
がん患者への対応										
可（件）			3	0	1	0	0	1	1	6
否（件）			4	0	1	1	1	1	2	10
24時間体制での対応										
可（件）			2	0	1	0	1	1	1	6
否（件）			5	0	1	1	0	1	2	10
外部訪問看護サービスの提供										
有（件）			4	0	1	1	1	0	1	8
無（件）			3	0	1	0	0	2	2	8
担当となる療養患者数(人)			60	0	33	0	0	0	0	93
内）がん患者数(人)			0	0	5	0	0	0	0	5
施設での看取り療養者数(人)			0	0	3	0	0	0	1	4
ターミナルケア加算が取れた数(人)			0	0	0	0	0	0	0	0
（内）がん患者数(人)			0	0	1	0	0	0	0	1
連携体制の現状										
連携機関（件）	病院		4		1	0	1	1	1	8
	診療所		0		1	0	0	0	2	3
	訪問看護		2		1	0	1	0	0	4
	薬局		0		1	0	1	0	0	2
	居宅		2		1	0	1	0	2	6
	訪問介護		2		1	0	1	0	2	6
	老健		1		0	0	1	0	1	3
	特養		2		1	0	1	0	2	6
	包括C		2		1	0	1	1	1	6
	市町		1		0	0	0	0	1	2
	その他		0		0	0	0	0	0	0
中心機関（件）	病院		2						1	3
	診療所				1	1		1	1	4
	訪問看護									0
	薬局									0
	居宅		1				1		1	3
	訪問介護									0
	老健									0
	特養									0
	包括C		1							1
	市町									0
	その他									0
連携条件	施設・人		3		0	1	0	0	2	6
	緊急時対応体制		3		1	1	0	0	1	6
	拠点病院の支援		2		0	0	0	0	1	3
	その他		2		0	0	0	0	1	3
阻害要因	理解不足（件）	医師								0
		看護師								0
		ケアマネ								0
		ヘルパー								0
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員	1							1
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他				1				1
	知識・技術不足（件）	医師								0
		看護師	1							1
		ケアマネ								0
		ヘルパー								0
		薬剤師								0
		包括C職員								0
		市町職員								0
		施設職員	2							2
		特養								0
		老健								0
		G・H								0
		その他								0
	経営上の採算性									
	その他									
課題										
関係機関との連携（件）	病院		2		1					3
	診療所		2							2
	訪問看護									0
	薬局									0
	居宅									0
	訪問介護									0
	老健									0
	特養									0
	包括C									0
	市町									0
	その他					1				1
専門人材の育成（件）	医師									0
	看護師								1	1
	ケアマネ									0
	ヘルパー							1		1
	薬剤師									0
	包括C職員									0
	市町職員									0
	施設職員									0
	特養									0
	老健									0
	G・H									0
	その他									0
設備整備（件）										0
										0
										0
その他										0

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	井内　康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	有田　健一	広島県医師会
	岡田　守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	迫井　正深	広島県健康福祉局（～平成 21 年 10 月）
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局（平成 21 年 10 月～）
	高杉　敬久	広島県医師会
	臺丸　尚子	広島市健康福祉局保健部
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	永田　　靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	楢原　啓之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜垣　健二	広島市民病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	本家　好文	広島県緩和ケア支援センター

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

地域緩和ケア推進 WG

WG長	本 家　好 文	広島県緩和ケア支援センター
委　員	有 田　健 一	広島県医師会
	岡 崎　純 二	岡崎医院
	樫 本　和 樹	市立三次中央病院
	鉄穴口麻里子	安芸地区医師会居宅介護支援事業所
	桐 生　浩 司	厚生連廣島総合病院
	相 模　浩 二	独）国立病院機構東広島医療センター
	高 杉　敬 久	広島県医師会
	津 谷　隆 史	広島市医師会
	津 山　順 子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	東 條　環 樹	北広島町雄鹿原診療所
	名 越　靜 香	広島県緩和ケア支援センター
	檜 谷　義 美	広島県医師会
	前 原　敬 悟	医）慈生会前原病院
	宮 迫　英 樹	広島市南区厚生部生活課
	渡 邊　弘 司	呉市医師会

がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG

目　　次

がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG 報告書

Ⅰ. は　じ　め　に

Ⅱ. 広島県乳がん医療ネットワーク

Ⅲ. 広島乳がん医療ネットワークの広報

Ⅳ. 医療連携クリティカルパスと「乳がん手帳」の普及

Ⅴ. 乳がん診療専門医，検診従事者などの人材育成

Ⅵ. 乳がん対策日本一のシナリオ

Ⅶ. 平成22年度の課題

Ⅷ. お　わ　り　に

がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG

（平成 21 年度）

がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG 報告書

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会 乳がん医療連携推進 WG

WG長　檜垣　健二

Ⅰ．は　じ　め　に

専門的ながん医療の提供などを行う医療機関の整備や医療機関の連携協力体制の整備を行うことにより，地域にかかわらず適切ながん医療の提供を行いがん医療の均てん化を促進させる必要から平成 19 年 4 月にがん対策基本法が成立・施行された。その後，広島県内にも広島県地域保健対策協議会　がん対策専門委員会　乳がん医療連携推進 WG（以下，乳がん医療連携推進 WG）が結成された。乳がん医療連携推進 WG は，平成 19 年度中に検診実施施設群，精密検査施設群，周術期治療施設群，フォローアップ施設群からなる広島乳がん医療ネットワークを誕生させて以来，その実施や普及のための活動を続けている。乳がん医療連携推進 WG のこれまでの活動内容は平成 19 年度[1] および平成 20 年度調査研究報告書[2] を参照してもらうこととして，ここでは，平成 21 年度調査研究の報告を行うことにする。

Ⅱ．広島県乳がん医療ネットワーク

広島県内の医療施設が機能別に検診を行う検診施設，精密診断を行う精密検査施設，総合診療専門治療を行う周術期治療施設，そして術後治療や経過観察を行うフォローアップ施設に分類され，フォローアップ施設はさらに化学療法，放射線療法，術後リハビリ・後遺症ケア，術後定期検査，療養支援に分類された。それぞれの施設の要件については平成 19 年度調査研究報告書[1] または広島県のホームページを参照されたい（広島県のホームページ⇒健康・福祉⇒医療⇒がん対策⇒広島県保健医療計画における「乳がん」に係る医療連携体制について）。

乳がん医療ネットワークに参加している医療機関の調査は年に 2 回行われており，2010 年 2 月の調査では，県内全域から 115 医療機関の参加が確認された（表 1）。表の中の下段の括弧内の数字は新たに申請があったため乳がん医療連携推進 WG で認定の是

表 1　「広島乳がん医療ネットワーク」参加医療機関数

★県内：115 医療施設（表の数字　上段 H21 / 下段 H22）　（平成 22 年 2 月 1 日現在）

機能群の区分＼二次医療圏		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山府中	備北	合計
検診施設		28	2	4	6	6	16	3	65
		34 (5)	2	4	6	6 (3)	16	3 (1)	70 (9)
診断専門診療施設		20	2	5	4	6	9	3	49
		24 (6)	2	5	4	6 (1)	10 (1)	3	54 (8)
周術期治療施設		5	1	2	1	2	3	0	13
		13 (6)	1	3 (1)	2	4 (2)	4 (1)	2 (2)	29 (12)
フォローアップ治療施設	化学療法	37	2	7	5	5	14	5	75
		36	2	7	5	4	14	3	71
	放射線療法	4	1	3	1	1	3	1	14
		6	1	3	1	1	3	1	15
	術後リハビリ・術後ケア	20	2	7	3	6	11	3	52
		21	2	7	5	5	10	3	49
	術後定期検査	39	2	7	5	7	14	4	78
		41	2	8	5	6	13	3	78
	療養支援	20	0	8	2	7	11	4	52
		21	1	8	1	5	9	3	48

非が検討されたものである。この広島乳がん医療ネットワークに参加する施設の増加は歓迎すべきことではあるが，「地域にかかわらず適切ながん医療の提供を行いがん医療の均てん化を促進させる」必要性からその質を担保する意味でも施設基準は下げるわけにはいかない。

しかし，医療ネットワークが実際に動き出すと基準の問題点も指摘され始めた。そこで，簡単な修正は平成21年度中に行い，本格的な基準の見直しは平成22年度に行うことにした。今回施設基準の修正を行った内容は表2に記した。平成21年度の修正の多くは現在決まっている基準の定義をどのように解釈するかに絞られた。抜本的な基準の変更ついては基準が作成されてからの期間が短いとの理由から次年度に持越された。周術期施設に放射線治療機器が必要かという問題も提議されたが，「RIがないと正確なセンチネルリンパ節生検の検査ができない」ことおよび「放射線治療医がいなければチーム医療が十分にできないのではないか」ということで基準を決めた経緯があり，放射線治療機器がなければ認めないこととした。

Ⅲ．広島乳がん医療ネットワークの広報

広島乳がん医療ネットワークが成功するかどうかは，県民や各医療機関の協力にかかっている。県民に対しては県のホームページを通じて情報を提供し，地域連携パスに係る関係医療機関に対しては研修会・検討会を企画した。平成21年度は2009年10月5日に広島大学（検討会），2010年2月19日に県立広島病院（研修会），2010年3月4日に福山医療センター（検討会），2010年3月11日に安佐市民病院（検討会），2010年3月19日に広島市民病院（研修会）で研究会や研修会が開催された。

Ⅳ．医療連携クリティカルパスと「乳がん手帳」の普及

われわれの作成した医療連携クリティカルパスは「乳がん検診・精査連携パス」と「乳がん術後地域連携パス」との2種類あり，いずれも広島県のホームページからダウンロードできるようになっている（広島県のホームページ⇒健康・福祉⇒医療⇒がん対策⇒「広島乳がん医療ネットワーク」の地域連携パスができました）。

「乳がん検診・精査連携パス」は乳がん検診要精検者について検診施設と診断専門診療施設間で情報を共有するためのものである。平成21年度は各検診施設の検査結果の報告書を県内で統一するための準備を始めた。これは，施設ごとに所見用紙が異なる現状からすれば画期的なことであり平成22年度に実施される予定である。

医療連携クリティカルパスのうち乳がん患者自身が利用する「乳がん術後地域連携パス」としての乳がん手帳「わたしの手帳」は，周術期治療施設とフォローアップ治療施設間の連携パスであるが，患者自身の乳がんの進行度などの情報が記入されていることと，患者自身が行った自己チェックの内容も記入できるようになっている。平成20年度に県内の乳がん患者2年分に相当する3,000部を作成し，ほぼ配布を終えた。平成21年度は表3で示すように簡単に修正できる部を改訂するにとどめ，次年度で大幅な改正をする予定とした。

Ⅴ．乳がん診療専門医，検診従事者などの人材育成

広島県では現在不足している乳腺専門医を増やす目的で乳がん専門医育成研修実行委員会を設立した。これは，広島大学が中心となり県内外の医療施設と連携してスペシャリストとサブスペシャリストを養成していくプログラムを作成し実施するための委員会である。スペシャリストは乳腺専門医などの取得を到達目標としているのに対し，サブスペシャリストは乳腺認定医になることを最終の到達目標にしている（表4）。スペシャリスト，サブスペシャリストともに，早ければ平成22年度中に募集をかける予定である。

乳がんの検診でもっとも重要なモダリティはマンモグラフィである。マンモグラフィの診断は読影する医師も撮影する技師もマンモグラフィ検診精度管理中央委員会の開催する講習会を受講したうえで試験に合格したものが資格を取得することになっている。平成21年度も医師・技師を対象とした第5回広島マンモグラフィ講習会を2010年3月6日・7日に広島大学医学部で実施した。試験結果は読影部門の合格者は49名中23名（47%）と5割を切り，AやASといった好成績での合格者が1名もいなかった（表5）。

この講習会は可能な限り次年度以降も継続する予定であるが，広島県内では3年連続で実施している

ため，ほぼ県内の人材の育成はできているという考えもあり，将来的には広島，岡山，山口，山陰などが合同で開催する体制をつくり，毎年，新しい人10名程度が受講できるシステムにできないか検討していく予定である。

Ⅵ. 乳がん対策日本一のシナリオ

がん対策基本法の最終到達目標はがんによる死亡率を低下させることである。この死亡率を全国でもっとも低くするという広島県の乳がん対策日本一のシナリオについては平成20年度の報告書[2]ですでに述べた。それに関連して広島県はがん対策の6つの柱，すなわち，1. がん予防，2. がん検診，3. がん医療，4. 緩和ケア，5. 情報提供・相談支援，6. がん登録からなるアクションプランを作成し，その具体的な取り組みを行うことにしている。そのなかに乳がん医療連携推進WGも深くかかわりあっていることは当然である（表6）。

Ⅶ. 平成22年度の課題

来年度は今までの乳がん医療連携推進WGがしてきたことをまとめる，いわゆる集大成の年となる。その内容を表7に示した。検診データを共通の報告書に記載して共有できるようにすれば検診を行う検診施設から精密診断を行う精密検査施設へ伝える所見用紙も統一化させることができる。その結果，検診の精度の向上につながる可能性がある。この検診の精度を検証するためには，広島県内での検診の実態を調べる必要がある。表8に平成21年度の40歳以上の検診の実績を示す。これは，県内のすべての調査結果ではなくわかる範囲でまとめられたものであるが，今までこのようなデータすら存在しなかったことを考えると非常に貴重なデータである。

がん医療の均てん化を図るためにできた広島乳がん医療ネットワークの内容の検証および広報は今後も続けなくてはならない。具体的には治療報告書・紹介状の標準化や「広島乳がん医療ネットワーク」の基準の改正を行う予定である。役割分担・機能連携ではわたしの手帳の最終版の検討・作成や地域連携パス講習会・研修会を実施して地域連携パスの活用を目指す予定である。人材の育成に関しては，検診従事者および乳腺専門医など人材育成に係る研修体制案の作成を乳がん専門医育成研修実行委員会と連携して行う予定である。

Ⅷ. おわりに

われわれ乳がん医療連携推進WGの道程を平成19年度をホップ，平成20年度をステップ，平成21年度をジャンプとした場合，平成22年度は仕上げの一年にならなければならない。今回の取り組みが今まで順調に来た最大の要因は，その目的がわれわれ医療関係者ためだけのものでなく，行政，そして患者のためになることが明らかなためである。これらの経験と実績は他の5大がんへと引き継がれていくものと思われる。われわれは，目の前にいる国民や県民の視野に立ちがん対策基本法の理念を忘れることがなければ，他の5大がんのWGの活動も順調に進むのではないかと考えている。

文　　献

1）井内康輝：がん対策専門委員会 平成19年度調査研究報告書，広島医学：61: 823–839, 2008.
2）檜垣健二：がん対策専門委員会 平成20年度調査研究報告書，広島医学：62: 685–690, 2009.

表2　広島乳がん医療ネットワークの更新に係る施設基準の検討結果（第3回　平成22年3月25日）

区分	基準	検討事項	協議結果（今年度の定義）
検診	（2）マンモグラフィの読影は，マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の認定試験でBランク以上とされた読影医によって二重読影を行っている（他施設へ委託して実施される場合を含む）。	●自施設にB以上の読影医がいないが，他施設への委託（また非常勤職員）によりBランク以上の職員が二重読影を実施している場合。	自施設に読影医師がいなくても，他施設への委託などにより，Bランク以上の医師が二重読影している場合は該当とする。
	（3）視触診は，広島県が行う乳がん検診従事者講習会などを受講し，その資格を得ている医師が行っている。（他施設へ委託して実施される場合を含む）	●平成21年度は，受講していないが，過去に，広島県が行う乳がん検診講習会などの受講歴がある場合。 ※視触診の基準は，必要性を要検討。	過去に受講していたら，該当とする。 ※来年度に基準の見直しを検討する。
	（5）マンモグラフィの撮影は，Bランク以上の撮影技師（医師）によって行う。あるいは，マンモグラフィ精度管理中央委員会マンモグラフィ施設画像評価認定施設である。 上記基準は，2年以内に整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。	●2年の起点は，いつとするか？ 案：暫定的な要件は，申請を始めてした年（申請初年度）を起点として2年以内に整備予定の場合とする。 ● 未充足の場合，基準が達成できる見込みの時期の記載は，必要か？	申請を認められた年から2年間は該当とする。 例：2009年に新規で認められた場合は，2011年まで暫定認定施設とする。2011年の申請時に整備できていない場合は，取り消す。
診断専門	（10）日本乳癌学会乳腺認定医以上の資格を有する医師が常駐（常勤）している。 上記規準は，5年以内に整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。	●5年の起点は，いつとするか？ 案：申請初年度を起点として5年以内に整備予定の場合とする。 ● 未充足の場合の見込み時期の記載は，必要か？	申請を認められた年から5年間は該当とする。
周術期	（3）手術療法および放射線療法，薬物療法などの集学的治療が実施できる。	●左記基準に○を記入している施設の中で，自施設において放射線療法ができない場合は，非該当か？ フォローアップ施設の基準（B）放射線療法実施施設の「（1）放射線療法が実施できる」に○の記入がない場合は，非該当？	放射線治療が，自施設でできない場合は，非該当とする。
	（10）日本乳癌学会乳腺認定医以上の資格を有する医師が常駐（常勤）している。	●常駐の定義は？ 非常勤の医師が，週4日勤務している場合は，常駐に該当するのか。	医療施設の検査の基準を参照する。 病院で定めた医師の1週間の勤務時間が32時間未満の場合は，32時間以上勤務している医師を常勤医師とし，その他は非常勤医師とする。
	（17）～（20）については，5年以内に整備できるものについては，『暫定認定施設』として認定する。	●5年の起点は，いつとするか？ 案：申請初年度を起点として5年以内に整備予定の場合とする。 ●未充足の場合の見込み時期の記載は必要か？	申請を認められた年から5年間は該当とする。
フォローアップ	（E）療養支援施設 aとbに分類	● aとbは，両方申請も可能なのか。どちらかに○を記載すればよいのか。	a，bどちらかに該当。
その他	● フォローアップ施設は，周術期の病院で手術など施行して，その後の経過をお願いする病院と解釈している。登録病院に周術期の病院が多数入っているが，周術期の病院が術後を診るのはあたりまえなことなので，周術期の病院が術後経過観察の病院に登録するのはおかしいのではないか。とくに，機能分担，連携を勧めることからもどうか。		今年度は各医療機関の申請どおりに登録する。 周術期がフォローアップ施設の登録も可能。 ※来年度に基準の見直しを検討する。
	● 経過措置として今年度は，術後経過病院にかぎって，登録はいつでも可能にできるか。		追加登録は，平成22年6月・10月に予定。

表3　「わたしの手帳」の改訂

1　「わたしの手帳」の改訂について

(1) 患者会等へのヒアリングの実施

○和みの会，乳癌疾患患者の会のぞみの会，乳癌患者友の会きららの関係者に対してヒアリングを行った。

(2) 改訂内容

P	意　見	改　訂　（案）	改訂時期 ●H 21 ○H 22
1	・周術期治療施設は，どのような施設かがわからない。	周術期治療施設（手術を受けた施設）	●
3	・フォローアップ施設は，どのような施設かがわからない。	フォローアップ施設（化学療法・放射線療法・定期検査・療養支援）	●
	・患者が相談できる場所の電話番号を記載する必要がある。最後のページを見なければわからないようになっている。	37 ページに掲載していることを記載。	●
8	・センチネルリンパ節切除術を受けた方もリンパ浮腫になることを記載したほうが良い。	要検討	○
	・リンパ浮腫は，ならないことが大切で，予防が重要なことを記載する必要がある。	「毎日の生活の中で，予防に気をつけましょう」	●
	・気圧の変化やサウナ，日焼け，乾燥など皮膚の変化にも留意する必要があることの記載も必要。	記載内容を要検討	○
	・「手術しない方」または「した方」の腕は，乳癌の手術でリンパ節切除をした場合のことなのか具体的に記載したほうが良い。	要検討	○
9	・内分泌療法は，ホルモン療法のほうがわかりやすい。 ・変更する予定の表は，漢字が多い。	「ホルモン療法」に変更。	●
	・ER（エストロゲン受容体），PgR（プロゲステロン受容体）など記号の意味を記載する必要がある。	表下に記載。	●
	・トキソプラズマズは，商品名のハーセプチンのほうが患者にはなじみがある。	ハーセプチンに変更。	●
10	術後の化学療法だけでなく，術前の化学療法をする人もいるため，術前の病理検査結果が記載できると良い。	術前の化学療法は，術後と同様の内容で記載欄を作成することについて要検討	○
	HER2，ハーセプチン，エストロゲン受容体，プロゲステロン受容体など用語が難しいため解説が必要。	用語集は，説明文も医学用語となるため要検討	○
11	「リンパ管にがんが入っている程度」は，どのような検査か	（Ly 因子）と追記することについて，検討	○
	血管にがんが入っている程度とは，どのような検査か	（v 因子）と追記することについて，検討	○
	Ki67 とはなにか	（腫瘍細胞の増殖を評価）を記載	●
13	・自己視触診の記載欄に「乳頭からの分泌物」を記入できる欄があると良い。	※「乳頭からの分泌物」の欄を設けることについては，要検討	●
	・自己視触診の記載欄は，手術側記載欄は，空白にするとどうか。全部切除している者は，確認する内容も異なってくる。	※手術側記載欄は，自由記載欄を設ける	●
	・「気になる項目をチェックし医師に相談しましょう」ではなく，「症状があれば，すぐ受診すること」を留意事項として記入できないか。	「気になる症状があれば，受診して医師に相談しましょう。」に変更	●
	・「その他気になる症状」の症状を記載する欄を設けて，経過が記載できるようにする。	自由に記入する欄を設ける	●
	・腫瘍マーカーの基準値の記載が欲しい。	基準値の記載は，施設で異なるため，要検討	○
	・採血結果の枠が小さくないか。	要検討	○
37	・拠点病院の患者相談の表に患者サロンの有無についても記載して欲しい。	全ての拠点病院において，患者サロンが開催されているため，特に記載しない	●
	・がんネットに掲載している乳癌患者会の情報が掲載できないか。	「広島がんネット」の紹介を記載。 患者会の情報の掲載は，来年度に検討	● ○

3　今後の改訂について

・平成 21 年度は，一部改訂（○部分）を行い，3,000 部　印刷予定。

・平成 22 年度も継続して改訂（●の部分）について検討を行い，最終版を作成する。

参考資料1　広島乳がん医療専門医育成研修実行委員会
平成22年3月4日　資料

広島乳がん専門医育成研修のコンセプト（案）

1　事業目標

この研修プログラムでは，県内及び県外の乳腺専門施設との連携により日本乳癌学会乳腺専門医（又は認定医）資格の取得を支援する。

2　研修のコンセプト

区分	スペシャリスト	サブスペシャリスト
到達目標	○日本乳癌学会　乳腺専門医 ○がん薬物療法専門医	○日本乳癌学会　乳腺認定医
資格習得に必要な要件	○日本乳癌学会　乳腺認定医 ○基本的領域診療科の専門医 （外科，内科，産婦人科，放射線診断，放射線治療）	○日本乳癌学会に４年以上継続加入
	○精中委 MMG 読影資格取得（B1 判定以上） ○NPO 日本乳腺甲状腺超音波診断会議 超音波診断資格（B1 判定以上）	○精中委 MMG 読影資格取得（B1 判定以上） ○NPO 日本乳腺甲状腺超音波診断会議 超音波診断資格（B1 判定以上）
対象者	○乳腺専門医の資格取得を希望する者 （医師免許取得後，５年以上）	○乳腺認定医の資格取得を希望する者※ （医師免許取得後，５年以上） ※県内医療機関に従事する者
募集規定	研修終了後，県内の医療機関において乳腺診療に従事する者を優先的に選定	研修終了後も県内医療機関に従事する者
研修内容	（必須の内容） ○認定（又は関連）施設において１００例以上の乳癌症例の診療を経験	（必須の内容） ○認定（又は関連）施設において４０例以上の乳癌症例の診療を経験
基礎研修	○一般的内容 （乳腺診断，外科療法，薬物療法） ・広島大学病院 ・岡山大学病院	○一般的内容
専門研修	①外科療法 ・広島大学病院 ・広島市民病院 ・安佐市民病院　等	①～④の専門的分野を選択。※認定（関連）施設において通算2年以上研修。 【参考資料6　乳腺認定医カリキュラム参照】
	②薬物療法 ・国立がんセンター（東京都） ・癌研究会有明病院（東京都） ・埼玉県立がんセンター（埼玉県）等	①　外科 ②　産婦人科
	③病理診断 ・広島大学病院 ・岡山大学病院　等	③　内科
	④検診画像診断 ・原対協健康管理センター ・広島県健康福祉センター ・アルパーク検診クリニック ・亀田総合病院（千葉県）　等	④　放射線診断 ⑤　放射線治療
	⑤放射線治療 ・広島大学病院 ・岡山大学病院	
	⑥緩和医療 ・広島大学病院 ・県立広島病院	
研究	広島大学が支援	広島大学が支援

表5　第5回広島マンモグラフィ講習会実績

1．開催日
平成22年3月6日(土)～7日(日)

2．会　場
広島大学医学部

3．受講者
【読影部門】 会場番号　06　　49名
【技術部門】 会場番号　47　　45名

4．試験結果
【読影部門】

B-1（21名）	B-2（2名）	合格	23名（47%）
C　（14名）	D　（12名）		26名（53%）

【技術部門】

A（18名）	B-1（10名）	B-2（4名）	合格	32名（71%）
C（9名）	D　（4名）			13名（29%）

表６　広島県がん対策推進計画の目標達成に向けた平成 22 年度の取組

現状・課題

●医療インフラの整備や医療機関個々の取組は優れているが，そのポテンシャルを活かすための連携は不十分（連携による高度医療の提供が可能）

●「がん対策基本法（H19.4.1）」や，国の「がん対策推進基本計画」の目標達成に向けた更なる取組が必要

【現状（これまでの取組）】
・地域がん登録体制の整備
・「広島県緩和ケア支援ｾﾝﾀｰ」の整備（H16）
・県立広島病院への臨床腫瘍科開設（H18）
・がん診療連携拠点病院の指定（H18）　等

県の取組み

●「がん対策推進計画」策定
（H20.3）

《全体目標》

○量的には…
⇒５年間で，７５歳未満の年齢調整死亡率を１０％減少

○質的には…
⇒すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上

（計画期間：平成２０～２４年度）

具体的な行動計画

●「アクションプラン」作成
（H21.10）

がん対策の【６つの柱】
１　がん予防
２　がん検診
３　がん医療
４　緩和ケア
５　情報提供・相談支援
６　がん登録

行政・医療機関・各種団体・職域（企業）・県民等，それぞれが計画推進の主体として，重点的に取り組むべき『行動計画』

具体的な取組へ

視点	主な事業内容
総合的ながん対策の推進	**◇「がん対策推進計画」進行管理事業　１，８８８千円** 「広島県がん対策推進計画」や「アクションプラン」に基づき実施する取組等に関し，「広島県がん対策推進協議会」及び各部会において，評価，進行状況の管理を行い，がん対策を推進する。 **◆ 「がん対策プロジェクトチーム」の設置【新規】** 健康福祉局に「がん対策プロジェクトチーム」を設置し，「がん対策日本一」に向けた総合的な施策を展開する。
①がん予防	**◇ げんき!健康!ひろしま県キャンペーン事業　６，０７８千円** 地域，企業，家庭などで，健康づくりの取組が推進されるよう，ひろしま健康づくり県民運動による機運醸成や環境づくりを推進する。 **◆ 肝炎対策事業　６，０３４千円** 県民への普及啓発・相談対応や肝疾患診療支援ネットワーク体制の整備。 **◆ 肝炎ウイルス検査・治療費助成事業【拡充】　８２８，４２９千円** 肝炎ウイルス持続感染者の早期発見・早期治療のため，肝炎ウイルス検査や抗ウイルス治療を公費助成。
②がん検診	**◆ がん検診受診率向上重点化事業【拡充】５，８０６千円** 職域（民間企業等）におけるがん検診の調査結果を踏まえ，民間と連携して，普及啓発に取り組む。 **(拡) がん検診キャンペーン等の実施** **「がん検診へ行こうよキャンペーン実行委員会（仮称）」の設置** （保険者団体，商工団体，医療関係団体，市町等で構成） ○普及啓発に関する取組の検討評価 ○がん検診へ行こうよキャンペーン事業の企画・運営等 **職場や地域における受診啓発等の実施** 乳がん検診等啓発，出前講座 関係機関・団体の協力の協力を得ながら，各種の普及啓発事業を効果的に実施する。 【推進体制（案）】 県（健康福祉局）／がん対策プロジェクトチーム ⇔ 【ひろしま健康づくり県民運動推進会議】 がん検診へ行こうよｷｬﾝﾍﾟｰﾝ推進会議（仮称） ○ 協力機関・団体で構成 ・協定締結機関・団体（より積極的な取組の実施） ・その他の機関・団体（可能な範囲での協力） ⇔ 連携 がん検診推進部会 次の事項に関する施策の方針決定 ○がん検診の受診率の向上 ○がん検診の精度向上と均てん化 **◆ がん検診強化プロジェクト事業【拡充】２，５９２千円** 検診精度管理研修会の実施や，検診実績のインターネットでの情報提供等により，県民が精度の高い検診を受診できる体制づくりに取り組む。 **(拡) 市町・検診機関への精度管理研修会の実施**

視点	主な事業内容
③がん医療	**◆ 乳がん総合対策プロジェクト事業【一部拡充】１０，２３０千円** 10年後の乳がん死亡率が全国で最も低い県を目指し，「早く見つけて，しっかり治す」を基本に，県民，医療機関等が協力して乳がん対策に取り組む。 **◆ 肺がんネットワーク構築推進事業【新規】８０４千円** 肺がん医療ネットワークの構築に向け，CT検診の技術水準向上に関する研修プログラムの検討に取り組む。 **◆ がん診療連携拠点病院機能強化事業【拡充】１１２，０００千円** がん診療連携拠点病院の運営費を補助し，診療機能や患者・家族への相談支援機能を強化する。 **(拡) がん診療連携拠点病院の拡大（１０病院⇒１１病院）** **◆ 地域医療再生事業（一部）【新規】２，６００千円** 「高精度放射線治療センター（仮称）」の具体化に向け，運営計画等の検討に取り組む。 **◆ 医療施設整備費補助金【新規】８２，５０３千円** がん診療病院の施設整備費を補助し，がん診療施設の整備を推進する。 **◇ 人材育成の支援** ■ 魅力ある臨床研修プログラム構築支援事業　１，３５０千円 複数の医療機関の連携によって乳がんの専門医の育成を図る研修システムの構築を支援する。 ■ がん看護エキスパートナース育成支援事業　５，２０１千円 がん診療連携拠点病院におけるがん認定看護師の養成を支援する。
④緩和ケア	**◆ 地域緩和ケア推進総合対策事業【新規】５，４３４千円** 地域における在宅緩和ケア体制の構築を推進するため，介護施設等の職員への研修を実施するとともに，市町主催の講演会の開催などを支援する。 **◆ 緩和ケア支援室運営事業【拡充】１６，５５０千円** 緩和ケアの推進拠点として，地域の医療従事者等への研修や指導などにより，がん患者が住み慣れた地域で療養できる体制づくりに取り組む。
⑤情報提供・相談支援	**◇ がん患者・家族支援事業　３，０００千円** がん患者等の不安や悩みに対して，同じがん経験者の立場からアドバイスなどを行う，がん患者等が主体となった相談支援体制の構築を支援する。 **◆ 乳がん総合対策プロジェクト事業【再掲・新規】　１，５７０千円** 「広島がんネット」の運用，がんに関する冊子の作成・配布等により，すべてのがん患者ががんに関する正しい情報を等しく入手できる環境を整備する。
⑥がん登録	**◇ 地域がん登録システム推進事業　２４，６６２千円** ・効果的ながん対策に資するため，県内の医療機関からがん患者の退院時の情報を収集・解析し，がん患者の実態を把握する。 ・県医師会が実施している「腫瘍登録」と地域がん登録のデータ共有化により，がんの予防及び適切な治療を総合的に実施できる体制の推進を図る。

表７　『広島乳がん医療ネットワーク』の今後の取組について（案）

検討テーマ		個別整理・検討項目	担当委員
検診の精度向上	検診・精検用地域連携パスの活用	○　検診・精検用地域連携パスの普及 （検診・精検用地域連携パスの普及内容の作成）	宇田委員 川野委員
	検診結果・精密検査結果報告様式の標準化	○　検診結果報告書等の標準化に向けた検討 （医療施設用　検診施設⇒精検施設，精検施設⇒検診施設 精密検査施設⇒周術期施設 受診者用（検診施設⇒受診者）：検診・精検手帳の作成）	
	検診データの収集・評価システムの構築	○　収集した検診実績データの評価についての検討 ○「広島乳がん医療ネットワーク」の実績報告書案の改訂案の作成	三好委員 片岡委員
医療の均てん化・質の向上	診療情報の収集・検証	○　治療報告書・紹介状の標準化の検討 ○「広島乳がん医療ネットワーク」の基準の改正案の作成	久松委員 筒井委員 中光委員
役割分担・機能連携	地域連携パスの活用	○　わたしの手帳の最終版の検討・作成【第２回】	香川委員 高橋委員
		○　地域連携パス講習会・研修会の実施【第１回】 （周術期医療機関とフォローアップ医療機関の地域連携パス講習会の場所・方法の検討）	角舎委員 加藤委員 倉西委員
人材育成	専門人材の計画的育成	○　検診従事者及び乳腺専門医等人材育成に係る研修体制案の作成 （※乳がん専門医育成研修実行委員会と連携して行う）	村上委員 越智委員

表8　平成21年　実績報告　集計結果

○実績報告データ：平成 21 年 1 月～ 12 月末

1　マンモグラフィによる検診　全施設（③～⑦は医療機関により入力されていない箇所がある）

年齢区分	①受診者数合計（人）	②要精検者数（人）	③要精検率（%）	④精検把握数（人）	精検把握結果（人）		
					⑤乳がん	⑥良性	⑦異常なし
計	100,162	7,985	8.0%	4,764	227	2,146	2,376
40 歳以上	88,237	7,018	8.0%	4,177	220	1,871	2,072

40 歳以上女性人口　851,076人
40 歳以上受診率　10.4%

2　マンモグラフィによる検診　全数入力した 40 施設の調査票のみ集計

年齢区分	①受診者数合計（人）	②要精検者数（人）	③要精検率（%）	④精検把握者数（人）	精検受診結果（人）			全て入力できた施設のみの統計		
					⑤乳がん	⑥良性	⑦異常なし	精検受診率	陽性反応的中度	がん発見率
～29 歳	739	61	8.25%	60	0	23	39	98.4%	0.0%	0.00%
30～39 歳	6,434	601	9.34%	540	7	252	262	89.9%	1.3%	0.11%
40～49 歳	21,710	2,242	10.33%	1,649	60	798	747	73.6%	3.6%	0.28%
50～59 歳	20,597	1,763	8.56%	1,226	64	515	615	69.5%	5.2%	0.31%
60～69 歳	18,643	1,209	6.49%	961	61	385	496	79.5%	6.3%	0.33%
70 歳～	8,990	507	5.64%	428	34	173	208	84.4%	7.9%	0.38%
計	77,113	6,383	8.28%	4,864	226	2,146	2,367	76.2%	4.6%	0.29%

3　超音波による検診　全数入力した 40 施設の調査票のみ集計

年齢区分	①受診者数合計（人）	②要精検者数（人）	③要精検率（%）	④精検把握者数（人）	精検受診結果（人）			全て入力できた施設のみの統計		
					⑤乳がん	⑥良性	⑦異常なし	精検受診率	陽性反応的中度	がん発見率
～29 歳	1,057	34	3.22%	21	0	11	10	61.8%	0.0%	0.00%
30～39 歳	3,019	131	4.34%	45	2	34	8	34.4%	4.4%	0.07%
40～49 歳	667	49	7.35%	19	1	15	4	38.8%	5.3%	0.15%
50～59 歳	469	26	5.54%	14	2	10	2	53.8%	14.3%	0.43%
60～69 歳	150	10	6.67%	8	1	4	3	80.0%	12.5%	0.67%
70 歳～	16	2	12.50%	1	0	1	0	50.0%	0.0%	0.00%
計	5,378	252	4.69%	108	6	75	27	42.9%	5.6%	0.11%

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	井内　康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	有田　健一	広島県医師会
	岡田　守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	迫井　正深	広島県健康福祉局（～平成 21 年 10 月）
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局（平成 21 年 10 月～）
	高杉　敬久	広島県医師会
	臺丸　尚子	広島市健康福祉局保健部
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	永田　　靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	楢原　啓之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜垣　健二	広島市民病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	本家　好文	広島県緩和ケア支援センター

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会
乳がん医療連携推進 WG

WG長	檜垣　健二	広島市民病院
委　員	有田　健一	広島県医師会
	井内　康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	宇田　憲司	うだ胃腸科内科外科クリニック
	大谷　千晶	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	越智　　誠	市立三次中央病院
	香川　直樹	香川乳腺クリニック
	片岡　　健	広島大学大学院保健学研究科
	加藤　大典	呉医療センター
	角舎　学行	県立広島病院
	川野　　亮	かわの医院
	倉西　文仁	厚生連尾道総合病院
	迫井　正深	広島県健康福祉局（～平成 21 年 10 月）
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局（平成 21 年 10 月～）
	高杉　敬久	広島県医師会
	高橋　　護	独）労働者健康福祉機構中国労災病院
	筒井　信一	広島赤十字・原爆病院
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	中光　篤志	厚生連廣島総合病院
	久松　和史	広島市立安佐市民病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	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

がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進 WG

目　　次

がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進 WG 報告書

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

Ⅰ. は　じ　め　に

Ⅱ. 肺がん医療連携体制の推進
にかかる取組状況

Ⅲ. 肺がん医療連携体制の構築

Ⅳ. 今　後　の　展　望

がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進 WG

（平成 21 年度）

がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進 WG 報告書

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会 肺がん医療連携推進ＷＧ
ＷＧ長　岡田　守人

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

Ⅰ．は　じ　め　に

広島県では昭和 54 年からがんが死因の第一位となり，平成 19 年には総死亡者数の約 3 割，年間約 7 千 7 百人ががんで亡くなっている。厚生労働省研究班の推計によると，生涯のうちにがんに罹患する可能性は男性では 2 人に 1 人，女性では 3 人に 1 人とされている。本委員会では，県民のがんによる死亡率の減少を図ることを目的として，平成 20 年 3 月に広島県が策定した「広島県がん対策推進計画」の中で，がん医療推進方策の 1 つの柱とされた「がん医療連携体制の構築」を中心として検討を行った。

Ⅱ．肺がん医療連携体制の推進にかかる取組状況

広島県では，県民への切れ目ない良質な医療の提供を目的として，平成 19 年度から，4 疾病（がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病），5 事業（救急医療，災害医療，へき地医療，周産期医療，小児（救急）医療）に関する医療連携体制の構築に向けた取組を段階的に進めている。この中で「がん」に関しては，5 大がん（胃がん，肺がん，大腸がん，肝がん，乳がん）をそれぞれ個別に医療連携体制を構築する試みを行った。中でも“罹患率が年々増加し，他のがんに比して 60 歳未満の若年層で死亡割合が高い”などの理由から，「乳がん」を先行モデルとした取組が行われてきた。その結果，乳がんの医療機関を「検診」，「精密診断」，「周術期治療」および「フォローアップ」の 4 つに分け，各プロセス別に医療機関が有すべき厳しい機能基準を定めた。この基準を満たす医療施設がネットワークに参画することによって，質の高い医療が提供できる仕組みを構築し，各プロセス間の医療施設をつなぐ「地域連携パス（診療計画）」の運用により，「検診」から「フォローアップ」までの医療施設の連携に基づく切れ目ない良質な医療の提供が可能となるものと考えられる。その成果を踏まえ，昨年度からはがんの中でも死亡率が最も高い「肺がん」について，専門委員会において検討を開始した。

Ⅲ．肺がん医療連携体制の構築

肺がんは，胃がんや大腸がんと比べて罹患率は低いものの，死亡率は最も高い。また肺がんはその診断，治療に関して，放射線科，呼吸器内科，呼吸器外科，病理の専門的かつ総合的な関与が不可欠であり，実際には肺がん医療の施設間・地域間格差が存在する。そのため各医療機関の正確な機能評価とそれに基づく役割分担構築の重要性はきわめて高いと考えられる。肺がんは乳がんと異なり，精密検査（確定診断）と周術期治療を行う施設では同等レベルの機能が要求され，実態的にも同一施設で実施されることから，このプロセスは一体のものとして扱い精密検査・周術期治療が可能な施設（診断治療施設）として分類した。そこで肺がんについては各医療機関を，①検診・検査施設，②診断治療施設，③高度診断治療施設，④術後治療・経過観察施設の 4 つに分類することとし，それぞれに各学会の定める資格保有者の有無や，肺がん診療に関する具体的な数値設定を含む機能基準を定めた。更にこの基準を満たす医療機関をアンケート調査に基づく厳格な審査の元に選定した。今後，広島県のホームページに掲載することにより広く県民に公表する予定である。

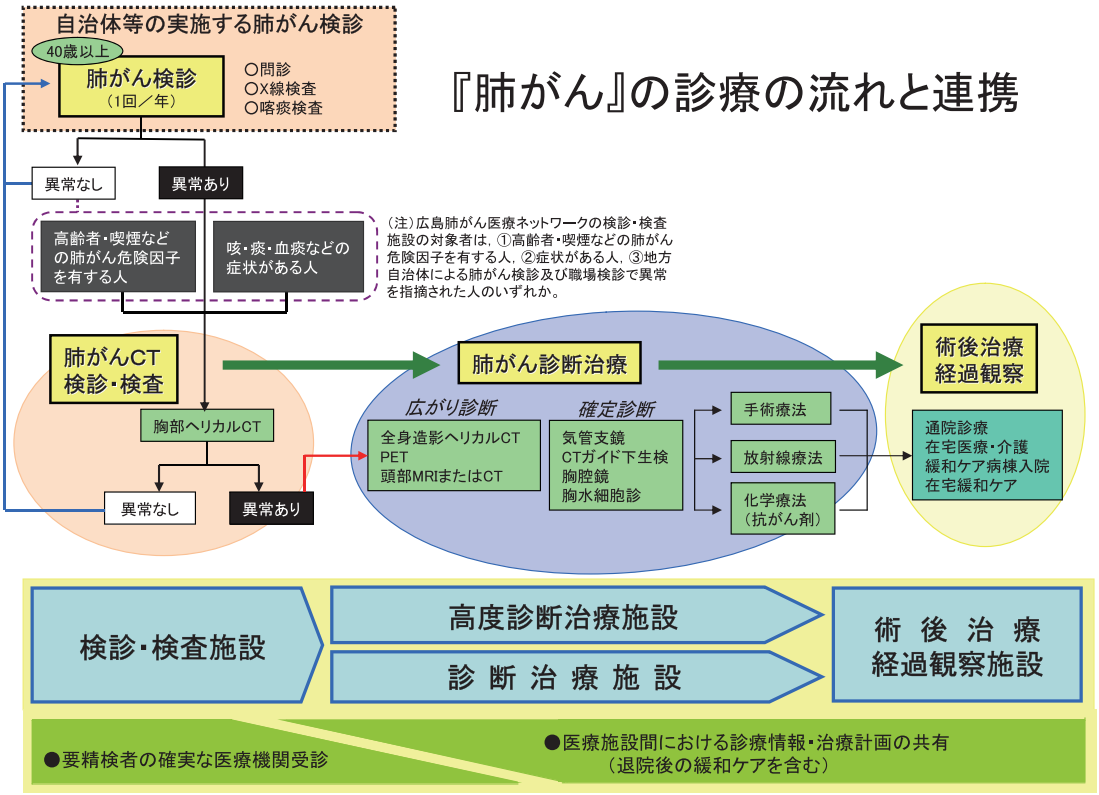


図１　『肺がん』の診療の流れと連携

１　肺がん診療の流れと連携（図１）

広島肺がん医療ネットワークの検診・検査施設の対象者は，①高齢者・喫煙などの肺がん危険因子を有する人，②咳・痰・血痰などの症状がある人，③地方自治体による肺がん検診および職場検診で異常を指摘された人のいずれかに定めた。そのような対象者がまず検診・検査施設を受診しヘリカル CT 検査を受け，そこで異常がありと診断された人が肺がんの診断治療に進む。そこでは各種画像診断に基づく肺がんの広がり診断，病理による確定診断がなされ，その結果により得られた病期や全身状態によって手術療法，放射線療法，化学療法が選択される。このプロセスは患者の病態により非常に専門的かつ複雑で，時に手術療法，放射線療法，化学療法を組み合わせた集学的治療が必要となる。そのため本委員会では肺がんの診断治療施設を通常の診断治療施設と，より高度の集学的治療に対応できる高度診断治療施設に分類した。更に治療終了後の通院診療，在宅医療・介護，緩和ケア病棟入院，在宅緩和ケアなどを行う術後治療・経過観察施設を定めた。この４つのプロセスが可能な限り地域（二次保健医療圏）ごとにネットワークとして構築できることに留意した（図１）。

２　医療機能の施設基準（参考資料１）

1）　検診・検査施設

従来の自治体などが実施する対策型検診で採用されている胸部レントゲン検査では肺がんの早期発見には限界があるが，対策型検診としての CT 検診の有効性は検証されていない。そこで広島肺がん医療連携ネットワークの定める検診・検査施設は任意型としてヘリカル CT が行える施設と定め，その対象者を肺がん危険因子や症状を有する人，対策型の肺がん検診で異常を指摘された人とした。さらに「可及的低線量（ALARA: As Low As Reasonably Achievable）の CT 検診・検査が実践できること」を施設基準とした。ヘリカル CT 検査は委託可能としたが，一定資格を有する読影医が常勤している，もしくは読影を委託していることを条件とした。

2）　診断治療施設

精密検査（確定診断）と周術期治療（手術療法，放射線療法，化学療法）を同時に行うことができる施設を選定した。年間の原発性肺がん入院患者数，年間の気管支鏡検査実施数の最低基準を定め，各学会の定める資格保有者の常勤および非常勤を規定した。病理診断は外部委託を容認し，放射線療法については連携での対応可とした。

3)　高度診断治療施設

診断治療施設の機能をさらに高め，より高度な診断，集学的治療に対応できる高度診断治療施設を設定した。年間の原発性肺がん手術患者数，年間の気管支鏡検査実施数の最低基準を定め，各学会の定める資格保有者の常勤を必須とした。病理診断，放射線療法についても施設内での対応可能であることを施設基準とした

4)　術後治療・経過観察施設

肺がん治療について，診断治療施設および高度診断治療施設と診療情報や治療計画を共有するなど連携していることを条件とした。

3　広島肺がん医療ネットワークの医療機関選定（参考資料２）

上記施設基準に基づき，「広島肺がん医療ネットワーク構成施設群に関する機能調査票」を平成 22 年２月に各医療機関に送付した。施設基準の数値設定に関しては参考資料の提出を求めた（年間の原発性肺がん入院患者数：入院患者数として計上した「患者イニシャル」,「患者 ID 一覧」の添付，年間の気管支鏡検査実施数：該当する検査の「気管支鏡検査レポート」写しの添付，年間の原発性肺がん手術患者数：手術記録の表紙（実施日 , 患者 ID が同定できるページ）の写しと，その症例の病理報告用紙の写しの添付)。回答を得られた施設を本委員会で厳格に審査し，参考資料２の如く広島肺がん医療ネットワークの医療機関が確定した。

Ⅳ．今後の展望

肺がん医療連携体制検討スケジュール（図２）

来年度は今年度作成した肺がんの医療連携参画施設の間をつなぐ「地域連携クリティカルパス」の作成，運用により，「検診・検査」から「術後治療・経過観察」までの，医療施設の連携に基づく切れ目ない良質な医療の提供を目指す。また必要に応じ施設群ごとの機能の見直しを行い，年度末には施設更新を行う。さらに画像読影研修会の開催など，肺がん診断治療に携わる人材の計画的育成を図り，また医療施設群間の医療水準の均てん化の推進（合同カンファレンス，専門医の派遣・相互交流など）をしていきたいと考える（図２）。

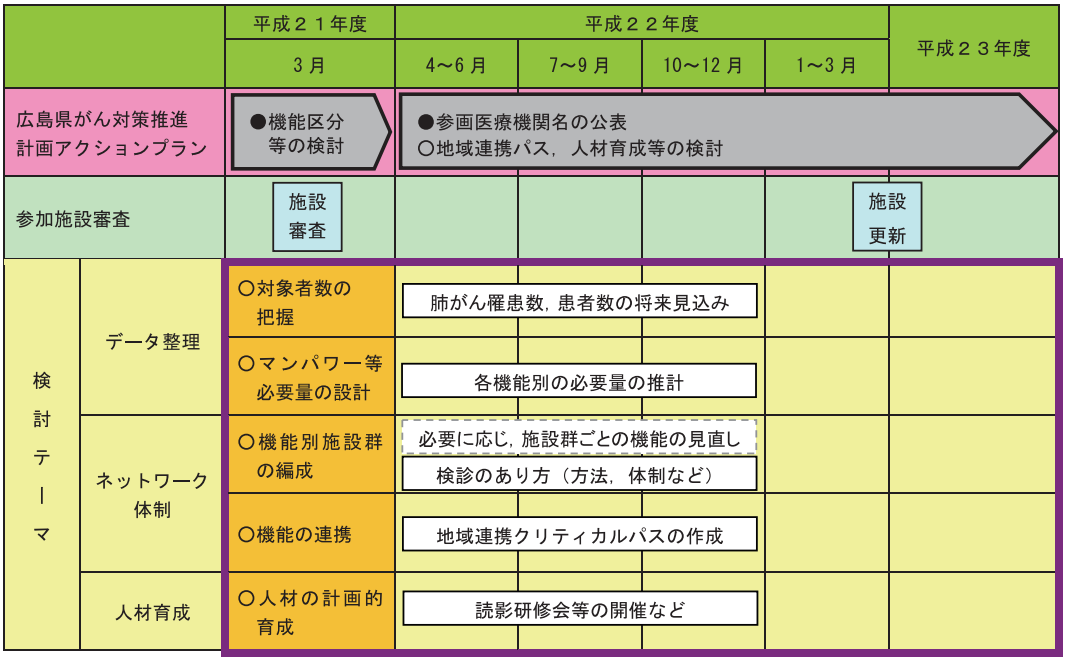


図２　肺がん医療連携体制検討スケジュール

（参考資料１）医療機能の施設基準

肺がんの医療体制

	【検診・検査】 広島肺がん医療ネットワーク 検診・検査施設	【診断治療】 広島肺がん医療ネットワーク 診断治療施設	【高度診断治療】 広島肺がん医療ネットワーク 高度診断治療施設	【術後治療・経過観察】 広島肺がん医療ネットワーク フォローアップ治療施設
機能	**肺がんの検診・検査機能**	**肺がんの確定診断，治療法の選択，治療機能**	**肺がんの総合診断，集学的治療機能**	**肺がんの術後治療，経過観察機能**
目標	●肺がんの可及的早期段階での診断を実施すること	●精密検査や確定診断を実施すること ●治療法を適切に選択し，治療を実施すること	●高度な診断，治療を実施すること	●肺がん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを実施すること
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる①，②のいずれかを満たし，かつ③以下の事項を全て満たしていること。 ①　ヘリカルＣＴ装置を有し，かつ肺がん診療について一定資格（＊）を有する読影医が常勤している，もしくは読影を委託していること。 ②　肺がん診療について一定資格（＊）を有する医師が常勤しており，上記①施設にＣＴ検査を委託可能であること。 ③　可及的低線量（ALARA: As Low As Reasonably Achievable）のＣＴ検診・検査が実践できること（外部委託実施を含む）。 ④　自施設あるいは委託施設のＣＴ検診・検査の被曝線量の把握ができること。 ⑤　ＣＴを受けることのリスク・ベネフィットを説明できること。 ⑥　検診・検査受診者数と結果について定期的に報告（公開）することができること ＊　日本呼吸器学会専門医，日本医学放射線学会専門医又は日本呼吸器外科専門医合同委員会専門医 （注意）広島肺がん医療ネットワークの検診・検査施設の対象者は，①高齢者・喫煙などの肺がん危険因子を有する人，②症状がある人，③地方自治体による肺がん検診及び職場検診で異常を指摘された人のいずれかである。	○次に掲げる事項を全て満たしていること。ただし，一般的機能の④について，平成２４年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 【一般的機能】 ①　検診機関への精密検査結果のフィードバック等を実施し，がん検診の精度管理に協力すること。 ②　高度診断治療施設，フォローアップ施設と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。 ③　地域がん登録を実施していること。 ④　がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ⑤　年間の原発性肺がん入院患者数が，５０人以上であること（重複を除く）。 ⑥　年間の気管支鏡検査実施数が，２０例以上であること。 ⑦　日本呼吸器学会専門医が常勤しており，かつ，日本医学放射線学会専門医，日本放射線腫瘍学会認定医又は呼吸器外科専門医合同委員会専門医のいずれかが勤務（常勤又は非常勤）していること。 【診断機能】 ①　病期診断の方法として，ヘリカルＣＴ検査，ＭＲＩ検査，超音波検査が実施できること ②　組織若しくは細胞診断の方法として，喀痰細胞診，経気管支的採取，経皮的採取，胸腔鏡下生検及び開胸生検が実施できること（胸腔鏡下生検及び開胸生検は外部委託実施を含む）。 ③　病理診断が実施できること（外部委託実施を含む）。 【治療機能】 ①　放射線療法及び化学療法による治療が実施できること（放射線治療については連携での対応可）。 ②　外来化学療法加算届出受理医療機関であること。 ③　専門的な緩和ケアチームを配置していること。	○次に挙げる事項を全て満たしていること。ただし，一般的機能の⑥について，平成２４年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 【一般的機能】 ①　セカンドオピニオン外来を設置していること。 ②　検診機関への精密検査結果のフィードバック等を実施し，がん検診の精度管理に協力すること。 ③　他の診断治療施設，フォローアップ施設と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。 ④　院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する相談支援センターを整備していること。 ⑤　地域がん登録を実施していること。 ⑥　がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ⑦　年間の原発性肺がん手術件数が，４０例以上であること。 ⑧　年間の気管支鏡検査実施数が，１００例以上であること。 ⑨　日本呼吸器学会専門医，日本医学放射線学会専門医，日本放射線腫瘍学会認定医，呼吸器外科専門医合同委員会専門医，日本病理学会専門医及び臨床腫瘍学会会員がすべて常勤していること。 【診断機能】 ①　病期診断の方法として，ヘリカルＣＴ検査，ＭＲＩ検査，超音波検査が実施できること。 ②　組織若しくは細胞診断の方法として，喀痰細胞診，経気管支的採取，経皮的採取，胸腔鏡下生検及び開胸生検が実施でき，かつ病理医が常勤していること。 ③　術中迅速病理診断が可能であること。 【治療機能】 ①　放射線治療装置を有すること。 ②　手術療法，放射線療法及び化学療法による集学的治療が実施できること。 ③　外来化学療法加算届出受理医療機関であること。 ④　専門的な緩和ケアチームを配置していること。	○次に挙げる事項を全て満たしていること。ただし，②について，平成２４年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 ①　肺がん診療について，診断治療施設及び高度診断治療施設と診療情報や治療計画を共有するなど連携（＊）していること。 ②　がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ＊　診断治療施設及び高度診断治療施設が，肺がんに関する地域連携パスを整備している場合は，それを用いて術後治療・経過観察を実施すること。
連携	●要精検者の確実な医療機関受診	●医療施設間における診療情報・治療計画の共有（退院後の緩和ケアを含む）		

（参考資料２）広島肺がん医療ネットワークの医療機関

〔広島県保健医療計画〕

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

【肺がん】

【検診・検査】広島肺がん医療ネットワーク　検診・検査施設

機能	**肺がんの検診・検査機能**
目標	**●肺がんの可及的早期段階での診断を実施すること**
医療機関等に求められる事項	**○次に掲げる①，②のいずれかを満たし，かつ③以下の事項を全て満たしていること。 ①　ヘリカルCT装置を有し，かつ肺がん診療について一定資格（＊）を有する読影医が常勤している，もしくは読影を委託していること。 ②　肺がん診療について一定資格（＊）を有する医師が常勤しており，上記①施設にCT検査を委託可能であること。 ③　可及的低線量（ALARA: As Low As Reasonably Achievable）のCT検診・検査が実践できること（外部委託実施を含む）。 ④　自施設あるいは委託施設のCT検診・検査の被曝線量の把握ができること。 ⑤　CTを受けることのリスク・ベネフィットを説明できること。 ⑥　検診・検査受診者数と結果について定期的に報告（公開）することができること ＊　日本呼吸器学会専門医，日本医学放射線学会専門医又は日本呼吸器外科専門医合同委員会専門医 （注意）広島肺がん医療ネットワークの検診・検査施設の対象者は，①高齢者・喫煙などの肺がん危険因子を有する人，②症状がある人，③地方自治体による肺がん検診及び職場検診で異常を指摘された人のいずれかである。**

〔肺がん：関係医療機関等一覧〕（検診・検査）

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	中区	病院	医療法人財団愛人会　河村病院
	中区	病院	国家公務員共済組合連合会　広島記念病院
	中区	病院	国家公務員共済組合連合会　吉島病院
	中区	病院	中国電力株式会社　中電病院
	中区	診療所	医療法人社団　瀬分内科
	中区	診療所	うさがわクリニック
	中区	診療所	大橋内科医院
	中区	診療所	折口内科医院
	中区	診療所	財団法人広島県環境保健協会　健康クリニック
	中区	診療所	西田内科医院
	中区	診療所	広島原爆障害対策協議会　健康管理増進センター
	東区	病院	医療法人社団輔仁会　太田川病院
	東区	病院	医療法人たかまさ会　山﨑病院
	東区	病院	広島鉄道病院
	東区	診療所	津谷内科呼吸器科クリニック
	南区	病院	医療法人慈徳会　真田病院
	南区	病院	医療法人社団　江島医院
	南区	病院	県立広島病院
	南区	診療所	あずまクリニック放射線科内科
	南区	診療所	医療法人社団大安会　だいどう内科
	南区	診療所	藤井循環器内科
	南区	診療所	まえだ内科呼吸器科
	西区	病院	医療法人光仁会　梶川病院
	安佐南区	病院	医療法人ﾒﾃﾞｨｶﾙﾊﾟｰｸ　野村病院
	安佐南区	病院	広島共立病院
	安佐南区	病院	広島市立安佐市民病院
	安芸区	診療所	医療法人社団たくみ会　きむらクリニック
	佐伯区	病院	五日市記念病院
	佐伯区	病院	医療法人社団一陽会　原田病院
	佐伯区	病院	生協さえき病院
	佐伯区	診療所	セントラルクリニック

〔広島県保健医療計画〕

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	府中町	病院	マツダ(株)　マツダ病院
	坂町	病院	済生会広島病院
	安芸太田町	病院	安芸太田病院
広島西	大竹市	診療所	医療法人社団新和会　大和橋医院
	廿日市市	病院	厚生連　廣島総合病院
呉	呉市	病院	医療法人社団永楽会　前田病院
	呉市	病院	呉共済病院
	呉市	病院	済生会呉病院
	呉市	病院	(独)国立病院機構　呉医療センター
	呉市	診療所	医療法人晃全会　大宇根内科呼吸器科ｸﾘﾆｯｸ
	江田島市	病院	医療法人社団仁風会　青木病院
広島中央	竹原市	診療所	桑原内科循環器科医院
	東広島市	病院	井野口病院
	東広島市	病院	木阪病院
	東広島市	病院	(独)国立病院機構　東広島医療センター
	東広島市	病院	東広島記念病院
	東広島市	病院	康成病院
	東広島市	診療所	下山記念クリニック
	大崎上島町	診療所	ときや内科
尾三	三原市	病院	医療法人杏仁会　松尾内科病院
	三原市	病院	医療法人宗斉会　須波宗斉会病院
	三原市	病院	社会医療法人里仁会　興生総合病院
	三原市	病院	三原市医師会病院
	三原市	病院	三原赤十字病院
	尾道市	病院	尾道市立市民病院
	尾道市	病院	厚生連　尾道総合病院
	尾道市	病院	松本病院
	尾道市	病院	山本病院
	尾道市	診療所	医療法人社団　砂田内科
	世羅町	病院	公立世羅中央病院
福山・府中	福山市	病院	井上病院
	福山市	病院	医療法人慈生会　前原病院
	福山市	病院	医療法人社団健照会　セオ病院
	福山市	病院	医療法人社団玄同会　小畠病院
	福山市	病院	医療法人蒼生会　楠本病院
	福山市	病院	医療法人社団沼南会　沼隈病院
	福山市	病院	公立学校共済組合　中国中央病院
	福山市	病院	(独)国立病院機構　福山医療センター
	福山市	病院	日本鋼管福山病院
	福山市	病院	福山市民病院
	福山市	診療所	いしおか医院
	福山市	診療所	医療法人社団修和会　池田医院
	府中市	病院	広島県厚生農業協同組合連合会　府中総合病院
	府中市	病院	府中市立　府中北市民病院
備北	三次市	病院	市立三次中央病院

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

【肺がん】

【診断治療】広島肺がん医療ネットワーク　診断治療施設

機能	肺がんの確定診断，治療法の選択，治療機能
目標	●精密検査や確定診断を実施すること ●治療法を適切に選択し，治療を実施すること
医療機関等に求められる事項	○次に掲げる事項を全て満たしていること。ただし，一般的機能の④について，平成24年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 【一般的機能】 ① 検診機関への精密検査結果のフィードバック等を実施し，がん検診の精度管理に協力すること。 ② 高度診断治療施設，フォローアップ施設と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。 ③ 地域がん登録を実施していること。 ④ がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ⑤ 年間の原発性肺がん入院患者数が，50人以上であること（重複を除く）。 ⑥ 年間の気管支鏡検査実施数が，20例以上であること。 ⑦ 日本呼吸器学会専門医が常勤しており，かつ，日本医学放射線学会専門医，日本放射線腫瘍学会認定医又は呼吸器外科専門医合同委員会専門医のいずれかが勤務（常勤又は非常勤）していること。 【診断機能】 ① 病期診断の方法として，ヘリカルCT検査，MRI検査，超音波検査が実施できること ② 組織若しくは細胞診断の方法として，喀痰細胞診，経気管支的採取，経皮的採取，胸腔鏡下生検及び開胸生検が実施できること（胸腔鏡下生検及び開胸生検は外部委託実施を含む）。 ③ 病理診断が実施できること（外部委託実施を含む）。 【治療機能】 ① 放射線療法及び化学療法による治療が実施できること（放射線治療については連携での対応可）。 ② 外来化学療法加算届出受理医療機関であること。 ③ 専門的な緩和ケアチームを配置していること。

〔肺がん：関係医療機関等一覧〕（診断治療）

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	中区	病院	国家公務員共済組合連合会　吉島病院
	東区	病院	広島鉄道病院
	南区	病院	県立広島病院
	安佐南区	病院	広島市立安佐市民病院
呉	呉市	病院	呉共済病院
	呉市	病院	（独）労働者健康福祉機構　中国労災病院
広島中央	東広島市	病院	（独）国立病院機構　東広島医療センター
尾三	三原市	病院	三原市医師会病院
	尾道市	病院	尾道市立市民病院
	尾道市	病院	厚生連　尾道総合病院
福山・府中	福山市	病院	（独）国立病院機構　福山医療センター
	福山市	病院	福山市民病院
備北	三次市	病院	市立三次中央病院

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

【肺がん】

【診断治療】広島肺がん医療ネットワーク　高度診断治療施設

機能	肺がんの総合診断，集学的治療機能
目標	●高度な診断，治療を実施すること
医療機関等に求められる事項	○次に挙げる事項を全て満たしていること。ただし，一般的機能の⑥について，平成24年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 【一般的機能】 ① セカンドオピニオン外来を設置していること。 ② 検診機関への精密検査結果のフィードバック等を実施し，がん検診の精度管理に協力すること。 ③ 他の診断治療施設，フォローアップ施設と診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。 ④ 院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する相談支援センターを整備していること。 ⑤ 地域がん登録を実施していること。 ⑥ がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ⑦ 年間の原発性肺がん手術件数が，40例以上であること。 ⑧ 年間の気管支鏡検査実施数が，100例以上であること。 ⑨ 日本呼吸器学会専門医，日本医学放射線学会専門医，日本放射線腫瘍学会認定医，呼吸器外科専門医合同委員会専門医，日本病理学会専門医及び臨床腫瘍学会会員がすべて常勤していること。 【診断機能】 ① 病期診断の方法として，ヘリカルCT検査，MRI検査，超音波検査が実施できること。 ② 組織若しくは細胞診断の方法として，喀痰細胞診，経気管支的採取，経皮的採取，胸腔鏡下生検及び開胸生検が実施でき，かつ病理医が常勤していること。 ③ 術中迅速病理診断が可能であること。 【治療機能】 ① 放射線治療装置を有すること。 ② 手術療法，放射線療法及び化学療法による集学的治療が実施できること。 ③ 外来化学療法加算届出受理医療機関であること。 ④ 専門的な緩和ケアチームを配置していること。

〔肺がん：関係医療機関等一覧〕（高度診断治療）

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	中区	病院	広島市立広島市民病院
	中区	病院	広島赤十字・原爆病院
	南区	病院	広島大学病院
広島西	廿日市市	病院	厚生連　廣島総合病院
呉	呉市	病院	(独)国立病院機構　呉医療センター
福山・府中	福山市	病院	公立学校共済組合　中国中央病院

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

【肺がん】

【診断治療】広島肺がん医療ネットワーク　術後治療・経過観察施設

機能	肺がんの術後治療・経過観察施設
目標	●肺がん治療を受けた患者に対する治療後のフォローアップを実施すること
医療機関等に求められる事項	○次に挙げる事項を全て満たしていること。ただし，②について，平成24年度末までに整備できるものについては，「暫定認定施設」として認定する。 ① 肺がん診療について，診断治療施設及び高度診断治療施設と診療情報や治療計画を共有するなど連携(＊)していること。 ② がん診療に従事する医師が，広島県がん対策推進計画に基づく「緩和ケア研修」を修了していること。 ＊ 診断治療施設及び高度診断治療施設が，肺がんに関する地域連携パスを整備している場合は，それを用いて術後治療・経過観察を実施すること。

〔肺がん：関係医療機関等一覧〕（術後治療・経過観察）

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	中区	病院	国家公務員共済組合連合会　吉島病院
	中区	診療所	医療法人社団　妹尾内科
	中区	診療所	医療法人社団　山下内科医院
	中区	診療所	医療法人医仁会　本通トータルヘルス内科クリニック
	中区	診療所	医療法人つかさ会　高橋メディカルクリニック
	中区	診療所	大橋内科医院
	中区	診療所	折口内科医院
	中区	診療所	梶山内科
	東区	病院	医療法人社団輔仁会　太田川病院
	東区	診療所	外科胃腸科いとう医院
	南区	病院	県立広島病院
	南区	病院	医療法人慈徳会　真田病院
	南区	診療所	医療法人社団　江島医院
	南区	診療所	医療法人社団　福原医院
	南区	診療所	医療法人俊和会　岡田クリニック
	南区	診療所	佐々木内科クリニック
	南区	診療所	田村医院
	南区	診療所	藤元内科ファミリークリニック
	西区	病院	医療法人和同会　広島パークヒル病院
	西区	診療所	落久保外科循環器科クリニック
	西区	診療所	小野内科循環器科医院
	西区	診療所	永田クリニック
	西区	診療所	山崎内科クリニック
	西区	診療所	わかばクリニック
	安佐南区	病院	医療法人みずの会　さんよう水野病院
	安佐南区	病院	医療法人ﾒﾃﾞｨｶﾙﾊﾟｰｸ　野村病院
	安佐南区	病院	広島共立病院
	安佐南区	診療所	安佐在宅診療クリニック
	安佐南区	診療所	和泉内科消化器医院
	安佐南区	診療所	医療法人社団追風会　大本内科医院
	安佐北区	診療所	高陽第一診療所
	安佐北区	診療所	中西内科
	安佐北区	診療所	西廻クリニック
	安芸区	診療所	あいクリニック
	安芸区	診療所	さなだ内科クリニック
	佐伯区	病院	医療法人社団一陽会　原田病院
	佐伯区	病院	生協さえき病院

〔広島県保健医療計画〕

（平成22年4月1日現在）
広島県健康福祉局医療政策課

二次保健医療圏	市町名	施設種別	施　設　名
広島	府中町	診療所	医療法人社団永慈会　永田内科医院
	坂町	病院	済生会広島病院
	安芸太田町	病院	安芸太田病院
	北広島町	病院	北広島町豊平病院
広島西	廿日市市	病院	厚生連　廣島総合病院
	廿日市市	診療所	えだひろ成人病クリニック
	廿日市市	診療所	じごぜんクリニック
	廿日市市	診療所	長谷川医院
呉	呉市	病院	医療法人社団永楽会　前田病院
	呉市	病院	呉共済病院
	呉市	病院	財団法人広島結核予防協会　住吉浜病院
	呉市	病院	(独)労働者健康福祉機構　中国労災病院
	呉市	診療所	医療法人　かわの内科胃腸科
	呉市	診療所	医療法人社団　石井外科診療所
	呉市	診療所	医療法人社団豊和会　豊田内科胃腸科
	呉市	診療所	医療法人晃全会　大宇根内科呼吸器科ｸﾘﾆｯｸ
	呉市	診療所	こたち胃腸科・内科医院
	呉市	診療所	佐々木内科・呼吸器科クリニック
	呉市	診療所	下原循環器内科クリニック
	呉市	診療所	谷口クリニック
	呉市	診療所	焼山中央内科クリニック
広島中央	東広島市	病院	康成病院
	東広島市	診療所	医療法人社団　藤原医院
	東広島市	診療所	医療法人社団　まきだクリニック
尾三	三原市	病院	三原市医師会病院
	三原市	病院	医療法人宗斉会　須波宗斉会病院
	三原市	診療所	かじやま内科循環器科
	尾道市	病院	厚生連　尾道総合病院
	尾道市	病院	松本病院
	尾道市	診療所	板阪内科小児科医院
	尾道市	診療所	医療法人社団　平櫛内科医院
	尾道市	診療所	医療法人社団　松本内科胃腸科医院
	尾道市	診療所	檀上医院
	尾道市	診療所	正岡クリニック
	尾道市	診療所	湯浅内科
	世羅町	病院	公立世羅中央病院
福山・府中	福山市	病院	医療法人慈生会　前原病院
	福山市	病院	医療法人社団健照会　セオ病院
	福山市	病院	医療法人蒼生会　楠本病院
	福山市	病院	医療法人社団沼南会　沼隈病院
	福山市	病院	公立学校共済組合　中国中央病院
	福山市	病院	寺岡記念病院
	福山市	病院	(独)国立病院機構　福山医療センター
	福山市	病院	福山市民病院
	福山市	診療所	有木医院
	福山市	診療所	いしおか医院
	福山市	診療所	医療法人　えきや外科クリニック
	福山市	診療所	医療法人　よしたかクリニック
	福山市	診療所	医療法人社団　清康会　宮地クリニック
	福山市	診療所	医療法人社団修和会　池田医院
	福山市	診療所	竹本内科循環器科
	福山市	診療所	福山市民病院附属神辺診療所
	福山市	診療所	ふじもり医院
	府中市	病院	府中市立　府中北市民病院
	神石高原町	病院	神石高原町立病院
備北	三次市	病院	市立三次中央病院
	三次市	診療所	医療法人社団　岡崎医院

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	井内　康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	有田　健一	広島県医師会
	岡田　守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	迫井　正深	広島県健康福祉局（～平成 21 年 10 月）
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局（平成 21 年 10 月～）
	高杉　敬久	広島県医師会
	臺丸　尚子	広島市健康福祉局保健部
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	永田　　靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	楢原　啓之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜垣　健二	広島市民病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	本家　好文	広島県緩和ケア支援センター

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会
肺がん医療連携推進 WG

WG長	岡田　守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
委　員	有田　健一	広島県医師会
	石田　照佳	広島赤十字・原爆病院
	井内　康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	大谷　千晶	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	大橋　信之	大橋内科医院
	奥崎　　健	三原市医師会病院
	川真田　修	尾道市立市民病院
	北口　聡一	県立広島病院
	倉岡　敏彦	国家公務員共済組合連合会吉島病院
	迫井　正深	広島県健康福祉局（～平成 21 年 10 月）
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局（平成 21 年 10 月～）
	妹尾　紀具	元広島市民病院
	高杉　敬久	広島県医師会
	津山　順子	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	永田　　靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	中野喜久雄	国立病院機構呉医療センター
	楢原　啓之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	服部　　登	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜谷　義美	広島県医師会
	堀口　　純	広島大学病院
	丸川　將臣	国立病院機構福山医療センター
	宮田　義浩	広島大学原爆放射線医科学研究所
	山下　芳典	国立病院機構呉医療センター
	和田崎晃一	県立広島病院

肝炎対策専門委員会

目　　次

広島県における肝炎対策の現況

はじめに

Ⅰ. 肝炎ウイルス検診

Ⅱ. インターフェロン（IFN）治療費
公費助成制度の実施状況

Ⅲ. 肝炎インターフェロン治療効果
判定報告書調査について

おわりに

肝炎対策専門委員会

（平成 21 年度）

広島県における肝炎対策の現況

広島県地域保健対策協議会 肝炎対策専門委員会
委員長　茶山　一彰

はじめに

本委員会は，前身である慢性肝疾患の疫学専門委員会が 1991 年度に設置されて以来，吉澤浩司前委員長の指揮の下，種々の対策が取られてきた。今年度からは委員長が交代し新しい体制に変わったが，これまでの本委員会の果たした役割を踏襲しながら，また年々変わりゆく新しい診断・治療法，行政サービスに対応しながら，適宜新たな肝炎対策を打ち出していきたい。

本年度は広島県における肝炎対策の現況について概説する。

Ⅰ．肝炎ウイルス検診

昨年までの報告にあるように，これまで本肝炎対策専門委員会で行った広島県独自の肝炎ウイルス検診（1992～2001 年度），老人保健法に基づく肝炎ウイルス検診（2002～2007 年度）の施行にもかかわらず，検診受診者数は，計 141,848 人（広島県独自 50,491 人，老人保健法 91,357 人）で，受診対象集団 324,335 人に対する検診受診率は 44％であった。また発見された HCV キャリア数は 6,497 人であり，広島県内に潜在すると推計される HCV キャリア数約 19,000 人に対して，約 1/3 しか発見されていない。このことは広島県のみならず，全国的に見られる傾向であった。そこで国の施策として，1）過去 5 年間にわたる老人保健法の肝炎ウイルス検診の期間中に受診の機会を逃した人，地域住民検診を受診し ALT 値の異常により要指導とされたものの肝炎ウイルスの検査は受けていない人，2008 年以降に 40 歳を迎える人，については老人保健法に基づく検診を 1 年間延長して行うこと，2）対象集団，年齢制限を取り払って，HCV 検査を希望するすべての人を対象にして保健所において無料で検査を実施すること，老人保健法が廃止となる 2009 年度以降は健康増進法に基づく検診に切り替えて，肝炎ウイルス検診を継続して実施することが示された。特に 2）の保健所における無料検査については，受診者の利便性も考慮して医療機関への検査委託も行うことができることとなった。

表 1 は 2008 年度と 2009 年度に行われた HBV 検査，HCV 検査の受診者数をまとめたものである。2008 年度と 2009 年度はほぼ同程度の検診受診者数であった。このウイルス検査は一人一生涯に一度行う検査である性質上，必ずしも年々検診者数が増加するとは限らないが，それでも多くの自治体において受診者数が増加ないしは維持されていることから，それぞれの地区の担当者の努力により，制度が周知され，委託検査のシステムが定着していることがうかがわれる。なお契約受託医療機関数は 2008 年度 838，2009 年度 302 医療機関であった。受診者の大多数は検査受託医療機関で検診を受けており，委託検査の有効性が立証されたといえる。

ちなみに広島市，福山市，呉市を除いた広島県での検査結果の集計では，2009 年度の検査により見いだされた肝炎ウイルスキャリア数は，HBV が 5,482

表 1　HBV，HCV 検査受診数

行政区分	HBV 検査受診数 HCV 検査受診数	2008 年度	2009 年度 （保健所数 / 医療機関委託数）
広島県	HBV HCV	3,742 4,541	5,482（25/5,457） 6,926（26/6,900）
広島市	HBV HCV	12,145 13,596	14,209 17,423
福山市	HBV HCV	7,191 7,244	319 319
呉市	HBV HCV	1,265 1,237	807 803
合計	HBV HCV	24,343 26,618	20,817 25,471

人中 66 人（1.20%），HCV が 6,926 人中 64 人（0.92 %）であった。

Ⅱ．インターフェロン（IFN）治療費公費助成制度の実施状況

2008 年度から IFN 治療費公費助成制度が始まっているが，助成の申請書は，広島県肝疾患診療支援ネットワークの専門医療機関（県内 31 施設）の専門医が作成して提出することにしており，かかりつけ医はまず専門医療機関の専門医に公費助成申請書の作成を依頼して，診療連携しながら治療することになっている。

2008（平成 20）年度と 2009（平成 21）年度の IFN 治療費公費助成の受給者証の発行状況を示す（図 1）。本制度が開始された 2008 年 4 ～ 6 月は，多くの患者，担当医が制度開始を待って IFN 治療を開始したため，多数の受給者証が発行された。その後徐々に数は安定し，毎月 80～90 枚程度の受給者証が発行されている。

これまでに 2008 年度，2009 年度併せて 2,483 枚の公費助成受給者証が発行されたが，その大多数は C 型慢性肝疾患に対する助成申請であった。これは B 型慢性肝疾患に対する IFN 治療は，HBe 抗原陽性の慢性肝炎に限られ，また厚労省作成のガイドラインより HBe のセロコンバージョンが期待できる 35 歳以下が IFN 治療の適応とされ，B 型慢性肝疾患の IFN 治療費公費助成の申請可能な患者は限られたごくわずかな対象であった。肝炎治療が必要な 35 歳以上の B 型慢性患者や B 型肝硬変あるいは肝硬変に近い患者は，核酸アナログ製剤が処方されているが，2010 年度からは B 型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤も公費助成の対象になる予定である。

一方 C 型肝炎に対しては比較的多数の受給者証が発行されているが，それでも本事業開始前に予想された IFN 治療者数に比して明らかに少ない。これは，1）治療費の助成が不十分であること，2）IFN 治療無効・再燃例に対する再治療に対する問題，3）IFN 未治療患者の問題，が挙げられる。1）の治療費の助成が不十分である点だが，低所得者に対しては月額 1 万円の自己負担で，それ以上は公費助成になるが，中・高所得者は月額 3 万円，5 万円の自己負担であった。公費助成なしでは月 7 ～ 8 万円の自己負担であるため，もちろんこの助成は家計の助けにはなるが，なお負担が多いため IFN を躊躇する患者も少なからず存在する。また治療法の主流であるペグインターフェロン・リバビリン併用療法は HCV ウイルス量の減少の度合いによって，治療期間が標準の 48 週間から 72 週間に延長されることがしばしばある。これも患者の負担増につながっていたが，2009 年度から一定の条件を満たせば，72 週間の延長投与に対しても，公費助成がなされることになった。さらに 2010 年度からは低・中所得者に対する自己負担額は 1 万円，高所得者に対しても 2 万円を上限とすることになっており，費用面における負担はさらに軽減され，IFN 治療を希望される C 型慢性肝疾患患者が増えることが期待されている。2）の再治療の問

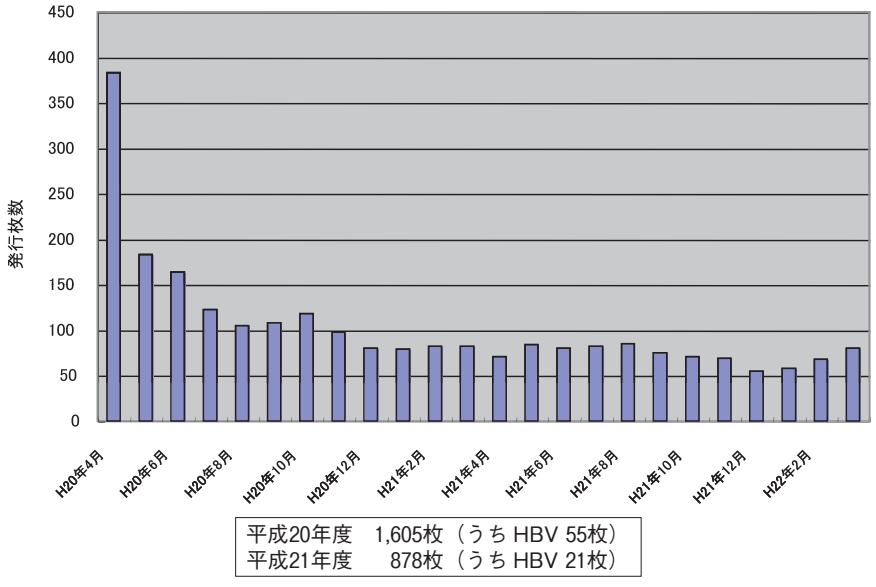


図 1　肝炎治療受給者証の発行状況

題だが，一度この制度を利用してIFN治療を行い，著効（HCVの持続消失）しなかった患者は，再治療の際はこの助成制度を利用することができないという但し書きがある。これは難治症例に対して不必要な公費助成の適応を防止するためのものだが，この制約のために本来72週の延長投与をすればHCV消失が見込める患者をも再治療導入を困難にさせていた。これに関しては2010年度から，一定の制限をつけて再治療に対する公費助成を可能にしている。経済的な問題で再治療できなかった患者のHCV消失が期待される。3）については以前から問題視され，現在なおも解決されていないが，大きく分けて，①HCV感染の未認知例，②HCV感染は認知しながらも，医療機関未受診あるいはIFN未治療例，③医療機関側のIFN治療勧奨不足が挙げられる。①については前述のウイルス検査の受診勧奨や講演会などによる一般市民に対する肝炎ウイルス，慢性肝疾患に関する啓発活動，②については患者向けの講演会などによる専門医療機関受診の必要性やIFN治療の正しい知識に関する啓発活動，③については医療従事者に対する講演会や研修会の施行の必要性が挙げられる。

Ⅲ．肝炎インターフェロン治療効果判定報告書調査について

2008年度から上述のごとく肝炎治療特別促進事業としてIFN治療費公費助成が行われているが，2009年度9月から厚生労働科学研究・肝炎など克服緊急対策研究事業にて，この事業の効果に関する評価を行うことになり，2008年度に受給者証を交付されたものについて，申請書を作成した各専門医療機関に治療効果判定報告書が送付された（表2）。

今年度は12月から各医療機関に報告書が送付されたため，まだ十分な数が得られていないが，表2のごとく，回収率は34％であった。他の都道府県に比して，回収率は高く，全国2位とのことであった。

表2　2009年度　肝炎インターフェロン治療効果判定報告書調査

	送付数	報告数	回収率（％）
2009.12月末	350	88	25.1％
2010.1月末	178	74	41.6％
2010.2月末	168	62	36.9％
2010.3月末	77	42	54.5％
2009年度計	773	266	34.4％

しかしながら回収率は十分とはいえず，さらなる回収率の向上が希望される。本調査の開始時から問題となっているのが，患者からの同意書の取得である。この効果判定報告書はIFN治療予定期間の約半年後に送付されるため，すでに当該医療機関に来なくなったあるいは数ヵ月に一度しか受診しない患者が多く，同意書の取得が困難であると多くの専門医から指摘があった。このため2010年度治療開始分より，申請書提出時に同時に同意書も取得する形に変わっている。

治療効果判定については，まだ回答件数が少なく不確定なところが多いが，現段階でHBVのHBe抗体へのセロコンバージョン率が50％，HCVの著効率が53.9％，うち1b高ウイルス量の難治症例の著効率が46.2％と比較的良好な成績である。今後の症例の蓄積が待たれる。

お　わ　り　に

ウイルス肝炎患者に対する国の施策は年々変化しており，これに対して適切に対応して，より多くの患者の予後の改善につとめなければならない。そのためにも県域単位で検診システム，治療ネットワークの充実を図らなければならず，本委員会のなすべき役割はさらに重要となっている。今後もさらに潜在するウイルス肝炎患者の発見，治療勧奨など行いながら，広い枠組みでの肝炎，肝がん患者の対策を考えていきたい。

広島県地域保健対策協議会 肝炎対策専門委員会

委員長	茶山　一彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委　員	相光　汐美	広島赤十字・原爆病院
	大谷　博正	広島市医師会
	大林　諒人	厚生連尾道総合病院
	奥野　博文	広島市健康福祉局保健医療課
	北本　幹也	県立広島病院
	高野　弘嗣	呉医療センター
	小林　昭博	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	坂口　孝作	福山市民病院
	高杉　敬久	広島県医師会
	高橋　祥一	広島大学病院
	田中　純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	中西　敏夫	市立三次中央病院
	檜谷　義美	広島県医師会
	藤原　雅親	東広島地区医師会
	布施　淳一	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	堀江　正憲	広島県医師会
	三浦　敏夫	県立安芸津病院
	三田　晃史	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	吉田　智郎	日本鋼管福山病院

健康危機管理対策専門委員会

目　　次

健康危機管理対策専門委員会報告書

Ⅰ．平成21年度活動の概要

Ⅱ．新型インフルエンザ対策

Ⅲ．委　　員　　会

Ⅳ．新型インフルエンザ実地訓練

Ⅴ．講習会（新型インフルエンザ
ワクチン接種事業説明会）

Ⅵ．成　　果　　物

健康危機管理対策専門委員会

（平成 21 年度）

健康危機管理対策専門委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 健康危機管理対策専門委員会
委 員 長　横山　　隆
担当委員　桑原　正雄

Ⅰ．　平成 21 年度活動の概要

本委員会の本年度調査研究事業活動計画は下記のとおりで，特に，申請時にすでに米国，メキシコから発生し，世界に拡大しつつあった新型インフルエンザ（H1N1）に対する対策は，広島県においても喫緊の課題であった。

①新たに生じた公衆衛生上問題となった感染症など健康危機に関する対策の協議
②新型インフルエンザの医療提供体制の検討
③新型インフルエンザの抗インフルエンザウイルス薬供給体制の検討
④広島県における麻しん対策の策定

本委員会では新型インフルエンザに対する協議，検討を行うとともに，委員は積極的に新型インフルエンザの情報提供および対策や診療の指導を続けた。これらの活動については別項に示す。

麻しん対策では，麻しんの定期予防接種率 95％を達成するために平成 20 年 4 月より開始された MR 3 期（中学 1 年生相当），4 期（高校 3 年生相当）の接種活動を続けている。しかし，現在のところ広島県の接種率は決して高くなく，引き続き定期予防接種対象者に対する接種勧奨を行うこととした。

Ⅱ．　新型インフルエンザ対策

平成 21 年 4 月 25 日に厚労省から新型インフルエンザ発生の第一報が広島県に届いた。昨年度までに本委員会および県医師会感染症対策委員会，広島県新型インフルエンザ対策専門家委員会で新型インフルエンザ初動対応を検討し，訓練してきたように，国，広島県，市町や保健所，広島県医師会，地区医師会などが協力して，相談や診療が始まった。

当初は強毒化も視野に入れて，感染者の入院措置や発熱外来での診療体制であったが，第一報の 2 ヵ月後にはこれらも解除され，すべての医療機関での診療となった。9 月には本格的な流行が始まり，11 月下旬をピークに，その後は感染者も減少した。流行期間中に，県内でも死亡例や重症入院例が報告され，抗インフルエンザ薬やマスクなどの感染防御グッズが不足したり，ワクチン騒動もおきた。このように新型インフルエンザパンデミック第 1 波は，情報の錯綜も加わって，県民や医療・保健サイドに不安と混乱を引き起こした（図 1）。

本委員会では，他の関係機関や委員会と協力し

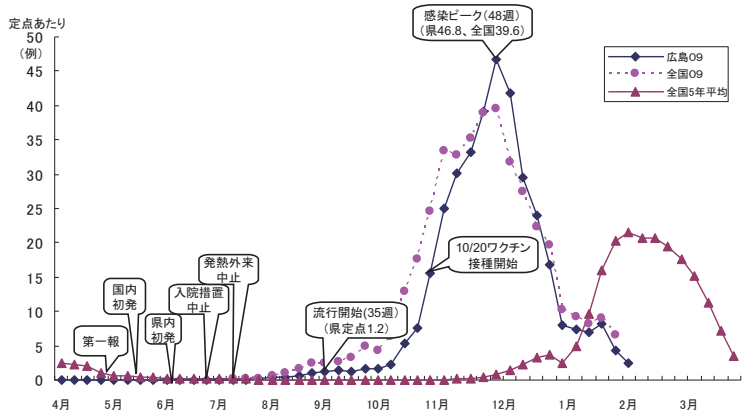


図 1

て，下記のような活動を続けた。

なお，本県の新型インフルエンザの現状と対応の詳細については「広島県における新型インフルエンザの対応」（広島医学 Vol. 63. No. 6. 2010 P477–496）を参照されたい。

Ⅲ．委　員　会

健康危機管理対策専門委員会（合同）を１回開催し，さらに，対策などについてはメイルで意見交換を行った。また，本委員会委員のうち，県医師会感染症対策委員会および広島県新型インフルエンザ対策専門家委員会の委員を兼ねている者は，これらの委員会で新型インフルエンザ対策に参画した。

（1）第１回：平成 21 年 10 月８日　広島医師会館
市郡地区医師会感染症担当理事連絡協議会，県医師会感染症対策委員会，広島県新型インフルエンザ対策専門家委員会医療体制検討部会との合同委員会

●報告・協議事項

1）新型インフルエンザ発生動向と対策
2）新型インフルエンザワクチン接種
3）広島県新型インフルエンザ対策行動計画の改定

Ⅳ．新型インフルエンザ実地訓練

（表１）

Ⅴ．講習会（新型インフルエンザワクチン接種事業説明会）

（表２）

Ⅵ．成　果　物

1）新型インフルエンザ・ポスター（図２）

表１　新型インフルエンザ実地訓練

圏域	日時	開催場所	講師・訓練内容	参加者
尾　三	平成 21 年 12 月 19 日（土） 13：00～	広島空港検疫所	広島県新型インフルエンザ措置訓練	60 名
福山・府中	平成 22 年１月 16 日（土） 13：30～16：00	府中市保健福祉センター	桑原正雄先生・県健康対策課	151 名
広　島	平成 22 年３月２日（火） 19：00～21：00	海田町福祉センター	横崎典哉先生・県健康対策課・DVD	30 名
広島中央	平成 22 年３月４日（木） 16：00～18：00	東広島保健医療センター	横崎典哉先生・県健康対策課・県西部東保健所	43 名
呉	平成 22 年３月 11 日（木） 19：00～21：00	広島県呉庁舎	横崎典哉先生・県健康対策課・県西部保健所呉支所	62 名
備　北	平成 22 年３月 12 日（金） 19：00～21：00	庄原赤十字病院	横崎典哉先生・県健康対策課・庄原赤十字病院	126 名
広　島	平成 22 年３月 18 日（木） 19：00～21：00	安芸高田市民文化センター	陰圧テント設営・DVD・県健康対策課	69 名

表２　講習会（新型インフルエンザワクチン接種事業説明会）

圏域	日時	開催場所	参加者
広　島	平成 21 年 11 月２日（月） 19：00～20：30	広島医師会館	約 500 名
三　次	平成 21 年 11 月９日（月） 19：00～20：30	三次庁舎	約 150 名
福　山	平成 21 年 11 月 11 日（水） 19：00～20：30	県民文化センターふくやま	約 460 名

県民の皆さまへ

新型インフルエンザ（H1N1）について

（暫定版）

新型インフルエンザは，世界数か国に広がっている呼吸器感染症です。
新型インフルエンザの感染例が報告されている地域から帰国後，１０日以内に
発熱や咳などインフルエンザ様の症状が見られる方は，

まず，保健所（発熱相談センター）へ
連絡してください!!

また，**保健所の指示**に従い，感染症協力医療機関（発熱外来）を受診してください。受診する際には，**必ず**マスクを着用しましょう。
感染を広げることが考えられるので，公共交通機関の利用は避け，なるべく自家用車等で移動しましょう。

参考）新型インフルエンザウイルスの感染が疑われる方であっても，季節性のインフルエンザや風邪と診断される場合が多くあります。
心配せずに気軽にまず保健所にご相談ください

保健所等（発熱相談センター）連絡先一覧

保健所名等	連絡先	保健所名等	連絡先
広島市中保健センター	(082)504-2528	福山市保健所	(084)928-1127 夜間 921-2130
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	広島県西部保健所	(0829)32-1181
広島市西保健センター	(082)294-6235	広島県西部保健所広島支所	(082)513-5521
広島市安佐南保健センター	(082)831-4942	広島県西部保健所呉支所	(0823)22-5400
広島市安佐北保健センター	(082)819-0586	広島県西部東保健所	(082)422-6911
広島市安芸保健センター	(082)821-2808	広島県東部保健所	(0848)25-2011
広島市佐伯保健センター	(082)943-9731	広島県東部保健所福山支所	(084)921-1311
広島市保健医療課	(082)504-2622 休日・夜間 245-2111	広島県北部保健所	(0824)63-5181
呉市保健所	(0823)25-3525 夜間 25-3590	広島県健康対策課	(082)228-2154 休日・夜間 228-2111

渡航の際は，新型インフルエンザ（Ｈ１Ｎ1）流行地域に関する情報に注意しましょう。

広　島　県

図２　新型インフルエンザ・ポスター

広島県地域保健対策協議会 健康危機管理対策専門委員会

委員長　横山　　隆　安芸市民病院
委　員　市川　　徹　広島市立舟入病院
　　桑原　正雄　県立広島病院
　　坂口　剛正　広島大学大学院医歯薬学総合研究科ウイルス学
　　下江　俊成　福山市医師会
　　妹尾　正登　広島県立総合技術研究所保健環境センター
　　峠　　恭雄　広島市健康福祉局保健部保健医療課
　　近末　文彦　広島県保健所長会
　　積山　　宝　広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
　　内藤　雅夫　呉市保健所
　　中島浩一郎　庄原赤十字病院
　　新田　康郎　新田小児科医院
　　檜谷　義美　広島県医師会
　　藤上　良寛　広島県臨床検査技師会
　　堀江　正憲　広島県医師会
　　三田　晃史　広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
　　村尾　正治　福山市保健所
　　森　美喜夫　広島市医師会
　　横崎　典哉　広島大学病院検査部
　　渡辺　弘司　呉市医師会

あ　と　が　き

平成21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21年度調査研究報告書」をお届けいたします。

今年度の組織作りの基本方針としては

（1）急激に変化する保健・医療・福祉環境に対し的確に対応するため，効率的で機動性のある組織にする。

（2）相互に関連する課題に対し，一体的・総合的に対応するため，可能な限り委員会・部会を統合し，簡素な組織とする。

（3）限られた人材・予算・時間を有効に活用するため，関係委員会内にWGを設置し，弾力的な運用とタイムリーな問題に対し，迅速に対応できる体制とする。

（4）設置するWGは年度当初それぞれの委員会で協議し，決定する。

に基づいて行った。

その結果，平成21年度の広島県地域保健対策協議会は，A. 医療基本問題，B. 地域医療体制確保，C. 健康づくり，D. 疾病対策という4つの大きなカテゴリーのもとで，1委員会，10専門委員会，4特別委員会，5WGという組織構成で事業を推進してまいりました。

本年度は，地域医療体制確保専門委員会，女性の健康づくり支援特別委員会，小児医療体制検討WGとがん医療均てん化推進WGの2WGを新たに設置いたしました。

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おります。

終わりに当たり，参画していただいた各委員会，各WGの委員長・委員の方々のご協力・ご労苦に深く感謝申し上げます。

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

平成22年12月

広島県医師会（地対協担当理事）
副会長　檜　谷　義　美
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 41 号

平成22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