

平成 22 年 度

広島県地域保健対策協議会
調 査 研 究 報 告 書

(通刊第42号)

広島県地域保健対策協議会

序

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

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

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、がん対策、新型インフルエンザなどの感染症対策、大規模災害への的確な対応や救急医療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、本年度は女性医師や勤務医の勤務環境の整備に関する検討などの医師確保対策や、乳がん、肺がん、子宮がん、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などの感染症に対する危機管理体制の構築のためのアンケート調査や、大規模災害に備えた集団医療救護訓練も実施しております。

その他、在宅ケアや緩和ケアの推進、乳幼児健診体制の在り方や女性の健康づくり支援策、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病対策、医薬品の適正使用などについても協議・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23年12月

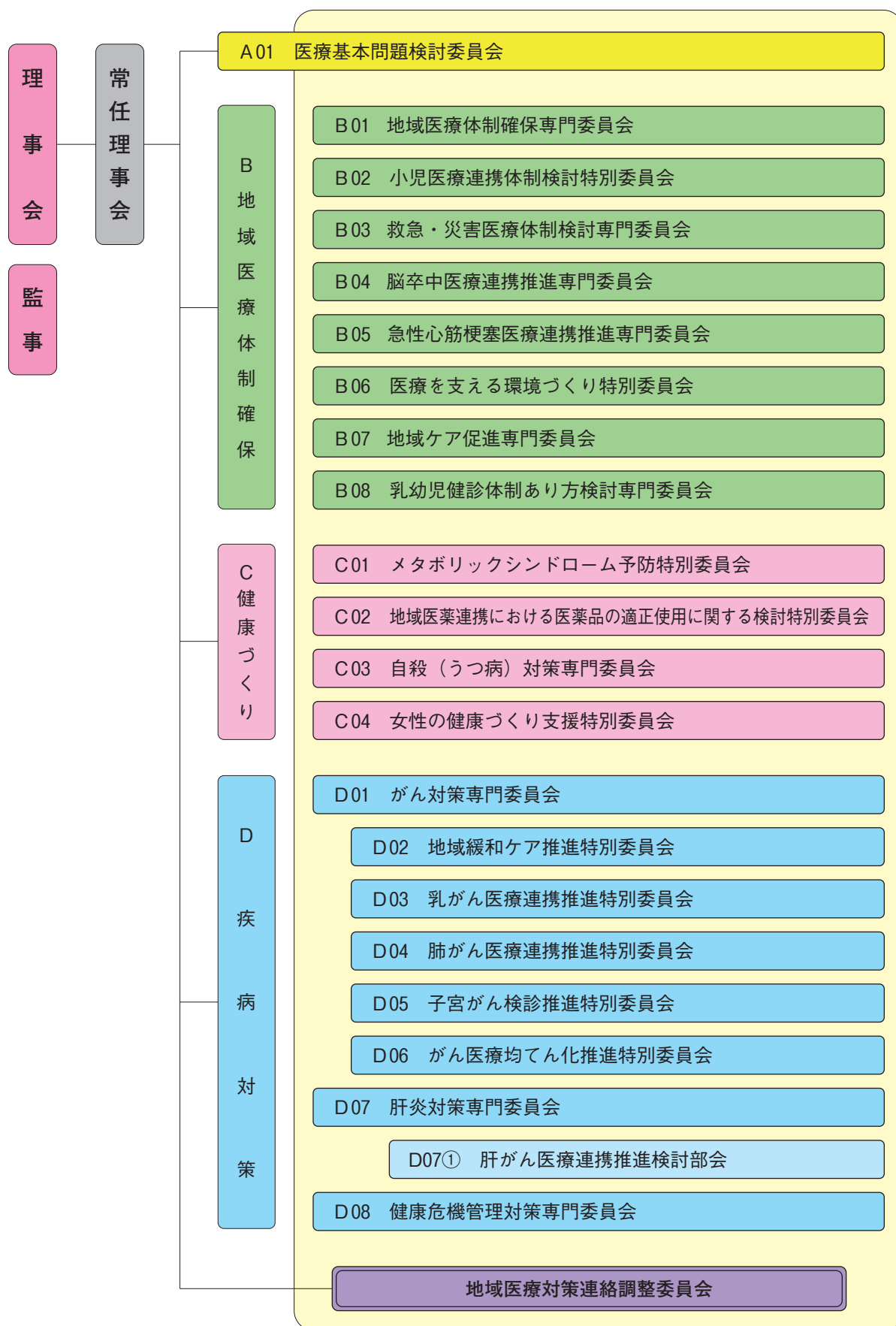
広島県地域保健対策協議会

会 長 碓 井 静 照

目 次

序	碓井 静照	i
平成 22 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
脳卒中医療連携推進専門委員会		
平成 22 年度調査研究報告書		39
急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会		
平成 22 年度報告書		47
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報告書		63
地域ケア促進専門委員会		
平成 22 年度地域ケア促進専門委員会報告書		
在宅緩和ケアシステムの構築の必然性と地域医師会主導の地域包括ケアシステム		91
乳幼児健診体制あり方検討専門委員会		
「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」報告書		97
メタボリックシンドローム予防特別委員会		
「特定健康診査受診率向上対策の今後のあり方に関する研究」報告書		
——「特定健康診査情報提供票」による医療保険者と医療機関の連携を考える——		119
地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会		
地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会報告書		155
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		173
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		195
がん対策専門委員会		
がん対策専門委員会報告書		217
地域緩和ケア推進特別委員会		
平成 22 年度地域緩和ケア推進特別委員会報告書		225
乳がん医療連携推進特別委員会		
平成 22 年度調査研究報告書		247
肺がん医療連携推進特別委員会		
肺がんの医療連携体制の構築に向けて		261
子宮がん検診推進特別委員会		
子宮がん検診推進特別委員会報告書		267
がん医療均てん化推進特別委員会		
放射線治療の均てん化にむけて		281
肝炎対策専門委員会		
B 型・C 型肝炎治療に対する公費助成の現状と		
C 型肝炎インターフェロン病診連携パスの作成		293
健康危機管理対策専門委員会		
健康危機管理対策専門委員会平成 22 年度報告書		299
あ と が き		333

平成 22 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. 専門委員会の開催

III. ま と め

地域医療体制確保専門委員会

(平成 22 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. 専門委員会の開催

(1) 第 1 回専門委員会

① 開催日 平成 22 年 8 月 5 日 (木)

② 協議事項

- ・ 女性医師・勤務医の就労環境に関する調査結果について
- ・ 女性医師就労環境整備事業について

③ 報告事項

- ・ 広島県地域医療推進機構 (仮称) について

④ 「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査」の結果概要

ア 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。

イ 調査対象および回収率

- ・ 広島県内のすべての病院 (253 施設)
- ・ 186 施設 (回収率 73.5%)

ウ 調査実施時期

平成 22 年 3 月

エ 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

オ 調査結果の概要

※ 調査内容および結果は「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査結果報告」(別紙 1) のとおり

《女性医師・勤務医の就労環境に関する調査結果》

※ 詳細は調査結果報告書 (別紙 1) 参照

1 短時間正規雇用制度について

- 短時間正規雇用制度を導入している施設は 20% と少ない。多くの施設では希望者がいないとの理由で導入をしていない。
- 短時間正規雇用制度を導入し、実際に活用している施設ではメリットとして本人の負担減のほかに、他の医師の負担減や医師確保がしやすくなったこともあがっている。
- 短時間正規雇用制度の適用を受けている医

師の給与について、71%の施設においてフルタイムの給与との調整を行っている。

2 主治医制度について

- 患者の対応について、主治医制度によって行っている施設 49%、その他の方法によって行っている施設 47% とほぼ同率であった。
- 主治医制度のメリットは、患者との信頼関係の構築などがあげられたが、デメリットとして医師が休めないということがあげられた。
- 完全当直医制度を導入している施設は 41%、導入していない施設も 42% とほぼ同率であった。導入している施設の多くは完全当直医制度導入による課題はないと感じている。
- 「女性医師短時間正規雇用導入支援制度」および「ベビーシッターなど活用支援制度」を創設した場合の活用希望については、59%の施設が該当者がいれば活用したいと考えている。

3 女性医師の就労環境の現状について

- 女性医師専用の宿直のための設備を整備している病院や、女性医師のための勤務時間制度を設けている病院は、20% 程度と少ない。
- 育児支援を行っている施設は 42% と半数近くあり、その多くは院内保育所の整備である。
- 現在子育て中の女性医師を雇用していないので課題はない、とする病院では事例が生じた時点で柔軟に対応したいと考えている。
- 女性医師を雇用している病院では、当直の免除や復職時の教育訓練について課題があると考えている。

4 医師派遣にかかる営利企業などの従事制限許可基準および手続規定について

- 公立病院・公的病院（31 施設）のうち、整備しているのは 39% と半数以下であった。
- 許可基準などを実際に運用している施設は 19% と少なく、該当事例がないため運用していない施設が多い。

《専門委員会における主な意見》

1 女性医師対策を考える目安

- 女性医師対策を考える目安としては、「現在結婚していて、配偶者はドクター、子供は二人いてまだ独立しておらず、自分の母親とも

同居していない。」というように、かなり厳しい条件を前提として考える必要がある。

2 短時間正規雇用制度について

- 「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査」の結果について、短時間正規雇用の導入促進に向けて、行政や医師会から具体的な提案を行ってはどうか。
- 現時点で短時間正規雇用制度が導入されている病院について、その規模や診療科を把握する必要がある。条件による違いもあるはずであり、そうした点を洗い出せば良い。
- 短時間正規雇用制度を導入しない理由について、「他の理解を得にくい。」とするものが少ない。「希望者がいない。」という回答が多いが、その中には、「本当は希望したいが、他の先生の理解を得にくく、そうした形で勤務するとつらい立場になる。」と考え、言い出せない人もいるのではないか。短時間正規雇用の医師が、外来を午前中だけ担当する場合でも、その事により、当直明けの医師が勤務を免除されるというように、他の医師の負担軽減にもつながれば良い。診療科により状況が異なるので、短時間正規雇用制度の導入促進に向けては、どのような業務が担当できるか具体的に想定する必要がある。

3 主治医制度・完全当直医制度について

- 働きやすい職場づくりについては、主治医制度の課題が大きい。完全当直医制の導入状況については、病院の背景、民間か公立か、病院の規模などにより状況が異なるので、そうした点も考慮して分析する必要がある。
- 完全当直医制でなくても、患者をチームで診る「チーム医療」の方が患者に良いこともある。主治医制が、なぜ、短時間正規雇用の導入などを阻害しているのかに焦点を当てた調査があれば良いと思う。チームで患者を診る体制、チームで引き継ぐという形での勤務体制がこれからは必要である。
- 医師は、夕方 5 時にすぐに業務が終了できる職種ではないが、保育所は 5 時までである。保育所と医師の職場とのかみ合わせがうまくいっておらず、それでも勤務する必要があるため、これまでは、女性医師が子供を育てながら働けるのは、頼りにできる親、親族があ

る人が多かった。今後は、複数主治医制ということも考えていく必要があると思う。

4 女性医師の就労環境について

- 女性医師が仕事を中断する理由は、出産、育児が中心であり、この二つをクリアする必要がある。今後は、女性医師のパワーを活かさないと医療全体がやっていけない。離職防止では、育児支援であり、長く働きつづけることができるかでは、短時間正規雇用制度の導入促進や使いやすい保育環境の整備が重要である。
- 大学から各医療機関への女性医師の受入は、過去と比較してスムーズになってきており、仕事に専念できる女性医師だけでなく、子育て中や結婚して主婦業もあるという女性医師でも一般男性医師と同様に雇用してもらえるようになってきた。ただ、出産を控えている女性医師の雇用は、まだハードルが高い。
- 短期的な視点で、女性医師の確保に取り組むのであれば、ベビーシッターの活用促進も考えて良いのではないかな。保育所があっても職場との距離が問題となったり、預けたり迎えに行く時間の確保が難しい事もある。ベビーシッターの利用方法が分からず、不安に思っている人も多いので、ある程度の基準を設け事業者を認定するという事はできないか。経費よりも質の良いサービスの提供を望んでいる人が多い。

(2) 意見交換会

- ① 開催日 平成 22 年 9 月 30 日 (木)
- ② 意見交換内容
 - ・ 短時間正規雇用の導入促進について
 - ・ 女性医師の就労促進について

《意見交換会における主な意見》

1 短時間正規雇用の導入促進について

- 短時間正規雇用制度の導入は、「外来のみの担当が可能」であるとか、「業務が分業できる病院」でないと難しいのではないかな。内科などの大きな科や眼科・皮膚科などの入院が必要でない診療科では可能かもしれないが、外来と入院が結びつく診療科では導入は難しいのではないかな。

○ 医師が複数いる診療科でないと導入が難しいと思う。女性医師だけでなく、医師全員が同じ形で患者を診ることが大切である。女性医師も自分がその一員として、ギブ&テイクで自分も組織の役に立っているということが重要である。

○ 正規職員の形態で雇用されると、自らを組織の一員と考えるようになるので、モチベーションが維持できると思う。非正規職員の形態で一時的に仕事に来ると、部分的に業務を担当することとなるが、正規職員になると継続的に業務を見る必要がある。診療の流れやカルテなど、まわりの人の話から情報を共有して疑似体験するので、診療技術や考え方が継続できるので、先々、フルタイムでの勤務にも戻りやすいと思う。

○ 雇用形態として、正規雇用は重要であると思うが、子育て中の女性医師が、正規雇用されると、責任が重くなり難しい面もあるのではないかな。

○ 正規雇用の導入促進も考えながら非正規雇用による就業も周囲から認めてもらいたい。両者を同時に推進した方が、就労する医師の割合が増えるのではないかな。

2 女性医師の就労促進について

○ 出産と保育に対するバックアップが大切である。パートナーの助けも重要である。ベビーシッターを使いたい場合に信頼のできるベビーシッターを紹介してもらえる制度も求められている。昼間は保育が中心になると思うが、それ以外の子育て支援の充実も必要である。

○ 子供を預けられる所があれば、女性医師は仕事を続けられると思う。行政で預けられる場所の情報を把握して公開してほしい。できれば県主導で、そういう場所を作っていただきたい。

○ 保育施設などについて、「ここは良かった悪かった」など、利用者のアンケートを集約し、行政が情報を集めてもらえるとありがたい。子供が小学生でもまだ大変である。

○ 保育のサポート体制の体系化が必要である。女性医師に個別にコーディネーターが張り付いて対応してはどうか。

- 女性医師相談窓口は、例えば、求人の情報については、「〇〇病院・週に〇回・正規雇用」などの他、詳細な情報が分かると良い。
- 主治医制度ではなく、複数の医師で患者を診ることが重要である。

(3) 第2回専門委員会

- ① 開催日 平成23年5月11日(水)
 - ※ 東日本大震災により開催を順延したもの
- ② 協議事項
 - ・ 平成22年度女性医師就労環境整備事業の実施状況について
- ③ 平成22年度女性医師就労環境整備事業の実施状況

I 女性医師短時間勤務導入支援事業

ア 事業概要

モデル医療機関において、女性医師の短時間勤務を実施し、短時間勤務の課題を抽出し、制度普及に向けた検討を行う。

- 実施方法：医療機関に委託

イ モデル医療機関の選定方法

- 病院規模および地域性を勘案して選定する。
- 県内の医療機関に対して、実施の意向について照会し、「短時間で勤務する女性医師確保の方法」、「予定する女性医師の勤務内容」、「制度導入に当たり現時点で想定される課題」などを勘案の上、モデル事業の実施効果が高いと認められる医療機関を選定する。

ウ 実施状況

県内の4医療機関において、短時間正規雇用のモデル事業を実施した。(別紙2・3参照)

II ベビーシッターなど活用支援事業

ア 事業概要

県内の病院などに勤務する女性医師などの子について、利用する保育サービス(保育所を除く。)の経費を、当該病院などが負担した場合に、その経費の一部を補助し、主としてフルタイム雇用の女性医療従事者が働き続けやすい環境整備を支援する。

- 実施方法：医療機関に補助

イ モデル医療機関の選定方法

県内の医療機関に対して、実施の意向について照会し、「当該医療機関の助成制度の内容」などを勘案の上、モデル事業の実施効果が高いと認められる医療機関を選定する。

ウ 実施状況

医療機関への補助事業実施の呼びかけが、年度中途であったことから、女性医師に対するベビーシッターの補助制度を創設する医療機関がなく、平成23年度において再度、早期に呼びかけを行うこととする。

III 女性医師相談体制強化

ア 事業概要

女性医師の復職・育児の悩みなどに対応する相談窓口をモデル的に設け、復職、育児支援のための課題を抽出し、支援策を検討する。

イ モデル事業の実施 広島県医師会への委託により実施する。

ウ 実施状況

県からの委託により、平成22年11月から広島県医師会に相談窓口を開設した。(別紙4参照)

＜女性医師短時間勤務導入支援事業を実施した医療機関などからの報告概要＞

※ 詳細は実施概要(別紙2)、報告書(別紙3)参照

1 実施医療機関

- メリットとしては、安定的な雇用条件で安心感を持って業務に専念していただけること、早期のフルタイムでの職場復帰へつながること、能力の維持などがあげられる。
- 制度の導入に当たっては、女性医師をバックアップするサブ医師を設定した。また、周囲の医師に制度とその目的について理解してもらい協力体制を整えた。

2 短時間勤務により勤務した女性医師

- メリットとしては、仕事を続けながら子育てを十分にできたこと、モチベーションが維持できること、勤務の中断期間を短くできるためキャリア形成の面でも有効であることなどがあげられる。

- 業務の一部を免除されていることから、他の医師に気兼ねがないとは言えない。制度の導入促進に向けては、制度の周知徹底や他の医師のフォロー、また同僚の医師の負担軽減につながる制度とすることが必要である。

3 同僚医師

- メリットとしては、出産から早期に職場復帰できること、他の医師の外来の負担軽減につながることで、これまで出席できなかった研修などへの参加が可能となったことなどがあげられる。
- 制度の導入促進に向けては、まず公的病院から制度導入を進めると民間にも広まりやすいと思われる。女性医師の就労促進については、幼児や児童の受入先の確保が重要である。

《女性医師相談窓口の概要》

※ 詳細は女性医師相談窓口の実施状況（別紙4）参照

1 目的等

- 女性医師の就労環境整備の一環として、女性医師が復職や育児について抱える様々な悩みなどに対応する相談窓口を広島県から広島県医師会への委託により、平成22年11月1日から設置した。
- 女性医師ならではの悩み、就業、ワークライフバランス、産休、介護など、どんなことでも気軽に相談に応じられるよう、女性医師が相談員を務めるなど体制を整備した。

2 業務内容

- （1）女性医師が抱える復職や育児などの悩みに対する相談業務
 - 平日の午前9時から午後5時までは事務局にて電話相談に対応し、原則、木曜日の午後3時から午後5時までの間は、広島県医師会女性医師部会委員が相談員を務めた。
- （2）相談業務に必要な保育などに関する情報収集などの業務
 - 近年の医師不足や診療科偏在などによる医療崩壊が叫ばれる中、優秀な女性医師の退職は喫緊の問題となっている。最近では、女性医師の割合は約18%、女子医学生の割合は約30%を超えており、この傾向は今後も急増し

ていくものと予測される。

- 女性医師の就業・復職支援、とりわけ保育への支援には一刻も早く取り組む必要がある。このような背景を踏まえ、県内で比較的大病院の集中している中区・南区の公立・私立保育園38施設に「保育施設情報に関するアンケート調査」を実施した。なお、回答は38施設中26施設から協力を得た。

（3）効果的な相談窓口設置のあり方に関する課題の分析および対応案の整理

- 相談窓口のチラシを作成し、広島県医師会に加入の全女性医師会員、広島大学各医局、広島県医師会速報などを活用し会員周知を図ったが、相談実績は上がっていない。将来を担う女子医学生などにもサポートの一環として同窓口を設置していることを周知すべきと考える。
- 相談者の対象年齢などを絞り、その年齢に必要な情報収集に努めることも必要と考える。

《専門委員会における主な意見》

- 短時間正規雇用導入の可能性については、病院の規模や診療科により状況が異なる。周囲の協力があれば内科などでも可能であると考えられるし、男性でも高齢になると勤務が大変になるので、短時間正規雇用を考えても良いのではないかと。フルタイムでの勤務が難しい育児期の女性医師などについては、フルタイムでの職場復帰に向けて、外来や検査などから始めて少しずつ広げられるようになると良いのではないかと。
- 女性医師に医療現場で活躍してもらうためには、多様な勤務形態を認め、これを正規に近い形で処遇する必要がある。女性医師へのサポートの必要性について、男性医師への教育が必要である。
- 女性医師に対する支援としては、保育が一番重要ではないかと。院内保育をきちんと整備してバックアップすることが支援の大きな柱になる。保育はこれまで看護師を主体に整備されてきたので、女性医師に対しては不十分であり、医師不足につながっている。保育コーディネーターを置き、女性医師1人1人

のプログラムを作ると良い。

- 主治医制度が、どのような問題を抱えているのか調査を行うと良い。専門医制がマイナスに働いて、女性医師も働きにくいことにつながっているのではないか。主治医制はチーム医療として見直す必要がある。大学などでは比較的行われているが、1人の患者を複数の医師で診るなど、チーム医療が求められているのではないか。

Ⅲ. ま と め

- 当専門委員会での議論、「女性医師・勤務医の就労環境に関する調査」の結果や「女性医師就労環境整備事業（モデル事業）」の検証を通じて、女性医師対策を進めていく上では、次の項目について取組を進めていくことが重要との結論を得た。

- 1 複数の医師により患者に対応するチーム医療の推進
- 2 主治医のみに依存しない診療体制（完全当直医制・チーム医療など）の推進

- 3 短時間正規雇用の導入促進
- 4 ベビーシッターなどの活用促進
- 5 保育施設の充実
- 6 病児保育への対応
- 7 女性医師相談窓口など情報提供体制の充実

- 今後の対応について、
 - ・ 3「短時間正規雇用」、4「ベビーシッターなどの活用」については、県内での導入促進に向けて、医療機関に対する助成制度などの支援策を講じる。
 - ・ 7「女性医師相談窓口」については、相談しやすい窓口のあり方など、今後、効果的な運営方法を検討するとともに、積極的に活用される相談窓口となるよう、広く女子医学生などに対しても相談窓口のPRを行う。
 - ・ その他、女性医師の就労環境整備に向けて、継続的に医療機関などの意向を把握し、必要な支援策について検討を進めるとともに、子育て保育などの情報収集を行い、ホームページなどを通じて情報提供に努める。

女性医師・勤務医の就労環境に関する調査 結果報告

平成22年8月

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

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等について問い、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、勤務医等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 調査対象および回収率

- (1) 配布 : 253施設 (広島県内のすべての病院)
- (2) 回答 : 186施設 (回収率73.5%)

3 調査時期

- 平成22年3月実施

調査結果の概要

1 短時間正規雇用制度について

- ◆ 短時間正規雇用制度を導入している施設は20%と少ない。多くの施設では希望者がいないとの理由で導入をしていない。
- ◆ 短時間正規雇用制度を導入し、実際に活用している施設ではメリットとして本人の負担減のほかに、他の医師の負担減や医師確保がしやすくなったこともあがっている。
- ◆ 短時間雇用制度の適用を受けている医師の給与について、71%の施設においてフルタイムの給与との調整を行っている。

2 主治医制度について

- ◆ 患者の対応について、主治医制度によって行っている施設49%、その他の方法によって行っている施設47%とほぼ同率であった。
- ◆ 主治医制度のメリットは、患者との信頼関係の構築等があげられたが、デメリットとして医師が休めないということがあげられた。
- ◆ 完全当直医制度を導入している施設は41%、導入していない施設も42%とほぼ同率であった。導入している施設の多くは完全当直医制度導入による課題はないと感じている。
- ◆ 「女性医師短時間雇用導入支援制度」及び「ベビーシッター等活用支援制度」を創設した場合の活用希望については、59%の施設が該当者がいれば活用したいと考えている。

3 女性医師の就労環境の現状について

- ◆ 女性医師専用の宿直のための設備を整備している病院や、女性医師のための勤務時間制度を設けている病院は、20%程度と少ない。
- ◆ 育児支援を行っている施設は42%と半数近くあり、その多くは院内保育所の整備である。
- ◆ 現在子育て中の女性医師を雇用していないので課題はない、とする病院では事例が生じた時点で柔軟に対応したいと考えている。
- ◆ 女性医師を雇用している病院では、当直の免除や復職時の教育訓練について課題があると考えている。

4 医師派遣にかかる営利企業等の従事制限許可基準及び手続規定について

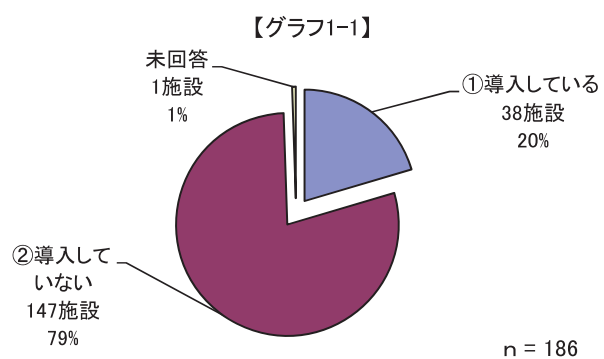
- ◆ 公立病院・公的病院（31施設）のうち、整備しているのは39%と半数以下であった。
- ◆ 許可基準等を実際に運用している施設は19%と少なく、該当事例がないため運用していない施設が多い。

調 査 結 果

1 短時間正規雇用制度について

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？



以下問(2)～(5)は、問(1)で「①導入している。」と回答した38施設のみが調査対象

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？

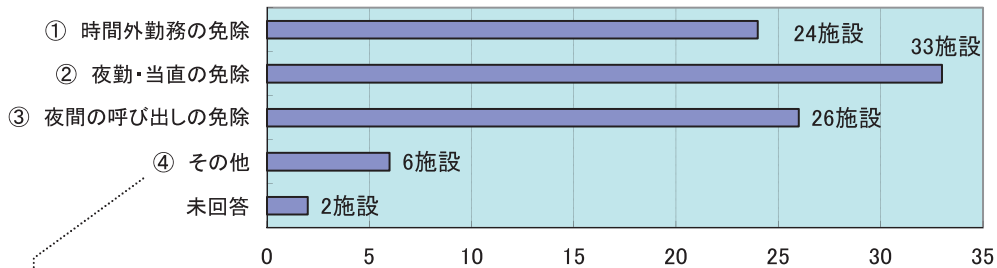
【表1-1】

	短時間正規雇用制度の内容
規定なし	実態としてはあるが、規定はない。
1日2時間以内の時短	(あくまでも就業規則上)所定労働時間の内、2時間を範囲内に30分単位で短時間が可能。(子が3歳に満たない場合のみ)
個別対応	雇用契約に基づいて勤務してもらっている。 個別契約が原則。(水)(木)9時～17時(金)9時～12時(土)9時～17時 対象にあわせて検討。 各自の就業実態に合わせた勤務シフトを導入している。 勤務日数、時間数は個人で異なる。 (例)勤務日は祝祭日をのぞく週4日であり、午前9時～午後3時(～5時)までである。
週19時間25分～24時間35分	子供が6歳の年度末まで、19時間25分～24時間35分の範囲で選択。 1週間あたりの勤務時間が19時間25分から24時間35分までの範囲内の時間で勤務。
週20時間勤務	1週20時間とし、月～土勤務日を選択。
週30時間以上	週の所定労働時間が常勤より短く、週所定労働時間が30時間以上の設定にする。曜日とか時刻の設定条件はない。 週所定労働時間は30時間以上(正職員は39.75時間)とし、勤務日、労働時間は採用時に協議して決める。
週32時間勤務	他職員週40H、医師週32H
週2～3日勤務	勤務日 9時～14時、14時～18時で週2～3日程度(半日でも1日でも可能)
週3日勤務	(火)10時～15時(水)10時～12時(金)10時～12時 固定曜日のみの週3日勤務を実施。 勤務日は火・水・木の週日であり、8:30～17:00までである。
週4日・2日勤務	9時～16時までの7時間:週4日、9時～13時までの4時間:週2日
週4日勤務	月、火、水、金の週4日であり、午前10時から午後1時までの3時間である。 火～金の週4日であり9時から15時までの5時間 月～木の週4日であり、火・木は午前9時から午後1時まで 月火木金の週4日、9時～18時 週4日。遅出出勤可能 本人の希望により休日を金土日としている。
週5日・3日・2日勤務	①5日×3時間55分:19時間35分/週 ②5日×4時間55分:24時間35分/週 ③3日×7時間45分:23時間15分/週 ④2日×7時間45分+1日×3時間55分:19時間25分/週
週5日・3日勤務	勤務日・・・月～金に ①3時間55分ずつ ②4時間55分ずつ ③2日週休日、残り3日に7時間45分ずつ ④2日週休日、残り2日に7時間45分ずつ、もう1日に3時間55分
週5日・4日勤務	一般の医師が週5日の勤務に対し、週4日の勤務であったり4日プラス半日の勤務 例1)月～金の勤務日で、月・水・金は終日、火・木は午前の4Hのみとしている。 例2)月・火・木・金の勤務としている
週5日勤務	(月)検査9時～13時(火)外来9時～13時(水)外来15時～18時(木)外来9時～13時(金)外来9時～18時 月～金の週5日で9時～18時の間で4時間程度 勤務日は、月～土のうち週5日であり、それぞれ午前9時から午後4時まで。 ①月～金の週5日 ②3歳未満の子を養育している者で、午前8時30分から17時15分までの間での遅出・早退勤務(1日2時間以内30分単位) 但し、入院患者の担当が必要 ③その他7～8時間勤務、週30時間も可能
週4日勤務 当直あり	月・木 8時～17時、火・金 8時～14時、木 18時～8時
週3日勤務 当直あり	月、金のみ9時～17時半 6時間半。木曜日のみ9時～15時 4時間。その他当直医として月平均15日を院外より依頼している。(18時～8時半)

問(2) 短時間正規雇用制度の具体的内容について

—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？（重複可）

【グラフ1-2】

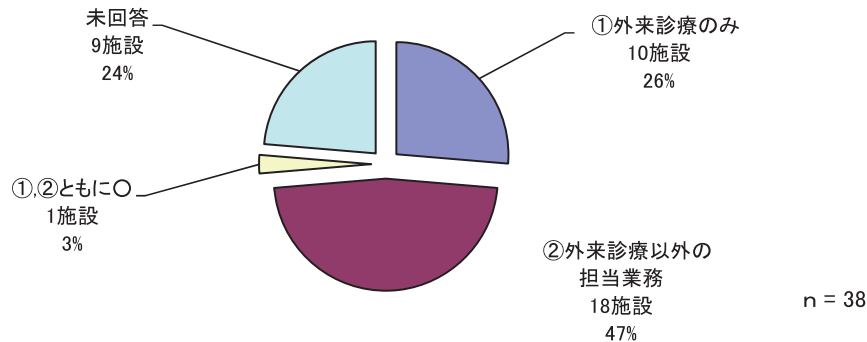


- ・入院患者を持たない
- ・本人の希望に合わせている
- ・採用時に協議する
- ・子供さんの急な病気など突発休への応援体制
- ・①時間外勤務の免除、③夜間の呼び出しの免除は緊急の場合を除く
- ・早出遅出勤務

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？

【グラフ1-3】



※ 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。

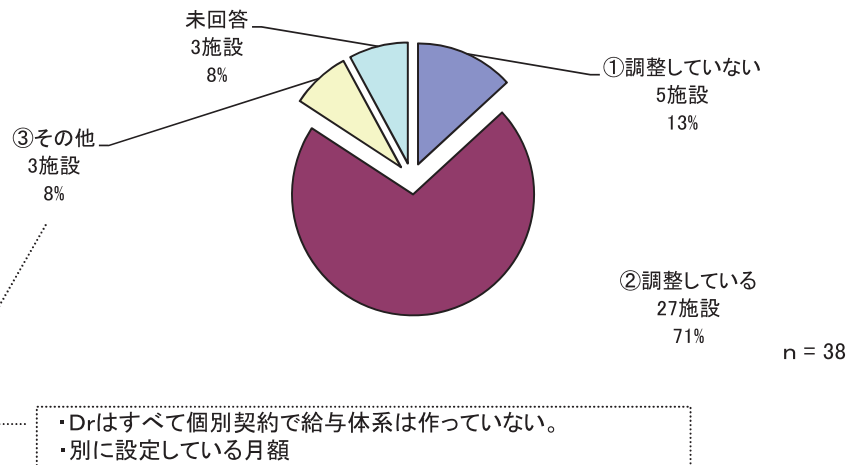
【表1-2】

主な内容	回答数	記述内容
入院(病棟)	12施設	・入院主治医 ・入院患者担当(2人主治医制) ・病棟主治医のもとで入院患者診療に携わる
入院(病棟)＋検診, 検査	4施設	・午前中外来、午後病棟(糖尿病患者)、夜間当直、日曜当直の場合もある ・①入院患者担当(2人主治医制) ②ドック・検診業務など(専任でなく上記①と兼務)
入院(病棟)＋外来	3施設	
正規職員と同じ	1施設	
麻酔, 措置鑑定	各 1施設	

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？ 調整を行っている場合、具体的にどのような調整をしていますか？

【グラフ1-4】



《 ②「調整している」場合の具体的な調整の内容 》

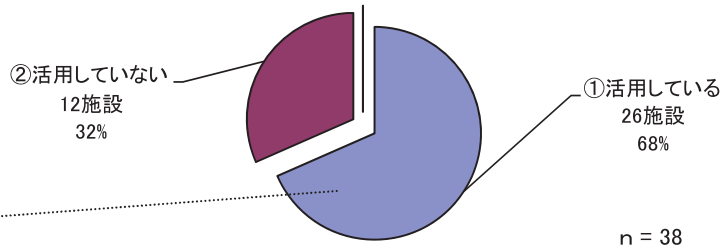
【表1-3】

主な内容	回答数	記述内容
フルタイムとは別の給与体系	6施設	・基準はない(個別) ・本人との交渉で給料決定 ・時給10,000円としている ・フルタイム医師より時給は高い ・フルタイム職員とは別な給与体系を設定している
フルタイムの給与から按分・減額など	12施設	・勤務時間の比率により ・積算時間で按分 ・フルタイムの給与を時給換算している ・1週間の勤務時間に比例した額(扶養、住居手当等は全額支給) ・所定内勤務時間と実務時間と比較して調整

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？

【グラフ1-5】



→ 短時間正規雇用制度を活用している述べ医師数

◎平成22年3月1日現在

医師 53 人 うち、女性医師 32人(60%)

◎過去3年間(平成18年度～平成20年度)の累計

医師 72 人 うち、女性医師 40人(56%)

【表1-4】H22.3.1現在 短時間正規雇用制度を活用している医師数(内訳)

		うち女性医師数						総計
		0人	1人	2人	3人	4人	未回答	
短時間正規雇用医師数	0人	1施設						1施設
	1人		7施設				1施設	8施設
	2人		4施設	2施設			1施設	7施設
	3人		2施設		1施設			3施設
	4人	1施設			1施設	1施設		3施設
	5人	1施設				1施設		2施設
	未回答						2施設	2施設
	総計	3施設	13施設	2施設	2施設	2施設	2施設	26施設

【表1-5】過去3年間(平成18年度～平成20年度)の累計(内訳)

		うち女性医師数							総計
		0人	1人	2人	3人	4人	6人	10人	
短時間正規雇用医師数	0人	1施設							1施設
	1人		6施設						6施設
	2人		1施設	2施設					3施設
	3人		3施設						3施設
	4人	1施設			1施設				2施設
	6人				1施設	1施設	1施設		3施設
	10人							1施設	1施設
	15人	1施設							1施設
	未回答								6施設
	総計	3施設	10施設	2施設	2施設	1施設	1施設	1施設	26施設

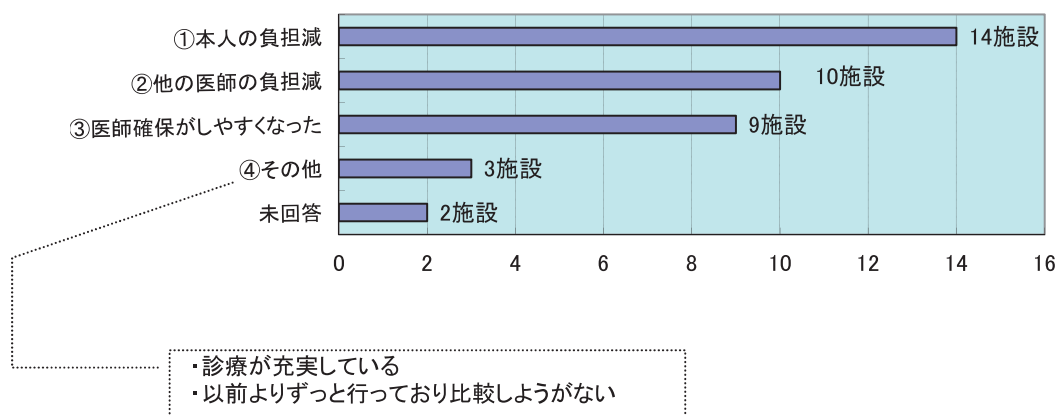
以下問(6)は、問(5)で「①活用している」と回答した26施設のみが調査対象

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
- 未回答

【グラフ1-6】

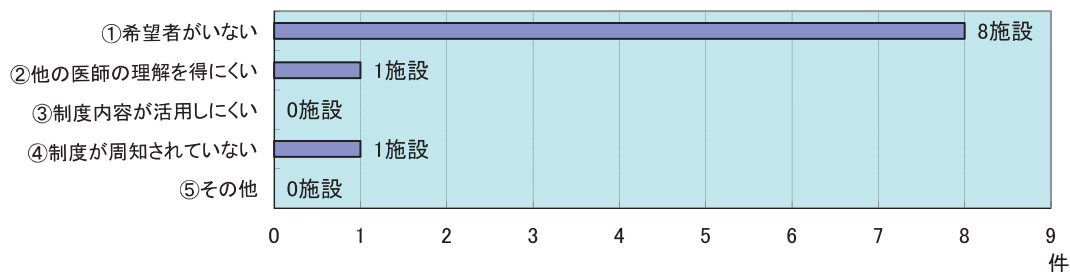


以下問(7)は、問(5)で「②活用していない」と回答した12施設のみが調査対象

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)

【グラフ1-7】



以下問(8)は、問(5)で「②活用していない。」と回答した12施設のみが調査対象

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。

短時間正規雇用制度の活用が見込まれる対象者の延べ人数

◎ 医師 14 人 うち、女性医師 7人(50%)

【表1-6】短時間正規雇用制度の活用が見込まれる対象者(内訳)

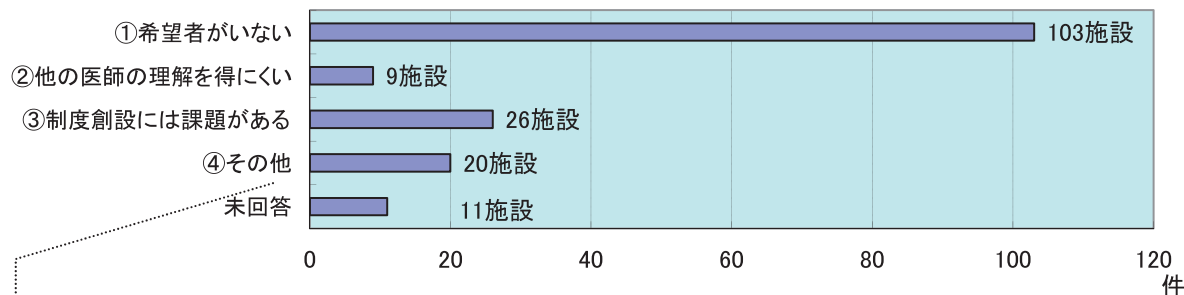
医師数	うち女性医師数					
	0人	1人	3人	不明	未回答	総計
医制短	2					2
師度時		3				3
見の間			1			1
込活雇				1		1
用数用		1			3	4
未回答						
総計	2	4	1	1	3	11

以下問(9)は、問(1)で「①導入していない。」と回答した147施設のみが調査対象

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)

【グラフ1-8】

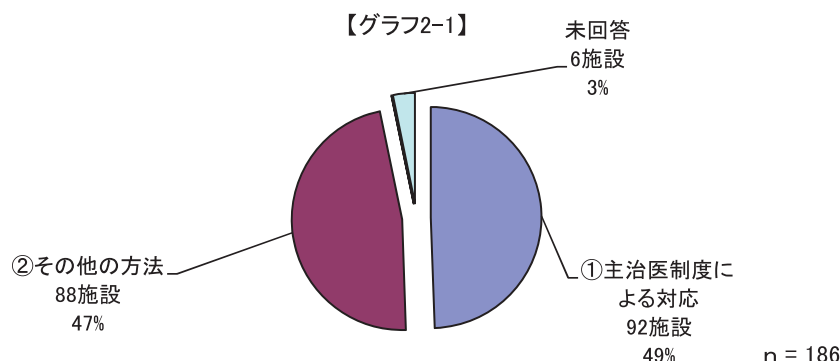


- 現在女性医師不在のため導入の必要がない。
- 企業立病院のため、医師人事制度見直し(例えば年俸制)を行う必要があり、当社の人事本部との調整がいる。
- 制度ではなく、あくまでも個別での対応としたいと考える。
- 今後導入する必要があると考えているが、公立病院のため条例改正等が必要である。
- 事情により導入することもある。
- 本庁と制度導入について協議中。
- 制度としては導入していないが、希望があれば、個々に対応できる。
- 常勤医3名の規模では難しい。
- 導入にあたり、就業規則の変更が必要のため、他の職種を含めて、上部組織の本部で検討中。
- 規則にない。
- 短時間の方でも正規職員として医師定数1とカウントできるのであれば導入に前向きに取り組めます。
- 独立行政法人国立病院機構全体で決定される事項のため。
- ケースバイケースなので、制度化されていない。

2 主治医制度について

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？



以下問(2)は、問(1)で「①主治医制度により対応している。」と回答した92施設のみが調査対象

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。

【表2-1】

〔 専門的な対応が必要な場合 〕

- 主治医の専門疾患についての受診の場合は主治医へコールする。それ以外の場合は通常当直医が対応する。
 - 専門的な対応が必要な場合(主治医の専門性が関与) ●主治医でないと対応できない問題が発生した場合。
 - 当直医で対応出来る事は当直医で対応するが、病状によっては主治医へオンコールする。
 - 当直医では判断の難しい場合、主治医が対応。 ●当直医で対応が困難な場合は主治医へCallして対応している。
 - 当直医が対応できないと判断した場合。
 - 当直医段階で判断のつくものについては当直医で対応するが、当直医の専門外、あるいは責任の範囲で判断のつかないケースでは、主治医にオンコールまたは呼出しで対応している。
 - 当直医での判断が難しい場合。 ●当直医が対応出来る範囲を超え、当直医が主治医を必要とした時。
 - 当直医では対応できない時。 ●当直医の専門分野でないことへの対応など。
 - 当直医が対応できない場合、当直医より主治医に連絡する。
 - 原則は当直医により対応するが、専門外であったり、当直医では判断が困難な時は主治医にオンコール体制で対応する。
 - 当直医の判断により、主治医へ必要に応じてオンコールする。
 - 簡単な応急処置は当直医に。治療法に関連するものは主治医に連絡するようにしている。
 - 主治医の判断が優先されると思われる内容の場合。
 - 当直医が専門外の場合、主治医をオンコールで呼ぶ場合がある。
- ※基本的には、当直医としているが、重篤患者の場合は、時間外あるいは休日も出勤し、主治医が対応している。
- 当直医は主に外来対応及び入院患者の急変時の応急処置。主治医は入院患者の急変時にオンコール。
 - 軽微な場合は当直医対応だが、あとは当直医の判断による。
 - 簡単な処置等は当直医で実施。複雑なものは主治医で。

〔 患者の急変時 〕

- 患者の急変、分娩等看護師の呼出しに応じて主に病棟から主治医へPHS等により呼出し。
- 急変時等に連絡し、必要時には来院する。
- 急変時は主治医対応(夜間も)※当直医又はナースによりTEL連絡。その他は当直医にて対応し、後日主治医に申し送り。
- 急変時は主治医が対応。当直医は発熱などの対症的な診療を行い、主治医に引き継ぐ。
- 患者に異変があった場合は当直医に連絡し、主治医の対応が必要な場合にオンコールする。
- 患者急変時に主治医連絡。 ●患者の急変、症状への対応など、患者・家族に説明し当直医が対応する場合もある。
- 患者の急変時や死亡時に対応。患者の容態の悪い状況が続く、家族への説明が十分になされている場合、当直医が看取することがある。
- 急変の場合は主治医に連絡する。
- 急変時・死亡時対応。当直医の判断で主治医に報告。
- 通常は当直医にまかせているがよほどの緊急事態の時は連絡により出て来る。
- 勤務時間帯は主治医が責任をもって診療にあたる。当直医は院内の問題について対応。緊急時には主治医に連絡をとることもあり。
- 入院患者さんの急変時。

〔 患者の急変時 〕

- 重篤な患者が夜間に急変した時の対応について主治医より支持を受ける。 ●Op後、重症時等。
- 患者さんの容態が悪くなった時、主治医に連絡。場合により当直医が対応。
- 患者状態の急変時等状態変化に対して主治医対応。軽度の症状、軽い外傷等は当直医対応、主治医への報告。
- 患者の予測不能な急変時の対応。
- 勤務時間外に患者の状態が変化した場合、当直医がまず対応するが、状況により主治医にも連絡があり、当直医と協議し主治医が来院する事もある。

〔 基本的に当直医で対応 〕

- 日中は主治医。夜間、休日は当番医(例外あり)。 ●主治医の指示により当直医が対応。
- 主治医が、状態が悪い患者さんの引き継ぎを当直医にしている。 ●日・当直医で対応している。
- 夜間、休日は当直医が原則として対応。 ●原則時間外は当直医が対応する。
- 基本的には当直医が対応。時間的にも来院可能な時のみ主治医対応。
- 勤務時間内は主治医対応。時間外は原則として当直医対応。対応困難時主治医と相談。
- 原則として、当直医が診療ーしかし必要に応じて、主治医に連絡(TEL)して相談、その上で必要なら主治医が来院する。(コスト支払いあり)※なお主治医不在の場合はPair Dr(予めつくっている)が対応する。
- 勤務時間内→主治医対応、勤務時間外→当直医が対応、必要であれば主治医にコール。
- 夜間、休日の急変時にはまず当直医に連絡があります。診察の結果、主治医連絡の必要があると判断した場合のみ連絡となります。
- 救急時、当番医が対応し、必要に応じて主治医に連絡する。 ●日勤は主治医が対応、夜間・休日は当直医が対応。
- 一般的な対応は主治医が行う。時間的に主治医が対応出来ない場合当直医が対応する。休日は当番医が対応する。

〔 基本的に主治医で対応 〕

- 主治医は患者に対する全責任を負います。当直医とは主と従たる関係で患者に質の高い安全・安心な医療の提供を行っています。
- 基本的にオンコールにて主治医を呼び出し。
- 主治医のみが対応。TEL、来院。
- どの様な時もまず主治医が対応。緊急の処置を要し主治医が間に合わない場合、当直医にたちまち対応を依頼。
- 原則として主治医が対応しているが、当直医に病状説明をして、当直医に対応していただく場合もあり。
- 主治医のみが対応している(小児科)。整形は当直医が対応している。
- 原則主治医に連絡、主治医の判断により当直医対応。緊急を要する場合は当直医対応から主治医へ連絡。
- 主治医は患者の診療に対して主たる責任を有する医師であり、担当医は主治医の依頼を受け、あるいは指導・監督のもとに日常の診療を行う。主治医不在時には日常の連携・連絡を密に行うものとする。
- 主治医の方針により決定。多くの場合は可能な限り主治医対応。私用・出張等により対応不可の場合、同科の医師もしくは当直医が対応。主治医による対応は絶対的なものではなく、臨機応変にすべての科の医師が協力している。
- 受け持ち患者に関することは全て主治医が対応し、出張等の場合はその科の長の判断に委ねている。
- 24時間365日対応する(主治医が)。患者急変時のみ蘇生処置などを当直医が担当。その後主治医が対応する。
- 休日、夜間の入院患者への指示は先ず主治医へ電話をすることになっている。予期せぬ急変には平行して当直医へ連絡している。
- 当直医は夜間の外科急患、主治医が到着するまでの間の院内急変患者さんに対する対応を行っていただいています。当院では当直の9割以上を医局の先生方をお願いしているために、当直の先生には院内の患者さんに対して責任を負わないようにしています。
- 当直医はアルバイト等外部医師の対応が多いため夜間等の急変時は主治医に電話等で連絡して対応している。
- 緊急時の初期対応のみ当直医。

〔 その他 〕

- 患者の状態を詳細に当直に説明し、良好な連携状態にある。 ●女性医師が主治医の場合、当直医が対応。
- 当直医は主治医との連携を充分図り、対応している。
- 外科、整形は常勤各1人につき主治医制度(2名体制の時は違いました)。内科については平日は夜間を含め主治医制度。不在時当直医及び当番医が対応。土、日、休日については今年(22年4月)から内科当直及び待機医が対応。
- 当院は42床(療養病床)の小病院であり、土・日曜日以外は院長がすべて対応している。土・日曜日の当直医の役割は主に緊急時に対応。
- 個人病院なので、週末の夜と日曜日のみ、他より医師に来てもらって対応してもらっている。その他の日は当院の医師が対応する。
- 主治医と連絡が取れない時、受け持ち患者が急変時に当直医が対応。
- 原則、内科は夜間・休日は当直医が対応している。外科は夜間・休日も主治医に連絡を取り対応している。
- 入院患者の容体が悪化する等の問題が生じ、主治医が不在の場合、当直医が診療科毎の当番医へ連絡の上、必要な対応を行っている。
- 最も基本となる部分について原則対応。緊急・夜間当直の場合現場の医師対応。
- 常勤医は小児科医師、整形外科医師2名のみ。常勤医師が当直の時は基本的に当直対応。非常勤医師が当直の時は、小児科、内科の対応は常勤医にオンコール、整形外科対応は常勤医にオンコールしている。但し風邪等軽い疾患対応は当直対応。
- 外科系の患者は主治医がオンコール等により対応するが、内科の患者は主治医と当直医が連携する。
- 1週間単位で主治医が勤務している間はこの制度で夜間、休日は原則として当直医が患者を担当している。(当院は一般病棟なし、療養型病床となっている病院) ●日勤中、専門医で主治医又は専門医が担当する。

以下問(3)は、問(1)で「②その他の方法により対応している。」と回答した88施設のみが調査対象

問(3)その他の方法とは、どのような方法ですか？

〔 宿日直・完全当直医制度による対応 〕

- 完全当直制
- 完全当直医制にしている。一人で対応できない緊急時は呼び出しをしている。又、当直医が経験浅い時はサブ当直を決めている。
- 申し送りにて対応(完全当直医制度) ●夜間、休日は完全当直制である。
- ①当直医制で日・当直担当医が原則として対応している。②但し、病状急変とか、本人・家族への対応が難しい場合はオンコール制
- 完全当直医制(院長、副院長も加えて対応)。
- 「担当医制」により夜間、休日の呼び出しは原則として行わない。日・当直医担当制。
- 当直医の対応 ●日直または当直の担当医師により対応している。
- 当直医(他のDr)にある程度まかせる。 ●当直医が原則対応。急変時は主治医へ連絡。
- 病院の宿日直の医師が対応。 ●当番制。
- 当日の外来勤務医及び当直医にて対応。
- 当番医が対応する。当番医で十分な対処が出来ない場合には主治医が連絡を受ける。また、急変等で主治医の専門科ではなかった病態の場合は、専門の常勤医が対応に当たる。
- 個人病院につき夜間、休日の対応なし。院長判断にて対応。
- 医師数2名の病院であるため、院長がほとんど全てを把握しており、病院内に自宅がある。院長より常時対応している。
- 夜間・休日は当番医のみ対応している。
- 原則当直医が対応し、対応仕切れないときに主治医か園長が対応
- 当直医制、待機制(病棟が落ち着いている場合は徒歩3分の自宅にて待機)
- 夜間・休日は原則として当直医が対応している。 ●病院待機医師にて対応。
- 昼間は主治医が対応し、夜間は当直医が対応する。 ●夜間・休日当直医が対応。
- 当直医が対応し、できない場合は主治医に連絡する ●救急告示病院なので当直医等で対応。
- 当直勤務医での対応を基本としている。 ●当直医による対応(特別の場合は主治医に連絡)。
- 夜間・休日は当直医が患者を担当する。 ●日直・当直制、診療科ごとの当番医制。
- 問題があればまず当番医が対応し、主治医へ連絡を行う。
- すべての診療科でチーム制としている。毎日の当番医がその日の時間外対応を外来・入院ともに行っている。
- 夜間・休日は当番医(原則) ●病棟制。
- ”担当医”として勤務時間中は担当するがその他の時間においては日直、当直で対応している。
- 勤務医が当番制で対応している。
- 平日時間内はある程度決まったDrが診るが、時間外はすべて担当医(日直医、当直医)が診ている。
- 原則として当直医に対応し良いこととしているが主治医が対応するか当直医に依頼するかは主治医の判断に任せている。
- 日直、当直医が対応し翌日以降主治医へ申し送り。
- 当直医が対応、必要なら主治医がオンコールで対応。
- 主治医が原則であるが夜間等は当直で第一に対応が可能であればしてもらっている。
- 基本は当直医が対応するが、患者の状況等に応じて担当医にオンコールをする。
- 常勤医師が交代で患者の診療を行っています。
- 夜間、休日は当直の医師が対応。
- 法人内センター病院より当直医師のローターを組んでもらっている。また、非常勤医師と当院医師による当直体制を取っている。
- 基本的には時間外に関しては当直医が対応する。当直医が対応困難と判断した場合、当直医の指示にて主治医へ連絡するシステムになっている。
- 主治医 出勤時間帯→主治医対応 主治医 出勤時間帯以外→当直医対応
- 入院患者対応→基本的に主治医が対応する 入院患者以外の対応→基本的に当直医が担当する

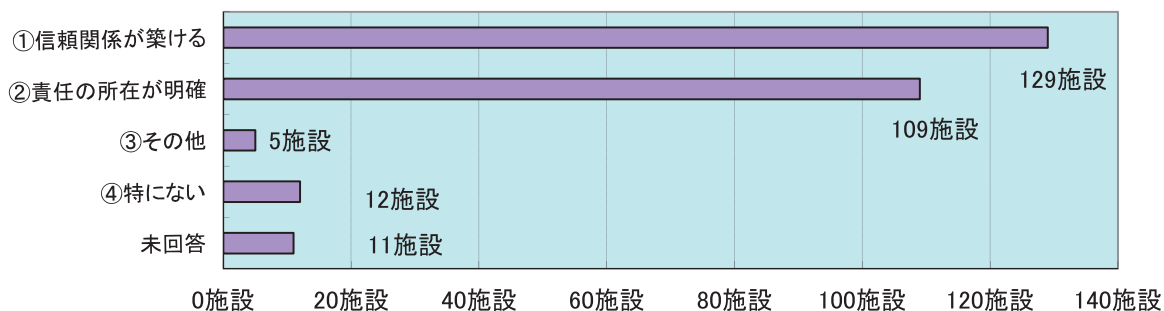
〔 その他 〕

- 概ね院長が対応している。 ●共同主治医制。 ●休日夜間急患診療所にて当番医が対応。
- ベッド数も少ないので全員で患者さまの状態を把握し、対応可能なDrが対応している。
- 常勤医師との連携をとっている。医療、介護の療養病棟のみの病院である。
- 診療科又は患者さんの病状により当直医の対応であったり主治医の対応であったりする。
- 広島大学病院からの医師派遣により診療している。
- 主治医と担当医の2名で1ptを持ち、各々の協議で必要な対応を分担したり協力したりする。
- 外来患者については当直医が対応。入院患者の急変等については主治医又は各科待機者が対応するが連絡等がつかなかった場合は当直医が対応する。
- 主治医の方針により決定、夜間・休日に関しては当直医が対応。

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)

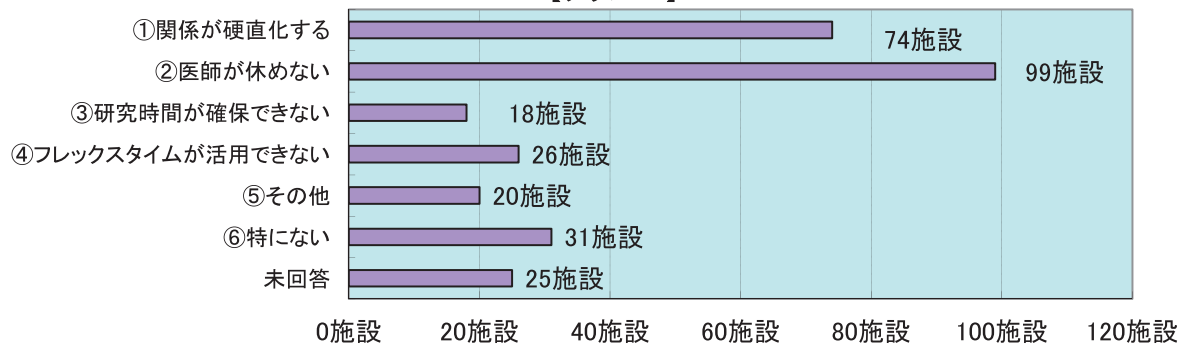
【グラフ2-2】



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)

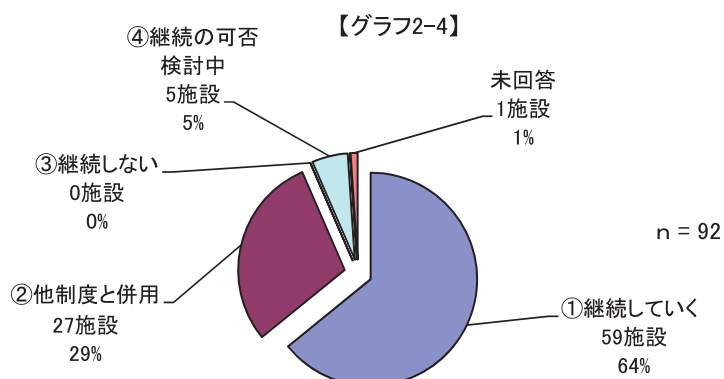
【グラフ2-3】



以下問(6)は、問(1)で「①主治医制度により対応している」と回答した92施設のみが調査対象

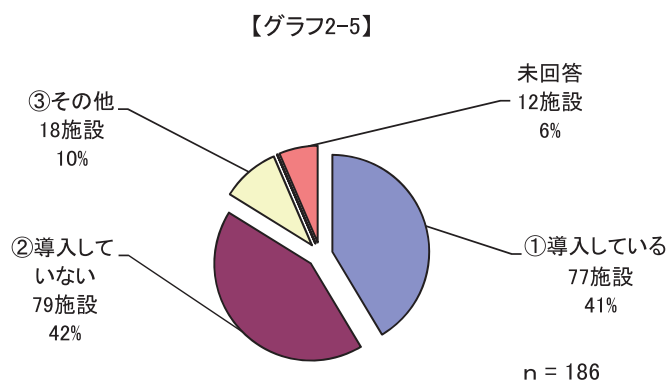
問(6)今後の主治医制度の継続について

貴院では、今後も、主治医制度を継続していきますか？



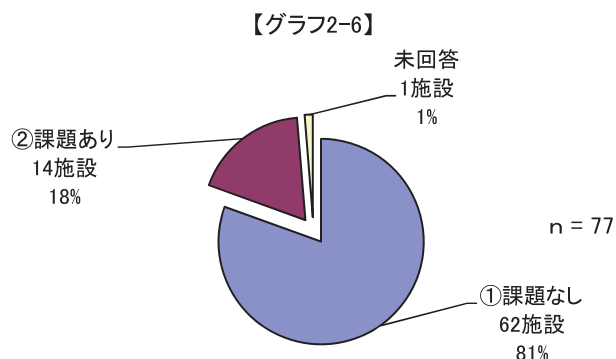
問(7)完全当直医制度の導入について

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？



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77施設のみ対象

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？



【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。

〔 完全当直医制度による対応が困難 〕

- 最大の理由は、当直医にすべてをまかせることは不可能(専門性が全てちがう場合あり)。2番目には信頼関係の問題。
- 当直医では対応困難と考えられることが多々あると考えるため。
- 夜間一人の当直医がすべての患者の状況に対応することは難しい。
- 医師の専門性により判断がつかないことなどある。 ●当直医と診療科が違う。
- 患者の状況把握は当直医のみだと不十分となる。 ●当直医が専門医でない場合があり、完全に導入は出来ない。
- 専門的治療が困難であるため。 ●内科、外科系のどちらかが当直することがあり、完全当直医制度の導入には無理がある。
- 人手不足にて、科の違いにより対応不可の場合がある。 ●例外的なケースがあり、主治医対応の場合がある。
- 主治医でないと対応できないと判断される場合は主治医が対応している。
- 主治医対応が出来ない場合には当直医が対応しているので、完全当直医制度にする意味がない。当院は各科当直ではなく待機制としている。
- 外科手術後等で全身状態が不良となったような場合に、主治医が出ていかないことに対して一般の方(家族)の同意が得られにくいと思われる。 ●患者さんの病状により主治医の対応もある。
- 当直を週3回大学病院から派遣された医師にお願いしており、患者の病態、病歴が充分に把握できない。
- 高度専門性をひいていること、複数主治医、グループによる当番制をひいていることによる対応をしているため。
- 患者に安全かつ安心できる診療を提供するため。 ●専門科以外の入院対応は危険である。
- 少人数では不可能、広大から応援医師が来てくれる間のみフリーとなれる。
- 当直医師が1人のため、外来患者の対応と急変等した入院患者の対応は困難であるため。
- 入院患者でわからないことがあるとしても主治医に連絡をしている。
- 基本的には当直医が対応しているが対応が難しい場合には主治医に連絡しているので完全当直医制度を導入していない。
- 専門分野のOpをしているため。 ●急変時などは主治医が対応する場合があるから「完全」ではない。
- 主治医対応が出来ない場合には当直医が対応しているので完全当直医制度にする意味がない。治療方針が決定していない患者様もいらっしゃいます。主治医にも意見を聞く必要あり。
- 主治医には患者及び患者家族との信頼関係があり急変時の対応をはじめ、主治医が状況を把握し医療行為を判断する必要がある。
- 状況によれば主治医の指示を受けた方が良いケースもあるため完全とはいえない場合がある。

〔 患者との信頼関係など 〕

- 患者との信頼関係を保つため。 ●医師も患者・家族が望むべき制度と考えていません。
- 医師と患者の信頼関係の問題。担当科が違うと対処が難しい場合がある。主治医の治療スタンス(投薬のこのみ、くせ)が障害となる事がある。 ●主治医制度が患者にとって最善と考えている。 ●主治医制度を行っているから。
- 患者とその家族との信頼関係を築けずトラブルの元となる。 ●主治医が最も患者のことを理解しているから。
- 主治医への患者の信頼・依存が高いため。 ●主治医が担当患者をしっかりと診療するため。
- 主治医制度では患者・医師両者に急変時には主治医対応してもらいたい。主治医が対応すべきとの意識が続いている。(社会的習慣)

〔 当直医の確保・負担など 〕

- 当直医(パートタイム)がみつからない。新研修医制度の導入以来当直医がみつかりません。
- 当直医の確保ができない。●当直医の半分は他院の医師のいわゆるバイトであり、主治医としての負担をかける事はできない。
- 主治医と当直医の連携を十分にとるために必要な人員が確保できない。
- 当直医の負担が重すぎる。 ●人手不足。 ●当直医の負担が大きい。 ●当直医が一部非常のため。
- 当直医が1名しかおらず全ての科の診療は行えない。 ●当直専門の医師を確保するのが難しいため。
- 非常勤当直医を採用しているため。 ●人員の不足。 ●当直医の確保が困難なため。
- 当直は9割以上医局の先生方にお願いしており院内の患者さんに対するリスクを負わせないように対応しています。ちょっと特殊なケースと思いますが…。 ●当直外部委託。 ●当直医に全診療科に対応してもらうことになってしまう。
- 複数医師による当直が困難であり、専門外の患者への対応を1名のDrが行えない。

〔 医師の負担・診療体制など 〕

- 医師不足につながる恐れあり。●完全当直医体制がとれる医師が整備できない。●当直医による患者対応にばらつきがある。

〔 責任の明確化など 〕

- 医師の責任の所在を明確にするため。 ●責任を明確にする。他科の当直医の際に困る。

〔 現体制で支障がない 〕

- 特に問題が生じていない。 ●特に医局員より要望がない。 ●現体制で支障がない。

〔 その他 〕

- 電子カルテで対応できるため。 ●医師の休みが必要。 ●個人病院制度なし。院長宅病院と隣接。
- 環境が整わない。 ●自主的に主治医が対応している。
- 一つに費用的な問題、一つに医師確保、一つに責任の問題と安心安全円滑な医療サービスの提供がどれだけなされるか。
- 看護師が非常勤医師の当直に不安を持っている。
- 2名チーム制とする事で相互に協力し合い時間的・体力的な負担を軽減できる。
- 救急に(外部の)対応出来なくなるから。●当直される先生が少ないことと私達(小児科)は院内に居住しているからすぐ対応できる。
- 休日のみ当番医依頼で充足している。 ●患者を全てまかせることができず患者の病状申し送りが大変。(当直医が固定できない)
- 急性期病院のため完全当直医制度の導入が難しいため。

【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。

〔 医師数の増員 〕

- 医師不足の解消(精神科医) ●医師の確保 ●医師不足の解消 ●医師数が足りないと困難
- 医師の増員 ●医師の増加 ●医師の確保 ●医師数の確保。患者・家族の理解
- 医師不足の整備 ●常勤医の十分な確保がまず第一、医療情報の共有化(電子カルテ等)
- 医師数増加が必要 ●医師の充足 ●医師確保とその人件費が重要
- 医師不足の早期解消。公的病院への各科2名以上の配置と人件費の補助
- 人手不足の解消ー以前は院長当直は週3回でしたが現在は週5回(残りの2回も院長はオンコール)勤務医の高齢化もあり、疲弊も深刻です。このままでは団塊世代のリタイア後は病院機能(入院)を維持できません。
- 小児科医師複数体制等医師の定員増が必要

〔 社会的コンセンサスなど 〕

- 社会的コンセンサスが得られる必要がある。 ●患者・家族の理解が必要。

〔 責任の所在 〕

- 診療における責任区分が訴訟等で明確になる必要があると考えます。 ●責任の所在を明らかにする事

〔 診療体制 〕

- 複数医師による当直体制
- 当院の主な診療科がカバーできるように複数医師の当直体制が必要となる。
- 診療の継続性が保たれることや、チーム医療の中で複数の医師による診療関係が導かれ、そうした医師が当直に参加することが必要。
- 患者が急変した場合に十分に対応出来る医師の養成。
- 医療機関への経費支援制度、人員不足の解消。
- 当直医が全ての科について精通していなければならず、当院では不可能。
- 当院医師で100%当直する必要があるが病院の規模(常勤医4名)でも困難である
- 医師数が少ない。(診療科によっては確保できない科がある。)当直に関しては外来、入院でも診療する必要があるが、診療報酬が少なすぎ人件費に見合わない。
- 重症入院患者に対応できないので無理と考えます。
- 急患を受け入れる限り完全当直制度は無理である。なぜなら全科当直が必要となるから。行政による全科の当直科の支援・宅直、当直室の整備などでできれば可能だが無駄が多い。
- 責任をもって当直してもらうため当直科の補助をしてもらうべき
- 社会的に休日・夜間に急変した場合には当直医が対処するとの認識が定着した時。医師の当直翌日の完全休日の実施

〔 その他 〕

- 技術的対応、情報の共有 ●オンコールの報酬
- 夢(Dream)のようなお話には答えられない。医師不足の中、そんな余裕などありえない。
- 当直医バンク、あっせん。
- 医師同士のコミュニケーションの強化。医師の技量の平準化。
- 時間外勤務医数の確保が困難。行政による支援策には期待していない。

問(11)貴院において既に取り組みさ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。

〔 休暇・育児保育など 〕

- 週休2日 ●リフレッシュ休暇 ●職専免 ●残業をなくす。
- 育児休業制度、育児部分休業制度。 ●育児休業、部分休業取得
- 院内保育・女性医師の宿直廃止。(現状では女性医師は1名しかいない状況もあって)
- 年に一度、一週間の連続休暇を自由に付与できる勤務形態を採用しています。
- 短時間勤務により負担の軽減ができた。
- 夏、冬休み1週間、5月の連休を5日間交代で連続して完全に休むようにしている。
- 日・祝日以外に平日に1/週休み日を設定している。
- 夏季休暇→有休を利用して連続1週間の休暇を付与。
- 院内保育室の整備、短時間勤務職員制度、看護師再就職支援講習会。
- 春、秋に各4、5日の休みを定例化している(医師のみ)。院内保育がないため介護士、看護師の子供の保育園料はほぼ全額負担している(医師にも適年齢の子供がいる場合は適用する制度である)。

〔 勤務形態・診療応援など 〕

- 月に3～4回は地域支援病院から当直医の派遣をお願いしています。
- 時間外救急の三交代制、医療事務補助
- 外来午後診を内科系、外科系として、この診療を当番制にしている。
- 一部の診療科で当直の翌日は午後の勤務をなしにした。
- 半日勤務。当直医師がおれば常勤医師の負担軽減となる。又、常勤医師は病院の近くで生活しているため何かと便利である。
- 乳幼児を持つ女性医師を非常勤として勤務日・時間を限定して雇用。平成22年度に医師業務作業補助係を新設予定。
- 平成22年度から内科については、休日について完全当直待機体制とした。全員単身赴任となってしまうので休日は家族の元へ帰られる。
- 原則当番医が緊急対応しているので、救急非番日の24時以降を休診にしたため医師の軽減策になっている。
- 臨床工学技士の採用による治療機器の装着等の医師の業務軽減。大学病院等からの当直医師の派遣応援による当直業務の軽減。

〔 宿日直関係 〕

- 当直業務の依頼。 ●当直あけは原則午前中のみ勤務。
- 当直翌日の午後勤務を免除・書類作成システム導入、医師事務作業補助者配置(予定)。
- 外部からの当直の受入。 ●当直あけの日は午後から支障のない範囲で早退を検討している。
- 他医療機関(他市町の公的医療機関)からの日・当直の支援。 ●常勤女医の当直勤務を免除(2人います)。

〔 医療事務補助・電子カルテ導入など 〕

- 医師事務作業補助者の導入。 ●医局秘書(医師事務作業補助体制)の導入。 ●病棟クラークによる仕事の負担軽減。
- 事務による書類等作成支援。交代制による夏期休暇取得。
- 医師事務作業補助者(MSW)を平成21年4月から1名配置している。
- コメディカル、事務職の増員。 ●医師事務作業補助者の導入
- 医師業務補助者を検討中。日・当直回数を減らすため、医師会開業医への日直を依頼。
- 医師事務補助(文書作成など)。 ●クラークの導入や勤務形態の変更(短時間勤務)。
- 電子カルテの導入による事務業務の軽減を図っています。
- 電子カルテの運用において、委譲承認によりDr以外がオーダーを出せるようにした。
- 院内LANの構築により無駄な記録(重複して同じことを入力するなど)作業を極力なくしている。
- 1.医師の事務軽減 2.オーダーリングシステム導入。
- 診療支援室の設置により雑用の減少。非常勤医師の活用。

〔 その他 〕

- 現在、産科・救急医確保支援事業を実施している。 ●各種委員会への参加は必要最小限としている。
- スポーツクラブへの法人入会。 ●現実的に医師不足解消しか効果はない。
- 入院待ち患者数の制限。
- 民間病院で医師の負担を軽減する方法はない。医療費そのものを再考しないとダメ。公立病院のように人件費が別に出るわけではない。
- ・医員・研修医を非常勤職員(日給制)から契約職員(月給制)とし、処遇改善を図った。
- ・育休中の女性医師等の復帰支援をするため、短期間でも雇用が可能な制度として非常勤医師手当を新設。
- ・外来・病棟にクラークを配置。
- ①30年前から原則、当直医制にしている。②当直室の改良整備 ③フレックスタイム制(男性医師でも子供の送り迎えなど)
- やはり医師を充足させること。当直回数の削減。休日・夜間体制の実質的な受け入れ減少(複雑な思いですが)。院内体制に合う重症患者の受入。

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

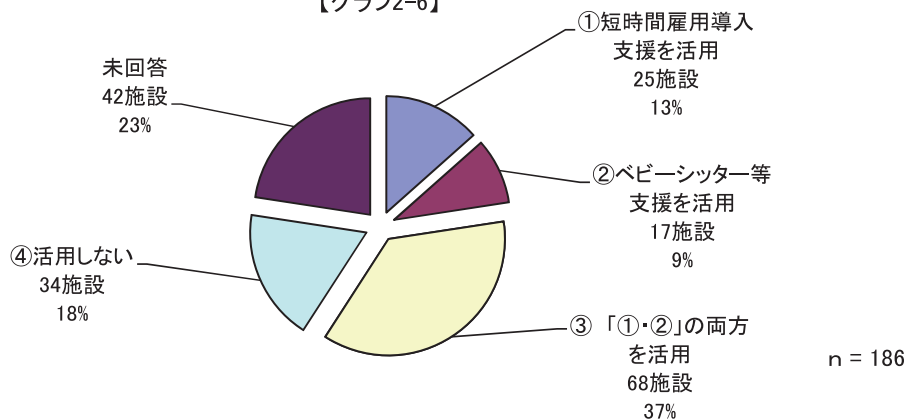
行政が新たに次のような制度を創設した場合、貴院で活用されますか？

- 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。

【グラフ2-6】



《 制度を活用するに当たり、制度内容等で望むもの 》

〔 経費的支援 〕

- 十分な経費的支援を望みます。またベビーシッターであれば斡旋制度があれば助かると思います。保育施設(院内)の助成等も助かります。
- 経費支援の額がDr対象を前提とした十分な額であること。医師が納得して預けられるベビーシッターの養成。
- 医師一人当たりの人件費は高すぎるので代替りの医師の派遣とそれに対する100%補助をしていただければ可能。

〔対象者がいない。必要性を感じていない。〕

- もし対象となる医師がいれば活用する。
- 該当医師がいれば活用を検討すると思う。
- 現在それほど必要なし。

〔 その他 〕

- 女性医師が「女性」という限り、医学部定員を増やし、男性医師が増えなければ問題は解決できない。
- ①医師の増員がないと無理、②このような小手先の対策でなく、医療費全体を増額すべし、③色々な制度が出来るが、その為の事務的経費(申請・報告・監査など)が増えるのでギリギリの人員で経営している病院としては利用できないものも多い。
- 活用したが、僻地に医師が派遣されることが先決。医師数の充足がおこなない限り僻地では活用しづらい。
- 経費的な支援より、近隣の医療機関と共同で利用できる保育施設の整備や女性医師の産休中に代診していただける医師派遣制度代替当直医に対する支援制度(経費)があれば良いと思います。
- 支援が病院からの申請により、直接女性医師に届くものがよい。地域では、ベビーシッターの確保自体が困難であり、病院保育所への助成の方が現実的にはありがたい。
- 週1~2回のパート勤務であっても保育所に優先的に入れて頂ければ良かったと思います。また、医師以外の職員にも当てはまりますが病児保育の充実、院内に子供が遊んだり学習できるスペースがあるとよいです。学童保育の拡充をお願いしたい。(特に夏季・冬季・春の長期休み時など)。
- 特に病児保育の問題をクリアできる制度を望む。
- 24時間活用支援が望ましい。
- 複雑な手続きにしないこと。
- 現在検討中である。

《 活用しない理由 》

〔 対象者がいない。 〕

- 対象となる女性医師が不在である。 ●女性医師が在籍していない。 ●現在のところ、女性医師採用の可能性非常に少なし。
- 常勤の女性医師がいない。 ●該当する医師が現在いません。 ●女性医師の勤務が想定されないため。
- 現在該当する女医がいないので活用したい制度を選定できない。
- 該当する女性医師を採用していない。該当する女性医師の採用機会が無。

〔 必要性がない。 〕

- 目下ニーズが乏しい。 ●今のところ必要性がない。 ●ニーズが不明なので回答できない。
- 短時間での勤務時間であり必要なし。 ●現在必要でないため。 ●必要性を現在認めない。
- これまで短時間雇用を希望する女性医師がいなかった。

〔 活用が困難である。 〕

- 少人数のため調整が難しい。
- 医師定数の問題が解決されないと活用は難しい。
- 当院のようなへき地の病院では無理である。諸環境が整わない。科によっては1人だけなので内科についてはその時に考慮。
- 出来ない。

〔 その他 〕

- 病院には裁量権はない。病院事業局が決めるので現在のところ明らかでない。
- 制度を導入するに当たり、社内規定の改正等課題があるため。
- 制度内容をよく知らない。支援制度を得るための手続きが大変な作業になることがよくある。
- 医師が足りない中であくまでも個別に判断したい。
- 女性医師個別の環境支援に対する設備の自信がない。数人の女性医師が希望であれば別であるが。
- 夜間・休日などの予定外の急な呼出しでベビーシッターサービスを利用することは不可能と思われます。例えば9時～17時で残業なしの雇用であれば通常の保育所利用でカバーできるものと思われます。
- 経費を支援する引き換えに女性医師を雇用しろという考え方はいかがなものか。今までの例で支援が不十分な場合が多く当てに出来ない。活用する場合の条件が厳しく負担が大きい場合が今まで多かった(類似の制度で)。今までは当院の可能な対応(勤務日、時間帯の選択)で可としてくれる女性医師に勤務してもらった経験がある。無理な対応を強制されるなら制度を活用する価値がない。

3 女性医師の就労環境の現状について

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

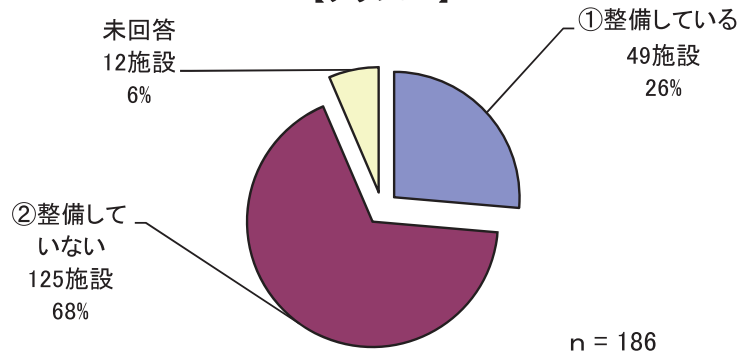
b.更衣室

c.シャワー室

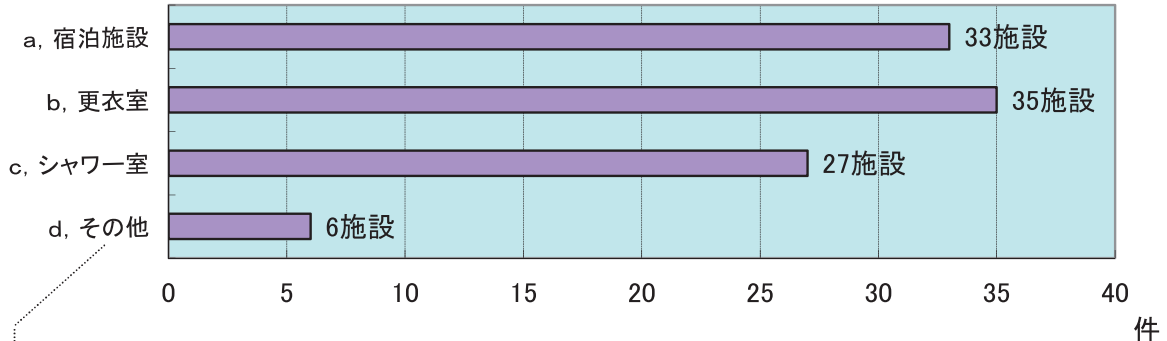
d.その他(

② 整備していない

【グラフ3-1】



【グラフ3-2】具体的な設備内容(複数回答)》



《 その他の内容 》

- 医局をパーティションで区切り、男性医師と別室としている。
- 安全ロック
- 女性医師の宿直はなし
- 女性夜勤は今まで行っていない。日勤のみとなっている。
- 男性も女性も同じに扱っている、直室は快適に過ごせる設備を整えている。
- 専用休憩室

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)

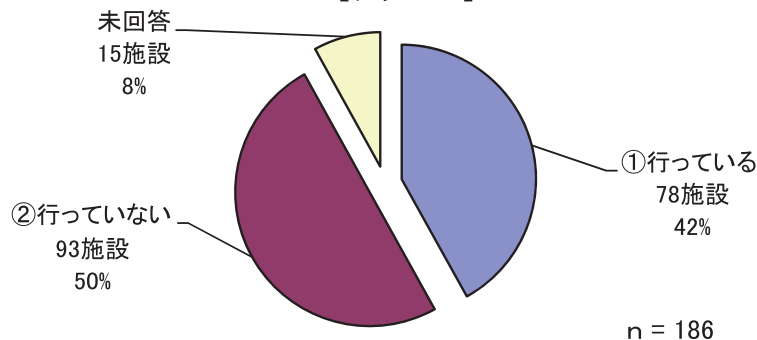
a. 院内保育所の整備 b. 休日夜間の院内保育所

c. 育児サービス費用への助成制度

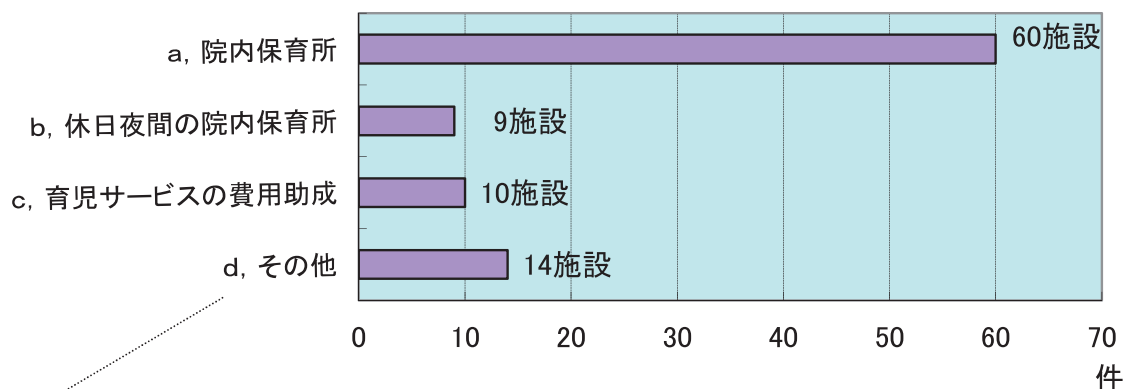
d. その他()

② 行っていない

【グラフ3-3】



【グラフ3-4】《具体的な育児支援内容(複数回答)》



《その他の内容》

保育・託児の整備	● 保育園への補助
	● 病院で託児室設置(民家借用)
	● 近隣福祉施設(同法人)託児所設置
	● 院内にないが近くの保育所を紹介している
	● 病児保育室の整備
	● 市による保育所整備をすすめている。
	● サマースクール(夏休み期間中の学童保育) 来年4月から院内保育所を366日稼働
	● 病院でベビーシッターを準備
その他	● 女性医師の宿直は免除
	● 育児休職制度
	● 勤務体制の緩和等

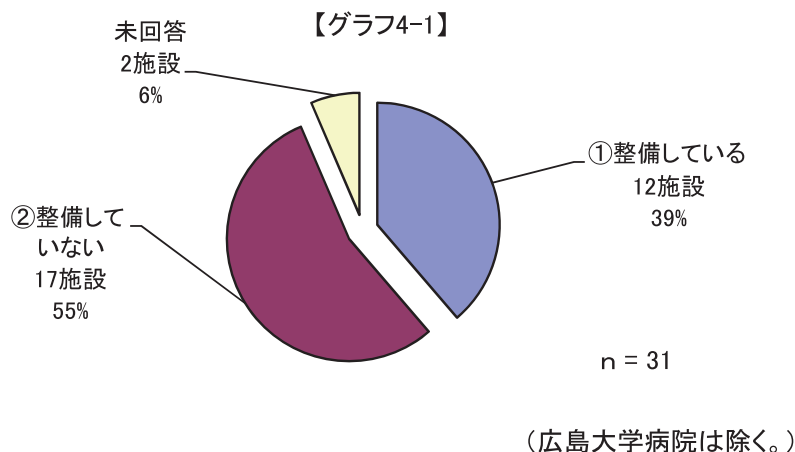
問(4) 貴院において、女性医師の就労環境について、課題・問題点等、またご意見などがあれば、ご記入ください。

女性医師 はいない	●女性医師、特に子育て中の女性医師がいなくて、これまで問題となっていない。
	●現在、女性医師が不在のため整備がないが、着任があれば就労条件等を考慮したい。
	●今のところ、常勤の女性医師がいないため、女性医師の就労環境が十分整備できているとは言えないが、必要が生じた場合は他の職種同様に継続的な就労が可能な環境を整える必要があると考えている。
当直の 免除	●女性医師は宿直をしていない。
	●子育てを行っている女性医師は当直を免除している。
	●現在女性医師は宿直免除している。現在育児支援の必要な医師はいない。女性医師とか男性医師とか何の問題もない。要するに医師同士のコミュニケーションの問題と思う。仲良くやれば問題など無い。
	●深夜労働の問題。
その他	●男性医師との職務内容、待遇面でのバランスを取ることが難しい。
	●高齢の男性などでは女性医師に対する態度に問題がある場合がある。
	●女性医師の要望には出来る限り対応するので勤務してほしい。
	●条件等にあわせて柔軟に対応する。
	●休業期間後現場復帰への教育訓練。
	●ご主人の職務で急に転勤等有り急に退職される場合あり。時期的に人員の補充が困難な時がある。それ以外は問題ありません。
	●重症者、人工呼吸等設置者あり、原則当番医対応であるが、時々電話問い合わせ等がある。(自宅へ)
	●女性医師専用の設備が整備されておらず、ご迷惑をおかけしている。

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？



【前記 問(1)で、「①整備している」と回答された病院のみ、問(2)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。)

- 相手依頼機関からの依頼文書を提出して頂き許可している
- 従事許可を施設長にもらうことが必要。勤務時間内であれば派遣という形で施設に依頼をしてもらう。本人には報酬の7割程度を支給する。
- 勤務時間外の場合は、問題なしとしている。勤務時間内の場合には、承認を必要とし、勤務を割く時間について給与の調整(減額)をしている。
- ①原則不可(国家公務員に準ずる)
- ②麻酔科医に関しては、自院の余裕のある範囲内で地域医療支援と自院の麻酔科医の待遇改善(確保)の観点から例外許可している。(病院長の自己責任)
- 兼業がある場合は申請により許可を判断。但し、系列病院は可能。
- 「職務に専念する義務の特例に関する規則」「営利企業等従事許可申請書」。
- 「広島大学兼業規則」による。
- 「人事委員会規則第7号」による。
- 他の医療機関等にて診療を行う場合、当該時間を「勤務時間変更表」により、勤務を要しない時間とし、兼業を許可することとする。勤務を要しなくなった時間は他へ振り替えることにより週40時間勤務とする。
- 職員倫理規定にて不正な行為の発生の防止を図っている。また、兼業については原則禁止としているが基準をクリアしていれば許可することがある。
- 兼業許可制度はあり、防衛省で基準を設けている。
- 診療援助については、国立病院機構で規則がある。

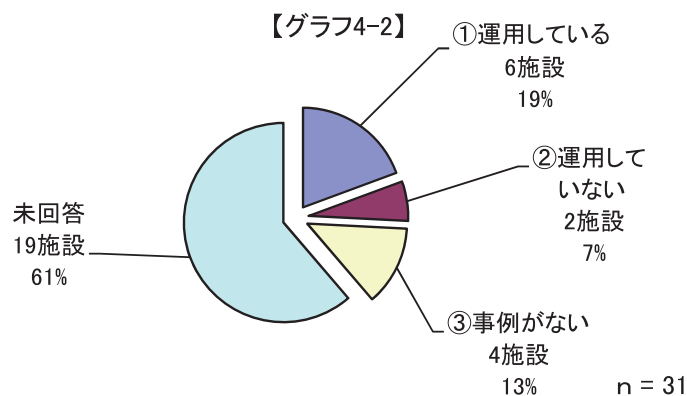
問(3) 営利企業等の従事制限許可承認の有無・運用状況について

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。



「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 41 人(うち、女性医師 5 人)
◎過去3年間(平成18年度～平成20年度)の累計
医師 34 人(うち、女性医師 2 人) ※未記入の病院を含む。

【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？

○ 依頼がなく必要性もないため

女性医師短時間正規雇用導入支援モデル事業の実施概要

	A 病 院	B 病 院	C 病 院	D 病 院
病 床 数	400床程度	150床程度	200床程度	400床程度
短時間正規雇用の勤務形態	週5日 ① 月・火・水・金 9:00～14:00 ② 木 9:00～17:00 ※時間外勤務, 当直勤務免除	週5日 ① 月・水・金 9:00～16:00 ② 火・木 9:00～17:00 ※時間外勤務, 当直勤務免除	毎週2日 水・金 9:00～15:00	週5日 月～金 8:30～12:25 (週19時間35分勤務) ※原則, 時間外勤務なし
担当業務	外来及び入院患者の診療 (精神科)	外来診療, 病棟管理 (入院患者診察)	内視鏡検査, 超音波検査, 病棟診療	診療部 緩和ケア科
短時間正規雇用としている理由	育児と勤務の両立を支援し, 業務を負担軽減しながら安定的な雇用を確保するため。	保育園児と小学校児童の子育中で, 園児は保育園の保育時間に余裕があるが, 児童は帰宅時間が早く, 常勤医師として8時間の勤務が出来ないため。	子の養育のため。	子育ての時間を確保し, 仕事と両立させるため。

別紙2

1 医療機関から

項 目	内 容
1 短時間正規雇用制度の導入により、どのようなメリットがありましたか。	○ 安定的な雇用条件で働けることで、安心感を持って業務に専念していただけるようになったと考えている。女性医師の入職が増加した。 ○ 外来患者の多い時間帯において、複数医師による外来診療を可能とでき、待ち時間の短縮に貢献できた。 ○ 職場への早期復帰に繋がるという点で大きなメリットがあった。 ○ 仕事から完全に離れることなく、必要な能力を維持できる。
2 短時間正規雇用制度の導入に当たり、どのような課題があり、どのように対応しましたか。	○ 勤務時間外の入院患者への対応 〔対応例〕 同一診療科の常勤医師が対応することとし時間外対応は免除した。 ○ 病院内の会議への出席 〔対応例〕 勤務時間外に行う会議については、結果を報告することで対応した。 ○ 給与の取扱いについて 〔対応例 1〕 労働時間の比により按分した給与とした。 〔対応例 2〕 月額固定給と出来高による報酬制の導入により調整を行った。
3 多くの医療機関において、いわゆる「主治医制度」により、患者への対応が行われていますが、短時間正規雇用の導入により問題は生じませんでしたか。	○ 女性医師へのバックアップについて 〔対応例 1〕 主治医とともに病棟担当医制度も併用しており、主治医の不在時には他の病棟担当医が対応しバックアップする。 〔対応例 2〕 サブ医師を設定し全面的にバックアップする形をとった。
4 短時間正規雇用制度の導入に当たっては、他の医師等の周囲のスタッフの理解が、不可欠と考えられますが、貴院では、どのような対応をされましたか。	○ 周囲のスタッフの理解 〔対応例 1〕 医師不足の状況であり、外来勤務のみでも有難いのが現状であり、全員から協力について理解が得られた。 〔対応例 2〕 周囲の医師に制度とその目的について理解してもらい、協力体制を整えた。 〔対応例 3〕 医師以外の全職種に対して制度を適用している。
5 その他、今回のモデル事業を実施しての感想、短時間正規雇用制度に関する御意見等があれば記入してください。	○ スキルやモチベーションを維持することができ有用である。複数医の確保にも有用と思う。 ○ 結果的に女性医師が受け持つ患者は重症患者以外のリスクの少ない患者を受け持つこととなった。この点では同僚医師の負担軽減にはつながっていない。

2 女性医師から

項 目	内 容
1 短時間正規雇用制度を活用して、どのようなところが良かったですか。	○ 医師としての仕事を続けながら、子育てを十分にできたこと。 ○ 仕事か家庭か二者択一を迫られることなく医師の仕事を続けられたこと。 ○ 正規職員なのでモチベーションがあがること。有給休暇がとれる。
2 女性医師は、出産・育児などにより、医師としての勤務を中断される場合がありますが、医師としてのキャリア形成を考えた場合、短時間正規雇用制度について、どのような御意見をお持ちですか。	○ 勤務の中断期間を短くできるためキャリア形成面でも有効であること ○ 勤務の中断の後、短時間勤務により、徐々に勤を取り戻すことができたこと。

3 短時間正規雇用の形態により勤務することについて、他の職員との役割分担などの面で、気兼ねや不安感はありませんでしたか。	○ 業務の一部を免除してもらっており、気兼ねがないとは言えない。 ○ 重症患者を他の医師に託しにくく、たびたび勤務時間を超過する。
4 短時間正規雇用制度の導入が促進されるためには、行政による支援等も含め、どのような環境整備が必要だと思いますか。	○ 女性医師自身が制度について知らないため周知徹底が必要である。 ○ 時間内に仕事が終わらない場合、他の常勤医のフォローがないとやっていけない。 ○ 同僚の負担が増えるのではなく軽減されるための制度とすることが必要である。
5 その他、短時間正規雇用制度に限らず、女性医師が子育てと仕事とを両立していくためには、どのような支援が効果的だと思いますか。	○ 病児保育が充実していれば休まず働くことができる。 ○ 休まざるを得ないとき、月2・3日は欠勤とならず休める制度があると助かる。 ○ 当直の免除など勤務内容の見直し。

3 同僚医師から

項 目	内 容
1 あなたの同僚が、短時間正規雇用の形態で勤務されたことに関する、あなたの率直な考えを記載してください。	○ 女性医師の診療時間を増やしてもらう方法の1つとして効果があること。 ○ 職場に早く復帰してもらったこと。 ○ 外来の負担軽減には有用であること。 ○ 短時間でも働けるような仕事内容を与えれば、即戦力として期待できる。 ○ もともと常勤で勤務していた女性医師が短時間正規雇用制度を利用すると、逆に医師数はダウンすることとなる。 ○ 入院患者の担当は困難であることが多い。
2 あなたの同僚が、短時間正規雇用の形態により勤務されたことによって、負担の増減や役割分担の変化など、以前と比べてあなたの仕事は、どのように変わりましたか。	○ 本来、パートや休職となる女性医師が、常勤レベルの仕事をこなしてくれて医師全体の業務軽減になっていること。 ○ 女性医師が担当する検査業務について負担軽減となり、病棟業務に向ける時間を増加することができたこと。 ○ 臨床の研究時間の確保やあまり出席できなかった研修などへの参加が可能となったこと。 ○ 通常の日勤帯で、女性医師が不在の場合があるので、対応をあらかじめ申し送るなど、日頃から情報交換を密にしておく必要があること。 ○ 当直業務の軽減につながらないため、疲労感の軽減には至っていないこと。 ○ 臨床経験が短い場合には、指導のための時間がとられ負担となる場合があること。
3 県では、女性医師の就労促進（育児休暇からの早期の職場復帰など）や他の医師の負担軽減などのため、短時間正規雇用制度の導入を促進すべきと考えていますが、そのためには、どのようなことが必要だと思いますか。	○ 公的病院から制度導入を進めると民間病院にも広まりやすいのではないかと。 ○ 病院の施設基準において短時間正規雇用を1名とみなす措置があれば制度導入が進むのではないかと。 ○ 幼児や児童の受入先の確保が一番問題。 ○ 常勤医師に比べると、生産効率は低く、相対的に常勤医師の処遇悪化が表面化することとなる虞がある。 ○ 現場の負担が増えないような配置を考え、あまり重要なポストを与えないこと。（時間がある程度決められるような診療科への勤務など）

女性医師相談窓口の実施状況

1. 女性医師相談窓口事業の目的

- 女性医師の就労環境の整備の一環として、女性医師が復職や育児について抱える様々な悩みなどについて対応する相談窓口を設置し、女性医師の復職や育児支援を図るとともに、今後の総合的な女性医師支援策の立案を行うため、広島県から委託を受け、平成 22 年 11 月 1 日から平成 23 年 3 月 31 日まで相談窓口事業を実施した。
- この委託を受け、本会で女性医師部会の設置と同時に開設してきた「女性医師のためのよろず相談窓口」は発展的解消を図ることとなった。
- これまで同様に、女性医師等就労環境整備の一環として、女性医師が復職や育児について抱える様々な悩みなどについて、対応することで女性医師の復職や育児支援を図った。
- 特に女性医師ならではの悩み、就業、ワークライフバランス、産休、介護など、どんなことでも気軽に相談に応じられるよう、毎週木曜日の午後 3 時から 5 時の間は、女性医師が相談員を務めるなど体制を整備した。
- また広報については、本会に加入の女性医師へは同窓口開設のチラシを個別に送付、広島大学研修医等へは医局を通じてチラシを配布した。

2. 業務内容

(1) 女性医師が抱える復職や育児等の悩みに対する相談業務（原則として週 1 回）

- 平日の午前 9 時から午後 5 時までは事務局にて電話相談に対応し、原則、木曜日の午後 3 時から午後 5 時までの間は、女性医師部会委員が相談員を務めた。
- 11 月から実施し、16 名が広島医師会館に来館の上対応した。

(2) 相談業務に必要となる保育等に関する情報収集等の業務

- 近年の医師不足や診療科偏在等による医療崩壊が叫ばれる中、優秀な女性医師の退職は喫緊の問題となっている。最近では、女性医師の割合は約 18%，女子医学生の割合は約 30%を超えており、この傾向は今後も急増していくものと予測される。
- 女性医師の就業・復職支援、とりわけ保育への支援には一刻も早く取り組む必要がある。このような背景を踏まえ、県内で比較的大病院の集中している中区・南区の公立・私立保育園 38 施設に「保育施設情報に関するアンケート調査」を実施した。なお、回答は 38 施設中 26 施設から協力を得た。

(3) 効果的な相談窓口設置のあり方に関する課題の分析及び対応案の整理

- 医師不足の解決策として女性医師が働き続けるための環境づくりは不可欠である。本会では広島県からの委託を受け、相談窓口事業のチラシを作成し、本会に加入している全女性医師会員、そして広島大学各医局、広島県医師会速報などを活用し会員周知を図ったが、相談はなかった。女子医学生の割合が増加傾向にあることから、将来を担う女子医学生や研修生にもサポートの一環として同窓口を設置していることを周知すべきかと考える。
- 広島県医師会速報などで全会員への周知を図ることも重要であるが、一方である程度相談者の対象年齢などを絞り、その年齢に必要な情報収集に努めることも必要であると考え。

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
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	小田 清	広島市立安佐市民病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	栗原 正雄	県立広島病院
	児玉 美穂	県立広島病院
	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	シムラ病院
	茶山 一彰	広島大学病院
	寺岡 暉	寺岡記念病院
	中島浩一郎	庄原赤十字病院
	中村 有美	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	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	県立広島病院総合周産期医療センター
	堀江 正憲	広島県医師会
	三森 倫	広島市佐伯区厚生部
	渡邊 玲子	草津病院

脳卒中医療連携推進専門委員会

目 次

平成 22 年 度 調 査 研 究 報 告 書

- I. は じ め に
- II. 予 防
- III. 病 院 前 救 護
- IV. 急 性 期 治 療
- V. 回復期リハビリテーション
- VI. 維 持 期 施 設
- VII. 平成 22-23 年度広島大学病院を
管理型病院としての脳卒中地域
連携パス症例検討会について
- VIII. 今 後 の 展 望

脳卒中医療連携推進専門委員会

(平成 22 年度)

平成 22 年度 調査 研究 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

委員 大槻 俊輔

I. は じ め に

平成 22 年度において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より脳卒中の県内共通地域連携クリティカルパスの運用依頼が各地区・圏域地域保健対策協議会会長になされた。作成された「広島県共用脳卒中地域連携パス」および「仕様書」は、平成 21 年度各地区・圏域地域保健対策協議会などからの検討を重ねた上での意見により修正され全体の合意を得たものである。各圏域の現状に合わせた運用開始となり、県内どこで発病、再発しても、関係機関のスムーズな連携により、県民に対し

て切れ目のない医療サービスが提供できるよう、地域連携クリティカルパスの県内共通化に向けて運用元年となった。また、急性期病院から、切れ目なき治療・リハビリテーション・家庭や社会復帰が行えるべく、医療連携可能な回復期病院および維持期施設の構築を継続し、診療の流れと連携が円滑に行えるように、平成 23 年 9 月 1 日時点で、急性期 (t-PA 治療) 27 施設、急性期 34 施設、回復期病院 94 施設、維持期リハビリを有する 187 施設、在宅支援の維持期 265 施設が登録され、広島県のホームページに公表されている (図 1)。

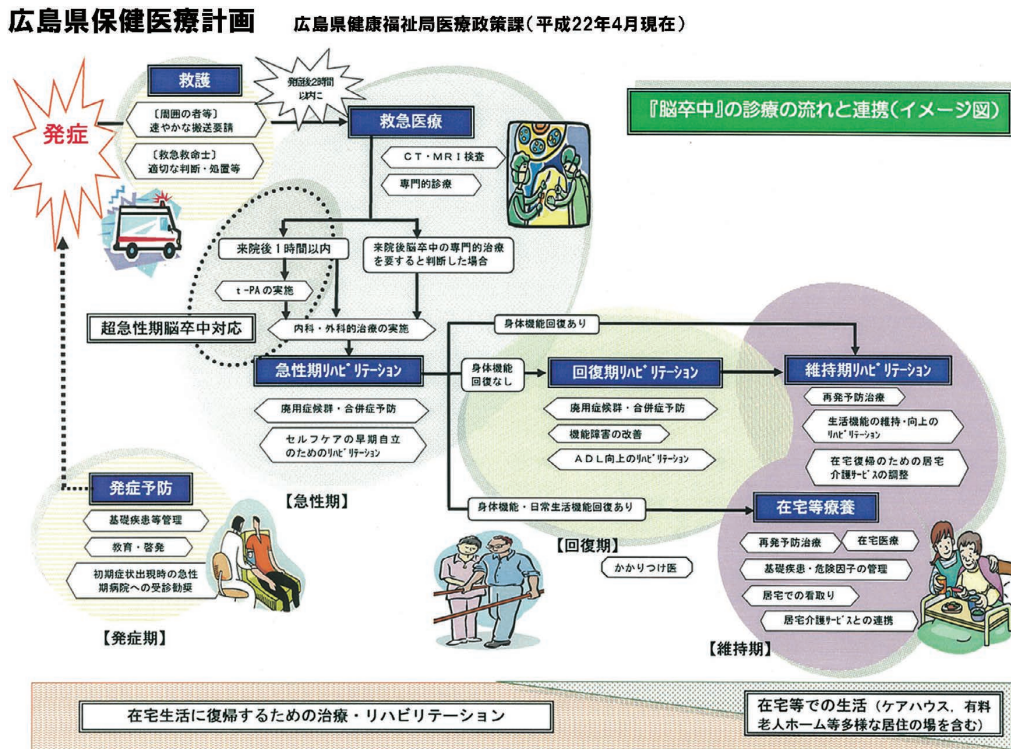


図 1 広島県脳卒中保健医療計画「脳卒中の診療の流れと連携」

予防、救護プレホスピタル、急性期治療、急性期リハビリ、回復期・維持期リハビリのながれの医療システム構築が計画され、本委員会が設立された。

Ⅱ. 予 防

発症予防つまり初発および再発予防に該当する医療機関は、医院・診療所での「かかりつけ医」であり、邦文のみならず英文により世界で参照されている脳卒中治療ガイドライン 2009¹⁾ に則した診療を実施できるように、広島県医師会・各地区医師会が主導となり多くの研修会・講演会が行われた。初期の脳症状出現時に、適切な対応を行い、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること、また高血圧、糖尿病、高脂血症、心房細動などの基礎疾患および危険因子のエビデンスに基づいた管理を行うことが広い裾野を有する医療現場に浸透した。

また、患者本人および家族など患者の周囲にいる者に対する啓発のため日本脳卒中協会や県医師会の後援を得て、各地区で市民公開講座などが開催された。市民公開講座に関しては、World Stroke Organization の World Stroke Day の脳卒中予防のキャンペーン (図 2)、日本脳卒中協会の脳卒中週間や、県医師会と広島大学大学院が共同で行ってきた心筋梗塞・脳卒中予報に対して、地元新聞社や放送局を含めたマスコミより市民への啓発活動への力強い応援を得ることができたことも特筆すべきことである (図 3, 4)。

World Stroke Campaign
World Stroke Day **October 29, 2011**



1 in 6
people worldwide will have a stroke in their lifetime.

**Every 6 seconds stroke kills someone.
About 30 million people have a stroke,
most have residual disability.
But stroke can be prevented.**

図 2 World Stroke Day October 29, 2011.
World Stroke Organization より発行された一般市民向けのホームページから抜粋した。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、6 秒ごとに 1 人が死亡し、現在 3,000 万人が後遺症に苦しんでいる。脳卒中発症予防のキャンペーンがされている (www.worldstrokecampaign.com)。

図 3 社団法人日本脳卒中協会広島県支部主催「第 8 回広島脳卒中シンポジウム」

平成 23 年 12 月 17 日に広島国際会議場において、県医師会などの協賛を得て「広島県および福岡県における脳卒中救急医療について」および「脳卒中、冬の寒さに備えよう」の講演会が開催された。

この講演会は一般市民への医師会の取り組みの報告および脳卒中予防の啓発活動の一環であり、脳卒中の患者・家族を主体とした一般市民および医療・保健・福祉関係者約 280 名が参集した。



図 4 広島県医師会「心筋梗塞・脳卒中予報」
広島大学大学院保健学科・梯正之教授、松村誠県医師会常任理事を中心として日本気象協会からの気象情報と心臓病・脳卒中の救急搬送の循環器疾病データにより行われている学術的研究 Hiroshima Emergency Weather Study (HEWS) から、予報されている。この冬も NHK および中国新聞で報道される。世界的にきわめてユニークな学術活動かつ循環器疾患予防のための社会貢献である。

Ⅲ. 病院前救護

応急手当・病院前救護の機能に関しては、脳卒中の疑われる患者が、発症後2時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できることを目標としてきたが、本人および家族など周囲にいる者が、発症後速やかに救急搬送を消防署へ要請すること、そして救急救命士などが地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うことができるように努力した。急性期医療を担う医療機関へ、発症後すみやかに搬送すること、発症後2時間以内の搬送が可能な場合、組織プラスミノゲンアクチベーター（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直接搬送することが可能となった。広島市内においては輪番制、また圏域を越えた患者優先の救急隊の現場搬送力が向上したことも貢献した。

Ⅳ. 急性期治療

超急性期脳梗塞対応機能を有する救急医療機関（t-PA静注療法施設基準を満たす施設）および急性期脳卒中对応機能を有する施設は、患者の来院後1時間以内（発症後3時間以内）に脳梗塞に対するt-PA治療、高血圧性脳内出血に対する速やかな降圧療法など専門的な治療を開始することおよび廃用症候群やさまざまな合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのベッドサイドからのリハビリテーションを実施することが目標とされ、t-PAが本邦で保険適応となってから速やかに達成された。該当する医療機関には脳卒中治療ガイドラインに則した診療、すなわち、①血液検査や画像検査（X線検査・CT検査・MRI検査・超音波検査）が24時間実施可能となるように整備され、脳卒中が疑われる患者に対して、医師による専門的神経学的診察を含めた診療が24時間実施可能であること、②適応のある脳梗塞症例に対し来院後1時間以内（もしくは発症後3時間以内）にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が確実に実施可能であること、③脳動脈瘤破裂によるクモ膜下出血や頭蓋内圧亢進による脳ヘルニアの危機に近い頭蓋内出血、脳梗塞による広範囲脳浮腫による脳ヘルニアなどに対して、外科的治療が適応と判断した場合には、すみやかに外科医が招聘され緊急開頭手術や血管内治療が可能であること、

④呼吸・循環管理、栄養管理などの全身代謝管理および感染症・心臓合併症などに対する診療が可能であること、⑤これらの合併症のリスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、言語聴覚療法、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練などのリハビリテーションが実施可能であること、⑥回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関などと診療情報や治療計画を脳卒中地域連携パスを利用して共有するなどして患者情報交換していること、が浸透した。以上は脳卒中専門医、脳神経外科・神経内科専門医、救急専門医およびISLS（Immediate Stroke Life Support; 脳卒中初期診療法）コースを修了した者や同等の能力を有する者がリーダーシップを発揮しながら、専門看護師や理学療法士、検査技師など多職種が協力して遂行されてきた。

Ⅴ. 回復期リハビリテーション

身体機能を回復させるリハビリテーションによる回復期機能を有する施設（リハビリテーションを専門に行う病院または回復期リハビリテーション病棟を有する病院）においては、身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施することと再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施することを目標とし、脳卒中治療ガイドラインに則した診療を基盤としてリハビリテーションのさらなる実践がなされた。再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法など）、基礎疾患（心疾患・不整脈）・危険因子（高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満・喫煙・過度の飲酒）の管理を行い、失語や高次脳機能障害（失行・失認、記憶障害、注意障害など）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善および日常生活活動（ADL）の逐次評価と治療方針の決定、問題解決志向の治療の向上がなされた。理学療法・作業療法・言語聴覚療法などのリハビリテーションが、専門医療スタッフにより急性期病院に比し、より集中的かつ効率的に実施され、また同時に抑うつ状態、せんもう、認知症への対応を行い、脳卒中地域連携パスの共有などにより急性期の医療機関および維持期の医療機関などと診療情報や治療計画を連携していることが確認された。これは、脳卒中連携の管理型病院が主催する地域連携脳卒中症例検討会が定期的に少なくとも年3回行われ、問題点の提起と解決について議論し、情報交換から地域で

のシームレスなリハビリの技量向上に極めて有用となり、患者および医療従事者、地域医療全体に貢献するものとなった（図5～8）。

Ⅵ. 維持期施設

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

Ⅶ. 平成 22-23 年度広島大学病院を管理型病院としての脳卒中地域連携パス症例検討会について

平成 23 年度第二回の脳卒中連携パス症例検討会は、平成 23 年 10 月 4 日（火）19：00～20：15 に広島大学病院外来棟 3 階大会議室で行われた（図 5）。平成 22 年度から通算 5 回目となり、県内の連携している広い圏域の病院から参加があり、多職種の方々と議論ができた（図 6, 7）。また、地域連携診療計画退院時指導料の算定について、広島大学病院から連携病院の事務担当者に転院した患者が地域連携診療計画退院時指導料の算定対象であることを周知するため、10 月から患者に対し地域連携パスとともに様式の配布を開始する旨の案内があった（図 8）。

今回、施設紹介として広島大学病院のリハビリテーション施設概要について紹介があった。会議録から簡単に内容を抜粋した。

症例報告に関しては、脳梗塞を発症して交通事故外傷を合併した 30 歳代の女性の検討が行われた。広島大学病院の理学療法士から意識障害、左片麻痺、半側空間無視などの高次脳機能障害の症状、人工呼吸器管理と大腿骨骨折整復手術のため、ベッドサイドリハビリが開始され、うつ病合併の問題点に関して、入院から転院までの経過について説明があった。続いて、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の作業療法士から転院後の入院時の症状、リハビリ内容、対応、下肢装具と T 型杖による歩行可能になったこと、うつ病の軽快など順調なリハビリ、自宅受け入れのための家族の対応などの経過について報告があった。症例報告に対し、出席者から次のとおり説明および質問があり、それに対して発表者がそれぞれ回答した。

広島大学病院脳神経内科主治医から、重症脳梗塞かつ多発外傷のため救命を優先しリハビリを指示できなかったこと、併せて患者が抱えていた精神的な絶望感による影響について質問があった。発表者より、当初は環境に慣れることが難しかったが慣れてきてからは他の患者と情報共有を行うなど、ADL の難しさは感じられたものの精神的な安定を図ることができたとの回答があった。

広島共立病院の医療社会福祉士から、社会資源に関して身体障害者手帳の取得や自立支援の状況について質問があり、身体障害者手帳については退院前

カンファレンスにおいて主治医と相談の上で書類を作成したこと、また患者家族から家族会などについて話があったが見つからない状態であり、課題として報告に挙げていることについて回答があった。

また、家庭生活復帰支援として、訪問した自宅の階段における滑り止めについて質問があり、車椅子用に設置されたスロープの使用確認に加えて、手すりの設置位置を提案したことについて回答があった。

このような連携パスの会議と、実際に現場で使用されている広島県共用地域連携パスが両方そろって初めて、脳卒中の地域連携が有機的に行われており、患者病状の情報交換に効率的に寄与していることが確認された。

VIII. 今後の展望

地対協・脳卒中医療体制検討特別委員会が平成23年度より前年度の事業継続として発足し、打合せ会議が平成23年10月12日に行われた。今年度第1回の標記委員会開催に向けて、事業計画や委員の選定、開催日などについて関係者間での打合せを行った。県より(1)救急搬送体制の強化、(2)t-PA治療の普及・促進、(3)県内各圏域における脳卒中クリティカルパスの検証・改良を軸として、今年度事業を実施する旨提案があった。これらについて松本昌泰特別委員会委員長より、全国的な最近の動向や今後の事業方針などについて以下の案件が挙げられた。

1. 救急搬送体制の強化（プレホスピタルケア）

近年普及している有効な治療法にはt-PA治療（血栓溶解治療）、カテーテル（Merci Retriever）により血栓除去を行う血管内治療（リトリーバースystem）などがあるが、どちらも発症後の早期の治療開始が求められる。

脳卒中のプレホスピタルケアについて、救急搬送の時点では救急隊による脳卒中の判定は救急隊員の個人の能力によりばらつきがあり、脳卒中特化型の医療機関に確実に搬送することができているとは言えない。日本臨床救急医学会などの3学会では、脳卒中に対する病院前救護の体系化・標準化に取り組み、PSLS（脳卒中病院前救護）を策定しており、この教育プログラムに添った救急隊員への勉強会の実施や一般市民への啓発活動を行っている。広島大学では、医療系進学課程の学生への講習などをすでに

実施しているが、PSLの充実のためのさらなる活動が必要である。具体的な活動としては、救急隊員を対象とした研修会の実施や、脳卒中発症時の対応について一般市民への啓発（パンフレットの作成・配布）などが考えられる。

倉敷市では倉敷病院前脳卒中スケール（KPSS）が開発されており、脳卒中の重症度を評価するために使用され、プレホスピタルケアに貢献している。島根や福岡でもこれと同様の取り組みがあり、広島県メディカルコントロール協議会でも病院前救護への取り組みが検討されている。

2. t-PA治療の普及・促進

Hub-and-spoke networkという医療連携の構築と運用が全国的に試みられている。Hub施設には地域の拠点となる教育病院（teaching hospital）や大規模病院（high volume hospital）の脳卒中センターが対応し、各圏域の病院がspoke病院となる。このネットワークに基づきdrip and ship方式という経静脈血栓溶解療法後搬送方法も実現可能となり、具体的にはまずテレメディスン（画像遠隔診断）などを介してspoke病院でt-PA静注を開始し、その後Hub施設へ患者を搬送する。これにより、より多くの患者により早くt-PA治療を提供できるといった仕組みになる。

3. その他

県より、現在脳卒中クリティカルパスをモデル事業として実施している地区の報告から問題点を抽出して、改良につなげていきたいとの提案があった。また、現在「ひろしま地域医療連携情報ネットワーク」（仮称）整備検討委員会を設置し、平成25年度末からの運営開始を目指し、情報ネットワークの作成を検討中である。脳卒中連携パスでもこのシステムを視野に入れた議論を行いたい。また、回復期リハビリテーション中の再発に関して、発症時対応と救急対応などの回復期や維持期施設における再発における調査、地域連携も必要である。

文 献

- 1) Japanese guidelines for the management of stroke 2009. J Stroke Cerebrovasc Dis 20: S1-s209, 2011.

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	広島大学大学院脳神経内科学
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
	宇津宮 仁 志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	大 田 泰 正	福山市医師会
	沖 田 一 彦	広島県理学療法士会
	大 槻 俊 輔	広島大学病院
	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
	吉 川 正 哉	広島県医師会
	栗 栖 薫	広島大学大学院脳神経外科学
	黒 木 一 彦	厚生連広島総合病院
	小 島 隆	広島県歯科医師会
	高 木 節	広島県作業療法士会
	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	広島県立大学
	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

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会

目 次

平 成 22 年 度 報 告 書

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

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会

(平成 22 年度)

平成 22 年 度 報 告 書

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

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

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為の医療体制を構築するべく協議を行い、提言並びに地域医療連携を図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

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会 第 1 回急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG

(平成 22 年 9 月 15 日)

- ・ 備北圏域における「急性心筋梗塞連携パス」の試用状況と問題点について報告と協議
- ・ 尾道地域における「急性心筋梗塞連携パス」の試用状況と問題点について報告と協議
- ・ 上記に基づく「急性心筋梗塞連携パス」の修正方針についての検討

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会 第 2 回急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG

(平成 22 年 12 月 27 日)

- ・ 第 1 回パス作成 WG 討議内容に基づく「急性心筋梗塞連携パス」修正案についての検討

急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会 第 3 回急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG

(平成 23 年 2 月 9 日)

- ・ 第 2 回パス作成 WG 討議内容に基づく「急性心筋梗塞連携パス」修正案の了承と最終決定

第 1 回急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会協議

(平成 23 年 3 月 8 日)

- ・ 急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG の活動と討議内容についての報告
- ・ 「急性心筋梗塞連携パス」最終案の承認
- ・ 「急性心筋梗塞連携パス」の運用と評価に関する

特別委員会（平成 23 年度）設置について

Ⅳ. 協 議 結 果

1. 「急性心筋梗塞連携パス」(案) の試用とその評価について

前年度の委員会で暫定的に試用が決定した「急性心筋梗塞連携パス」(案) (資料 1) について、備北地区と尾道地区にて平成 23 年春より実際の交付を行った。それによる地域医療担当者からの意見交換会を各地区にて実施した。

(1) 備北地区の現状について

田中幸一委員（市立三次中央病院内科医長）より、備北地区における地域連携パスの進捗状況について報告があった。備北圏域は 7 月 9 日に医師およびコメディカル向けに心筋梗塞連携パス説明会を行い、意見交換を行った。参加者からは、「導入前にもっと時間をかけて、脳卒中パスのように県地対協と圏域地対協の間で何度も議論をすべき」、「パスは有った方が良いが、除細動器や AED 常備などの条件づけ（慢性期再発予防施設要件）はしないほしい」、「患者自身で記入し管理することは難しいのではないか」、「医療施設機能調査のアンケートが送られてきたことには全く気づかなかった」などの意見が出た。それに対して田中委員より参加者には、今後も議論を継続していき地域にフィードバックする旨説明がなされた。備北地区では 5 月 1 日以降発症の急性心筋梗塞患者に連携パスを使用しており、症例数を増やす予定としている。

(2) 尾道地区の現状について

森島信行委員（JA 尾道総合病院循環器科主任部長）より、尾道地区における連携パス運用状況について報告があった。8 月 11 日に尾道市民病院と JA 尾道総合病院とで合同カンファレンスを実施し、両院とも 7 例ずつの連携パス使用症例が紹介された。尾道市民病院では、退院時にかかりつけ医とともにケアカンファレンスを行っており、JA 尾道総合病院は外来看護師が患者の退院 1 ヶ月後と 3 ヶ月後に電話で指導内容の確認を行っている。その後は、6 ヶ月毎に連携パスを持参してもらいデータの記録を行っていく。参加者からは、「使用基準や使用記入方法などを記載したページが必要ではないか」、「記入欄が狭いため使いにくい」、「現在のパスを、持ち歩けるように手帳タイプにしてもらいたい」、「介護保険やキーパーソンなどの必要な情報も記入できるよう

にすべき」などの意見が出た。森島委員からは、症例を重ねて、今後も検討する必要があるとの話があった。また、福山地区は独自の連携パスを使用しているため、必要に応じて松永沼隈地区医師会長に共通連携パス使用の要請を行うことが報告された。

(3) 「急性心筋梗塞連携パス」の在るべき姿について

森山美知子委員（広島大学大学院保健学研究科保健学専攻看護開発科学講座教授）より、クリティカルパスの検討課題についての提案があった。今後、「連携パス」をベースとしたデータ収集を実施するのであれば、基本的には使用者の文書同意が必要であり、広島大学倫理委員会へ疫学研究の申請をするべきである。パスの存在と医療連携の意義を患者や住民に周知するためには、県の HP 掲載など、積極的な対策を行っていく必要がある。

木原委員長からは、「パス使用者から出た修正要望については、具体的に課題が挙がっているため、工夫して修正し使い勝手の良いものにしていきたい。ガリ版刷りではなく手帳タイプ化の要望が多いので、表紙を付けて 300 部位印刷してみてデータをとりたい」との話があった。堀江担当理事より、地対協の予算から 50 万円以内で手帳タイプの連携パスを作ることについて委員会で意見を求めているかどうか、との提案があり、本 WG 参加委員より賛同を得た。また堀江担当理事より、手帳タイプにする際には同意書を最初のページに入れて、予め同意を得て問題が起きないようにしたい、との提案があった。

一方実際の試用を通して、尾道地区の看護師などから、「連携パス手帳」の主体を誰に位置づけるのかとの疑問が提起されていたことが議論となった。従来の「連携パス」がいわば基幹病院の患者囲い込みのためのツールとして機能している現状や、患者自身にとって分かりづらい内容の記載となっていることなどが、問題点として指摘された。その中から、連携の是非は、いくら医療機関同士の疎通を改善してみたところで、患者本人の疾患に対する理解と発作後の再発予防に取り組むための生活改善がなければ改善しないこと、医師の視点から理解される内容に終始していたのではコメディカルが利用出来ないこと、患者の高齢化が進行しており在宅ケアなどの介護者も利用したり、患者介護の中での気づきを記載出来たりするものであれば、時期を失しない介入に役立つ可能性があり、実際そのような利用方法こ

そ「連携パス手帳」の本来の在り方ではないか、などの意見が提案された。その中で、医師・基幹病院のツールであったり、患者データ収集の手段であったりする従来ありがちな「連携パス手帳」の位置づけを根本的に見直すことが提起された。

2. 第2回急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成WGでの議論と結論

第1回パス作成WGでの提起を真摯に受け止め、以下のような骨子で「連携パス手帳」を根本的に作成し直す作業を遂行した。

- 1) 患者にとって「わたしの手帳」と呼ばれるものとする、すなわち手帳の主体が患者であることを明示すること。
- 2) 患者自身が手元に保管し、各レベルの診療・リハビリ機関の受診に際して持参・持ち運びが簡便であること。
- 3) 患者の医療や介護など多方面の医療責任者を誰もが一目瞭然で確認できるものであること。
- 4) 初期急性期の診断・治療内容が非医療者にも理解される記載であること。
- 5) 慢性期心筋梗塞患者の評価項目を最低限網羅していること。
- 6) 主治医が記載に際して負担を感じない程度の内容に止めること。
- 7) 患者の栄養管理・運動許容レベルなど、日常生活の指標を盛り込み、患者自身も活用できるものであること。患者の医療・介護を担当する多職種のだれもがコメントや気づきを書き込めること。

以上に則して全面的な改定を施した。第3回WG

にて最終案が完成し、第1回委員会にて承認された。B5版の冊子形式として印刷に付された（資料2）。

本パス手帳の実際の配布、使用、およびその評価のため、次年度において特別委員会の設置を申請することとした。

V. 総 括

4疾病5事業のうち、急性心筋梗塞に関する協議として広島県地域保健対策協議会の平成20年度急性心筋梗塞医療連携推進ワーキンググループ活動の引継ぎを行った。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。

平成22年度においては、地域での機能別医療連携を推進する為に、急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスを作成・普及していくことが重要であると考え、急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成WGを中心にその内容を策定した。パス（案）の尾道地区・備北地区での試用から、医療・介護など多職種が理解、使用できるとともに、患者が主人公となって自らの疾病管理意欲を高める仕組みが重要であることが認識された。そのため、患者にとって「わたしの手帳」と呼べる国内でも例を見ない斬新で改革的な「パス手帳」を完成させることができた。これらの利用を通して患者の主體的モチベーションが変化することにより医療連携も進み、疾病管理で全国に先駆け、心筋梗塞再発率の低い地域医療を推進できると確信している。

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	

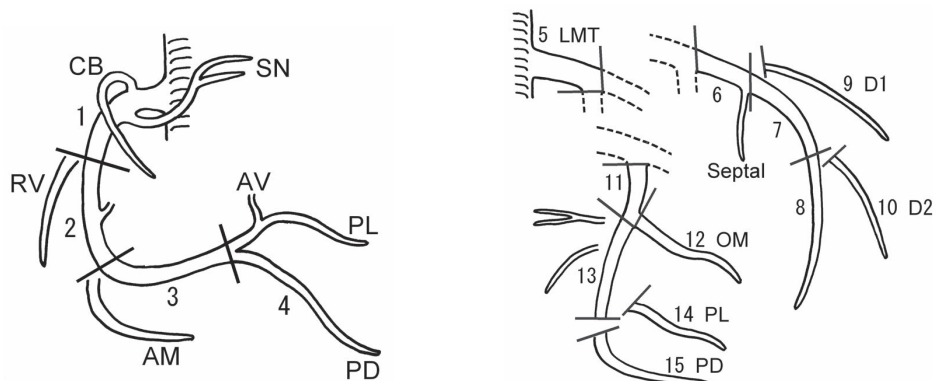
アレルギー歴		禁忌薬	
--------	--	-----	--

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 SpO₂ _____ % (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

病名

医師

年齢： 歳

様

患者氏名：

月 日	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
平成 年 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	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/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
		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)	GFR 尿たんぱく 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

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

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:2008－2009 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)

注)浮腫の程度、心不全の有無により水分制限



心筋梗塞 手帳

地域連携パス



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

●私の心血管危険因子

〈病 気〉

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

〈生活習慣〉

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

●私ができること

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

●私の薬

☐	コレステロールを下げる薬 (	)
☐	血圧を下げる薬 (	)
☐	血糖値を下げる薬 (	)
☐	インスリン注射 (	)
☐	血を固まりにくくする薬 (	)
☐	心臓の動きをよくする薬 (	)
☐	不整脈をおさえる薬 (	)
☐	その他 (	)

病院 診療所／病院 医師 医師

受診病院／診療所		1ヶ月後				3ヶ月後				6ヶ月後				9ヶ月後				12ヶ月後			
検査項目	検査項目	望ましい値	私の目標値	退院時の状態	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日			
主治医の検査	心臓カテテル・眼底検査・胸部レントゲン・心電図・心エコーなど																				
	体重	標準体重 ()kg																			
	収縮期/拡張期 130/80mmHg未満																				
	脈拍	60～90拍/分																			
心臓の状態	BNP(NT-proBNP)	18.4pg/ml未満 (125pg/ml未満)																			
	INR(血液凝固能)	1.5～2.5																			
	HDLコレステロール	40～65mg/dl																			
	LDLコレステロール	120mg/dl未満																			
血管の状態	中性脂肪(TG)	50～150mg/dl																			
	HbA1c	6.1%未満																			
	血清クレアチニン(Cr)	(男)0.6～1.1mg/dl (女)0.4～0.7mg/dl																			
	尿素窒素(BUN)	8～22mg/dl																			
腎臓の状態	微量アルブミン尿 / 尿たんぱく	30mg/日未満(蓄尿) 30mg/L 未満(随時)																			
	肝機能(γ-GTP など)																				

※主治医の先生へ、検査データはすべてを記入する必要はありません

病院 診療所／病院 医師

受 診 病 院 / 診 療 所	私の目標	退院時の状態
チェック項目		月 日
食 事	食事の管理 (食事の指示内容：)	良
薬	食事(栄養)指導 (退院時食事の栄養指導： 有 ・ 無)	
	服薬状況	順守
	副作用	無
	抗血小板薬	
禁 煙	その他	
	禁煙指導 (退院時禁煙外来の紹介： 有 ・ 無)	禁煙
心臓リハビリテーション/運動・活動量		
こころの状態・ストレスなど		
主治医からのコメント		

1ヶ月後	3ヶ月後	6ヶ月後	9ヶ月後	12ヶ月後
月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更	継続 ・ 変更

【資料2】新たに作成した「わたしの手帳」としての連携パス - 5

メモ

● 59 ●

メモ

● 58 ●



地対協 急性心筋梗塞医療連携推進専門委員会 委員名簿

氏名	所属及び役職名	☆委員長 ◎担当理事
☆木原康樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科 病態情報医科学講座主任教授	
井上一郎	広島市立広島市民病院 循環器内科主任部長	
岡本光師	県立広島病院 循環器内科主任部長	
川本俊治	国立病院機構呉医療センター 内科系診療部長	
吉川正哉	広島県医師会 副会長	
才野原照子	広島県看護協会 監事	
田中幸一	市立三次中央病院 循環器科医長	
宇津宮仁志	広島県医療政策課長	
土手慶五	広島市立安佐市民病院 循環器内科主任部長	
林拓男	公立みつぎ総合病院 副院長	
檜谷義美	広島県医師会 副会長	
藤井隆	厚生連広島総合病院 副院長	
◎堀江正憲	広島県医師会 常任理事	
森島信行	厚生連尾道総合病院 循環器科主任部長	
森山美知子	広島大学大学院保健医学研究科 看護開発科学講座教授	
柳原薫	国立病院機構東広島医療センター 内科系診療部長	
中濱一	福山市民病院 循環器内科統括科長	

(敬称略 50音順)

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
	岩橋 慶美	安佐南区厚生部健康長寿課
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	岡本 光師	県立広島病院
	川本 俊治	国立病院機構呉医療センター
	吉川 正哉	広島県医師会
	才野原照子	広島県看護協会
	田中 幸一	市立三次中央病院
	土手 慶吾	広島市立安佐市民病院
	林 拓男	公立みつぎ総合病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤井 隆	厚生連広島総合病院
	堀江 正憲	広島県医師会
	森島 信行	厚生連尾道総合病院
	森山美知子	広島大学大学院保健学研究科
	柳原 薫	国立病院機構東広島医療センター
	中濱 一	福山市民病院

急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス作成 WG 委員名簿

WG長	木原 康樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	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
	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報告書

- I. 委員会構成と開催次第
- II. 救急車の利用実態調査
～平成21年度「救急車利用実態調査結果報告」～
- III. 地域医療と健康を支える環境づくり事業
- IV. 市町や消防本部（局）を対象とした調査
- V. 委員会としてのまとめ（提言）

医療を支える環境づくり特別委員会

(平成 22 年度)

医療を支える環境づくり特別委員会報告書

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. 委員会構成と開催次第

委員の構成として、広島大学病院、広島市消防局、尾道市、庄原市、広島県医師会、広島市立広島市民病院、広島市立舟入病院、安芸太田病院、広島県など幅広い領域から委員に参画していただき、平成 23 年 1 月 12 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 21 年度「救急車利用実態調査結果報告」
- (2) 平成 22 年度調査事業案
 - ・市町を対象とした「医療を守る住民活動の取組み調査」(新規)
 - ・消防本部を対象とした「救急車の適正利用を促す事業への取組み状況調査」(新規)
- (3) 平成 22 年度一般市民向け講演会の開催
 - ・「地域医療と健康を支える環境づくり事業」

II. 救急車の利用実態調査

～平成21年度「救急車利用 実態調査結果報告」～

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毎年実施している。平成 21 年度に 3 回目となる調査を平成 22 年 2 月 8 日から 1 ヶ月間行っており、その結果について委員会で報告があった(資料 1)。

調査方法は、意識や呼吸などの症状にもとづく適正基準と、歩行状態や介助者の状況などを組み合わせた判断基準を用いたポイント制による区分で救急出動の適正を判断するもので、結果として 22.3%(802/3,599 件)の不適正利用を認めた。これは前年度の実績を 0.4% 下回るものであり、昨年から連続して下回った。不適正利用実数に関する年齢別の検討

では、昨年同様、70 歳以上の高齢者に多かったが、同年代不適正利用割合は 9.2%であり、年代別の不適正利用割合としては逆に最も低い結果となった。年代別で不適正割合が最も高かったのは 20 歳台の 31.3%であった。平成 20 年度(平成 21 年 3 月)に「救急車・救急医療の適正利用啓発キャンペーン」を実施し、救急車両には現在でもキャンペーンに用いたステッカーを貼付していることや、マスコミによる医療を取り巻く状況の報道や地域での地道な取組による影響も考察されるが、不適正利用件数は 2 年連続下がった結果となった。

III. 地域医療と健康を支える 環境づくり事業

「地域医療と健康を支える環境づくり事業」は住民を対象として、地域医療を守るシンポジウムや講演会などの啓発事業を実施するものであり(広島県緊急雇用対策基金事業を活用し、県が社団法人広島県医師会へ委託)、平成 21 年度に続き行われた(資料 2)。

庄原市や呉市などで、救急医療や周産期医療、移植医療などをテーマにしたシンポジウムや教育講座など 6 事業の実施を予定していたが、3 月 21 日に開催する予定であった「母子保健講演会」は東日本大震災の影響により、開催が中止となった。実施された 5 事業の参加者延べ人数は 680 人であった。この事業は平成 22 年度で終了となるが県では、啓発活動に対して別事業での助成を予定しているとのことであり、引き続き住民への啓発活動が地道に展開されることを期待したい。

IV. 市町や消防本部(局)を 対象とした調査

今年度の当委員会の調査事業として、市町および

消防本部における、医療を支える環境づくりの現況について取組状況を調査することとした（資料3）。

●「医療を守る 住民への啓発活動の取組み状況調査」

目的：平成21年度「地域医療と健康を支える環境づくり事業」により、一部の市町で啓発事業を実施していることがわかったが、さらに全市町への取組につなげるため、市町および住民活動の調査を実施し、現状の把握と検討する材料とする。

対象：県内全市町23

調査実施日：平成23年1月21日付け依頼

平成23年2月14日回答メ切り

結果概要：

- 住民向け啓発事業を実施しているのは18市町（78.3%）と多く、事業内容は市町広報紙への掲載やパンフレットなどの印刷物によるもの、講演会やシンポジウムなどイベント的なものが多かった。
- 事業実施にあたり、NPOなど住民活動団体へ協力依頼する割合も22事業のうち12事業と半数を超えて（54.5%）おり、事業実施する場合の体制についても工夫されている。
- 啓発事業の実施で課題だと感じていることは、「一般的に、啓発活動に関心が高い層ほど、コンビニ受診などの問題行動が少ないため、啓発方法・対象者を工夫する必要がある。」「無関心者に関心を持ってもらうための工夫。」といった意見の一方で、「あまり病院や医師が忙しく大変なことばかり訴えると、病院や医師に対する不信感や不安を与えることになってしまうのではないか危惧するところはある。住民にうまく伝える必要がある。」とバランスに苦慮していることが伺われた。

●「救急車の適正利用を促す事業への取組み状況調査」

「救急車の搬送実績についての調査」

目的：広島市消防局の調査によって、救急車の利用実態が把握できているが、他の地域での救急車の利用状況や、救急車の適正利用を促す事業への取組み状況は不明である。各消防本部における適正利用を促

す事業への取組状況や救急車の搬送実績についての調査を実施し、現状の把握と検討する材料とする。

対象：県内全消防本部（局）13

調査実施日：平成23年1月21日付け依頼

平成23年2月14日回答メ切り

結果概要：

- 救急車の適正利用について調査する利用実態調査を行っている消防本部（局）は広島市消防局のほかには2カ所のみであった。
- 啓発活動については、9月の「救急の日」および「救急医療週間」を中心にポスターの掲示や広報紙の掲載のほか、ケーブルテレビへの出演なども回答された。
- 課題だと感じていることは、「啓発活動の効果が見えにくい」「消防局単独ではなく、関係機関と連携して取組む必要性」といった意見のほか、「救急車を要請するときはどういう病態の時から一般の人が判断することが難しいため、救急車を要請するときの判断基準を作成し、周知することが必要」という意見もあった。
- 搬送実績についての調査では、搬送受入先医療機関の選定で課題に感じていることについて質問したところ、「医師不足による医療機関の廃止や診療科目の縮小などにより受入医療機関は減少傾向にあるため、搬送時間が長くなる。」「圏域に総合病院が少なく、受入可能人数が限られているため、管轄外の医療機関に搬送することがある。」といった搬送時間が長くなってしまいうという回答が多かった。

V. 委員会としてのまとめ（提言）

〔県民に向けて〕

- ・住民向け啓発事業が充実しつつある。事業内容は市町広報紙への掲載やパンフレットなどの印刷物によるもの、講演会やシンポジウムなどのイベント的なものが多く、機会を活用して医療事情へのさらなる関心が期待される。
- ・事業実施にあたり、NPOなど住民活動団体へ協力依頼する割合も22事業のうち12事業と半数を超えて（54.5%）おり、事業実施する場合の体制についても工夫されている。その反面、課題として「効率的な啓発方法」「無関心者への対応」「医療者への不信・不安」が危惧されている。この事業に対

する正しい認識を着たいしたい。

〔医療機関・医療従事者に向けて〕

- ・過度に“病院や医師が忙しく大変なことばかり訴える”と、病院や医師に対する不信感や不安を住民に与えることが危惧される。住民に的確に現状の課題を啓発する努力が必要である。
- ・住民向け啓発事業を通じて住民との有効なコミュニケーションの構築に努める必要がある。講演会やシンポジウムなどイベントを活用すべきである。

〔行政に向けて〕

- ・医療を守るためには、関係機関が地域と連携協働をしなければならない。それには、住民の責務も重要であることを広く周知し、理解してもらうよう努めるべきである。

- ・啓発事業が単発に終わるのではなく、講演会終了後に、住民を、例えば「守る会」などの具体的な活動につなげていくような継続性をもった事業展開が今後望まれる。

- ・県内の動きを活発化するために、医療を守る住民参画の取組みをされている先例地の意見を聞く円卓会議などを開催することも県の役割として考えられる。

謝 辞

稿を終えるにあたり、委員会活動にご協力をいただいた委員諸兄に感謝申し上げます。特に広島県健康福祉局医療政策課・岡峯 美智子氏には報告書の作成にあたってのご支援に深甚なる謝意を表します。

平成21年度 救急車利用実態について

平成 23 年 1 月 1 2 日
広島市消防局

調査報告

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な対応策を検討することを目的として、広島県地域保健対策協議会医療環境整備専門委員会の協力を得て平成19年度から実施している。(平成21年度については、自主的实施。)

2 実施機関

広島市消防局

3 調査期間

平成22年2月8日(月)8時30分～平成22年3月8日(月)8時30分

4 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

5 調査方法

「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】

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

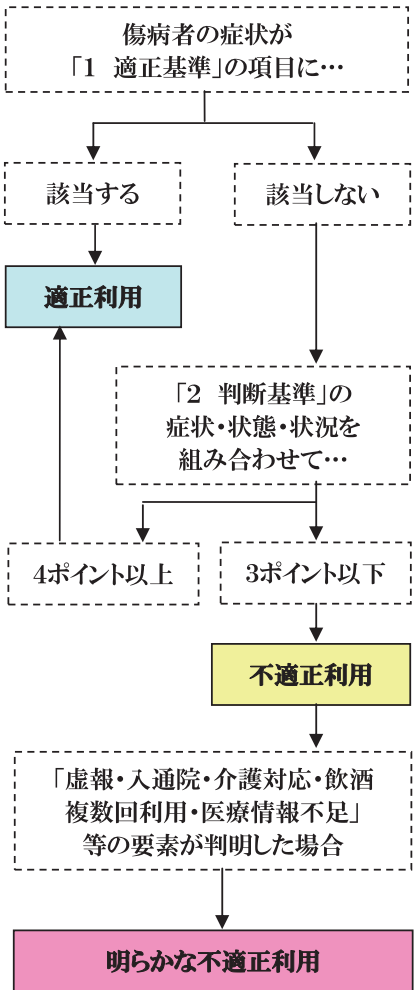
2 判断基準

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21年度 救急車利用実態

1 総括

	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
H21 年度	3,599 件 (3,114 人)	802 件 (548 人)	22.3%
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%

2 不適正利用(802 件)のうち、明らかな不適正利用の要因別件数

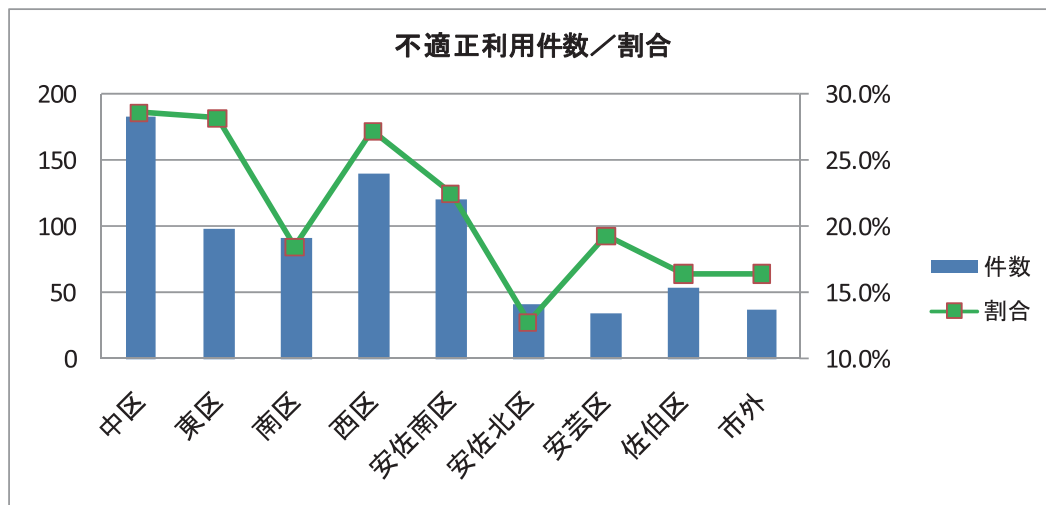
単位:件

区分	計	飲酒	複数回 利用	入院・通院	医療情報 不足	虚報	介護対応
件数	162	85	37	18	9	12	1
	100%	52.5%	22.8%	11.1%	5.6%	7.4%	0.6%

3 行政区別件数

単位:件

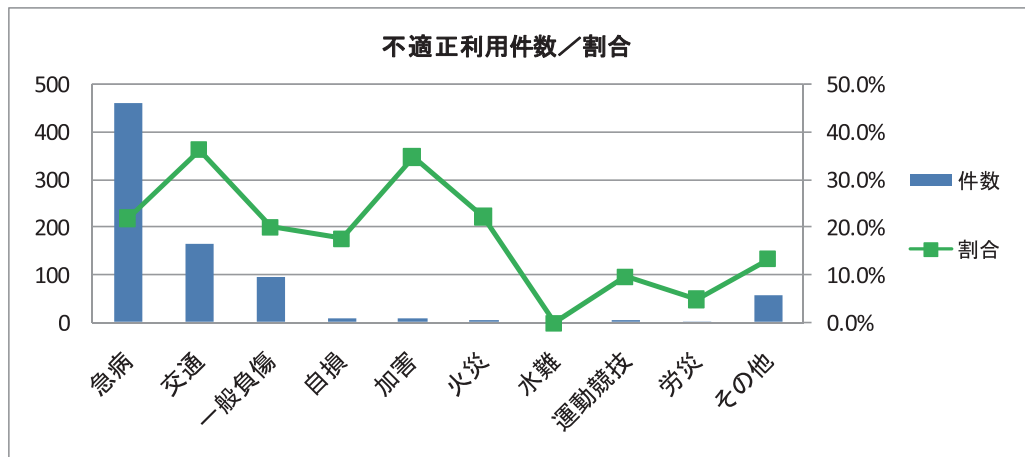
区分	計	中区	東区	南区	西区	安佐南区	安佐北区	安芸区	佐伯区	市外
総出動 件数	3,599	640	347	492	514	538	328	181	328	231
	100%	17.8%	9.6%	13.7%	14.3%	15.0%	9.1%	5.0%	9.1%	6.4%
不適正 件数	802	183	98	91	140	121	42	35	54	38
	100%	22.8%	12.2%	11.4%	17.5%	15.1%	5.2%	4.4%	6.7%	4.7%
不適正 割合	22.3%	28.6%	28.2%	18.5%	27.2%	22.5%	12.8%	19.3%	16.5%	16.5%



4 事故種別件数

単位:件

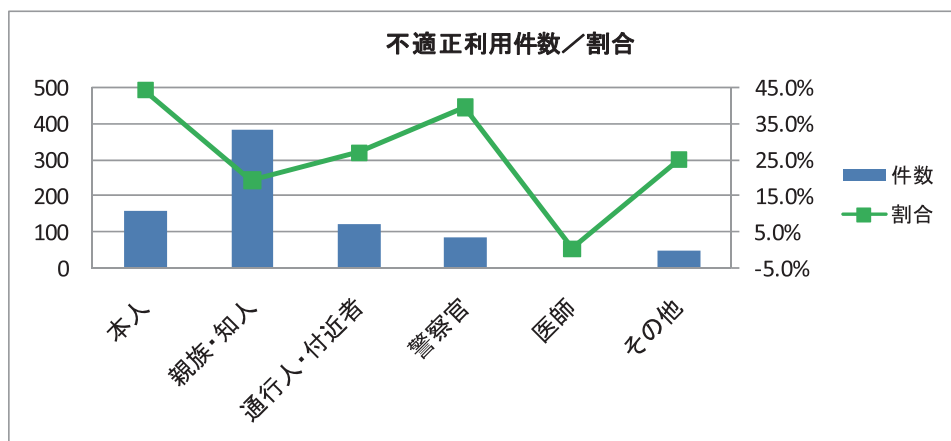
区分	計	急病	交通	一般 負傷	自損	加害	火災	水難	運動 競技	労災	その他
総出動 件数	3,599	2,103	458	472	51	23	18	4	31	20	419
	100%	58.4%	12.7%	13.1%	1.4%	0.6%	0.5%	0.1%	0.9%	0.6%	11.7%
不適正 件数	802	460	166	95	9	8	4	0	3	1	56
	100%	57.4%	20.7%	11.8%	1.1%	1.0%	0.5%	0%	0.4%	0.1%	7.0%
不適正 割合	22.3%	21.9%	36.2%	20.1%	17.6%	34.8%	22.2%	0%	9.7%	5.0%	13.4%



5 通報者別件数

単位:件

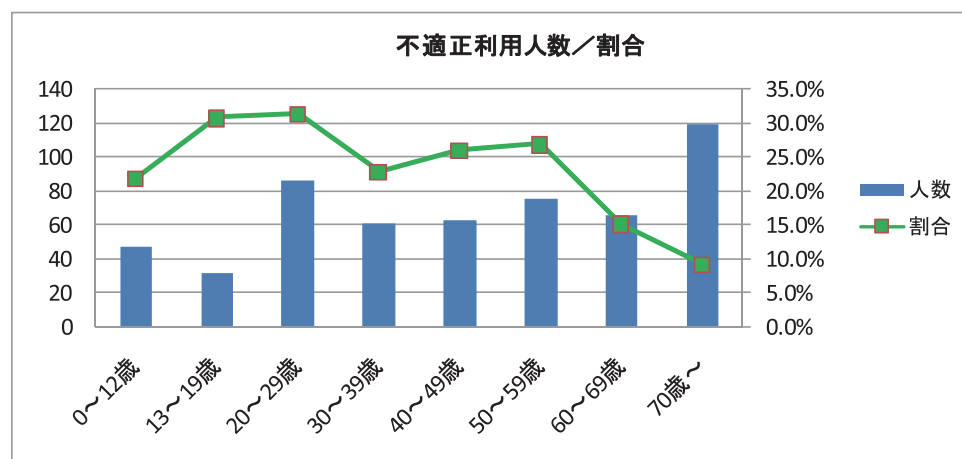
区分	計	本人	親族・知人	通行人 付近者	警察官	医師	その他
総出動 件数	3,599	359	1,985	454	210	392	199
	100%	10.0%	55.2%	12.6%	5.8%	10.9%	5.5%
不適正 件数	802	159	385	123	83	2	50
	100%	19.8%	48.0%	15.3%	10.4%	0.3%	6.2%
不適正 割合	22.3%	44.3%	19.4%	27.1%	39.5%	0.5%	25.1%



6 年齢別搬送人数

単位:人

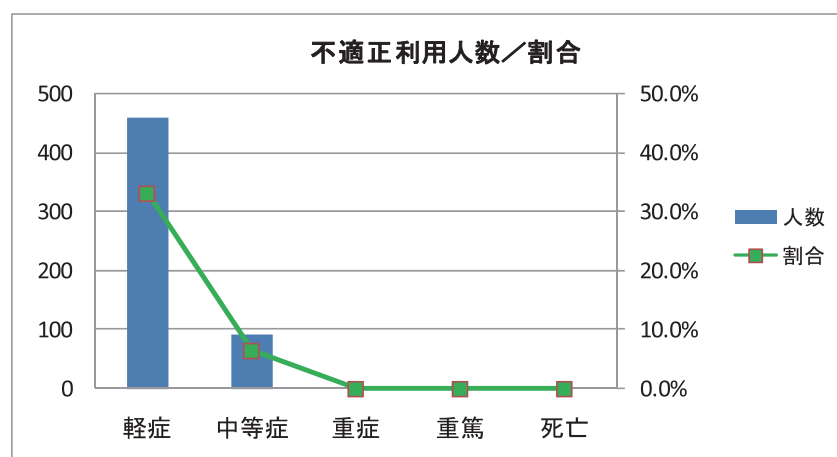
区分	計	0～12歳	13～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～
総搬送人数	3,114	216	101	275	268	242	280	437	1,295
	100%	6.9%	3.3%	8.8%	8.6%	7.8%	9.0%	14.0%	41.6%
不適正人数	548	47	31	86	61	63	75	66	119
	100%	8.6%	5.7%	15.7%	11.1%	11.5%	13.7%	12.0%	21.7%
不適正割合	17.6%	21.8%	30.7%	31.3%	22.8%	26.0%	26.8%	15.1%	9.2%



7 傷病程度別搬送人数

単位:人

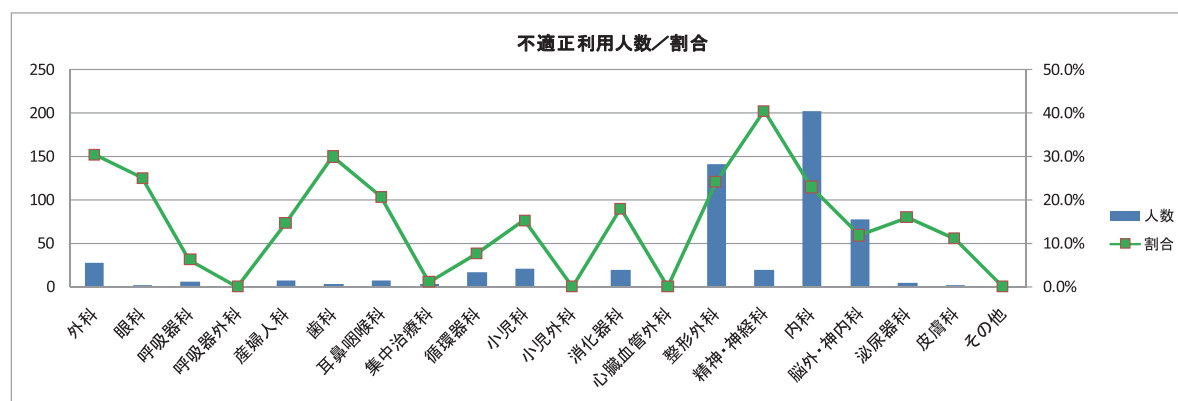
区分	計	軽症	中等症	重症	重篤	死亡
総搬送人数	3,114	1,383	1,400	242	52	37
	100%	44.4%	44.9%	7.8%	1.7%	1.2%
不適正人数	548	457	91	0	0	0
	100%	83.4%	16.6%	0%	0%	0%
不適正割合	17.6%	33.0%	6.5%	0%	0%	0%



8 診療科別搬送人数

単位:人

区分	計	外科	眼科	呼吸器科	呼吸器科 外科	産婦人科	歯科	耳鼻咽喉科	集中治療科	循環器科	小児科
総搬送人数	3,114 100%	89 2.9%	4 0.1%	80 2.6%	4 0.1%	48 1.5%	10 0.3%	29 0.9%	195 6.3%	214 6.9%	131 4.2%
不適正人数	548 100%	27 4.9%	1 0.2%	5 1%	0 0%	7 1.3%	3 0.5%	6 1.1%	2 0.4%	16 2.9%	20 3.6%
不適正割合	17.6%	30.3%	25.0%	6%	0%	14.6%	30.0%	20.7%	1.0%	7.5%	15.3%
区分	計	小児外科	消化器科	心臓血管外科	整形外科	精神・神経科	内科	脳外・神経内科	泌尿器科	皮膚科	その他
総搬送人数	3,114 100%	4 0.1%	106 3.4%	5 0.2%	581 18.7%	47 1.5%	877 28.2%	655 21.0%	25 0.8%	9 0.3%	1 0.0%
不適正人数	548 100%	0 0%	19 3.5%	0 0%	140 25.5%	19 3.5%	201 36.7%	77 14.1%	4 0.7%	1 0.2%	0 0%
不適正割合	17.6%	0%	17.9%	0%	24.1%	40.4%	22.9%	11.8%	16.0%	11.1%	0%



資料2 「地域医療と健康を支える環境づくり事業」

地域医療と健康を支える環境づくり事業【実施状況】

	開催日	事業名	開催地 (主催・共催)	参加者	概要
1	9/16 9/30 10/7 10/14	知って安心！子どもの病気とママ・パパにも出来る応急処置	広島市 ・広島市ひと・まちネットワーク中央公民館 ・子育て支援サークルげんき発信隊 ・広島県医師会	20人	乳幼児家庭教育講座（連続4回） ① 9/16 「こどもドキッ、ヒヤッ体験、こんな時どうする？」 講師：子育ておたがいさま～ズ 金子留里 ② 9/30 「知っておきたい！病院のかかり方、受診の目安」 講師：舟入病院小児科部長 岡野里香、 舟入病院看護師 森 麻美 ③ 10/7 「イザに備えて 私にもできる救急法」 講師：幼児安全法指導員 ④ 10/14 「もしものために・・・おうちでの看護のコツ」 講師：病児保育室みどりキッズ師長 河村瑞穂
2	11/28	庄原市の医療を支える医療従事者の確保～看護師不足を考える～	庄原市 ・庄原市の地域医療を考える会 ・庄原市医師会 ・庄原赤十字病院 ・庄原市 ・ひろしま健康づくり県民運動推進会議 ・広島県医師会	170人	基調講演：「最近の看護情勢」 講師：日本赤十字広島看護大学学長 新道幸恵 シンポジウム：「庄原市の医療を支える医療従事者の確保 看護師不足について考える」 パネリスト：庄原赤十字病院看護部長 中藤好美 庄原市立西城市民病院総看護師長 森田亨子 広島県立三次看護専門学校進路指導担当者 波多野文子 広島県立庄原格致高等学校進路指導担当者 今川俊文 広島県立三次看護専門学校生（庄原市医療従事者育成奨学生） 宮脇加奈 広島庄原格致高等学校生 滝本千帆
3	12/19	移植医療を考える県民公開講座～知ろう、語ろう、いのちをつなぐ医療～	広島市 ・広島県医師会 ・ひろしまドナーバンク ・広島県	160人	第1部：「あなたの意思により助かる命があります」 臓器移植の今～肝臓、腎臓疾患等の移植医療～ 広島大学病院消化器外科・移植外科教授 大段秀樹 臓器提供協力施設の現状～救急医療の現場から (財)ひろしまドナーバンク評議員・荒木脳神経外科病院院長 沖 修一 第2部：「家族で話し合う機会をもってみよう」 ①必ず迎えるその日のために 臓器提供をされた方の家族 小林奈美氏 ②肝臓移植を受けて 移植医療を受けた方 吉村雅敏氏 ※オリジナル意思表示カードの紹介 (財)ひろしまドナーバンク 山本京子 ③家族で話し合う機会をもってみよう トークショー 広島東洋カープ 白濱裕太選手（捕手）、 相澤寿聡選手（投手）

	開催日	事業名	開催地	参加者	概要
4	1/16	みんなで支えよう！わが街の周産期母子医療センター	<u>東広島市</u> - 東広島地区医師会 - 東広島市 - ひろしま健康づくり県民運動推進会議 - 広島県医師会	1 2 0 人	基調講演：「達人に学ぶ地域に根ざした育児支援 総合病院の機能を生かしな育児支援」 講師：松山赤十字病院成育医療センター 小児科第一部長 小谷信行 シンポジウム：「みんなで支えよう！わが街の周産期母子医療センター—この街で安心して産み育てるために—」 パネリスト：東広島医療センター婦人科部長 寺本秀樹 東広島医療センター小児科部長 下田浩子 東広島地区医師会小児部会担当理事 杉原雄三 東広島市福祉部こども家庭課参事 桧山和子 NPO 法人子育てネットゆめもくば副理事長 加地純子 本永病院院長 齊藤淳三
5	1/22	みんなで守ろう	<u>呉市</u> - 呉市医師会 - 呉市 - ひろしま健康づくり県民運動推進会議 - 広島県医師会	1 4 0 人	話題提供：「呉市の救急医療の現状について」 ～救急医療の現場で起こっていること～ 演者：呉医療センター救急部長 宮加谷靖介 シンポジウム：「みんなで見直そう呉の救急医療」 ～大切な命を守るために～ シンポジスト：呉医療センター救急部長 宮加谷靖介 呉市福祉保健課長 木下 弘 呉市消防局警防課救急装備係 亀山尚佳 呉市医師会救急担当理事 石井哲朗 意見交換：くれくれ・ばプランニンググループ くれパステル 後藤典子 呉市すこやか子育て支援センター 利用者代表 重田寛基 呉東消防署消防第一係 中本敏之
	3/12	呉の救急医療		7 0 人	話題提供：「呉市の救急医療の現状について」 ～救急医療の現場で起こっていること～ 演者：呉共済病院救急診療科部長 石川雅巳 シンポジウム：「みんなで見直そう呉の救急医療」 ～大切な命を守るために～ シンポジスト：中国労災病院救急部長 中川五男 呉市福祉保健部副部長 小松良三 呉市消防局警防課救急装備係 亀山尚佳 呉市医師会救急担当理事 石井哲朗 意見交換：ひろひろ・ばプランニンググループ いろは 北崎千代 呉市すこやか子育て支援センター 利用者代表 船橋一雄 呉東消防署消防第一係 中本敏之
6	3/21	母子保健講演会 はっらっマタニティライフで健やかベビー！	<u>広島市</u> - 広島県医師会 - 広島市		講演：「医療機関における妊婦健康診査の実際」 講師：広島県産婦人科医会 行政から報告：「広島県における妊婦健康診査公費助成の効果」 講演：「健やかなマタニティライフ～妊娠中の栄養と早産予防～」 講師：国立保健医療科学院生涯保健部母子保健室長 瀧本秀美 会場との質疑応答
		⇒ 3/11 東日本大震災の影響により中止となった。			

資料3 市町や消防本部（局）を対象とした調査

医療を守る住民への啓発活動の取組み状況調査 調査票

市町名	担当部署
担当者名	電話
	メール

質問1 医療を守るための住民向け啓発活動の実施状況について

貴市町では、啓発活動を実施していますか？※来年度実施予定も含む。

() 実施している。⇒つづいて質問2以降にもお答えください。

() 実施していない。⇒質問5以降をお答えください。

どちらかに○をつけてください。

質問2 医療を守るための住民向け啓発活動の件数についてお答えください。

	平成20年度 (件)	平成21年度 (件)	平成22年度 (件)	平成23年度 (件)
主催または共催で実施				
上記以外で実施				

質問3 医療を守るための住民向け啓発活動の内容等について

実施した（計画している）啓発活動の内容についてお答えください。

複数ある場合はできるだけ全ての活動についてお答えください。

※この様式を複写のうえ、ご記入ください。

また、パンフレットやチラシ、アンケートの調査結果などありましたら、1部御恵与ください。

啓発活動の名称
実施日または期間
参加者数（講演会、シンポジウムなどの場合）
主催者、共催者、後援の団体名
NP0等住民活動団体等の協力を得ましたか 1 協力を得た 2 協力を求めなかった
テーマ ※複数あてはまる場合には複数○をつけてください。 1 救急車の適正利用について 2 特定の医療機関に関わるもの 3 受療行動など住民の意識に関わるもの 4 かかりつけ医について 5 その他

()	
対象者	※複数あてはまる場合には複数○をつけてください。
1 一般住民	2 患者・患者家族
3 保健・医療福祉関係者	4 その他 ()
方法	※複数あてはまる場合には複数○をつけてください。
1 講演会の開催	
2 シンポジウム, パネルディスカッションの開催	
3 ポスター掲示, パンフレット等の配布	
4 市町が発行する広報紙に掲載	
5 市町のホームページに掲載	
6 その他	()
啓発事業の評価(アンケート調査等)を実施しましたか	
1 実施した	(アンケートの内容:)
2 実施していない	

質問4 医療を守るための住民向け啓発活動を実施する中で課題だと感じることはどのようなことがありますか。

質問5 医療を守るための住民向け普及啓発活動を実施(計画)することが難しい理由としてどのようなことがありますか。

質問6 医療を守る住民への啓発活動について、ご意見等ありましたらご記入ください。

御協力ありがとうございました。

救急車の適正利用を促す事業への取組み状況調査 調査票

消防本部（局）名	担当部署
担当者名	電話
	メール

質問1 貴消防本部（局）では、救急車の適正利用状況を把握するために、救急車の利用実態調査等を行っていますか？

- （ ） 調査している。 ⇒ つづいて質問2以降にもお答えください。
 （ ） 調査していない。 ⇒ 質問3以降をお答えください。

質問2 救急車の利用実態調査等の内容についてお答えください。
 また、調査結果をとりまとめたものがありましたら、1部御恵与ください。

調査実施期間, 調査対象範囲, 調査内容, 調査結果等

質問3 啓発活動の実施状況について

貴消防本部（局）では、救急車の適正利用を促すことを目的とした啓発活動を実施していますか？ ※来年度実施予定も含む。

- （ ） 実施している。 ⇒ 質問4・質問5・質問6を御回答ください。
 （ ） 実施していない。 ⇒ 質問6を御回答ください。
 どちらかに○をつけてください。

質問4 啓発活動の内容

実施した（計画している）啓発活動の内容についてお答えください。

活動名称, 実施期間, 参加者数, 内容(テーマ)等

質問5 啓発活動を実施する中で課題だと感じることはどのようなことがありますか。

質問6 救急車の適正利用を推進するために必要だと思われることや、啓発活動についてご意見等ありましたらご記入ください。

御協力ありがとうございました。

救急車の搬送実績についての調査 調査票

消防本部（局）名	担当部署
担当者名	電話
	メール

質問1 貴消防本部（局）では、救急車の搬送結果について、実績（搬送先病院別集計・患者の症状別集計・搬送先選定理由別集計など）をまとめていますか？

- （ ） 実績をまとめている。 ⇒ つづいて質問2以降にも御回答ください。
- （ ） 実績をまとめていない。 ⇒ 質問3を御回答ください。
- どちらかに○をつけてください。

質問2 搬送結果の実績について情報提供していただくことは可能ですか？

- （ ） 提供できる。
- （ ） 条件付で提供できる。
- 条件例：搬送先病院名を伏せる。
- 条件例：委員会内では病院名を出してもよいが、公表は差控えること。

条件：

- （ ） 提供できない。

質問3 受入先の選定で課題に感じていることについてお答えください。

- ① 受入先となる医療機関が少なく、決定するまでに時間を要する
- ② 管轄エリアを越えて受入先を探すことが多く、搬送時間が長くなる
- ③ その他

御協力ありがとうございました。

医療を守る住民への啓発活動の取組状況調査

	質問1 住民向け啓 発活動の実 施状況につ いて	質問2 啓発活動の件数について								質問3 啓発活動の内容等について									
		H20年以前		H21年度		H22年度		H23年度		啓発活動の名称	実施日または期間	参加者数	団体名	NPO等協 力の有 無	テーマ				
		主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他						1.救急車の適正利用について	2.特定の医療機関に関わるもの	3.受療行動等住民意識に関わるもの	4.かかりつけ医について	5.その他
広島市	実施あり			1		1		1	小児救急適正受診啓発用 マグネットシートの配布	平成21年12月～	年間11,000枚を配布	広島市単独の事業	協力求め ず		3	4			
府中町	実施なし																		
海田町	実施あり		2		4		2		広報紙に掲載 国保被保険者にパンフレッ ト送付								5	広報「かいた」に医 療費の適正化につ いて掲載 国保被保険者に対 してパンフレット送付	
熊野町	実施あり								計 画 中							3			
坂町	実施あり							1	広報紙への啓発記事の掲 載	平成23年度中				協力求め ず	1	3			
安芸高田市	実施あり					2		1	小児救急医療講演会	平成22年12月18日 (土) 10:00～11:30	20名	主催:安芸高田市	協力得た		3	5	こどものかかりやす い病気と対応につ いて		
									小児救急ハンドブック	平成22年度配布の ため作成	①市内の保育所・幼 稚園を通じて保護者 に配布 ②乳幼児健診・育児 相談・訪問時に配布 ③市役所・子育て支 援センター・各支所等 で希望者へ配布	協力求め ず		3	5	発病時の対応など について			
安芸太田町	実施あり			1			1		広島県西部中山間地域の 医療を考える会「みんな力 で地域医療を守ろう!!」	平成21年12月26日	約200名	安芸太田病院、安芸太田 町	協力得た			3	5	安芸太田病院の救 急医療体制の現状	
北広島町	実施なし																		
大竹市	実施あり	1		1		2	2	1	大竹ふれあい健康まつり (医療等に関する講演会、 健康測定等を実施)	毎年10月に実施	300人程度	【主催】大竹市・大竹市 社会福祉協議会 【後援】大竹市医師会・ 大竹市歯科医師会・大竹 市薬剤師会・広島県国民 健康保険団体連合会・中 国新聞社会事業団・大竹 ロータリークラブ・大竹ラ イオンズクラブ・国際ソロ プチミスト大竹	協力得た			3			
廿日市市	実施あり			1	2				第2回市民公開講座「危険 な痛みについて知しまし よう」	平成23年1月16日	約1,000人	主催:JA広島総合病院 共催:廿日市市	協力求め ず	1	2	3	救急医療に対する 知識の習得、地域 救命救急センターの 機能と役割		
									日本赤十字広島看護大学と 広島厚生農業協同組合連 合会広島総合病院と廿日市 市との連携に関する協定	平成22年9月28日～ 平成27年3月31日			協力求め ず		2	5	上記3者がそれぞ れの資源を有効活 用し、連携と協力に より、地域の医療・ 保健の課題に適切 に対応し、廿日市市 の地域の医療・保健 の発展に寄与する。		
呉市	実施あり			2		2			①平成21年度シンポジウム 『みんなで見直そう 呉の救 急医療』 ②市広報紙で『救急医療』を 特集(呉市のホームページ で閲覧可) ③初期救急医療機関の利用 啓発チラシ配布(保育所・ 幼稚園・小・中学校・市立高 校ほか) ④平成22年度シンポジウム 『みんなで守ろう 呉の救急 医療』	①平成22年2月27 日、3月27日 ②平成22年9月10日 発行 ③平成22年11月 ④平成23年1月22 日、3月12日(予定)	シンポジウムは各約 150人	主催:呉市、呉市医師会 共催:ひろしま健康づくり 県民運動推進会議 後援:呉地域保健対策協 議会	協力得た	1	3	4	5		
江田島市	実施なし																		
竹原市	実施あり			1		3		2	こどもの病気と救急講演会	平成22年8月5日 9 月26日 10月14日	51人	主催:竹原市 共催:東広島市消防局竹 原消防署、竹原地区医師 会、子育て支援センター、 ファミリーサポートセン ター	協力得た	1	3	4	5	小児救急蘇生 AED の使い方	

										質問4 課題だと感じること	質問5 実施(計画)することが難しい理由	質問6 意見等		
対象者 1.一般住民 2.患者・患者家族 3.保健・医療福祉関係者 4.その他				方法 1.講演会の開催 2.シンポジウム等の開催 3.ポスター掲示、パンフレット配布 4.市町発行の広報紙に掲載 5.市町ホームページに掲載 6.その他									評価の有無	
1						3				実施なし	一般的に、啓発活動に関心が高い層ほど、コンビニ受診等の問題行動が少ないため、啓発方法・対象者を工夫する必要がある。	質問4に同じ。		
												当町では、医療全般を取り扱う担当課が決まっていないため。また、町内に医療機関が多く、広島市にも近いことから、職員に医療を守る意識が不足しているため。		
1							3	4		実施なし				
1								4	5					
1								4			正しい情報を広く確実に提供する手段			
1						1				実施あり (アンケート実施:講演会の内容等)	・小児救急医療講演会に限ると、参加しやすくなるためには、地域ごとの出前型での開催や保育所との共催の必要性を感じた。 ・市内においても地域が抱える医療体制の課題が異なるため、テーマがしぼりにくく、また解決が難しいことが多いので啓発活動が難しい。	担当者に啓発活動を計画する余裕が無いので、例えば講演会であればいくつかの内容から選べるような事業であれば実施できるかもしれない。	今後ますます厳しくなる医療体制について、住民向けの啓発活動は重要であることは認識しているので、できることからやっていきたい。	
1	2								6	啓発用冊子の作成	実施なし			
1						1	2			実施あり	啓発活動の後、住民を具体的にどのように導き出すのが工夫が必要と感じた。(地域医療を守る会など組織だった行動など)	特に困難な事は無いが、あまり病院や医師が忙しく大変なことばかり訴えると、病院や医師に対する不信感や不安を与えることになってしまうのではないかと危惧するところはある。住民にうまく伝える必要がある。	平成21年12月に開催したシンポジウムでは、県からのシンポジストの参加や講師料等の運営費補助をいただき非常にありがたかった。続けて県のご支援をいただきたくお願いいたします。	
												本町においては、救急病院に患者が集中しないように、祝祭日休日における在宅当番医の情報について、町広報誌及び、全町の音声放送を利用し広報を行っており、本町の地域保健対策協議会においても、さらなる啓発活動への要望も現在でていないため。		
1						1				実施なし	より多くの人に参加してもらうこと。	講演会を開催する場合、参加する方は比較的医療や健康などに意識の高い方で、参加がのぞまれる意識の低い方の参加が少ないこと。		
1						1				実施あり				
1		3	4	看護大学		1		3	4	6	大学:看護管理に関するコンサルテーション、教育施設の貸し出し、講師の派遣 病院:看護師等確保のための奨学金制度の実施と周知、看護師実習受け入れ、公開講座の実施 市:奨学金制度の支援	実施なし		
1	2	3					2	3	4	5	実施あり	市民が知る機会を増やすこと。 無関心者への啓発。	無関心者に関心を持ってもらうための工夫。 講演会を開催する場合、参加する方は比較的医療や健康などに意識の高い方で、参加がのぞまれる意識の低い方の参加が少ないこと。	県では市町に対してアンケート等を行う機会が多いと思いますが、結果を取りまとめられたら市町へも情報提供等フィードバックをお願いします。
1		3				1		3		6	救急法実技指導	実施あり	市内で分娩が出来なくなり、市民からは市内に分娩再開の要望も聞かれるが、医師確保等が困難である。また、小児科も今までは県立安芸津病院が夜間救急対応をしてもらっていたが、それも徐々に難しくなってきたり、産科・小児科は大変厳しい状況になってきている。	無し 地域医療について、講演していただけた講師のリストなどあれば、教えていただきたい。

	質問1 住民向け啓 発活動の実 施状況につ いて	質問2 啓発活動の件数について								質問3 啓発活動の内容等について												
		H20年以前		H21年度		H22年度		H23年度		啓発活動の名称	実施日または期間	参加者数	団体名	NPO等協 力の有 無	テーマ 1.救急車の適正利用について 2.特定の医療機関に関わるもの 3.受療行動等住民意識に関わるもの 4.かかりつけ医について 5.その他							
		主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他	主 催 ・ 共 催	そ の 他													
東広島市	実施あり					2		2	市民公開シンポジウム(医 療講演会)	平成23年1月16日 (日)	120名	主催:東広島市、(社団) 東広島地区医師会 共催:(社団)広島県医師 会	協力得た	2								
									救急医療体制確保のため の広報	平成22年9月号の広 報紙に掲載			協力求め ず			3	4					
大崎上島町	実施なし																					
三原市	実施なし																					
尾道市	実施あり					2	1	1	市民公開講座(基調講演及 びシンポジウム) 「人の命・生活を守る地域医 療の大切さを考える」	平成22年11月21日	700人	【共催】尾道市・尾道市医 師会・因島医師会・財団 法人自治総合センター 【後援】総務省・尾道市教 育委員会・尾道市歯科医 師会・因島歯科医師会・ 尾道薬剤師会尾道市公 衆衛生推進協議会・尾道 市社会福祉協議会・尾道 市連合民生委員児童委 員協議会・尾道市保健推 進員連絡協議会	協力得た	1	2	3	4	5	尾道市の地域医療 守る条例を周知して もらい、その条例に ついて考える。			
									市民公開講座(講演) 「救急医療はどうなるの？ ～救急医療を巡る新事情～」	平成23年2月5日	200人	【共催】尾道市・尾道市医 師会・因島医師会・広島 県尾三圏域MC協議会	協力得た	1	2	3						
世羅町	実施あり							1	チラシの配布	平成22年9月中旬				協力求め ず					5	適正受診について		
福山市	実施あり				1				1	みんなで守ろう福山市の救 急医療 ※平成20年度は①「誰でも できる初期救急～知らない と怖い中毒の知識」②「こど もの急病」、平成22年度は 「こどもが痛がる時」をテ マにセミナーを開催。	平成21年9月12日	約182人	主催:福山市、福山地区 消防組合、福山市医師会 後援:福山府中地域保健 対策協議会	協力得た	1					福山市の救急医療 の現状と課題、二 次・三次救急病院の 適正利用ほか		
府中市	実施あり					1	1		広報紙への連載「病院を守 るために」	平成22年6月号から 毎月掲載									5	病院を守るための 市の構想		
									地域医療再生講演会	平成23年2月24日		主催者 府中市	協力得た						5	講師の経験・知見・識 見・体験に基づく講演		
神石高原町	実施あり				2		2	1～2	平成21年度① 神石高原町立病院開院記 念式典開院記念講演	平成21年4月26日 (日)	85名	(主)神石高原町、社会医 療法人社団陽正会	協力求め ず		3				5	医療・行政等との連携 「地域医療の現状と これから」		
									平成21年度② 地域医療講演会	平成21年9月19日 (土)	155名	(主)神石高原町、社会医 療法人社団陽正会、社会 福祉法人新市福祉会 (共)福山市、府中市、福 山市医師会、府中地区医 師会、深安地区医師会、 松永・沼隈地区医師会	協力求め ず		3			5	医療・行政等との連携 「医療崩壊の現状と 展望」			
									平成22年度① 地域医療シンポジウム2010 地域とともに歩む医療	平成22年8月24日 (火)	220名	(主)神石高原町、社会医 療法人社団陽正会 (共)福山市医師会、府中 地区医師会、深安地区医 師会、松永・沼隈地区医 師会	協力求め ず		3			5	医療・行政等との連携 「地域とともに歩む 医療—地域に密着 した医療提供と人材 育成—」 「中山間地域におけ る医療提供—“Slow Medicine for Rural Elders”——」			
									平成22年度② 神石高原町の医療を考える 集い	平成23年1月21日 (金)	186名(公式数)	(主)神石高原町議会 (共)神石高原町、社会医 療法人社団陽正会、神石 高原町立病院を守る会	協力得た		3			5	医療・行政との連携 「地域医療の課題と 方向性」			
三次市	実施あり							3											3	4		
庄原市	実施あり					2	4	2	3	①市民公開講座「これ、テレ ビで見たことがある！！」 ②「庄原市の医療を支える 医療従事者の確保」シンポ ジウム	① 平成22年5月30 日(日) ② 平成22年11月28 日(日) ③ 市広報紙へ啓発 記事の掲載	① 200名 ② 170名 ③ 平成22年4月号、 12号、平成23年2月 号、3月号	主催:庄原市の地域医療 を考える会 共催:庄原市医師会、庄 原赤十字病院、庄原市 後援:庄原市自治振興区 連合協議会、庄原市民生 委員児童委員協議会など	協力得た		2			5			

対象者 1.一般住民 2.患者・患者家族 3.保健・医療福祉関係者 4.その他				方法 1.講演会の開催 2.シンポジウム等の開催 3.ポスター掲示、パンフレット配布 4.市町発行の広報紙に掲載 5.市町ホームページに掲載 6.その他						評価の有無		質問4 課題だと感じること		質問5 実施(計画)することが難しい理由		質問6 意見等	
1		3		1	2	3	4	5	6	関係機関への広報協力依頼	実施なし	一般住民に対する効果的な広報活動(いかにして関心を持ってもらえるか)	啓発活動は、効果がすぐに現れるものではなく効果の検証が難しいために、継続して事業を実施することが難しい面がある。	現在は、県内各市町がそれぞれで啓発活動を行っているが、例えば、現在がん対策プロジェクトチームで取り組まれているように、県と県内全市町で共同して啓発活動を行うことを検討してもよいのではないかと。			
1								4	5		実施なし						
													テーマ(救急・受療に対する意識の向上・かかりつけ医の必要性等)が広く、高齢者が多い本町において、いかにわかりやすく周知をしていけばいいか試行錯誤している現状があります。	・現在、地元医師会の協力を得ながら、各種疾病に対する知識を得るため、各先生方に講演をしていただいています。 ・普段の健康状態を把握し健康維持ができるよう、町が実施する特定健診の受診の推進を各戸配布によるチラシで周知しています。			
													緊急性がない夜間受診の問題や救急車の適正利用に関する問題等に関心はありますが、現在、市内ではどのような状況なのか把握していないのが現状です。また、市民運動として医療に関する具体的な要望がない状況で、どのような内容や啓発方法がいいのか、また、市民の意識に届くのか掴んでいない状況です。				
1	2	3		1	2	3	4		6	新聞へ掲載、ケーブルテレビ・FMラジオで啓発	実施あり (アンケート内容・年齢・性別・住所・市民公開講座を知った理由・内容についての感想)	医療を守るためには、関係機関が地域と連携協働をしなければならぬ。それには、住民の責務も重要であることを広く周知する必要がある。	住民に対して普及啓発活動を広く行っても、医療現場の体制や医師の考え方、行政の対応が確立されていなければ住民が戸惑い、また批判も出てくるのではないと思う。	まず、医療現場でどのような事が行われているか、行政が医療を守るための施策としてどのような事を行っているのかを、住民に分かり易く周知していくことが必要だと思う。			
1		3		1	2	3	4		6	新聞へ掲載	実施なし						
			4	国保被保険者					6	国保被保険者証更新時に国保全世帯にチラシを配布	実施なし	周知徹底が難しい。方法を模索する必要がある。	地域医療を守るため、町民全体への啓発活動は必要であると考えているが、通常業務におわれ、行えていない。今後、全世帯への啓発活動を検討していく。				
1					2	3	4	5	6	テレビ(広報番組)・ラジオによる広報	実施あり (別紙アンケート調査結果)	・住民側から限られた医療資源を守ろうという動きが見られない。 ・医師不足等により、小児・産科・救急が年々厳しくなっている情報を市民と共有化することが課題。併せて持続的な啓発が必要と思われる。	住民側からの危機感が感じられない。(現状は厳しいが、まだ対応できているためだと思われる。	市長会を通じて国に対して要望もしているが、初期～3次救急の役割や、コンビニ受診の防止など、医療を守るために国を主体に全国的なキャンペーンや啓発活動をしてほしい。(各自自治体も行っているが、国民の関心が弱い。)			
1							4				実施なし						
1			4	希望者	1												
		3	4	行政・議会関係者	1						実施なし	町立病院は指定管理者制度で管理運営は社会医療法人に委ねており町単独、法人単独、議会単独での開催が難しく、指定管理者、開設者双方へ問題ないテーマで行うこととなる。	講師を広島や他の地域から招聘すると時間的な制約が多い。また、地域医療関係者に声をかけるとなると準備職員等の負担が多くなる。	神石高原町に代表されるような中山間地の医療を守っていくためには効率性、収益性等で算定された基準に当てはめて計算、配置されると成り立たない。住民への啓発も必要だが、国民等しく医療を受けられるよう、社会保障(医療)の制度をコントロールする関係者への啓発を十分に行うべきではなかろうか。			
1		3	4	行政・議会関係者	1						実施なし						
1		3	4	行政・議会関係者	2						実施あり (アンケート内容 ①参加目的、参加してよかったか ②何で知りましたか ③集いはいかがでしたか(基調講演、現状報告及びコメント、その他ご自由)						
							4				実施なし						
1					1	2	3	4	5		実施なし	医師不足や看護師不足等の厳しい医療環境の中で、医療機関が頑張っておられる現状を市民の皆さんに理解していただくことが重要であると感じている。そのための広報活動が必要であり、医療を守っていくためには、医療従事者と市民との信頼関係を構築することが第一と考える。	広大な面積を有する本市において、市民の皆さんに医療を守るための一体感をどのように構築するかが課題になると考えている。	医療を守る住民参画の取り組みをされている先例地の意見を聞く場(講演・シンポジウム・円卓意見交換会など)を設定していただきたい。			

救急車の適正利用を促す事業への取組み状況調査 回答一覧表

	質問1 救急車の利用実態調査の有無	質問2 救急車の利用実態調査等の内容について	質問3 啓発活動の実施状況	質問4 啓発活動の内容
広島市消防局	調査あり	別添のとおり。	実施あり	・Save Life in Hiroshima(広島東洋カープの公式戦開催日に、来場した市民を対象とした救急蘇生法/AEDの普及啓発活動を実施し、救急蘇生法/AEDについて理解促進を図ったもの。 「NP O法人 あなたが救う・救命救急広島」が主催、当局は共催機関として参加。)において、救急蘇生法と並行して、救急車適正利用の啓発活動を実施。チラシ(6,000枚)等の配布を行ったもの。 ・救急の日及び救急医療週間(9/9～9/15)中、消防局・各署において救急車適正利用の啓発活動を実施。(デジタルサイネージ、大型スクリーン、ケーブルテレビ、電光掲示板等の活用) ・ホームページや広報誌への掲載。
呉市消防局	調査なし	—	実施あり	・救命講習などにおいて、救急車の適正利用について広報している。 ・医師会の講演会等に参加し、適正利用について広報している。(年1回～2回)
三原市消防本部	調査なし	—	実施あり	・救急車適正利用啓発のためのマグネットシート「救急車の適正利用にご協力ください!!」を作成し、消防車両及び救急車両に貼付市民に啓発している。 ・消防本部ホームページにおいて、救急車適正利用のページを掲載し適正利用について啓発している。
尾道市消防局	調査あり	(調査実施期間) 2009年1月1日8時30分～2009年4月1日8時30分(3ヶ月間) (調査対象範囲) すべての救急事案 (調査内容) 別紙(資料-6)のとおり (調査結果) 別紙(資料-6)のとおり 委員会内では出してもよいが本部名等は差し控えること。(救急隊だけの判断であるため、医療機関から指摘があったもの)	実施あり	(活動名称) 救急医療週間啓発活動 (実施期間) 9月9日～9月15日(救急医療週間) (参加者数) ① 市内スーパー3箇所でのキャンペーン(約600人チラシ配布等) ② ケーブルテレビ約10分間出演 ③ 地元FMラジオ約10分間出演 (内容) 正しい救急車の利用について
大竹市消防本部	調査なし	—	実施あり	・ポスター配布 ・救命講習時の啓発
東広島市消防局	調査なし	—	実施あり	・ホームページ、市広報等に啓発記事を掲載。 ・救急車に啓発用マグネットシートを貼布。
廿日市市消防本部	調査なし	—	実施あり	・救急医療週間にて啓発ポスターを掲示 ・各事業所等への救命講習時に実施
安芸高田市消防本部	調査なし	—	実施あり	(実施期間) 通年 (参加者数) 約3,000人 (内容) 応急手当普及講習の時、救急車適正利用について説明を取り入れている。 ・パンフレット約150部配布 救急の日にちなみ救命講演会を実施、配布パンフレットに救急車適正利用についてのページを加え広報した。
江田島市消防本部	調査なし	—	実施あり	(実施期間) 救急の日週間等で逐次実施 (内容) 公的な救急車適正利用に伴うポスター及びチラシの配布
府中町消防本部	調査なし	—	実施あり	(活動名称) 救急フェア (実施期間) 「救急医療週間」内 平成22年9月11日 (内容) 救急車の適正利用を促すことを目的としたポスターを管轄管内の公共施設に配付するとともに、不特定多数の通行人に対し、同じ内容のチラシを配布しました。
北広島町消防本部	調査なし	—	実施なし	—
備北地区消防組合消防本部	調査なし	—	実施あり	1 病院内の掲示板へポスター等の掲出 2 病院の広報誌へ掲載 3 市広報誌への掲載 4 備北地区消防組合のチラシへ掲載 5 医師会等の講演会へ参加をして、適正利用の訴え 6 ケーブルテレビへ出演して、適正利用の呼びかけ
福山地区消防組合消防本部	調査あり	(調査実施期間) 平成23年1月～2月 (調査内容) 救急搬送の内、消防法第2条9項に規定する救急業務に該当しないが、諸般の事情により救急搬送をした人員数。	実施あり	・各署所に啓発ポスターの掲示。 ・消防局参加イベントでの啓発チラシの配布。 ・市役所、消防局への懸垂幕の掲示。 ・啓発標語をマグネットシートで救急車へ貼付。 ・消防局ホームページへ掲載。 ・福山市広報誌へ掲載。 ・福山市防火協会と連携した啓発活動、チラシの配布。

質問1 救急車の利用実態調査の有無

調査あり	3
調査なし	10

質問3 啓発活動の実施状況

実施あり	12
実施なし	1

消防本部(局)調査 その1

質問5 啓発活動を実施する中で課題だと感じること	質問6 救急車の適正利用を推進するために必要だと思われること・啓発活動についての意見
救急車の適正利用は、市民等のモラルにより成り立つものであり、そこにとのよう訴えかけていか、常に同一内容の啓発活動を実施するのはなく、その都度、効果的な手法を検討する必要があると考える。	「適正」、「不適正」の明確な定義を定めることができれば、より効果的な啓発活動を実施することが可能であるとする。
住民の救急医療に関する知識の普及	幅広い年齢層に対して、時間をかけて広報していく必要があると感じている。
・救急車不適切利用は、通報者のモラルに依存する部分が多く地道な啓発をするしかないのではないかと。思う。 ・全国的な啓発をすることによって、一般市民の意識を変える必要がある。	救急事例の中には、早期通報・早期搬送・早期治療により救命できる事例も多々あるため、一般市民に普通救命講習等の応急手当普及啓発活動に参加してもらい、救急事案について感心を持ってもらうことが必要だと思。
①不適正利用についての調査は、医療機関にも協力が必要で労力を要する。(救急隊の判断が正しかったかの確認のため) ②データの発表には、住民感情・医療機関・医師会・報道機関などの問題から限界がある。(消防本部の対応には限界がある	①不適正利用調査は、県・国単位で調査方法を統一し、データ発表は厳正に実施されなければ効果はない。 ②適正利用を推進するには、もっと積極的なPRが必要である。
救急講習参加者のみで市民全員にいきわたらない	
・予算をかけて執行しても、即座に結果が反映しない。 ・住民の意識を改革するには、想像以上の時間を要する。	全県的あるいは全国的に統一キャンペーンを実施する必要があるのではと。思う。
	夜間での一次医療機関の受入が少ない、若しくは無いため、救急車の要請に繋がっているものと思われる。現在では二次医療機関の輪番制はあるものの、一次医療機関の輪番制も検討していただきたい。
救急要請を躊躇してしまう人もいだろうと感じる。	
管内では、民間救急・専用の救急相談窓口の設置がなく、代替の手段が提供できない。 市民感情として、これまでは区別なく搬送してくれたとの意識が強い。	
1 啓発内容について、一般の方がどれだけ関心を持たれているのかわからず、不特定多数の方に対する啓発には限界があります。対象を限定し、集中的にプレゼンテーションする方がより効果的だと思います。 2 啓発活動を行った結果、その効果がどれくらいあるのか実績結果の数値化が難しいため、客観的評価に欠けてしまいます。 3 より多くの人に対して啓発活動を実施することが望ましいが、大きなイベントを開催すると費用が増してしまい、予算の都合上難しい面があります。	1 一般の方が、救急車の要請をするときの病態の判断基準が明確でないため、「救急車を適正利用する」というのはどういう病態が出現していたときのことを指すのかという判断基準の作成・周知が必要です。 2 救急車の利用現状をマスメディアなどを利用し、一般の方に対し知らせる機会をさらに多く設けることで世論が盛り上がるきっかけ作りになると思います。 3 一般の方が、適正利用についてどのように考えているのか広くアンケート調査を実施することで実態が把握でき、より効率のよい啓発活動につながると思われます。 4 啓発活動を推進していく中で、情報交換が円滑に進むよう貴協議会と当消防本部とのつながりがさらに強くなっていくことを望みます。
—	地域的に行う救急講習会等において救急車の適正利用のPRを行い。また、メディアを通じた全国的な広報活動が必要と思われる。
中山間地の地域性を感じる。	質問4に記載している事項を継続的に実施し、緊急性について訴える。
消防局単独ではなく、関係機関が共通認識を持ち、連携して取り組む必要がある。	適正利用の理解と協力を得るには、不適正利用の要因を軽減するための代替的方策を提供するインフラが必要である。

救急車の搬送実績についての調査 回答一覧表

消防本部(局)調査 その2

	質問1 救急車の搬送実績集計の有無	質問2 搬送実績集計の情報提供の可否		質問3 受入先の選定で課題に感じていること	
		提供	条件	課題	その他(自由記入)
広島市消防局	なし (出動件数等の統計は当然実施しているが、上記(搬送先病院別、症状別、搬送先選定理由別)項目では行っていない。)	—	—	3	診療科目によっては、夜間帯に受け入れてもらえる医療機関が少なく、搬送先の決定まで時間を要する場合がある。
呉市消防局	あり	条件付可	搬送先医療機関名を伏せるか搬送先医療機関の同意を得た場合	3	当二次保健医療圏域内の医療機関の患者の受け入れ状況は比較的良好です。
三原市消防本部	あり	条件付可	病院別搬送実績表はまとめている。消防長の許可を得て、委員会内での資料として使い、公表は差し控えること。	3	尾三圏域に総合病院が少なく、受入可能人数が限られているため、管轄外の医療機関に搬送することがある。
尾道市消防局	あり	条件付可	委員会内では病院名を出してもよいが、公表は差し控えること。	3	①最も搬送時間が短い医療機関を選定し、二次医療圏内の医療機関へ搬送することを基本とする。 ②かかりつけ医療機関等への搬送について (ア)かかりつけ医療機関が管内であり支障等がないこと (イ)管外医療機関への搬送要請は医師の判断が原則である (ウ)二次保健医療圏で完結が原則である
大竹市消防本部	あり	条件付可	個人情報情報を伏せる	2	
東広島市消防局	あり	条件付可	個人情報に関する部分は、公表できない。	3	管内に三次の救命センターがないため、重篤及び専門性を要する患者でも当番の二次に搬送せざるを得ない。
廿日市市消防本部	あり	条件付可	搬送先病院名を伏せる。	1 2 3	夜間の一次医療機関の受入先がない
安芸高田市消防本部	なし (現時点では集計はしていないが、要請があれば情報提供は可能。)	—	—	3	約7割の傷病者を吉田総合病院に搬送させていただいているが、満床等で受入困難な場合は、管轄エリアを超えた医療機関になるため、搬送時間が長くなっている。
江田島市消防本部	なし	—	—	2	
府中町消防本部	あり	条件付可	搬送先病院名を伏せること及び公表は差控えること。	3	受入先となる医療機関が少なく、決定するまでに時間を要する。
北広島町消防本部	なし (定期的な集計は行っていないが、必要に応じて個別集計をする場合もある。)	—	—	1 2	①及び②について、診療科目又は傷病程度によって該当する場合が多い。
備北地区消防組合消防本部	あり	不可		3	救急対応の医師が不足
福山地区消防組合消防本部	あり	条件付可	搬送人員数のみ。	3	医師不足による医療機関の廃止や診療科目の縮小などにより受入医療機関は減少傾向にあるため、搬送時間が長くなる。

質問1 救急車の搬送実績集計の有無

集計あり	9
集計なし	4

質問2 搬送実績集計の情報提供可否

可	0
不可	1
条件付き可	8

質問3 受入先の選定で課題に感じていること

1.受入先医療機関が少なく、決定までに時間を要する。	2
2.管轄エリアを超えて受入先を探すことが多く、搬送時間が長くなる。	4
3.その他(自由記入)	10

医療を守る住民への啓発活動の取組み状況調査

【質問1】 住民向け啓発活動実施状況について

実施あり	18
実施なし	5

【質問2】 啓発活動の件数

	主催・共催	その他
H20年以前	1	2
H21年度	10	4
H22年度	21	15
H23年度	14	4

【質問3】 NPO等の協力の有無

協力得た	12
協力求めず	10

※ 熊野町 H23年度実施のため未定と回答
啓発活動を複数回答した市町があるため計が18市町とならない

テーマ

1.救急車の適正利用について	7
2.特定の医療機関に関わるもの	6
3.受療行動など住民の意識に関わるもの	18
4.かかりつけ医について	6
5.その他	16

対象者

1.一般住民	23
2.患者・患者家族	3
3.保健・医療福祉関係者	10
4.その他	7

方法

1.講演会の開催	13
2.シンポジウム、パネルディスカッションの開催	9
3.ポスター掲示、パンフレット等の配布	10
4.市町が発行する広報紙に掲載	13
5.市町のホームページに掲載	6
6.その他	8

評価調査の実施の有無

実施あり	8
実施なし	16

※ 熊野町・坂町 H23年度実施のため未定と回答
啓発活動を複数回答した市町があるため計が18市町とならない

【質問 4】 課題だと感じること

- ・ 一般的に、啓発活動に関心が高い層ほど、コンビニ受診等の問題行動が少ないため、啓発方法・対象者を工夫する必要がある。（広島市）
- ・ 正しい情報を広く確実に提供する手段 （坂町）
- ・ 小児救急医療講演会に限ると、参加しやすくするためには、地域ごとの出前型での開催や保育所との開催の必要性を感じた。
- ・ 市内においても地域が抱える医療体制の課題が異なるため、テーマがしぼりにくく、また解決が難しいことが多いので啓発活動が難しい。（安芸高田市）
- ・ 啓発活動の後、住民を具体的にどのように導き出すのかが工夫が必要と感じた。（地域医療を守る会など組織だった行動など）（安芸太田町）
- ・ より多くの人に参加してもらうこと。（大竹市）
- ・ 市民が知る機会を増やすこと。
- ・ 無関心者への啓発。（呉市）
- ・ 市内で分娩が出来なくなり、市民からは市内に分娩再開の要望も聞かれるが、医師確保等が困難である。また、小児科も今までは県立安芸津病院が夜間救急対応をしてもらっていたが、それも徐々に難しくなってきたおり、産科・小児科は大変厳しい状況になってきている。（竹原市）
- ・ 一般住民に対する効果的な広報活動（いかにして関心を持ってもらえるか）（東広島市）
- ・ 医療を守るためには、関係機関が地域と連携協働をしなければならない。それには、住民の責務も重要であることを広く周知する必要がある。（尾道市）
- ・ 周知徹底が難しい。方法を模索する必要がある。（世羅町）
- ・ 住民側から限られた医療資源を守ろうという動きが見られない。
- ・ 医師不足等により、小児・産科・救急が年々厳しくなっている情報を市民と共有化することが課題。併せて持続的な啓発が必要と思われる。（福山市）
- ・ 町立病院は指定管理者制度で管理運営は社会医療法人に委ねており町単独、法人単独、議会単独での開催が難しく、指定管理者、開設者双方へ問題ないテーマで行うこととなる。（神石高原町）
- ・ 医師不足や看護師不足等の厳しい医療環境の中で、医療機関が頑張っておられる現状を市民の皆さんに理解していただくことが重要であると感じている。そのための広報活動が必要であり、医療を守っていくためには、医療従事者と市民との信頼関係を構築することが第一と考える。（庄原市）

【質問 5】 実施することが難しい理由

- ・ 一般的に、啓発活動に関心が高い層ほど、コンビニ受診等の問題行動が少ないため、啓発方法・対象者を工夫する必要がある。（広島市）
- ・ 当町では、医療全般を取り扱う担当課が決まっていないため。また、町内に医療機関が多く、広島市にも近いことから、職員に医療を守る意識が不足しているため。（府中町）
- ・ 担当者に啓発活動を計画する余裕が無いので、例えば講演会であればいくつかの内容から選べるような事業であれば実施できるかもしれない。（安芸高田市）
- ・ 特に困難な事は無いが、あまり病院や医師が忙しく大変なことばかり訴えると、病院や医師に対する不信感や不安を与えることになってしまうのではないかと危惧するところはある。住民にうまく伝える必要がある。（安芸太田町）
- ・ 本町においては、救急病院に患者が集中しないように、祝祭日休日における在宅当番医の情報について、町広報誌及び、全町の音声放送を利用し広報を行っており、本町の地域保健対策協議会においても、さらなる啓発活動への要望も現在でいていないため。（北広島町）
- ・ 講演会を開催する場合、参加する方は比較的医療や健康などに意識の高い方で、参加がのぞまれる意識の低い方の参加が少ないこと。（大竹市）
- ・ 無関心者に関心を持ってもらうための工夫。（呉市）
- ・ 啓発活動は、効果がすぐに現れるものではなく効果の検証が難しいために、継続して事業を実施することが難しい面がある。（東広島市）

- ・テーマ（救急・受療に対する意識の向上・かかりつけ医の必要性等）が広く、高齢者が多い本町において、いかにわかりやすく周知をしていけばいいか試行錯誤している現状があります。（大崎上島町）
- ・緊急性がない夜間受診の問題や救急車の適正利用に関する問題等に関心はありますが、現在、市内ではどのような状況なのか把握していないのが現状です。
- ・また、市民運動として医療に関する具体的な要望がない状況で、どのような内容や啓発方法がいいのか、また、市民の意識に届くのか掴んでいない状況です。（三原市）
- ・住民に対して普及啓発活動を広く行っても、医療現場の体制や医師の考え方、行政の対応が確立されていなければ住民が戸惑い、また批判も出てくるのではないかと思います。（尾道市）
- ・地域医療を守るため、町民全体への啓発活動は必要であると考えますが、通常業務におわれ、行えていない。今後、全世帯への啓発活動を検討していく。（世羅町）
- ・住民側からの危機感が感じられない。（現状は厳しいが、まだ対応できているためだと思われる。）（福山市）
- ・講師を広島や他の地域から招聘すると時間的な制約が多い。また、地域医療関係者に声をかけるとなると準備職員等の負担が多くなる。（神石高原町）
- ・広大な面積を有する本市において、市民の皆さんに医療を守るための一体感をどのように構築するかが課題になると考えている。（庄原市）

【質問 6】 意見等

- ・今後ますます厳しくなる医療体制について、住民向けの啓発活動は重要であることは認識しているので、できることからやっていきたい。（安芸高田市）
- ・平成21年12月に開催したシンポジウムでは、県からのシンポジストの参加や講師料等の運営費補助をいただき非常にありがたかった。続けて県のご支援をいただきたくお願いいたします。（安芸太田町）
- ・県では市町に対してアンケート等を行う機会が多いと思いますが、結果を取りまとめられたら市町へも情報提供等フィードバックをお願いします。（呉市）
- ・地域医療について、講演していただける講師のリストなどあれば、教えていただきたい。（竹原市）
- ・現在は、県内各市町がそれぞれで啓発活動を行っているが、例えば、現在がん対策プロジェクトチームで取り組まれているように、県と県内全市町で共同して啓発活動を行うことを検討してもよいのではないか。（東広島市）
- ・現在、地元医師会の協力を得ながら、各種疾病に対する知識を得るため、各先生方に講演をしていただいています。
- ・普段の健康状態を把握し健康維持ができるよう、町が実施する特定健診の受診の推進を各戸配布によるチラシで周知しています。（大崎上島町）
- ・まず、医療現場でどのような事が行われているか、行政が医療を守るための施策としてどのような事を行っているのかを、住民に分かり易く周知していくことが必要だと思う。（尾道市）
- ・市長会を通じて国に対して要望もしているが、初期～3次救急の役割や、コンビニ受診の防止など、医療を守るために国を主体に全国的なキャンペーンや啓発活動をしてほしい。（各自治体でも行っているが、国民の関心が弱い。）（福山市）
- ・神石高原町に代表されるような中山間地の医療を守っていくためには効率性、収益性等で算定された基準に当てはめて計算、配置されると成り立たない。住民への啓発も必要だが、国民等しく医療を受けられるよう、社会保障（医療）の制度をコントロールする関係者への啓発を十分に行うべきではなかろうか。（神石高原町）
- ・医療を守る住民参画の取り組みをされている先例地の意見を聞く場（講演・シンポジウム・円卓意見交換会など）を設定していただきたい。（庄原市）

救急車の適正利用を促す事業への取組状況調査 回答

【質問1】 救急車の利用実態調査の有無

調査あり	調査なし
3	10

【質問3】 啓発活動の実施状況

実施あり	実施なし
12	1

救急車の搬送実績についての調査 回答

【質問1】 救急車の搬送実績集計の有無

集計あり	集計なし
9	4

【質問2】 搬送実績集計の情報提供可否

可	不可	条件付で可
0	1	8

【質問3】 受入れ先選定で課題に感じていること

1 受入先医療機関が少なく、決定までに時間を要する。	2 管轄エリアを越えて受入先を探すことが多く、搬送時間が長くなる。	3 その他(自由記入)
2	4	10

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
	岩崎 泰昌	広島大学病院
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	吉川 正哉	広島県医師会
	佐原 正伸	尾道市福祉保健部健康増進課
	竹内 啓祐	広島大学医学部
	武澤 巖	安芸太田病院
	土手 慶五	安佐市民病院
	内藤 博司	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	ひろしまこども夢財団
	堀江 正憲	広島県医師会
	榊岡 正一	広島市消防局警防部

地域ケア促進専門委員会

目 次

平成22年度地域ケア促進専門委員会報告書

在宅緩和ケアシステムの構築の必然性と
地域医師会主導の地域包括ケアシステム

End of life care

国際的な End of life care の研究の歴史の経緯と，日本に導入が必要な学問領域として明確に捉えて現場の実践と政策に反映する根拠を示す

QOD (quality of death) を実現する end of life care を考える多様な公開講座や講演会の連続開催により，「豊かな死」を市民が理解して在宅緩和ケアの選択肢を認識する取り組みを行い，現段階の市民の理解度とニーズを把握する

2011 年度圏域研修会

地域ケア促進専門委員会

(平成 22 年度)

平成 22 年度地域ケア促進専門委員会報告書

在宅緩和ケアシステムの構築の必然性と
地域医師会主導の地域包括ケアシステム

広島県地域保健対策協議会 地域ケア促進専門委員会

委員長 片山 壽

筆者は、静岡県立静岡がんセンター山口 建総長を主任研究者とする「第 22 年度厚生労働科学研究・第 3 次対がん総合戦略研究事業」において分担研究を行っている。

研究課題は、尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの目指すところと同一であり、「在宅がん患者・家族支援を支える医療・福祉の連携向上のためのシステム構築に関する研究」である。

また、筆者の分担部分は「地域多職種・チーム医療による在宅での看取りに関する研究」であるので、生涯のテーマである end of life care 研究に一致する。

End of life care

推計では 2040 年に年間総死亡者数が約 160 万人になり、将来は超高齢社会とともに「2 人に 1 人はがんで亡くなる」ことが示されている。すでに尾道は高齢化率 31% を超え、高齢がん患者の数は急増している現状があり、国の政策技術と地域医療のモデル転換が急務であることを意味する。

安楽な自宅での最期を可能にする在宅主治医の在宅緩和ケアチームや、重度者の在宅終末期医療を国民に提供できる End of life care（終末期ケア）の地域統合的なシステムが重要である。基本として、すべての拠点病院と在宅医療が地域医療連携により在宅緩和ケアを可能にするには、国民が最期を託す在宅主治医を選択し、在宅のチーム医療化、訪問看護の機能向上、介護老人保健施設の緩和ケア・生活支援機能など、医療・介護が統合的な多職種協働システムとして、end of life care モデルで稼動するために、高齢国家としての政策に工夫を示すべきである。

また、この課題は医療システムの整備だけでは困難であり、低所得者対策を含め社会保障の強化の最

重要課題を end of life care の全年齢給付に絞り込むべきである。来年の同時改定に向けて、介護保険は、がんを含んだ end of life care 給付で医療保険との互換性に配慮し、看取り休暇の制度化や多様な支援の給付などの抜本的な見直しが必要だが、この問題を後押しせねばならない。

がん終末期の患者、cancer survivor の支援が国民的議論として End of life care の本質論に至ったときに、このシステム構築の研究は、福祉の原点回帰も含め、「共助・互助」の新・地域ケアの創生につながり、近未来の超高齢国家のあるべき姿を明確にして、方向性を示す波及効果を内包している。

本研究の目的としては、以下に集約される。

1. 自宅での看取りを阻害している課題を分析
2. End of life care の概念を導入することにより「がんになっても」「がんになったからこそ」自分の人生の最期を意義ある時にする人生設計と理解が進み、がん生存者（cancer survivor）の最重要メッセージを国民が認識するために必要な手法を開発
3. フランスのように緩和ケアを法制化（1999 年 6 月 9 日法：緩和ケアを必要とするすべての患者にその権利を認めた法律。終末期家族看取り休暇を規定）（その後、レオネッティ法 2005）する政策の動きをつくるために必要な法制化の手順（2002 年のコンシュネール法・フランスに学ぶ）
4. 日本で高い QOD（quality of death）を実現する end of life care という認識を醸成することで国民的議論を構築する、家で豊かな死を希望するがん患者と家族政策の検討（フランスの終末期家族の看取り休暇手当規定）

5. 在宅緩和ケアの重要性を地域医療の再編チーム化、地域医療連携の推進手法として最上位に位置づける
6. 在宅緩和ケアはチーム医療であり多職種協働 (multidisciplinary care) で、end of life care の患者と家族を支援するゴールが「豊かな死」と設定すべき
7. 在宅医療が非がん患者のチーム医療においても重症管理を訪問看護とともに可能にする技術レベルに達していることが同時進行的に行えねばならないので、従来にない在宅チーム医療研修を新設する。
8. がん患者を治療する拠点病院医師 (病院主治医) が地域の在宅主治医と連携し、患者の家に帰りたい意向を体験する在宅緩和ケア移行・退院前カンファレンスの効果を検証して、DPC や制度に適応する。
9. 家族が end of life care の理解とともに家族の絆を確認する安楽な看取りを希望する意向を在宅主治医に伝える文書を考案する。
10. 在宅緩和ケアにおいて経済的理由で看取りが行えない低所得者に留意した政策を次期同時改定で介護保険と在宅医療を合わせた end of life care 給付を創設する。
11. あくまで日本全国どこにでも普及可能な実践モデルを示すために、統合的医療連携サービス提供体制の整備と、独居患者など困難な環境に対応するフレキシブルな在宅での看取りの「場」の実践を合わせて研究する。
12. 超高齢化、認知症の急増、家族問題など含め、end of life care に向けての成年後見制度以外の意思表示 (希望) を確認する文書 (仏の事前指示書など) の法制化に向けた議論を進める。

ここでは、尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムを体験した家族の「豊かな死」の客観評価を毎年行い、がん患者を自宅での在宅緩和ケアで看取った家族の体験を社会学的研究手法 (GTA) で、公的機関の複数研究者に依頼して行い、概念の抽出を行い、全国に普及する方法論を研究する。

そのためには、公的研究機関の複数研究者にとる社会学的客観評価の導入を行うことが必要であるが、すでに研究者として国立保健医療科学院福祉サービス部の筒井孝子・松繁卓哉のお二人が 2009 年 8 月

に尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの検証に、筆者がチーム医療の在宅緩和ケアで看取りを行った患者さん家族への精密な取材を行い、研究成果報告会を 2010 年 6 月 9 日に行ったが、筆者も加わった合同検証会を厚生労働省老健局・保険局・医政局の 3 局合同で省内にて同一時期に行った。

「尾道市医師会方式在宅緩和ケアシステムの客観評価と満足度の検証」として、発表者は筒井孝子氏と筆者であった。

このときの調査対象者は以下のとおりである。

1. 高度進行膵癌 (男性: 87 歳) …ご長男ご夫妻
2. 胃癌再発・腹膜播種・骨転移 (女性: 51 歳)
…長女さん
3. 胆嚢癌・肝多発転移・認知症 (男性: 84 歳)
…長女さん
4. 高度進行膵癌・抗がん剤副作用 (男性: 80 歳)
…奥様・妹さん
5. 自分が癌患者で遷延性意識障害のご主人 (68 歳) の長期介護の奥さん
6. ご主人が肝臓癌 (57 歳) で最期は自宅、を選択したご夫人 (55 歳)

国際的な End of life care の研究の歴史の経緯と、日本に導入が必要な学問領域として明確に捉えて現場の実践と政策に反映する根拠を示す

An American Perspective on End-of-life care (1995) において、WHO のがん疼痛撲滅プロジェクト議長 (1984 年) の Kathleen M. Foley, M.D (Chair, The society of Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Director, Project of Death in America, New York, U.S.A) は、以下の如く重要な論文を掲載している。

Key Words として、End-of-life (Care), professional education, palliative care death and dying としている、

サマリーでは、「アメリカにおける死にゆく過程の体験は、ここ数十年にわたって変化しており、慢性疾患や進行性疾患の結果として起こる死が遷延されている患者が増えている。死に近づいた患者も死から生還した患者も死に向かう過程で不必要な苦しみ、すなわち身体的、精神的、実存的スピリチュアルな苦しみを伴ったままのことがあまりにも多い。その結果、国レベル及び国際レベルの組織が死にゆく患者に対するケアの改善についての認識を増大さ

せている。生涯の終焉が近づいたときのケアに関する科学的知識に大きな欠落がある。生物医学研究者、社会学研究者、医療専門家からの注目を必要とし、よいケアを妨げる重要な組織的、経済的、法的、教育的障壁を特定し、対策を講じる必要がある。

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

End of life care

Robert wood Johnson財団が2800万ドル(約30億円)を資金提供
SUPPORTという研究チームによる米国の調査結果報告(JAMA1995年)
(Study of Understanding Program and Preference for Outcome and Risk of Treatment)
スローンケタリング研究所のキャサリン・フォリー医師が管理

報告概要

- 人生の終焉が近い人に対して医療制度の機能が不十分
- 諸症状の緩和が不十分、医療実践が患者の尊厳維持に不適切
- 患者の家族を守っていない医療費支払い制度
- 多くの患者さんが終末期医療のために貯金を使い果たしている
- 多くの米国人が痛みを苦しみながら機械につながれて死を迎えている
- 生涯の終焉が近い部分の医療・ケアはきわめて不適切

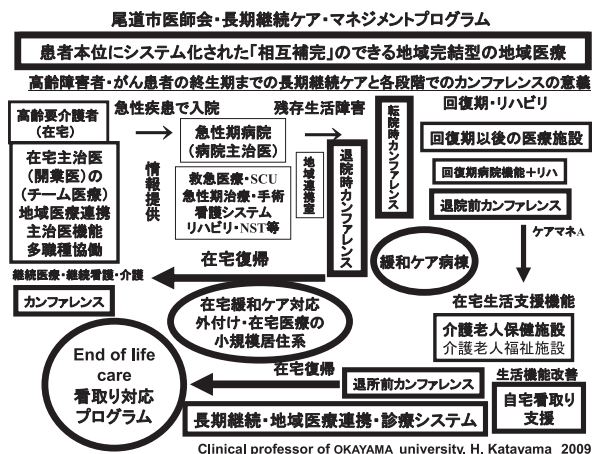
- 大きなイニシアティブがあるのに不十分な制度である
- 連邦政府が諸政策が十分なケアを保証していない
- ホスピスケアを6ヶ月以上受けられない(保険の補償が切れる)
- 介護者への支援がない
- 緩和ケアに必要な薬が医療保険でカバーされていない
(州によっては、モルヒネさえ自費で支払うところがある)
- 医学生・医師に対する教育がまったく欠落している

「がん患者と対症療法」2001 Dr.K.Foley

Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2008

ここまでの米国の end of life care の論文と別の英国の研究との共通点は、この 21 世紀の時代において、先進国は超高齢社会における「豊かな死」という命題において、自宅での死を望む国民に希望に対して、あらゆる政策・給付を駆使しても対応できていない現状であることが分かる。

自宅での死、病院でない、施設でない、「自宅での豊かな死」を達成することに必要な要件は、『end of life care 対応の在宅医療』であり、そこには『高度在宅医療+在宅緩和ケア』というハードルが、設定されているわけである。未熟な在宅医療では、患者本位に展開するフレキシブルな多職種協働 (multidisciplinary care) による在宅緩和ケアに達することができないので、この領域は世界の命題といえる。



Clinical professor of OKAYAMA university. H. Katayama 2009

尾道市医師会方式のこの図は、あらゆるステージの患者の状態に対応できるプログラムであり、15年以上の実績をもつ地域医療連携のシステム図であり、在宅医療が急性期に相対する一方の主流であることを示すものである。

QOD (quality of death) を実現する end of life care を考える多様な公開講座や講演会の連続開催により、「豊かな死」を市民が理解して在宅緩和ケアの選択肢を認識する取り組みを行い、現段階の市民の理解度とニーズを把握する

2010 年 11 月 21 日に尾道市にて、諏訪中央病院名誉院長の鎌田 実先生を講師に招き、以前から尾道市医師会在宅緩和ケア取材の NHK の指揮をとって来ていた迫田朋子チーフディレクターを座長に「自宅での安楽な最期に向けて」の市民公開講座を行い、鎌田先生の感動的な基調講演に続いて、パネリストに在宅主治医として筆者、病院主治医代表として尾道市立市民病院呼吸器科の巻幡医師、筆者が在宅主治医で夫君を在宅緩和ケアで看取った 70 代後半の Y 夫人をパネリストとして、直に思いを語ってもらい、鎌田先生の素晴らしいコメントもあり聴衆に深い感銘を与えた。筆者が在宅緩和ケアで痛み無く安楽に看取って、ご本人の満足、介護者の満足ということが可能、自分、自分の家族の問題として考えましようという社会学としてのメッセージを伝えた。

2011 年度圏域研修会

この手法が市民向けに効果的であったので、本年 2 月 6 日に三原市で「希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて」を筆者の企画で開催し、主任研究者の山口総長に基調講演、ゲストコメンテーターをお

願ひして、広島県全域の医療保健福祉関係者の圏域研修会を行い、約 500 名の熱心な聴講であった。

ここでも 11 月にお願いした Y さん（80 歳のご主人を看取った）と、父親を 87 歳で看取った長男さんのお二人をパネリストとして、お二人の故人の在宅主治医であった筆者の両側に配した。お二人とも高度進行膀胱癌の高齢患者であり、在宅緩和ケアで「豊かな死」を達成できたので、家族、夫婦の思いを語ってもらい、大変感動的な内容となり受講者には、このはじめての手法が深い感銘を与えたと医療関係者の高い評価があった。

また、この日の午前中のセッションでは、「病院から在宅へ、在宅緩和ケアへのバトンタッチ」と題して、地域がん診療連携拠点病院・JA 尾道総合病院から緩和ケアのチーフ、石川部長、県指定地域がん診療拠点病院・尾道市立市民病院から緩和ケア認定看護師の渡辺氏、三原赤十字病院地域医療連携室の MSW 柳迫氏の 3 名からそれぞれの立場での報告があった。この「バトンタッチ」という表現は打ち合わせ段階から異論があり、企画部会長である筆者のイメージと伝えたが、これは青木新門氏の詩集「いのちのバトンタッチ」から引いたものである。

『人は必ず死ぬのだから、いのちのバトンタッチがあるのです。死に臨んで先に往く人が「ありがとう」と云えば、残る人が「ありがとう」と応える、そんなバトンタッチがあるのです。死から目をそむけている人は見そこなうかもしれませんが、目と目で交わす一瞬のいのちのバトンタッチがあるのです』

もう一人のパネリストに厚生労働省から広島県に出向中の広島県健康福祉局の佐々木昌弘局長（技官）が、国と広島県のがん対策について整理を行い、在宅緩和ケアの重要性を力説した。

この研究事業のフランス出張として、年度事業計画にもり込まれたので、筆者は 9 月にパリ周辺での在宅入院制度とネットワーク型在宅緩和ケアシステムを尾道市医師会方式の在宅システムと比較検証のレクチャーを行い、いい評価を得た。次年度も継続的な意見交換を仏の有名な社会学者のお世話で行うことになった。

平成22年度圏域地域保健対策協議会研修会
2011年2月6日
希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて
基調講演「希望を重視する在宅緩和ケアについて」
講師 静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建
座長 尾道市医師会 会長 片山 壽
シンポジウム
希望を叶える安楽な在宅緩和ケアに向けて
座長 中国新聞論説副主幹 山内雅弥
ゲストコメンテーター 静岡県立静岡がんセンター総長 山口 建
シンポジスト
在宅緩和ケアで看取る在宅主治医の立場から 片山 壽 片山医院
ご尊父を在宅緩和ケアで看取った長男の立場から 行広 光信(在宅主治医が片山)
ご主人を在宅緩和ケアで看取った妻の立場から 安田 芳華(在宅主治医が片山)
在宅緩和ケアの必要性と国のがん対策 佐々木 昌弘(広島県健康福祉局長)
(厚生労働省より出向)



基調講演・ゲストコメンテーターで纏めていただいた山口 建先生



在宅緩和ケアの看取り経験のパネリストお二人と片山（お二人の家族の在宅主治医）

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	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	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
	奥野 博文	広島市中区厚生部
	落合 洋	山県郡医師会
	吉川 正哉	広島県医師会
	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
	竹内 啓祐	広島大学医学部地域医療システム学
	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
	濱井 誠	広島県社会福祉協議会
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 恵	松永沼隈地区医師会
	榎坪 毅	広島県医師会

乳幼児健診体制あり方検討専門委員会

目 次

「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」報告書

I. 緒 言

II. 「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」 における検討

III. ま と め

乳幼児健診体制あり方検討専門委員会

(平成 22 年度)

「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」報告書

広島県地域保健対策協議会 乳幼児健診体制あり方検討専門委員会

委員長 小林 正夫

I. 緒 言

平成 17 年 4 月、発達障害者支援法が施行され、市町が行う乳幼児健康診査で発達障害の早期発見に努めることとされた。これを受け、広島県においては平成 18 年度から 2 年間で乳幼児健診マニュアル（以下、マニュアルと略す）を作成し、乳幼児健診従事者および保育士を中心に配布した。

乳幼児健康診査は、精神・運動発達面などに専門的な経過観察を必要とする乳幼児を早期に発見し、適切な保健指導を行うために重要であるが、本県では、発達障害の早期発見・早期支援に関わる専門機関が不足しており、気になる子どもを発見しても、乳幼児健診従事者および保育士が行う対応はそれぞれであり、この実態を把握することが求められている。

また、乳幼児健康診査のうち、4 カ月健診を医療機関で実施している市町もあることから、医療機関におけるマニュアルの活用を促すとともに、発達障害の早期発見の視点を取り入れた健診のあり方を検討する必要がある。

このため、医療機関・市町・保育所などにおける乳幼児健康診査でのマニュアルの活用状況、保護者への相談状況などの実態の把握、マニュアルの有用性や課題を検討し、発達障害の早期発見および事後指導の充実に向けた市町への支援を行い、また、増加傾向にある外国人に対応できるよう、マニュアルをもとに広島県が作成した英語版問診票（案）の標準様式を医学的側面から検討する必要がある。

そこで、マニュアルが乳幼児健康診査などで発達障害の早期発見につながっているか、その有用性や課題について検討した。

II. 「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」における検討

1 委員会の開催

第 1 回	開催時期	平成 21 年 8 月 5 日(水) 19:00~21:00
	主な内容	・事業計画案 ・乳幼児健康診査マニュアル（平成 20 年 3 月作成）の活用状況および有用性の調査票の確定と調査計画について
第 2 回	開催時期	平成 22 年 6 月 2 日(水) 19:30~21:30
	主な内容	・乳幼児健康診査マニュアルの活用状況および有用性の調査の結果について ・乳幼児健康診査問診票案（標準様式）英語版について ・乳幼児健診における発達障害の早期発見および早期支援体制の構築について（地域における現状と課題）

2 委員の構成

学識経験者、広島県医師会、療育医療センター、発達障害者支援センター、保育所代表、幼稚園代表、教育委員会、市町母子保健主管課、広島市、広島県、広島県子ども家庭センター（別表 1 の委員名簿のとおり）。

平成 20 年 3 月乳幼児健康診査マニュアル作成委員（広島県）を中心とした委員で構成した。

3 検討事項

(1) 「乳幼児健康診査マニュアル」（平成 20 年 3 月）の活用状況および有用性

調査結果の概要は別紙のとおりである。

ア 調査の目的 マニュアルの活用状況およびその有用性について実態を把握し、発達障害の早期発見・早期支援体制のあり方を検討する資料とする。

イ 調査の対象 医療機関・市町などの乳幼児健診に従事する者、母子保健およ

び児童福祉担当者、保育所・幼稚園・子育て支援センター職員など

ウ 調査期間 平成21年11月1日～11月30日

エ 主な調査項目 別紙の「調査票」

オ 調査の結果 別紙の「調査結果の概要」

表1 調査票の配布および回収状況

	配布枚数	回収枚数	回収率
乳幼児健康診査従事者・小児科医	1,592 人	610 人	38.3%
保育所	538 機関	441 機関	82.0%
幼稚園 (認定子ども園含む)	192 機関	89 機関	46.4%

(2) 実態調査からの検討

主な調査結果は、以下のとおりであった。

ア マニュアルの内容の充実および研修会の実施
乳幼児健診従事者ではマニュアルを活用している人が37.9%であり、従事者全員に配布したものの全体の4割程度の活用に残っている。

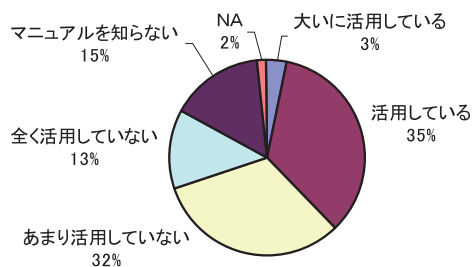


図1 マニュアルの活用状況 (N610)

その活用内容(複数回答)では、94.4%が「乳幼児健診の参考」に、32.5%が「保護者支援の参考」にしている。

マニュアルを活用しての課題・改善点(複数回答)では「活用方法の研修が必要」(26.7%)、「活用方法がわからない」(10.3%)であり、マニュアルの活用に向けて研修が必要と考えられ

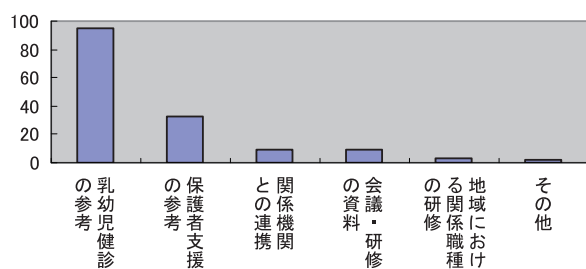


図2 マニュアルを活用しての課題・改善点(複数回答) (N505)

る。

また、マニュアルの内容では「活用方法について研修が必要」(26.7%)、「対応の記述が不十分」(18.8%)、「項目が多すぎる」(16.4%)などが多く、具体的な対応や問診項目について十分な説明が必要である。

マニュアルを活用して、問診表の見直しを行うかどうかについては、「見直した」9.3%、「検討中」23.8%、「既に見直していた」10.3%である。平成17年度の調査で、既に「マニュアルを変更した」市町が50%、「発達障害の早期発見問診項目を入れている」市町が89.3%であり、平成17年には半数以上の市町が見直しを行っていることが影響していると思われる。

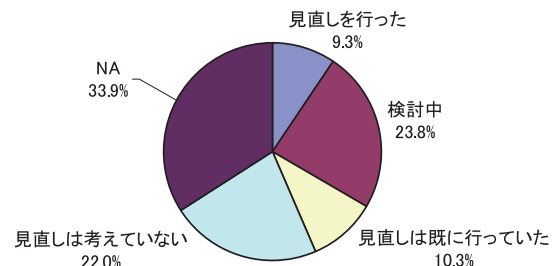


図3 問診票の見直し (N505)

イ 発達障害の早期発見・早期対応での必要事項(図4)

早期発見・早期対応で最も必要なこと(複数回答)は、①専門医療機関(療育機関)の充実(54.4%)、②気軽に相談できる機関の充実(53.4%)、③乳幼児健診の充実、④健診後のフォローの充実の順である。また、関係機関である保育所・幼稚園・教育委員会との連携が必要としており、継続した支援体制を構築することが重要である。関係者の質の向上のためには研修会の充実が望まれる。

回答機関別では、保育所は「気軽に相談できる機関の充実」(75.5%)「乳幼児健診の充実」(75.1%)「専門医療機関(療育機関)の充実」(63.5%)の順に多く、幼稚園でもほぼ同様の結果であった。

ウ 気になる乳幼児を発見した時の対応(図5)

乳幼児健診従事者は気になる乳幼児を発見したら何をするか(複数回答)については、約1/3が「職場内で相談し対応を考える」(33.8%)「遊びの教室などで経過観察」(33.1%)を実施して

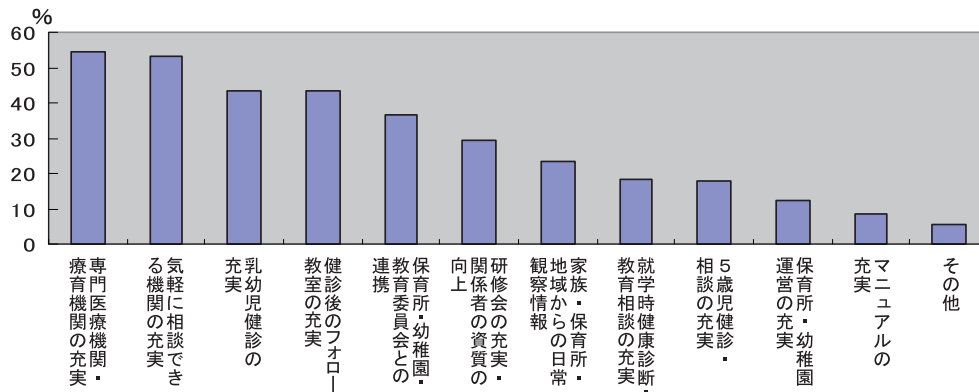


図4 発達障害の早期発見・早期対応での必要事項（複数回答）（N610）

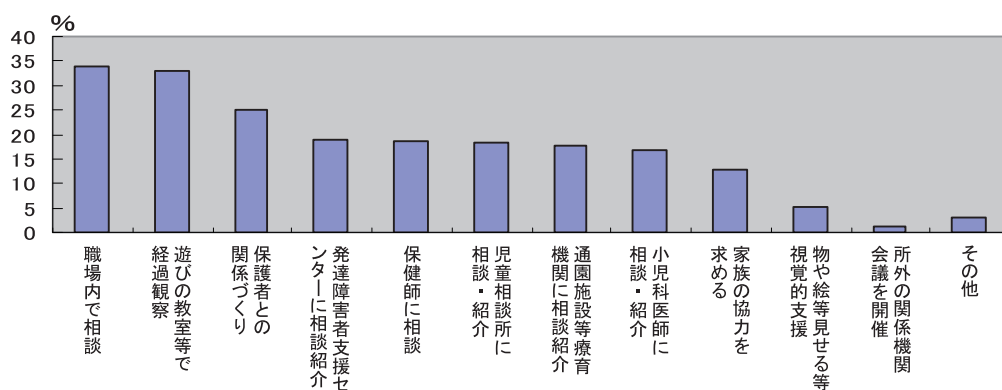


図5 気になる乳幼児を発見した時の対応（N610）

おり、次いで「家庭訪問などで保護者・家族との関係づくり」（24.9%）の順であった。また、約2割の者が、発達障害者支援センターや子ども家庭支援センター（児童相談所）など支援機関や相談機関に相談するなどの対応をとると答えている。

回答機関別では、保育所は「職場内で相談し対応を考える」（93.4%）と最も多く、次いで「日常生活場面での経過観察」（86.6%）、「保健師に相談」（49.7%）、「乳幼児健診の受診勧奨」（48.1%）の順であり、幼稚園でも同様の結果であった。

保育所や幼稚園は、気になる乳幼児を発見したら、職場内での対応を考え、日常観察で対応している状況にある。また、担当保健師に相談したり、乳幼児健診を受けるように保護者に勧めている。

エ 保護者支援の難しさや悩み

発達障害を早期発見・早期対応・家族への対応、マニュアルなどについての自由記載では、保育所への調査で「保護者支援の難しさや悩み」

（47.4%）に関するものが最も多かった。次いで「マニュアルの充実・わかりやすいマニュアル」（9.3%）の希望であった。

オ 気になる乳幼児の状況

発達障害ではないか気になる子どもは、在籍人数のうち、保育所は8.1%であり、幼稚園では2.2%であった。これは、保育所1所あたり7.43人、幼稚園1園あたり3.27人になる。

表2 気になる乳幼児の状況

区分	在籍人数数	子ども数	割合 (%)
保育所 (441 機関)	40,412	3,277	8.1
1 所当たり	91.6	7.43	－
幼稚園 (89 機関)	13,227	291	2.2
1 園当たり	148.6	3.27	－

広島市が4年前に調査したデータでは、2.9%であったので、今回の調査結果から、保育所においては気になる子が増加している可能性がある。

(3) 乳幼児健康診査における発達障害の早期発見および早期支援体制について

ア 地域における現状と課題

- 診断する専門医や専門医療・療育機関の充実

乳幼児健診などで気になる乳幼児を発見しても、専門医や療育機関が不足しているので、次につながっていかない。

発達障害者支援センターでは、身近な地域で診断できる専門医師を増加させたいが、どのように増やすかが課題である。現状では乳幼児健診などで発見しても、医療機関がなく療育機関まで遠い地域もあり、診断まで2カ月～4カ月待ちの実態である。

なお、子どもの心の相談医については、増加傾向にある。

- 保護者支援の難しさ 認知して変容 どのように伝えるか

療育機関では、気になる乳幼児を診断し、保護者に伝えるが、保護者の障害の認知や受容が難しいと感じている。

- マニュアルの活用と研修の必要性

実態調査において多くの者が「マニュアル活用方法の研修」を希望している点から、マニュアルを活用した発達障害早期発見と早期支援についての従事者対象の研修会やスキルアップ研修を実施することが望ましい。

- 相談機関の充実

今回の調査では、発達障害を早期発見・早期支援で必要なこととして「困ったとき気軽に相談できる機関の充実」を望む者が、乳幼児健診従事者53.4%、保育所75.5%、幼稚園73%と多く、マニュアルや研修では解決できない場合の対処方法など関係職員をスーパーバイズする専門家の存在と、継続した研修会・事例検討（ケア会議）などが重要と考える。

- サポートファイルの普及と活用の推進

県の障害者支援課ではサポートファイルを作成し、幼稚園などから小学校へのサポートに活用しており、今後もサポートファイルの普及と活用の推進を図る。

- 育児教室・親子教室の充実

育児教室・親子教室に参加して子どもの発達に気づく保護者も多く、フォローアップ教

室やケースカンファレンスなどの充実が望まれる。

イ 関係機関との連携

- 子どもへのサポートのあり方

乳幼児健診において、気になる乳幼児を早期発見したあとの支援をどうするかが重要であり、市町はこども家庭センターなどの相談機関との連携に努めている。

また、保育所や幼稚園が気になる乳幼児を見つけたときには、各関係機関や保育士同士が連携し、支援に当たることが必要となる。

このため、保健師や保育士などと関係機関との連携のあり方について協議するとともに、気になる子どもや発達障害児への対応について、関係者のスキルアップが重要である。

- 幼稚園・保育所・教育委員会との連携

小学校入学前に、気になる子や発達障害児については、保育所・幼稚園から教育委員会へ情報を提供するとともに、個別計画やサポートファイルの活用を促進する、教育相談につなげるなど現場との連携を行い、児童を支援している。教育委員会もコーディネーター研修などを行っている。

(4) 乳幼児健診問診票（標準様式）英語版についての検討

平成22年3月、広島県が作成した乳幼児健康診査マニュアルに基づき、日本語の不自由な英語圏の保護者にも活用できるよう、4カ月、10カ月、1歳6カ月、3歳児健康診査問診票などについて、英語版を作成した（別紙）。

なお、完成に当たっては、医学的表記などについて検討し、英語圏域の在広保護者などに試行するなど、保護者が使いやすいよう修正を行った。

今後、健診現場での活用が促進されるよう各市町に電子データを提供するとともに、広島県のホームページで周知していくこととする。

Ⅲ. ま と め

乳幼児健康診査マニュアルの活用状況およびその有用性の検討を行い、以下の点について、今後の改善が必要と考えられる。

- 1 関係機関と連携した発達障害の早期発見および早期支援の体制づくり
地域の専門医療機関や療育機関などが少ない現

状のなか、子どもを支える関係者が連携した支援が重要である。

2 マニュアルの内容の充実

現行のマニュアルは、問診項目の説明と保護者への相談対応などの記述が少ないので改善することが必要である。また、マニュアル活用の推進のため、関係者研修会の実施が望まれる。

3 気になる子どもの保護者支援

乳幼児健診の場や保育所・幼稚園で、気になる子どもを発見してから診断につなげるまで、継続した保護者や子どもへのフォローを行う。そのスーパーバイズのため、専門医や専門職種の増加

が期待される。

4 乳幼児健診問診票（標準様式）英語版の市町提供

広島県に暮らす英語圏外国人の発達障害児早期発見のため、今後の健診場面で活用に向けて市町に情報提供していく。

文 献

- 1) 子育て環境整備専門委員会報告書（平成 17 年度）：広島県地域保健対策協議会子育て環境整備専門委員会 委員長 小林正夫，広島医学 59 巻 12 号，2006 年 12 月。

別表 1

委 員 名 簿

（平成 21～22 年度）

区 分		所 属 役 職 名	名 前	備考
委員長	学 識 経 験 者	広島大学大学院医歯薬学総合研究科長 小児科教授	小 林 正 夫	
委 員	医 療 関 係 者	広島県医師会常任理事	堀 江 正 憲	
		広島県立障害者療育支援センター所長	岩 崎 學	
		広島市こども療育センター 発達支援部長	大 澤 多美子	
	支援施設代表	社会福祉法人つつじ 広島県発達障害者支援センター長	西 村 浩 二	
	幼 稚 園 代 表	学校法人青葉学園青葉幼稚園理事長	米 川 晃	
	保 育 所 代 表	福山市立水呑立正保育所長	今 川 たみ子	H21
		福山市立山手保育所長	宮 重 篤 子	H22
	教 育 委 員 会	広島県教育委員会教育部特別支援教育課長	竹林地 毅	
		広島県教育委員会教育部指導第一課長	吉 賀 忠 雄	
	保 健 福 祉 行 政 関 係 者	広島市こども・家庭支援課長	末 田 明 美	
		広島市障害支援担当課長	世 羅 智 子	
		廿日市市健康推進課	山 岡 和 美	H21
			中 原 洋 子	H22
		北広島町大朝保健センター主任	福 田 さちえ	
		広島県広島こども家庭センター判定指導課長	宇佐川 典 子	
		広島県健康福祉局障害者支援課自立支援担当監	井 上 郁 男	
		広島県健康福祉局健康対策課健康増進室長	小 林 昭 博	H21
		広島県健康福祉局健康対策課健康増進担当監	岡 本 羊 子	H22

乳幼児健診従事者用調査票

「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」

従来の乳幼児健診に加え、発達障害のある子どもたちの早期発見及び早期支援の充実を図るため、広島県が平成 20 年 3 月に作成した「乳幼児健康診査マニュアル」（以下「マニュアル」という。）の活用状況等の実態を把握することを目的に、本調査を行いますので、御協力をお願いします。なお、データは統計的に処理を行い、目的以外には使用しません。

○ あなたが乳幼児健診に従事しての年数は（H21年11月1日時点での累計） 年 月

1	項目が多すぎる	2	項目に対する説明が不十分
3	対応についての記述が十分でない	4	解説・説明が十分でない
5	該当項目数が支援方法に反映していない	6	活用方法について研修会が必要
7	どのように活用してよいかわからない		
8	その他（		

Q 4 発達障害の早期発見・早期対応のために、何が必要とお考えですか。(複数回答可)

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1 乳幼児健診の充実 | 2 健診後のフォロー教室の充実 |
| 3 気軽に相談できる機関の充実 | 4 専門医療機関(療育機関)の充実 |
| 5 保育所・幼稚園運営の充実 | 6 5歳児健診・相談の充実 |
| 7 就学前健康診断・教育相談の充実 | 8 研修会の充実(関係者の資質向上) |
| 9 マニュアルの充実 | 10 家族・保育所・地域等からの日常観察情報 |
| 11 保育所・幼稚園・教育委員会等との連携 | |
| 12 その他 (|) |

Q 5 何か気になる乳幼児を発見したら、あなたは何をしますか。(複数回答可)

- 1 物や絵等を見せるといった視覚的支援を行う
- 2 職場内で相談し、対応を考える
- 3 家庭訪問等による保護者・家族との関係づくりを行う
- 4 家族の協力を求める
- 5 市町の遊びの教室等で経過観察を行う
- 6 小児科医師に相談・紹介する
- 7 保健所・市町の保健師に相談する
- 8 こども家庭センター・児童相談所に相談・紹介する
- 9 発達障害者支援センターに相談・紹介する
- 10 通園施設など療育機関に相談・紹介する
- 11 所外の関係機関会議を開催する
- 12 その他 ()

Q 6 発達障害の早期発見・早期対応、マニュアルに対する意見等についてご自由にお書きください。

御協力ありがとうございました。

保育所用調査票

「乳幼児健康診査マニュアル」(平成20年3月)に関する調査

広島県地域保健対策協議会

「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」

～調査へのお願い～

従来の乳幼児健診に加え、発達障害のある子どもたちの早期発見及び早期支援の充実を図るため、広島県が平成20年3月に作成した「乳幼児健康診査マニュアル」（以下「マニュアル」という。）の活用状況等の実態を把握することを目的に、本調査を行います。

については、各保育所で御記入くださいますようお願いいたします。

なお、データは統計的に処理を行い、目的以外には使用しません。

保育所として、どなたか代表で、次の質問にお答えください。

- 回答者の属性は 1 所長・園長 2 保育士 3 その他 ()
- 保育所の所在地は () 市・町
- 入所人員は (11 月 1 日現在) () 名
- 保育士の総数は (常勤・非常勤併せて) () 名
- 発達障害ではないかと気になる子どもの数は () 名
- (例えば、集団に入れない、こだわりが強い、他の人に関心を示さない等)

次に、マニュアルの活用についてお伺いします。

Q1 あなたの保育所には、県の作成したこのマニュアルがありますか。

- 1 ある 2 ない ⇒ 2を選んだ方はQ4へ

Q2 日頃の業務にマニュアルを活用していますか。(一つに○)

- 1 大いに活用している 2 活用している ⇒ 1または2を選んだ方はS Q1へ
3 あまり活用していない 4 全く活用していない ⇒ 3または4を選んだ方はQ3へ
5 マニュアルの存在を知らない ⇒ 5を選んだ方はQ4へ

SQ1 マニュアルをどのように活用していますか。(複数回答可)

- | | |
|----------------|------------|
| 1 子どもの日常生活の観察 | 2 関係機関との連携 |
| 3 保護者支援の参考 | 4 会議・研修の資料 |
| 5 地域における関係職種研修 | 6 その他（ ） |

Q3 マニュアルを活用しての課題・問題がありますか。(複数回答可)

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 1 項目が多すぎる | 2 対応についての記述が十分でない |
| 3 解説・説明が十分でない | 4 どのように活用してよいかわからない |
| 5 該当項目数と支援のしかたがわからない | 6 活用方法について研修会が必要 |
| 7 その他（ ） | |

Q4 発達障害の早期発見・早期対応のために、何が必要とお考えですか。(複数回答可)

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1 乳幼児健診の充実 | 2 気軽に相談できる機関の充実 |
| 3 専門医療機関（療育機関）の充実 | 4 保育所・幼稚園運営の充実 |
| 5 5歳児健診・相談の充実 | 6 就学前健康診断・教育相談の充実 |
| 7 研修会の充実（関係者の資質向上） | 8 マニュアルの充実 |
| 9 家族・地域等からの日常観察情報 | 10 市町・教育委員会等との連携 |
| 11 その他（ | ） |

Q5 何か気になる乳幼児を発見したら、まず、保育所として何をしますか。(複数回答可)

- 1 物や絵等を見せるといった視覚的支援を行う
 - 2 職場内で相談し、対応を考える
 - 3 家庭訪問等による保護者との関係づくりを行う
 - 4 家族の協力を求める
 - 5 日常生活場面で経過観察を行う
 - 6 乳幼児健診への受診を勧める
 - 7 所外の関係機関会議を開催する
 - 8 小児科医師・嘱託医に相談する
 - 9 保健所・市町の保健師に相談・紹介する
 - 10 こども家庭センター・児童相談所に相談・紹介する
 - 11 発達障害者支援センターに相談・紹介する
 - 12 通園施設など療育機関に相談・紹介する
 - 13 市町の遊びの教室等を紹介する
 - 14 その他（
- ）

Q6 発達障害の早期発見・早期対応、家族や乳幼児への対応として難しい点、マニュアルに対する意見等ご自由にお書きください。

御協力ありがとうございました。

幼稚園用調査票

「乳幼児健康診査マニュアル」(平成20年3月)に関する調査

広島県地域保健対策協議会

「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」

～調査へのお願い～

従来の乳幼児健診に加え、発達障害のある子どもたちの早期発見及び早期支援の充実を図るため、広島県が平成 20 年 3 月に作成した「乳幼児健康診査マニュアル」（以下「マニュアル」という。）の活用状況等の実態を把握することを目的に、本調査を行います。

ついては、各幼稚園で御記入くださいますようお願いします。

なお、データは統計的に処理を行い、目的以外には使用しません。

幼稚園として、どなたか代表で、次の質問にお答えください。

- 回答者の属性は 1 幼稚園の代表者 2 幼稚園教諭 3 その他 ()
- 幼稚園の所在地は () 市・町
- 幼稚園の在籍人数は(11 月 1 日現在) () 名
- 幼稚園教諭の数は () 名
- 発達障害でないか、気になる子どもの数は () 名
- (例えば、集団に入れない、こだわりが強い、他の人に関心を示さない等)

次に、マニュアルの活用について伺います。

Q1 あなたの幼稚園には、県の作成したこのマニュアルがありますか。

- 1 ある 2 ない ⇒ 2を選んだ方はQ 4へ

Q2 日頃の業務にマニュアルを活用していますか。(一つに○)

- | | | | |
|-----------------|-------------|---|-----------------------|
| 1 大いに活用している | 2 活用している | ⇒ | 1 または 2 を選んだ方は S Q1 へ |
| 3 あまり活用していない | 4 全く活用していない | ⇒ | 3 または 4 を選んだ方は Q3 へ |
| 5 マニュアルの存在を知らない | | ⇒ | 5 を選んだ方は Q 4 へ |

SQ1 マニュアルをどのように活用していますか。(複数回答可)

- | | | | |
|---|--------------|---|----------|
| 1 | 子どもの日常生活の観察 | 2 | 関係機関との連携 |
| 3 | 保護者支援の参考 | 4 | 会議・研修の資料 |
| 5 | 地域における関係職種研修 | 6 | その他（ ） |

Q3 マニュアルを活用しての課題・問題がありますか。(複数回答可)

- | | | | |
|---|--------------------|---|-------------------|
| 1 | 項目が多すぎる | 2 | 対応についての記述が十分でない |
| 3 | 解説・説明が十分でない | 4 | どのように活用してよいかわからない |
| 5 | 該当項目数と支援のしかたがわからない | 6 | 活用方法について研修会が必要 |
| 7 | その他（ ） | | |

Q4 発達障害の早期発見・早期対応のために、何が必要とお考えですか。(複数回答可)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1 乳幼児健診の充実 | 2 気軽に相談できる機関の充実 |
| 3 専門医療機関（療育機関）の充実 | 4 保育所・幼稚園運営の充実 |
| 5 5歳児健診・相談の充実 | 6 就学前健康診断・教育相談の充実 |
| 7 研修会の充実（関係者の資質向上） | 8 マニュアルの充実 |
| 9 家族・地域等からの日常観察情報 | 10 市町・保育所・教育委員会等との連携 |
| 11 その他（ | ） |

Q5 何か気になる乳幼児を発見したら、まず、幼稚園として何をしますか。(複数回答可)

- 1 物や絵等を見せるといった視覚的支援を行う
- 2 職場内で相談し、対応を考える
- 3 家庭訪問等による保護者との関係づくりを行う
- 4 家族の協力を求める
- 5 日常生活場面での経過観察を継続する
- 6 乳幼児健診への受診を勧める
- 7 所外の関係機関会議を開催する
- 8 小児科医師・園医に相談する
- 9 保健所・市町の保健師に相談・紹介する
- 10 こども家庭センター・児童相談所に相談・紹介する
- 11 発達障害者支援センターに相談・紹介する
- 12 通園施設など療育機関に相談・紹介する
- 13 市町の遊びの教室等を紹介する
- 14 その他（

）

Q6 発達障害の早期発見・早期対応、家族や乳幼児への対応として難しい点、マニュアルに対する意見等ご自由にお書きください。

御協力ありがとうございました。

「乳幼児健康診査マニュアル」の有用性に関する調査結果の概要

広島県地域保健対策協議会
「乳幼児健診体制あり方検討専門委員会」

I 調査の概要

1 調査の目的

平成 20 年 3 月広島県が作成し、市町の乳幼児健診従事者並びに保育所保育士等に配布した「乳幼児健康診査マニュアル」（以下「マニュアル」という。）の活用状況及びその有用性について実態を把握し、発達障害の早期発見及び早期支援体制のあり方を検討する資料とする。

2 調査の対象

医師、保健師、栄養士等乳幼児健診に従事する者、母子保健及び児童福祉担当者、保育所保育士、子育て支援センター職員等マニュアル所持者（広島市を除く）
基本は、個人が調査対象であるが、保育所及び幼稚園は施設単位を調査対象とする。

※ 1,948 名（県内マニュアル配布数）

3 調査の方法

調査法：自記式質問紙法（郵送法）

調査期間：平成 21 年 11 月 1 日～11 月 30 日 1 か月間

1) 乳幼児健診従事者（個人調査）

市町母子保健主管課を通じて、医師、保健師、栄養士等の従事者に配布し、回収した。また、小児科医療機関については、広島県医師会から配布し、県健康対策課が回収した。

2) 保育所及び幼稚園（機関調査）

保育所・幼稚園は公立・私立の機関に県医師会及び市町から送付し、施設単位で回答を得た。

4 調査の内容

（属性、活用の有無、活用の方法、乳幼児健診問診票の見直しの有無、活用しない理由
活用しての課題、発達障害の早期発見に必要な体制、気になる乳幼児を発見した時の対応
調査票は別紙のとおり。）

5 回収状況

	配布枚数	回収枚数	回収率
乳幼児健康診査従事者・小児科医	1,592 人	610 人	38.3%
保育所	538 機関	441 機関	82.0%
幼稚園（認定子ども園含む）	192 機関	89 機関	46.4%

個人調査については、乳幼児健康診査従事者の回収率 38.3%。機関調査については、保育所及び幼稚園が 82%、46.4%であった。

6 調査の結果

1) 乳幼児健診従事者の結果から

○ 属性

表1 所属別回答状況

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
市町	262	43.0	子育て支援センター	10	1.6
医療機関	208	34.1	その他	39	6.4
保育所	24	3.9	NA	5	0.8
保健所	62	10.2	計	610	100

乳幼児健診従事者の所属別は、「市町」43%、「医療機関」34.1%「保健所」10.2%であった。

表2 職種別の内訳

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
小児科医師	129	21.1	母子保健推進員	23	3.8
保健師	247	40.5	その他	113	18.5
保育士	52	8.5	NA	5	0.8
栄養士	33	5.4			
看護師	8	1.3	計	610	100

職種別では、「保健師」40.5%と最も多く、次いで、「小児科医師」21.1%、事務担当等「その他」が18.5%の順であった。

○ マニュアルの活用状況

表3 日頃の業務へのマニュアル活用状況

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
大いに活用している	20	3.3	マニュアルを知らない	94	15.4
活用している	211	34.6	NA	11	1.8
あまり活用していない	195	32.0			
全く活用していない	79	13.0	計	610	100

乳幼児健康診査従事者に対しては、平成20年4月、約2,000冊を配布したところであるが、今回の調査では「大いに活用している」3.3%「活用している」34.6%と4割弱に留まっており、「マニュアルを知らない」が15.4%であった。なお、広島市の小児科医には配布していない。今回の調査で、追加希望のあった機関には、追加配布（約550冊）した。

表4 マニュアルの活用内容(MA) (大いに活用、活用している231人に更間)

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
乳幼児健診の参考	218	94.4	会議・研修の資料	20	8.7
関係機関との連携	21	9.1	地域における関係職種の研修	7	3.0
保護者支援の参考	75	32.5	その他	4	1.7

マニュアルを「大いに」「活用している」と回答した人に、活用内容を複数回答で聞いたところ、「乳幼児健診の参考」が94.4%であり、マニュアルの活用目的を達成している。次いで、「保護者支援の参考」が32.5%であった。

表5 マニュアルを活用しての間診票の見直し N=505

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
見直しを行った	47	9.3	見直しは考えていない	111	22.0
検討中	120	23.8	NA	171	33.9
見直しはすでに行った	52	10.3	計	505	100

※表3のマニュアルを知らない・NAを除く。505

マニュアルをもとに、乳幼児健診問診票の「見直しを行った」が9.3%、「検討中」が23.8%と全体の3割余であった。

○ マニュアルの課題・改善点

表6 マニュアルを活用しての課題・改善点 (MA) N=505

区 分	件数	割合 (%)
項目が多すぎる	83	16.4
項目に対する説明が不十分	53	10.5
対応についての記述が不十分	95	18.8
解説・説明が不十分	59	11.7
該当項目数が支援方法に反映せず	32	6.3
活用方法について研修が必要	135	26.7
どのように活用してよいかわからない	52	10.3
その他	40	7.9

マニュアルを活用しての課題・改善点では、最も多いのが「活用方法についての研修が必要」26.7%、「どのように活用してよいかわからない」10.3%であった。

また、マニュアルの内容について「対応の記述が不十分」18.8%、「項目が多すぎる」16.4%、「解説・説明が不十分」11.7%、「項目に対する説明が不十分」10.5%であった。

○ 発達障害の早期発見・早期対応に必要なこと

表7 発達障害の早期発見・早期対応のために必要なこと (MA) N=610

区 分	件数	割合 (%)
乳幼児健診の充実	282	43.3
健診後のフォロー教室の充実	264	43.3
気軽に相談できる機関の充実	326	53.4
専門医療機関（療育機関）の充実	332	54.4
保育所・幼稚園運営の充実	76	12.5
5歳児健診・相談の充実	110	18.0
就学時健康診断・教育相談の充実	112	18.4
研修会の充実（関係者の資質の向上）	178	29.2
マニュアルの充実	53	8.7
家族・保育所・地域からの日常観察情報	144	23.6
保育所・幼稚園・教育委員会との連携	222	36.4
その他	34	5.6

発達障害の早期発見・早期対応のため、必要なことは、「専門医療機関（療育機関）の充実」54.4%と最も多く、次に「気軽に相談できる機関の充実」53.4%であり、専門機関の充実が高率であった。

また、「乳幼児健診の充実」43.3%「健診後のフォロー教室の充実」43.3%と早期発見の場と考えられる乳幼児健診及びその後の教室の充実を必要としているが、「5歳児健診・相談の充実」は18%、「就学時健康診断・教育相談の充実」18.4%と各発達段階に応じた健診・相談を必要としている。

「保育所・幼稚園・教育委員会との連携」36.4%であり、早期発見・早期対応には支援体制の一環である関係機関との連携をあげている。また、「家族・保育所・地域からの日常観察情報」23.6%と日頃の乳幼児の情報提供を求めている。このように、日頃の乳幼児の情報とともに、関係機関と連携しながら地域で支援する体制の充実を必要としている。

なお、関係者の資質の向上のため「研修会の充実」29.2%と3割が必要と答えているが、「マニュアルの充実」は8.7%と低率である。

○ 気になる乳幼児を発見したら、何をするか

表8 気になる乳幼児を発見したら何をするか(MA) N=610

区 分	件数	割合(%)
物や絵等見せるといった視覚的支援	31	5.1
職場内で相談し、対応を考える	206	33.8
家庭訪問等で保護者・家族との関係づくり	152	24.9
家族の協力を求める	79	12.9
遊びの教室等で経過観察	202	33.1
小児科医師に相談・紹介	102	16.7
保健師に相談	114	18.7
児童相談所に相談・紹介	112	18.4
発達障害者支援センターに相談・紹介	115	18.9
通園施設等療育機関に相談・紹介	108	17.7
所外の関係機関会議を開催	7	1.1
その他	19	3.1

何か気になる乳幼児を発見したら、あなたがすることについて、「職場内で相談し、対応を考える」33.8%、「遊びの教室等で経過観察」33.1%、「家庭訪問等で保護者・家族との関係づくり」24.9%の順であった。また、「発達障害者支援センター」「こども家庭センター・児童相談所」「保健師」「通園施設等療育機関」「小児科医師」等へ相談・紹介する者がほぼ同じ割合(18%前後)であった。

○ 自由意見

表9 発達障害の早期発見・早期対応、家族への対応、マニュアル等自由意見(MA) N=610

区 分	件数	割合(%)
マニュアルの充実・わかりやすいマニュアル等	55	9.0
乳幼児健診の充実	7	1.1
マンパワーの充実	2	0.3
診断する専門医の増加	6	1.0
スタッフ間の意識統一	0	0
関係機関及び専門機関との連携	12	2.0
就学指導の充実・教育委員会との連携	2	0.3
保護者支援の難しさ・悩み	18	3.0
発達障害の理解の拡大	3	0.5
支援システムの充実	3	0.5
その他	4	0.7

自由意見については、大きくまとめると、「マニュアルの充実・わかりやすいマニュアル等」が最も多く、次いで「保護者支援の難しさや悩み」「関係機関及び専門機関との連携」に関する記述が多かった。

2) 保育所

○ 属 性

表 10 回答者属性別の内訳

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
園長・所長	357	80.9	NA	14	3.2
保育士	59	13.4			
その他	11	2.5	合計	441	100

保育所（機関調査）の回答者属性では、「園長・所長」が 80.9% と高率であった。

表 11 所在地別の内訳

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
広島市内	84	19.1	三原市・尾道市・世羅町	46	10.4
呉市・江田島市	50	11.3	府中市・神石高原町	22	5.0
福山市	104	23.6	三次市・庄原市	14	3.2
廿日市市・大竹市	27	6.1	北広島町・安芸大田町・安芸高田市	29	6.6
府中町・海田町・熊野町・坂町	15	3.4	NA	0	0.0
東広島市・竹原市・大崎上島町	50	11.3	計	441	100

保育所（機関調査）の地域別回答状況では、「福山市」「広島市」「呉市」が合せて 238 件 (54.0%) で半数以上を占めている。

○ 発達障害ではないか気になる子どもの割合

表 12 発達障害ではないか気になる子どもの数（在籍人数総数：気になる子ども数）

区 分	在籍人数総数	子ども数	割合 (%)
保育所（441 機関）	40,412	3,277	8.1
1 所当たりの平均人数	91.6	7.43	－
幼稚園（89 機関）	13,227	291	2.2
1 園当たりの平均人数	148.6	3.27	－

保育所における発達障害ではないかと気になる子どもの割合は、8.1% を占めている。今回の調査の幼稚園では、全体の 2.2% である。

○ マニュアルの活用状況

表 13 マニュアルの有無

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
ある	242	54.9	NA	6	1.5
ない	193	43.8	合計	441	100

保育所におけるマニュアルの有無では、「ある」が 54.9% と半数以上の機関がマニュアルを所持している。なお、調査後、希望した保育所に乳幼児健康診査マニュアルを送付した。

表 14 日頃の業務へのマニュアル活用状況

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
大いに活用している	6	1.4	マニュアルを知らない	6	1.4
活用している	106	24.0	NA	191	43.3
あまり活用していない	116	26.3			
全く活用していない	16	3.6	計	441	100

保育所におけるマニュアルの活用状況では、「大いに活用している」1.4%、「活用している」24.0% と活用している機関が少なかった。

表 15 マニュアルの活用内容 (MA) (大いに活用, 活用している 112 人に更問)

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
子どもの日常生活の観察	105	93.8	会議・研修の資料	38	33.9
関係機関との連携	29	25.9	地域における関係職種の研修	2	1.8
保護者支援の参考	57	50.9	その他	1	0.01

「大いに活用」、「活用している」人に、その活用内容を見ると、「こどもの日常生活の観察」93.8%、次いで「保護者支援の参考」38.4%であった。

○ マニュアルの課題・改善点

表 16 マニュアルを活用しての課題・改善点 (MA) N=244

区 分	件数	割合 (%)
項目が多すぎる	19	7.8
対応について記載がない	35	14.3
解説・説明が不十分	17	7.0
どのように活用してよいかわからない	24	9.8
該当項目数と支援のしかたがわからない	21	8.6
活用方法について研修が必要	77	31.6
その他	30	12.3

※表 14 のマニュアルを知らない・NA を除く。244 人

マニュアルを活用しての課題・改善点では、「活用方法についての研修が必要」31.7%と最も多かった。

○ 発達障害の早期発見・早期対応に必要なこと

表 17 発達障害の早期発見・早期対応のために必要なこと (MA) N=441

区 分	件数	割合 (%)
乳幼児健診の充実	331	75.1
気軽に相談できる機関の充実	333	75.5
専門医療機関（療育機関）の充実	280	63.5
保育所・幼稚園運営の充実	112	25.4
5 歳児健診・相談の充実	153	34.7
就学時健康診断・教育相談の充実	116	26.3
研修会の充実（関係者の資質の向上）	159	36.1
マニュアルの充実	33	7.5
家族・地域からの日常観察情報	83	18.8
市町・教育委員会との連携	77	17.5
その他	18	4.1

発達障害の早期発見・早期対応に必要なことについては、「気軽に相談できる機関の充実」75.5%、「乳幼児健診の充実」75.1%、「専門医療機関（療育機関）の充実」63.5%を多くの機関が選択している。

また、「研修会の充実（関係者の資質の向上）」については、36.1%と乳幼児健診従事者に比して高率であり、「5 歳児健診・相談の充実」が 34.7%と高率になっている。

○ 気になる乳幼児を発見したら、何をするか

表 18 気になる乳幼児を発見したら何をするか (MA) N=441

区 分	件数	割合 (%)
物や絵等見せるといった視覚的支援	146	33.1
職場内で相談し、対応を考える	412	93.4
家庭訪問等で保護者・家族との関係づくり	197	44.7
家族の協力を求める	110	24.9
日常生活場面での経過観察	382	86.6
乳幼児健診の受診勧奨	212	48.1
所外の関係機関会議の開催	30	6.8
小児科医師・嘱託医に相談・紹介	56	12.7
保健師に相談	219	49.7
児童相談所に相談・紹介	105	23.8
発達障害者支援センターに相談・紹介	120	27.2
通園施設等療育機関に相談・紹介	142	32.2
市町の遊びの教室等へ紹介	56	12.7
その他	20	4.5

気になる乳幼児を発見したら、まず保育所が何をするかについては、「職場内で相談し、対応を考える」93.4%、「日常生活場面での経過観察」86.6%とほとんどの機関が回答している。また、「保健師に相談」49.7%、「乳幼児健診の受診勧奨」48.1%、「家庭訪問等で保護者・家族との関係づくり」44.7%については約半数の機関が回答している。

○ 自由意見

表 19 発達障害の早期発見・早期対応、家族への対応、マニュアル等自由意見 (MA) N=441

区 分	件数	割合 (%)
マニュアルの充実・わかりやすいマニュアル等	41	9.3
乳幼児健診の充実	12	2.7
マンパワーの充実	13	2.9
診断する専門医の増加	2	0.5
スタッフ間の意識統一	12	2.7
関係機関及び専門機関との連携	29	6.6
就学指導の充実・教育委員会との連携	1	0.2
保護者支援の難しさ・悩み	209	47.4
発達障害の理解の拡大	1	0.2
支援システムの充実	2	0.5
その他	27	6.1

保育所の自由記載欄について、項目別に区分したところ、「保護者支援の難しさ・悩み」が47.4%と最も多かった。次いで「マニュアルの充実、わかりやすいマニュアル」が9.3%であった。

3) 幼稚園

○ 属 性

表 20 属性別の内訳

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
幼稚園代表者	56	62.9	NA	5	5.6
幼稚園教諭	25	28.1			
その他	3	3.4	合計	89	100

幼稚園（機関調査）の属性別内訳をみると、「幼稚園代表者」62.9%と多かった。

表 21 所在地別の内訳

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
広島市内	40	44.9	三原市・尾道市・世羅町	9	10.1
呉市・江田島市	12	13.5	府中市・神石高原町	1	1.1
福山市	10	11.2	三次市・庄原市	1	1.1
廿日市市・大竹市	4	4.5	北広島町・安芸大田町・安芸高田市	1	1.1
府中町・海田町・熊野町・坂町	6	6.7	NA	0	0.0
東広島市・竹原市	5	5.6	計	89	100

地域別では、「広島市内」が44.9%であり半数近くになる。

○ マニュアルの有無と活用状況

表 22 マニュアルの有無

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
ある	26	29.2	NA	1	1.1
ない	62	69.7	合計	89	100

幼稚園におけるマニュアル有無では、「ない」が69.7%となっており、市町から配布されていない。

表 23 日頃の業務へのマニュアル活用状況

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
大いに活用している	0	0	マニュアルを知らない	8	9.0
活用している	8	9.0	NA	56	62.9
あまり活用していない	11	12.4			
全く活用していない	6	6.7	計	89	100

幼稚園におけるマニュアルの活用状況については、「回答なし」が多かった。

表 24 マニュアルの活用内容 (MA) (大いに活用、活用している8人に更問)

区 分	件数	割合 (%)	区 分	件数	割合 (%)
子どもの日常生活の観察	8	100.0	会議・研修の資料	4	50.0
関係機関との連携	1	12.5	地域における関係職種の研修	2	25.0
保護者支援の参考	6	75.0	その他	0	0.0

マニュアルの配布が少ないので、活用内容に大きな差はなかった。

○ マニュアルの課題・改善点

表 25 マニュアルを活用しての課題・改善点 (MA) N=25

区 分	件数	割合 (%)
項目が多すぎる	4	16.0
対応について記載がない	3	12.0
解説・説明が不十分	3	12.0
どのように活用してよいかわからない	4	16.0
該当項目数と支援のしかたがわからない	3	12.0
活用方法について研修が必要	8	32.0
その他	6	24.0

※マニュアルを知らない・NAを除く。25人

マニュアルを活用若しくは活用していないと回答した人に、マニュアルを活用しての課題・改善点を聞いたところ、「活用方法についての研修が必要」32.0%と最も多かった。

○ 発達障害の早期発見・早期対応に必要なこと

表 26 発達障害の早期発見・早期対応のために必要なこと (MA) N=89

区 分	件数	割合 (%)
乳幼児健診の充実	48	53.9
気軽に相談できる機関の充実	65	73.0
専門医療機関（療育機関）の充実	50	56.2
保育所・幼稚園運営の充実	15	16.9
5歳児健診・相談の充実	21	28.1
就学時健康診断・教育相談の充実	16	23.6
研修会の充実（関係者の資質の向上）	19	21.3
マニュアルの充実	5	5.6
家族・地域からの日常観察情報	25	28.1
市町・保育所・教育委員会との連携	21	23.6
その他	6	6.7

幼稚園における発達障害の早期発見・早期対応のために何が必要かでは、「気軽に相談できる機関の充実」73.0%と最も多く、「専門医療機関（療育機関）の充実」56.2%、「乳幼児健診の充実」53.9%と保育所の結果と同様であった。

「家族・地域からの日常観察情報」28.1%、「5歳児健診・相談の充実」28.1%、「市町、保育所・教育委員会との連携」23.6%であった。

○ 気になる乳幼児を発見したら、何をするか

表 27 気になる乳幼児を発見したら何をするか (MA) N=89

区 分	件数	割合 (%)
物や絵等見せるといった視覚的支援	10	11.2
職場内で相談し、対応を考える	70	78.7
家庭訪問等で保護者・家族との関係づくり	30	33.7
家族の協力を求める	41	46.1
日常生活場面での経過観察	65	73.0
乳幼児健診の受診勧奨	15	16.9
所外の関係機関会議の開催	1	1.1
小児科医師・園医に相談・紹介	15	16.9
保健師に相談	11	12.4
児童相談所に相談・紹介	15	16.9
発達障害者支援センターに相談・紹介	30	33.7
通園施設等療育機関に相談・紹介	29	32.6
市町の遊びの教室等へ紹介	4	4.5
その他	3	3.4

気になる子どもを発見したら、幼稚園としてまずすることは、「職場内で相談し、対応を考える」78.7%と最も多く、次いで「日常生活場面での経過観察」73%、「家族の協力を求める」46.1%の順である。

○ 自由意見

表 28 発達障害の早期発見・早期対応，家族への対応，マニュアル等自由意見 (MA) N=89

区 分	件数	割合 (%)
マニュアルの充実・わかりやすいマニュアル等	7	7.9
乳幼児健診の充実	4	4.5
マンパワーの充実	2	2.2
診断する専門医の増加	1	1.1
スタッフ間の意識統一	0	0
関係機関及び専門機関との連携	4	4.5
就学指導の充実・教育委員会との連携	0	0
保護者支援の難しさ・悩み	33	37.1
発達障害の理解の拡大	1	1.1
支援システムの充実	0	0
その他	8	9.0

幼稚園の自由記載欄について、項目別に区分したところ、保育所と同様に、「保護者支援の難しさ・悩み」が37.1%と最も多かった。

広島県地域保健対策協議会 乳幼児健診体制あり方検討専門委員会

委員長	小林 正夫	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	井上 郁男	広島県健康福祉局社会福祉部障害者支援課
	岩崎 學	広島県立障害者療育支援センター
	宇佐川典子	西部こども家庭センター 判定指導課
	大澤多美子	広島市こども療育センター 発達支援部
	岡本 羊子	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	吉川 正哉	広島県医師会
	末田 明美	広島市こども未来局こども・家庭支援課
	世羅 智子	広島市こども未来局こども・家庭支援課障害児支援担当課
	竹林地 毅	広島県教育委員会教育部特別支援教育課
	中原 洋子	廿日市市福祉保健部健康推進課
	西村 浩二	広島県発達障害者支援センター
	檜谷 義美	広島県医師会
	福田さちえ	北広島町保健課
	堀江 正憲	広島県医師会
	宮重 篤子	福山市立山手保育所
	吉賀 忠雄	広島県教育委員会教育部指導第一課
	米川 晃	青葉幼稚園

メタボリックシンドローム予防特別委員会

目 次

「特定健康診査受診率向上対策の今後のあり方に関する研究」報告書 —「特定健康診査情報提供票」による医療保険者と医療機関の連携を考える—

- I. は じ め に
- II. 特定健康診査の課題
- III. 治療中の者の受診率向上方策の検討
- IV. 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
- V. 考 察
- VI. ま と め

メタボリックシンドローム予防特別委員会

(平成 22 年度)

「特定健康診査受診率向上対策の今後のあり方に関する研究」報告書

—「特定健康診査情報提供票」による医療保険者と医療機関の連携を考える—

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

委員長 河野 修興

I. はじめに

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

厚生労働省の「平成 20 年度特定健康診査・特定保健指導実績報告」によると、広島県は全体で 33.1%（全国第 39 位，全国平均 38.3%）と数値目標 30%を上回っているが、市町国保の受診率は 17.6%（全国 46 位，全国平均 30.8%）と低い状況である。

昨年度、当委員会では他県の先進事例から学ぶ研修会の開催や医療機関における受診勧奨用ポスターなどを作成するとともに、県内の医療保険者の特定健康診査・特定保健指導の取組状況を調査した。その結果、特定健康診査の課題として、治療中の人への対応があがった。

そこで、今年度は、受診率低迷の要因の一つになっていると考えられる治療中の者の特定健康診査受診控えの対策について検討したので報告する。

II. 特定健康診査の課題

県内の医療保険者と県医師会の集合契約による医療機関での健診受診体制が確保され、医療保険者による積極的な広報活動や受診勧奨がされているにもかかわらず、治療中の者の特定健康診査受診率が低い状況が生じている。これは、次のような問題点により、医療機関による対象者に対する積極的な働きかけを困難にしていることによるものと考えられる（表 1）。

III. 治療中の者の受診率向上方策の検討

厚生労働省は、治療中の者の特定健康診査の取扱いに関して、「かかりつけ医で 2～3 ヶ月以内に検査した結果のうち、特定健診の検査項目にあたるもの

表 1 問題点と必要な対応など

区分	問題点	必要な対応など
治療中の者のメリット	○治療中の者の特定健康診査受診の必要性が明確でない。 ※特に、生活習慣病治療中の者は、特定健康診査を受診しても特定保健指導の対象外となる。	○医療保険者が、生活習慣病の保健指導などの支援を行うのであれば患者の役に立つ。 ○特定健康診査受診メリット説明のためのツールが必要。 ※全国の先進事例では、保険者が治療中の人も含めて生活習慣病対策を講じているものがある。 〔例〕⇒北九州市の特定保健指導対象者以外への保健指導
一部検査への対応	○集合契約は、全ての検査を行う場合のみを想定しており、診療で一部検査を行っている患者の健診に躊躇が生じている。 ※国保連合会・支払基金を介し医療保険者・医療機関間のデータ管理・請求などを行う全国共通システムも同様の想定で設定されている。	○3 ヶ月前までの診療による検査は、情報提供として、特定健康診査に含めることが可能であるとされている。 ○この場合、医療保険者・医療機関が連携して実施することになっているが、集合契約の対象外で全国共通システムも使用できないため、次の事項の統一を図らなければ、事務処理が極めて煩雑となる。 ・情報提供様式 ・取扱ルール ・情報提供料

表2 対象者別の関係者のあり方と必要となるシステムなど

対象者のパターン例	関係者のあり方	必要となるシステムなど
【Ⅰ】3ヵ月以内に、特定健診の検査項目を実施していない（主に生活習慣病以外の患者）。	【患者】診療機会に合わせて特定健診受診 【医療機関】患者に特定健診受診勧奨 【保険者】健診結果に基づき、保健指導の実施や経年データの情報提供などの支援	○患者勧奨用のリーフレットなど ⇒資料1
【Ⅱ】3ヵ月以内の診療で、特定健診の検査項目を全て実施している（主に生活習慣病患者）。	【患者】保険者への情報提供に同意 【医療機関】情報提供の方法により、保険者に報告 【保険者】健診結果に基づき、保健指導の実施や経年データの情報提供などの支援	○情報提供の流れのルール ⇒資料2 ○情報提供に使用する共通様式の作成・情報提供料設定 ⇒資料3
【Ⅲ】3ヵ月以内の診療で、特定健診の検査項目を一部実施している（主に生活習慣病患者）。	【患者】保険者への情報提供に同意し、診療機会に合わせて残りの特定健診受診 【医療機関】患者に特定健診受診勧奨して残りの特定健診を実施し、情報提供の方法と合わせて、保険者に報告 【保険者】健診結果に基づき、保健指導の実施や経年データの情報提供などの支援	※患者のメリットが少ないため、経費の患者負担は困難

については、特定健診の一部又は全部を実施したものとして取り扱うことができる。また、検査項目が不足した場合はその分を追加で行った場合に限り、特定健診を実施したものとして見做すことができる。以上のことから、過去に医療の一環として実施した検査項目は治療費として扱うが、後日残りの検査を行った場合は医療保険者が負担することになる。」としている（特定健康診査・特定保健指導に関するQ & A集）。しかし、その際の流れ・様式などは示されていない（126 ページ「参考1」を参照）。

今回、対象者のパターン3例から関係者のあり方と必要となるシステムなどを検討し（表2）、「特定健康診査情報提供票」によりかかりつけ医での特定健康診査の検査項目の検査結果を医療保険者が入手するための『特定健康診査情報提供票』（例）と実施のための医療保険者・対象者・医療機関の流れ（案）を作成した（資料1～3）。

Ⅳ. 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

平成21年度の特定健康診査・特定保健指導の実施状況と委員会で検討した資料1～3に関する医療保険者の考えに関する調査を実施した（平成22年12月）。

- ・調査時期：平成22年12月21日～平成23年1月6日
- ・調査方法：郵送・メールなどによる質問調査
- ・調査対象：県内の主な被用者保険・国民健康保

険組合（広島県保険者協議会構成団体55）

・回収率：92.7%（回収数51：市町国保23，被用者保険・国保組合28）

調査結果の概要は、次のとおりである。

(1) 平成21年度特定健康診査・特定保健指導実施結果（法定報告）

ア 特定健康診査受診率は、全体平均は31.3%で、市町国保が17.9%で最も低く、平成20年度と比較し受診率向上には至っていない。

イ 特定保健指導終了率は、全体平均は15.1%で、市町国保が29.2%で最も高く、平成20年度（全体8.6%，市町国保18%）より終了率は向上している。

ウ 特定健康診査・特定保健指導ともに、啓発や体制の課題が多く、市町国保では、治療中の人の受診勧奨の検討が必要であると考えている。

(2) 特定健康診査相当の検査結果証明書の提出の状況

ア 証明書提出を「求めている」は、市町国保の17.4%（4保険者）で、その内容は、住民に職場健診・人間ドックなどのデータ提出であるが、提出件数は、年間10件に満たない状況である。

イ 全体の92.2%が、証明書の提出を求めているが、「求めている理由」は、治療中の人への確認を行っていないことや体制不足（対象者把握・医療機関との連携・経費など）によるものなどである。

- (3) 当委員会の検討結果を参考にして、医療機関からの「情報提供」により、データを入手する方法への取組希望

ア 「取り組みたい」は、全体の58.8%（市町国保22，被用者保険・国保組合8）である。

契約形態：「集合契約」を，96.7%（市町国保22，被用者保険・国保組合7）

開始時期：「24年度から」44.8%，「23年度から」31%，「23年度途中から」20.7%

保健指導の実施：「実施可能」が，市町国保は，85.7%（18保険者），被用者保険・国保組合は50%（5保険者）

イ 「取り組まない」は，39.2%で，その理由は，受診者や実施機関における混乱への懸念や事務処理・財政的な問題，他の取組を強化するなどであった。

- (4) 生活習慣病などの治療中の者に対する保健指導の状況

ア 「実施している」が32%（市町国保7，被用者保険・国保組合9）である。

イ 「対象者の選定・保健指導方法」は，被用者保険・国保組合は，主に産業医による選定・希望者に対し，産業医・保健師などの面接で保健指導を実施している。市町国保は，主に主治医やデータからの選定で，保健師が家庭訪問や糖尿病予防教室・運動教室などにより実施している。

- (5) 当委員会の取り組みへの意見など
（委員会の検討中資料に関すること）

ア 実施体制・実施内容・情報提供料などの詳細な検討をする必要性がある。

イ 医療保険者は予備群（未治療者）への保健指導に特化するなど，特定健診・保健指導の制度全体の枠組みの見直し・検討を要望する。

（委員会の取り組みへの感想）

ア 主に市町国保から，「治療中の者への特定健診の実施については，対象者からも医師からも理解が得られにくく，保険者としても受診勧奨できにくい状況にあるため，このような方法でデータ収集ができれば，健診費用も対象者の負担も少なく済み，メリットは大きい。」，「集合契約でこの取り組みができれば画期的」などの意見がある。

イ 一方で，治療中以外の人の受診率向上や特定

保健指導の充実など治療中以外の対象者への体制整備の必要性への意見がある。

V. 考 察

- (1) 特定健康診査受診率は，平成20年度実績報告（全体平均33.1%で，市町国保17.6%）と今回の調査結果の平成21年度実施結果（全体平均31.3%で，市町国保17.9%）を比較すると2年連続受診率が低迷している可能性がある。

- (2) 被用者保険と市町国保の違いとして，被用者保険の被保険者については，労働安全衛生法による受診のデータ授受により，受診とみなされるが，市町国保は，対象者のほとんどが特定健康診査を受診しない限り受診したものとみなされないことによると考える。また，被用者保険の被扶養者についても市町国保と同様と思われる。

- (3) 各医療保険者は，特定健康診査の未受診者に対して制度の周知や受診勧奨の強化を図っているが，市町国保や被用者保険の被扶養者の未受診者は，生活習慣病などの治療中の者が多いと推測され，受診の必要性の認識が低いため，対策に苦慮している。そのため，今回の当委員会の検討結果（新たな提案）に対して市町国保を中心とした医療保険者が，今後の取組みを希望したものと考える。

- (4) また，取組みを希望する医療保険者のほとんどが県内での集合契約を要望している。今後，当委員会での検討結果を踏まえ，実施を希望する医療保険者が中心となり，実施体制・実施内容・情報提供料などの詳細について，関係団体と協議を重ね，治療中の者の健診結果の情報提供体制が確立されることを期待する。そのため，今回の結果を広島県保険者協議会へ報告し，この取組みを提言していきたい。

- (5) 生活習慣病治療中の人は，特定保健指導の対象外であり，治療中の人への保健指導は医療保険者にとっては任意となっているが，独自の取組みを実施している医療保険者もある。これは，治療中断や不適切な生活習慣により重症化し，患者のQOL（生活の質）や医療費へも大きく影響するためと考えられる。医療機関からの「情報提供」により，データを入手する方法は，治療中の人の健康状態把握や医療機関との連携にも役立つと考える。

Ⅵ. ま と め

当委員会の検討結果（新たな提案）は、従来の「特定健康診査受診」に加え、かかりつけ医などでの既存の検査データを活用する新たな選択肢として患者の検査などの負担も少なく、実施に至れば受診率向上などへ寄与は大きいと、今後は医療保険者を中心としたさらなる具体化への取り組みが必要である。

この研究結果を県内の医療保険者、広島県保険者

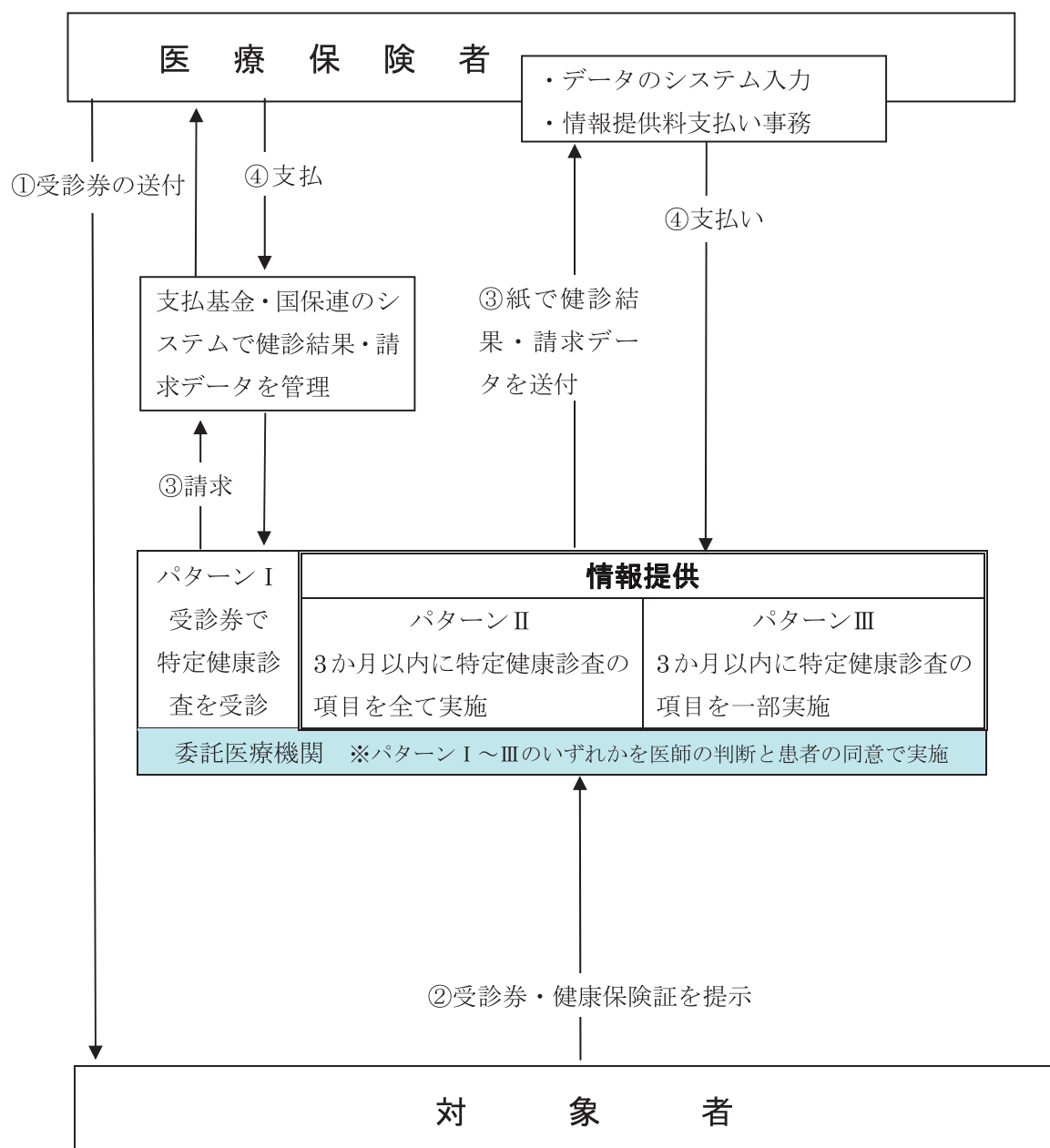
協議会、市郡地区医師会などの関係先に報告し、取組の具体化が図られるようにしたい。

「特定健康診査・特定保健指導」は、生活習慣病対策の一部であり、特定健康診査の受診率向上のみが最終目標ではないが、今回は受診率低迷という一つの課題を通して、医療保険者と医療機関の連携のあり方を検討し、一つの方向性を導きだすことができた。今後も行政・医療保険者・医療機関が課題を共有し解決策を検討し、一体となって具体的に取組むことで県民の健康の保持・増進に繋がると考える。

かかりつけ医での受診勧奨用リーフレット内容例（案）

(1) 目的	特定健康診査の委託医療機関へ受診中の人に特定健康診査の受診を呼びかける。
(2) タイトル	～国民健康保険の被保険者・被用者保険の被扶養者（ご家族）の方へ～ メタボ健診（原則40歳～74歳、年1回）を受けてください！ 病院受診中の方も対象です。
(3) 内容	
・メタボ健診と生活習慣病予防	近年、糖尿病、心筋梗塞、脳卒中などの生活習慣病を死因とする割合は全体の約3分の1にのぼると推計されています。生活習慣病は遺伝による要素もありますが、ほとんどが不適切な生活習慣によって起こっています。 メタボ健診は、皆さんが生活習慣病を予防するために必要なさまざまな検査を実施するものです。
・検査内容	●問診 既往歴、運動、喫煙、飲酒等の生活習慣など ●身体計測 身長、体重、腹囲、BMI（肥満度） ●血圧測定 血圧 ●診察 理学的検査（身体診察） ●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 GOT、GPT、γ-GTP ●血糖検査 空腹時血糖又はヘモグロビンA1c ●尿検査 尿糖、尿たんぱく
・対象	※ 原則として、40歳から74歳の方全員です。
・受診方法	<u>特定健康診査受診と医療保険者への情報提供があります。</u> <u>（特定健康診査受診）</u> <u>診療機会に合わせて特定健診を受ける。</u> <u>（情報提供）</u> <u>既に実施している検査結果を医療保険者に情報提供し、特定健康診査受診に替えるものです。</u> <u>※治療のための検査を優先し、医師の判断と患者の同意で実施してください。</u>
・必要なもの （委託医療機関の場合）	受診の際には、特定健康診査受診券と健康保険証が必要です。 （詳細は受付で確認してください）
・受診率	・直近の受診率 ・平成24年度における受診率65～80%を目指しています。達成できないと皆様の保険料のアップにつながる可能性があります。 ・医療保険者への情報提供は、受診率としてカウントされるとともに、データは、医療保険者の生活習慣病支援の参考とさせていただきます。（個人を特定するものではありません。）

特定健康診査に関する『情報提供』の流れ(案)



資料 3

特定健康診査情報提供票〔3か月以内の状況〕（例）

(フリガナ) 氏 名	()	生年月日 (年 月 日)	年 月 日 () 才	保険者証番号	
		性 別	男 ・ 女	特定健康診査 受診券番号	

既往歴	無 有 ()		
自覚症状	無 有 ()		
他覚症状	無 有 ()		
服薬状況	A. 血圧を下げる薬	無 有 ()	※情報提供料設定が必要
	B. インスリン注射又は血糖を下げる薬	無 有 ()	
	C. コレステロールを下げる薬	無 有 ()	
現在の喫煙状況	無 有 ()		

〈基本的な検査項目〉

検査項目		検査結果
身体計測	身長 (cm)	
	体重 (kg)	
	腹囲 (cm)	
	B M I	
血 圧	収縮期血圧 (mmHg)	
	拡張期血圧 (mmHg)	
血中脂質検査	中性脂肪 (mg/dl)	
	HDL-コレステロール (mg/dl)	
	LDL-コレステロール (mg/dl)	
肝機能検査	G O T (IU/l)	
	G P T (IU/l)	
	γ - G T P (IU/l)	
血糖検査 (いずれかの項目)	空腹時血糖 (mg/dl)	
	ヘモグロビン A1c (%)	
尿 検 査	糖	
	蛋 白	

任意

メタボリックシンドローム判定 (いずれかに○)	非該当	予備群 ・ 該当
医師の判断 (必ず記載)		
保健指導の要否 (いずれかに○)	要 ・ 否	

平成 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印

※情報提供料等は、医療保険者と医療機関・医師会の協議（契約）となる。

本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。	平成 年 月 日 氏 名 (自筆)
-----------------------------------	-------------------------

特定健康診査相当の健康診査を受けている場合の取扱

〈高齢者の医療の確保に関する法律〉

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

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

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

〔取扱方法等：特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A〕

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I 調査の概要

I 目的

特定健康診査の受診率向上のために、治療中の者の特定健康診査受診対策の今後のあり方を検討する。

2 調査対象

広島県内の主な被用者保険・国民健康保険組合(広島県保険者協議会構成団体 55)

(1) 市町国保：23			
1	広島市	13	安芸高田市
2	呉市	14	江田島市
3	竹原市	15	府中町
4	三原市	16	海田町
5	尾道市	17	熊野町
6	福山市	18	坂町
7	府中市	19	安芸太田町
8	三次市	20	北広島町
9	庄原市	21	大崎上島町
10	大竹市	22	世羅町
11	東広島市	23	神石高原町
12	廿日市市		
(2) 国保組合：4			
1	広島県歯科医師国民健康保険組合	3	広島県薬剤師国民健康保険組合
2	広島県医師国民健康保険組合	4	広島県建設国民健康保険組合
(3) 健康保険組合：23			
1	マツダ健康保険組合	13	広島県自動車販売健康保険組合
2	広島ガス電鉄健康保険組合	14	広島信用金庫健康保険組合
3	広島銀行健康保険組合	15	中国しんきん健康保険組合
4	中国電力健康保険組合	16	ウラベ健康保険組合
5	中国新聞健康保険組合	17	しんくみ中国健康保険組合
6	もみじ銀行健康保険組合	18	青山商事健康保険組合
7	中電工健康保険組合	19	日本放送協会健康保険組合広島支部
8	福山通運健康保険組合	20	広島ガス電鉄健康保険組合ガス支部
9	西川ゴム工業健康保険組合	21	全国印刷工業健康保険組合中国支部
10	広島東友健康保険組合	22	日本製鋼所健康保険組合広島支部
11	ソルコム健康保険組合	23	民間放送健康保険組合中国・四国支部
12	イズミグループ健康保険組合	※健康保険連合会広島連合会経由で調査依頼	
(4) 共済組合			
1	地方職員共済組合広島県支部	3	警察共済組合広島県支部
2	公立学校共済組合広島支部	4	広島県市町村職員共済組合
2 全国健康保険協会広島支部			

3 調査時期

平成 22 年 12 月 21 日～平成 23 年 1 月 6 日

4 調査方法

郵送・メール等による質問調査

5 調査内容

調査は、別に定めた調査票により次に掲げる項目について調査した。

- (1) 平成 21 年度特定健康診査・特定保健指導実施結果（法定報告）
- (2) 特定健康診査相当の検査結果証明書について
- (3) 医療機関からの「情報提供」により、データを入手する方法への今後の取組
- (4) 生活習慣病などで治療中の者に対する特定保健指導以外の保健指導の状況
- (5) 当委員会の取組への意見等

6 回収状況

区 分	対象数	回収数	回収率
全体	55	51	92.7%
市町国保	23	23	100%
国保組合	4	4	100%
健康保険組合	23	19	82.6%
共済組合	4	4	100%
全国健康保険協会広島支部	1	1	100%

(4 健康保険組合は支部のため回答困難)

Ⅱ 調査結果

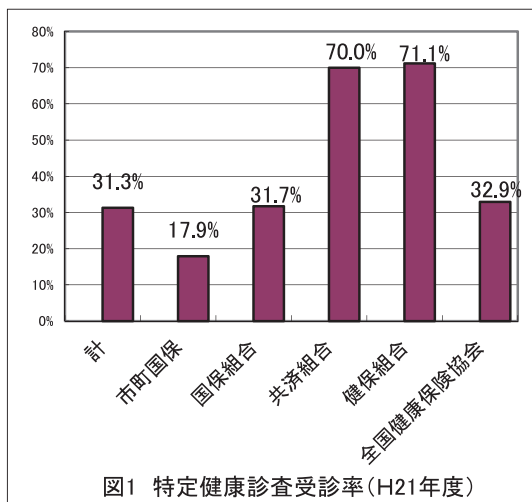
1 平成21年度特定健康診査・保健指導実施結果(法定報告数)

① 各保険者の特定健康診査受診率

- 特定健康診査受診率は、全体平均で31.3%で、市町国保が17.9%で最も低い。
- 被用者保険の被扶養者は、被保険者に比べ受診率が大幅に低い。

表1 特定健康診査実施結果(H21年度)

医療保険者名	対象者数	受診者数	受診率
計	1,013,326	317,420	31.3%
市町国保	466,664	83,736	17.9%
国保組合	27,150	8,602	31.7%
組合員	21,113	7,632	36.1%
家族	1,562	555	35.5%
共済組合	48,968	34,266	70.0%
被保険者	36,929	30,182	81.7%
被扶養者	12,039	4,084	33.9%
健保組合	94,257	67,053	71.1%
被保険者	56,138	50,535	90.0%
被扶養者	27,532	11,709	42.5%
全国健康保険協会	376,287	123,763	32.9%
被保険者	282,370	114,527	40.6%
被扶養者	93,917	9,236	9.8%

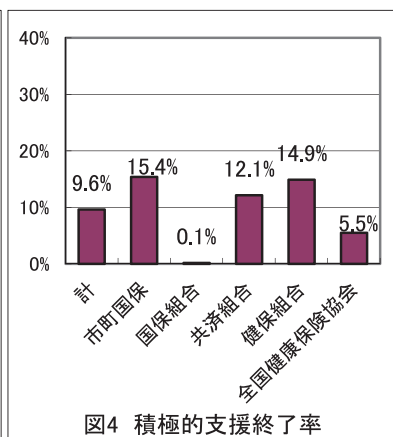
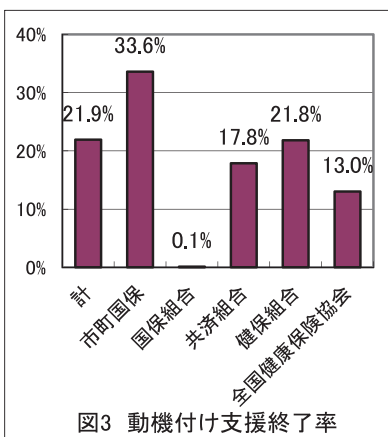
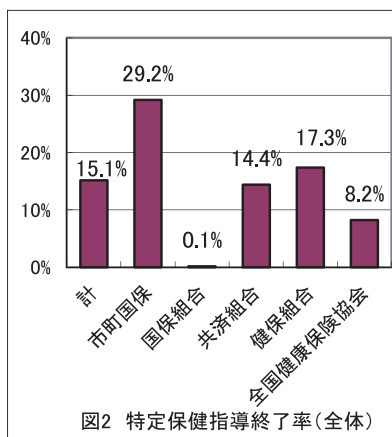


②各保険者の特定保健指導終了率

- 特定保健指導終了率は、全体平均で15.1%で、市町国保が29.2%で最も高い。
- 支援別では、動機付け支援が全体平均21.9%に対し、積極的支援は9.6%と低い。

表2 特定保健指導実施結果(H21年度)

医療保険者名	全体			動機付け支援			積極的支援		
	対象者数	終了者数	終了率	対象者数	終了者数	終了率	対象者数	終了者数	終了率
計	62,722	9,493	15.1%	28,235	6,181	21.9%	34,487	3,312	9.6%
市町国保	13,038	3,805	29.2%	9,878	3,319	33.6%	3,160	486	15.4%
国保組合	1,472	2	0.1%	778	1	0.1%	694	1	0.1%
組合員	1,417	2	0.1%	739	1	0.1%	678	1	0.1%
家族	29	0	0.0%	24	0	0.0%	5	0	0.0%
共済組合	7,327	1,053	14.4%	2,875	513	17.8%	4,452	540	12.1%
被保険者	7,077	1,040	14.7%	2,719	504	18.5%	4,358	536	12.3%
被扶養者	250	13	5.2%	156	9	5.8%	94	4	4.3%
健保組合	13,987	2,426	17.3%	4,941	1,078	21.8%	9,046	1,348	14.9%
被保険者	13,122	2,268	17.3%	4,339	963	22.2%	8,783	1,305	14.9%
被扶養者	865	158	18.3%	602	115	19.1%	263	43	16.3%
全国健康保険協会	26,898	2,207	8.2%	9,763	1,270	13.0%	17,135	937	5.5%



③特定健康診査受診率・特定保健指導終了率についての考え

- 特定健康診査・特定保健指導ともに、啓発や体制の課題が多い。
- 市町国保では、治療中の人の受診勧奨に課題を持っている。

表3 特定健康診査受診率・特定保健指導終了率についての考え(低い要因、今後の方策等)

	市町国保	被用者保険・国保組合
特定健康診査	1 啓発・個別勧奨・体制などの検討が必要(14) 2 治療中の人の受診控えに対する対策が必要(7) 3 その他(対策により成果あり)(1)	1 被扶養者の受診率向上方策(啓発・他の健診の連携・未受診者への受診勧奨等)の検討が必要(18) 2 健診項目・内容の検討が必要(5) 3 事業主健診のデータの授受の強化(3) 4 その他(100%を目指す・計画通り実施中)
特定保健指導	1 保健指導の体制(日時・内容・周知等)の工夫(15) 2 特定健康診査の受診率が低いことが影響(3) 3 その他(目標達成、法定報告の課題等)(3)	1 保健指導の体制(日時・内容・周知等)の工夫が必要(21) 2 財政面の課題(2) 3 その他(計画通りに実施)(2)

2 特定健康診査相当の検査結果証明書について

① 証明書の提出の求め状況

- 特定健康診査相当の検査結果証明書提出を「求めている」は、市町国保の17.4%(4保険者)である。その内容は、住民に職場健診・人間ドックなどのデータ提出であるが、提出件数は、年間10件に満たない状況である。
- 全体の92.2%が、証明書の提出を求めているが、「求めている理由」は、治療中の人への確認を行っていないことや体制不足(対象者把握・医療機関との連携・経費など)によるものなどである。

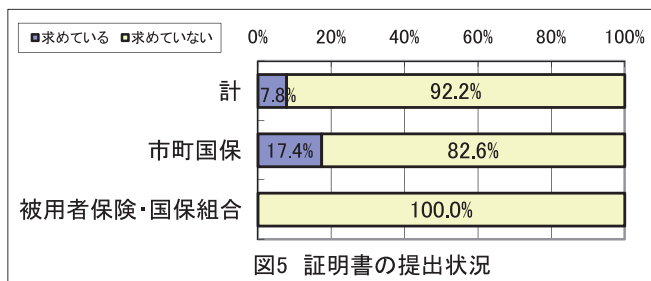
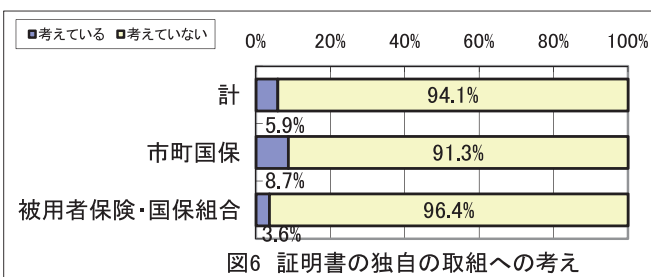


表4 特定健康診査相当の検査結果証明書の提出を「求めていない理由」

市町国保	被用者保険・国保組合
1 治療中の検査結果では不足項目がある(3) 2 医療機関との連携不足(3) 3 費用がかかる(2) 4 対象者が把握できない(2) 5 データ提供として依頼している(1) 6 その他(想定していなかった等)(3)	1 通院中の確認は行っていない。(5) 2 受診率が低くない(2) 3 今までは、被保険者の指導に注力(2) 4 マンパワー不足(2) 5 その他(考えていなかった,未受診理由は別にある等)(8)

② 検査結果証明書の独自の取組への考え

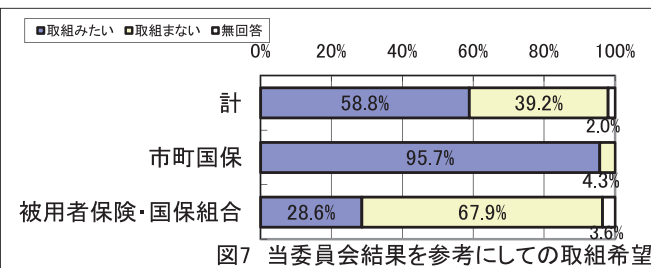
- 検査結果証明書の独自の取組について「考えている」は、全体の5.9%(市町国保2, 被用者保険1)のみである。



3 医療機関からの「情報提供」により、データ入手する方法への今後の取組

① 当委員会検討結果を参考にしての取組み希望

- 取組み希望は、「取組みたい」が、全体の58.8%(市町国保22, 被用者保険・国保組合8)である。
- 「取組みたくない」は、39.2%で、その理由は、受診者や実施機関においての混乱への懸念や事務処理・財政的な問題、他の取組を強化するなどであった。



② 「取組みたい」場合の今後の方向性

ア 契約形態

- 取組む場合の今後の契約形態は、「集合契約」を、96.7%（市町国保22，被用者保険・国保組合7）が希望している。

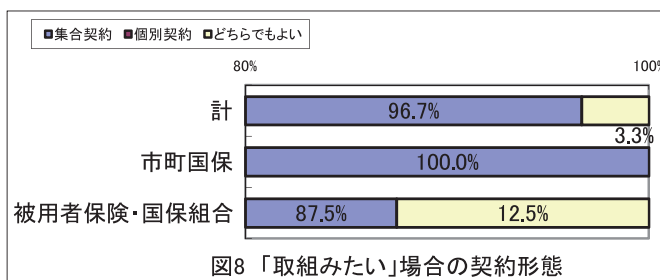


図8 「取組みたい」場合の契約形態

イ 開始する時期

- 開始時期は、「23年度から」31%、「23年度途中から」20.7%、「24年度から」44.8%である。

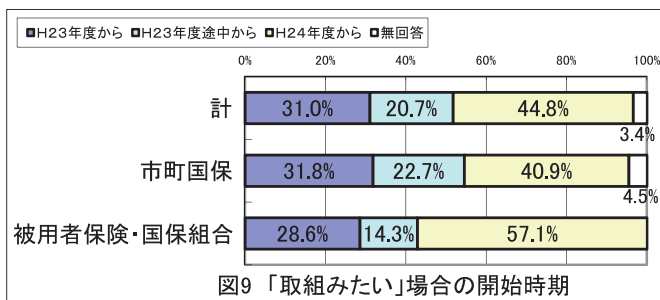


図9 「取組みたい」場合の開始時期

ウ 保健指導の実施

- 医師からの情報提供において、保健指導「要」の場合の保健指導の実施について、「実施可能」が、市町国保は、85.7%（18保険者），被用者保険・国保組合は50%（5保険者）である。
- 保健指導の「実施困難」な理由としては、体制（システム、マンパワー、関係機関との連携など）が整わないことによるものである。

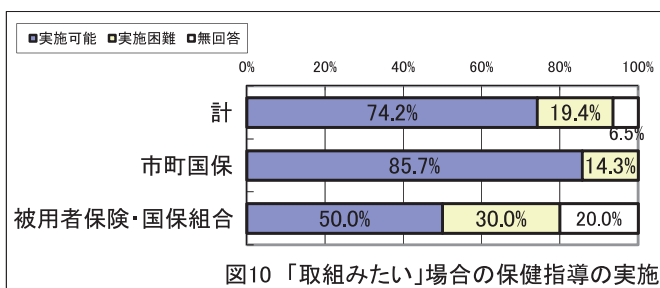


図10 「取組みたい」場合の保健指導の実施

4 生活習慣病などで治療中の者に対する特定保健指導以外の保健指導の状況

① 実施状況

- 特定保健指導以外の保健指導は、「実施している」が32%（市町国保7，被用者保険・国保組合9）である。
- 「実施している」場合の対象者の選定・保健指導方法は、被用者保険・国保組合は、主に産業医による選定・希望者に対し、産業医・保健師などの面接で保健指導を実施している。市町国保は、主に主治医やデータからの選定で、保健師が家庭訪問や糖尿病予防教室・運動教室などにより実施している。

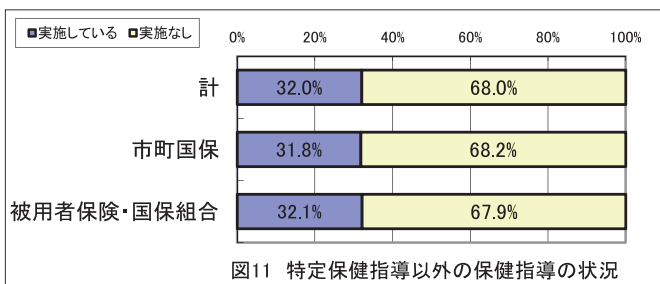


図11 特定保健指導以外の保健指導の状況

② 「実施なし」の場合の今後の予定

- 保健指導の「実施なし」のうち、26.5%（市町国保6，被用者保険・国保組合2）が「今後検討したい」としている。

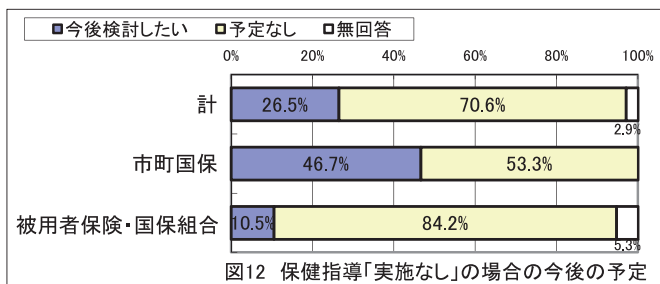


図12 保健指導「実施なし」の場合の今後の予定

5 当委員会への取組への意見等

① 検討中資料に関すること

- 検討中資料への意見は、実施体制・実施内容・情報提供料等の詳細な検討の必要性の指摘がある。
- また、本来、治療中の者は、医療域において十分な保健指導が行われることにより、医療保険者は、予備群（未治療者）への保健指導に特化するなど、特定健診・保健指導全体の枠組みの見直し・検討を要望する意見もある。

② 委員会取組への感想

- 当委員会の取組への感想は、主に市町国保から、「治療中の者への特定健診の実施については対象者からも医師からも理解が得られにくく、保険者としても受診勧奨できにくい状況にあるため、このような方法でデータ収集ができれば、健診費用も対象者の負担も少なくて済み、メリットは大きい。」、「集合契約でこの取組ができれば画期的」等の意見がある。
- 一方で、治療中以外の人の受診率向上や特定保健指導の充実など治療中以外の対象者への体制整備の必要性への意見がある。

〔回答の記載内容:理由・意見・感想など〕

1 平成21年度特定健康診査・保健指導実施結果(法定報告数)

○特定健康診査受診率・特定保健指導終了率についての考え(低い要因, 今後の方策等)
 〈特定健康診査〉

【市町国保】

①啓発・個別勧奨・体制などの検討が必要	
1	健康診査に対する関心が低い。制度周知が徹底できていない。年齢によっては仕事などにより受診が困難。未受診者に対し、次年度においても電話勧奨を実施していく。
2	電話勧奨や家庭訪問の結果、治療中という理由で自分で判断して受診しない傾向がある。毎年受診することが定着していない。人間ドックの利用が多い。今後の方策として、毎年受診や健診結果の送付依頼を周知の予定。
3	若い人は、「元気だから」、「職場で受けているから」という未受診理由が主に聞かれます。職場健診とのデータ連携も必要だと思います。また、毎年継続して受診する人を増やすためにフォロー体制を充実していきたい。
4	要因:医療機関に既に受診中の人への勧奨方法。老人の受診率の低さ。検査内容が少ない。医師の健診への理解度が今ひとつである(必要性を感じていないのではないか)。方策:電話以外での通知による勧奨の強化。
5	健診の必要性が理解されていない。(特に現在通院中の人や若年者)
6	未受診者へのアンケート調査では、医療機関にかかっていることを未受診の理由としている回答が多かったですが、アンケート自体の回答率が低い、重要性についての理解が低いことが大なる要因ではないかと考えられます。今後は訪問等個別に勧奨を勧めようと考えています。
7	「年に一度は健診を受ける」という意識が町民に根付いていないこと。特に40～50歳代の若い年代の健診受診意識が低い。治療中の患者は主治医からも健診を受けなくてよいと言われることが多く受診の必要はないと思っている割合が高い。 かかりつけ医などで特定健診相当の検査を受ける場合の方が患者にとって安価でしかも食事制限等もなく受けることができるので対象者が健診のメリットを感じにくい。→ 今後、自己負担の軽減を検討する。
8	平成20年度の32.6%より増加傾向にあるものの目標を大きく下回っている。医療機関未受診者など対象を絞って電話勧奨をしていく。
9	平成22年度は特定健診の個別通知発送、電話受診勧奨、健診詳細項目の追加
10	特定健診未受診者に対する電話による受診勧奨を検討している。
11	特定健診は、基本的な項目の中に、心電図や眼底検査が含まれていないということも一因であるが受診率が低い。また、女性の受診者をみると、子宮がん、乳がん検診は受けても特定健診は受けていない者が多いので、女性のがん検診との併設を来年度実施予定。仕事等で平日受けにくい人を対象に休日健診を実施予定。
12	平成21年度受診率は平成20年度32.19%に比べ約2ポイント減少していますが、これは新型インフルエンザの流行による受診控えが影響したと考えています。また、健診項目が少ないことも受診離れに影響していると考えられます。
13	受診率が低いのを何とかしたい。
14	当市の平成21年度の受診率の目標値は50%のため達成できていない。どのようにすれば受診率がアップするか教えていただきたい。
②治療中の人の受診控えに対する対策が必要	
1	要因:制度開始前から受診率が低く、積極的な健診受診の環境がない。アンケート結果からは、未受診の理由に医療機関で治療中または、定期的に検診を受けている及び他の健診を受けている方が多く、その背景としては、体調が悪くなったらすぐ病院で診てもらふ。及び人間ドックなどもっと詳しい検査を受けたいという意識がある。 方策:個別通知(受診券送付時)、各種広報。地域に根ざす健康づくり事業にて、地区組織と協働で啓発。特定健康診査受診促進事業にて、特定健診の未受健者かつ医療機関未受診者に対して文書・電話・訪問による勧奨。節目年齢特定健診受診案内事業にて集団健診の先行予約を受け付ける。
2	対象者の40%近くが治療中で受診控えがある。また特定健診結果の多くが受診勧奨値のため、次年度は治療中となり受診につながっていない。特定健診の周知不足である

3	未受診者のうち、通院中の者が約50%を占めており、通院中の者の受診を勧めない限り受診率向上は見込めない。⇒ 他の未受診者へは文書、電話等さまざまな勧奨を尽くしている。
4	集団健診の機会が少ないため受診者が少なく、個別健診が9割以上を占めている。定期的に通院している者は特定健診の必要性を認識していない。また、制度の周知方法がパンフレット配布、広報紙掲載のみであったため。
5	治療中の者を特定健診と結びつけるのが難しい。働いている者も多く、事業所での健診と重複し、特定健診の受診に結びつけることが難しい。
6	離島であり島内にある医療機関は医師会の集合契約に加入しておらず、集団健診だけで対応していた。島内のかかりつけ医で定期的に検査している人が多く健診意識が薄い。
7	特定健診外で健診を受けた方に、どのようにして健診データを提供してもらうか。医療機関受診者に対しての特定健診の位置づけ。
③その他(対策により成果あり)	
1	地区の保健委員を通して、全戸配布で申込みを受け付けている。総合健診でガン検診と同時実施している。これにより一定の成果が出ている。

【被用者保険・国保組合】

①被扶養者の受診率向上方策(啓発・他の健診との連携・未受診者への受診勧奨等)の検討が必要	
1	被扶養者の特定健診受診率が低い。⇒被保険者を通じて、受診促進の啓発活動を実施。(機関紙・ホームページへの掲載、メール送信など)
2	今後の課題は被扶養者の受診率向上施策の推進
3	被扶養者の受診率を高める方法、補助金等を検討中
4	集合契約における受診率が低下している被扶養者への個別の受診勧奨通知が必要
5	被扶養者は指導対象者が少ないことから現状の方法を踏襲する。
6	被扶養者については保険者における取り組み不足
7	被保険者は概ね受診しているが、被扶養者の受診が進んでいない。特に受診券を用いた受診。理由は家庭にまで啓蒙・周知が届いていないと思われる、今後周知の方法を再考したい。
8	被保険者については、事業主と一体となり受診を進め受診率を上げることはできるが、被扶養者に対する啓発がむずかしい。
9	被扶養者については多額な納付金支払により収支バランスが崩れ、実施経費が捻出できなかった。平成22年度から開始した。
10	被扶養者の受診率アップが課題。被扶養者パート勤務先での健診結果の提出がスムーズに行われるような方策の検討。
11	被扶養者については、事業所を通じて勧奨していくと同時に健保組合からパンフレット等を配布していく。
12	被扶養者への一層の周知徹底が必要である。次年度は受診券発送時に特定健康診査を併せて実施する市町のがん検診の日程表を同封することを検討する。
13	被扶養者の特定健診が低迷。市町の住民健診の場での受診者約 2,100名と低位にとどまっている。制度の分かりにくさと、自己負担額、検診項目の魅力のなさ等が要因として考えられる。協会が実施する集団健診の拡充と市町とのがん検診同時実施などの連続強化が必要。
14	当組合では個別契約に基づく生活習慣病予防健診及び人間ドックに特定健診を含めて実施しているが、組合員家族(被扶養者)の受診が低調なため更に制度の周知を図る。
15	年々受診率は下降傾向にあるが、これといった方策が見つからない。来年度の受診券は該当者へ直接送付することも検討している。
16	今後の方策:年度中途に未受診者に対し受診勧奨する。
17	被扶養者に対して:未受診者の原因を調査予定(アンケート等)です。
18	被爆者健診に併せて特定健康診査の同時実施を促進させる。治療中の人に係る診療内容を把握等し、特定健康診査の受診率に反映させる。
②健診項目・内容の検討が必要	
1	空腹時血糖でなかった為、データ欠落となり受診率に反映されなかった。平成22年度からHbA1cに変更したので、受診率は一気に上昇する見込み。
2	検査内容が人間ドック等と変わらないため受診率が悪いと思う。機関紙等でPRする。

3	被扶養者については、共済組合から送付する特定健診受診券利用または被扶養者ドック受診による方法で実施しているが、受診率は高くない。その要因としては、事業主の実施する健康診断と比較し検診項目が少ないこと、受診期間を長く設定していることから忘却すること、自分で検診機関を選択し予約する手間がかかることなどが考えられる。対応としては、受診勧奨の回数の増(受診期間終了の2か月前に再度勧奨)を予定している。
4	被扶養者への周知不足や健診項目の内容が人間ドック等に比べ薄い。がん検診などは各自治体が主体となっており、今後は総合健診として一本化した方が受診者にとって魅力的な内容になると思われる。
5	目標受診率には達しなかったが近い数字であるし、来年は検診項目も増やすので、更に受診率を向上していきたい。
③事業主健診のデータの授受の強化	
1	被扶養者の受診率が低いことも影響しているが、今後は、さらに被保険者の受診を呼びかけるとともに、事業主健診のデータの提供を受けるなどして目標の70%を達成したい。
2	被保険者については、事業主が行う健康診断等と併せて実施しているので、受診率は高くなっている。
3	被保険者は定期健診(安衛法)の成績を確実にデータ化を行うことでほぼ100%を目指す。
④その他(100%を目指す・計画通り実施中)	
1	100%を目指す。
2	計画通りに実施できている。受診率について問題はないと考える。
3	当初の計画どおり順調に推移している。
4	予想通り
5	被保険者については、このまま維持していきたい。
6	計画通り実施している。

〈特定保健指導〉

【市町国保】

①保健指導の体制(日時・内容・周知等)の工夫	
1	要因: 2年連続の利用者が少ない。アンケート結果からは「日程・時間が合わない」「健康だから」「やる気が起こらない」が多い。 方策: 電話による勧奨(平成22年度予定)
2	対象者へ参加意向調査を事前に実施しているが、自身の体について改善しようとする意識がないためか利用率が低い。次年度においても意向調査段階で未回答、不参加者に対し、電話勧奨を実施していく。
3	特定保健指導の認知度が低く、2回目以後の利用が低下している。
4	健診を受けて自己流で改善策を実行している人、既に利用券送付時には改善している人も多い。継続してデータをみていきたい。利用券発送の迅速化を進めてほしい。みなし利用券を手作業で出しているが非常に煩雑なため。
5	健診受診後、利用券発行、指導利用迄の期間が個別健診3カ月、集団健診4カ月必要となり、健診結果通知後のタイムリーな指導が出来にくい。今後の方策としてグループ支援や運動の実技等を含め利用者増加の方法を探っていく。
6	検査値に危険性を感じていないため保健指導に関心がない。早期からの生活習慣病予防の意義をPRする必要がある。担当課が決めた日程に受講できない者もいるので、対象者の都合に合わせた指導(訪問等)について検討する必要がある。
7	電話や訪問などにより終了率は伸びており、これらを続けていくとともに、特定保健指導を受けるメリットを周知していく。
8	これまで直営による実施では、マンパワー不足により積極的な勧奨ができていなかったため実施率が低かった。平成22年度から一部委託により実施しており、今後もより充実するよう取り組む。
9	要因: 同じ人が対象者としてあがってくることが多い。→ 魅力あるプログラムの開発、指導者のスキルアップが必要。(改善していない。支援終了後に行動変容をやめてしまって逆もどりなど)
10	保健指導の必要性が理解されていない。悪くなれば病院へ行けば良いと思っている人が多く、予防に対する意識が低い。

11	平成21年度法定報告の中には、平成20年度特定保健指導利用者(平成20年度法定報告に未登録であった者)が含まれるため38.59%と高くなっていますが、実際には20.13%(60人/298人)であり、平成20年度26.16%(90人/344人)より低くなっています。保健指導のリピーターが増えるような工夫、保健指導へのプラスイメージの啓発をしていく必要があると考えています。
12	参加動機を高める教室内容の検討不足や血圧降下剤等の服薬中の者を指導しても対象外となるため終了率が低いと考える。
13	内容の工夫(運動メニューなど個々人の取り組みやすい工夫など)
14	従来の基本健診と異なる制度であることが住民に理解されづらい(受診できる条件)または保健指導についてはメタボ基準と指導レベルが異なることも混乱し自分が対象としての自覚がない。なので当然自覚症状なく指導を受ける意識が低い。
15	積極的支援の利用者が少ないため、利用者を増加させる方策を検討中である。
16	特定保健指導の対象者は働いている者も多く「忙しい」という理由や保健指導の必要性を感じない等の理由で終了率が伸び悩んでいると考える。
②特定健康診査の受診率が低いことが影響	
1	医療機関への受診勧奨者については、医療機関受診後の保健指導参加を勧めていることと、特定健康診査の受診者が少ないことが終了率が低い要因と考えている。
2	特定健診の受診率向上
3	特定健康診査の受診率が低いいため、保健指導率の向上が難しいです。今後は訪問など個別に勧奨を勧めようと考えます。
4	日頃から気になることは保健師等に相談できる体制があり、健診結果が届くと町で実施する通常健康相談等で指導を受ける人もいる。個別での指導は敬遠する。
③その他	
1	当市の平成21年度の実施率の目標値は30%であり達成できていると思われる。平成22年度は35%、平成23年度は40%、平成24年度は45%の目標値である。
2	法廷報告は年度途中であるため、利用率に比べ終了率がかなり低くなる。

【被用者保険・国保組合】

①保健指導の体制(日時・内容・周知等)の工夫	
1	被保険者が広範囲で勤務しており、時間・場所等の設定がむずかしい。
2	連続して特定保健指導の対象となっている者の支援拒否や途中脱落防止のため、保健指導の内容に工夫が必要
3	被保険者は積極的支援対象を中心に個別契約機関で実施。今後自前で動機付け支援実施予定。被扶養者は個別契約機関で実施しているが2年目を迎え辞退者が続いた。
4	指導計画を立てることができなかった。認識不足により中断者が多かった。
5	保健指導は強制ができない為、該当者の指導が進んでいない。そのため、現在は職制などを通じて半強制的に指導を受けさせるよう検討中。インセンティブも検討中。
6	勤務時間内に行うため、時間調整が大変である。担当者を通じてPRを行っていきたい。
7	被保険者に対しては保健師等に職場に来て貰えるので実施が容易であるが、被扶養者に対しては、場所の選定等があり、実施がむずかしい。
8	保健指導の初回面接は相当数実施してきたが、最終まで到達していないケースが多数あったので、今後は、初回面接実施者を確実に修了者にもっていくこととしたい。
9	指導実施率は低迷。委託先指導業者との委託事項等再度協議等、指導への参加率アップに向けての取組強化。
10	広島県の一部(被保険者)のみ対象で行った為、平成22年度は、40歳以上の全被保険者・被扶養者を対象
11	被扶養者に対して:参加しやすい環境(場所等)をより整備していく。
12	被保険者については、保健指導にITを導入する等の工夫により、向上を図る予定であるが、被扶養者についてはほとんど実施できていない。要因として実施機関が少ないこと、自己負担額が高いこと、健診から利用券送付まで期間がかかっていることなどが考えられる。また、健診も同様だが被扶養者の属性は地域ということも要因のひとつ。被扶養者については、実施機関の拡充と市町との連携強化。

13	被保険者及び被扶養者のいずれも受診率向上を図る必要がある。受診率が低い要因としては、制度の周知不足、自分で検診機関を選択し予約する手間がかかることなどが考えられる。対応としては、まず、被保険者等への通知やパンフレット等をより分かりやすい内容とするよう見直すなどの検討が必要と考えている。また、被保険者については、通院ドックの場合、受診者がその日のうちに初回の保健指導を受診できる方法等を検討する。なお、被扶養者については、まずは上記の特定健診の受診率向上策による保健指導の受診率への効果を見定めたいと更に検討する。
14	特定保健指導の実施体制が十分に確立できていない。次年度は被扶養者の特定保健指導も本格的に開始することを検討する。
15	国保組合の特性として保健指導の対象者が県内各所におり、県内全市区町で平日夜間や休日に初回面談か受けられるような体制づくりや集合契約の拡充を希望する。
16	医療従事者が生活指導を受けるということに抵抗があるのではないかと。今年度まで1割負担としていたが来年度は無料としたい。
17	自己負担を無料にし、多くの対象者の都合の良い日に合わせて保健指導を実施していきたい。
18	被保険者、被扶養者ともに制度をよく理解してもらう。
19	対象者自身が保健指導の重要性を必ずしも認識できていない。
20	今後の方策:個別に電話をかけて指導を受けてもらう。
21	特に、被保険者の特定保健指導実施率が低い。⇒ 事業主の協力を要請し、安衛法の健診事後指導と一体化して実施していただく。
②財政面の課題	
1	費用がかかりすぎ財政的に厳しいため積極的に取り組めない。
2	多額の納付金支払により実施できなかった。平成22年度から事業を開始し、徐々に地域を拡大していく計画である。
③その他(計画通りに実施)	
1	計画通りに実施できている。終了率についても問題ないとする。
2	計画どおり実施している。今後の実施率向上は、事業主との連携をさらに強化し、利用しやすい体制を整えることが重要。

2 特定健康診査相当の検査結果証明書提出状況

○証明書の提出を「求めている」方法

【市町国保】

1	平成22年度から実施の別紙「けんこうウェルカムキャンペーン」に参加するにあたり、市の健診以外の健診を受診した人には、受診結果の写しをいただくことで得点としている。
2	受診案内パンフに「職場の健診、自分で人間ドック等を受診される場合の結果の提出」をお願いしている。
3	人間ドック等を受診された方に結果書の提出を求めている。
4	本人に検査結果を提供してもらっている

○「求めていない」理由

【市町国保】

①治療中の検査結果では不足項目がある。	
1	不足項目があるため特定健診とみなすことができない。
2	通院治療における検査結果は、特定健診内容が不完全であり、不足する検査のみ実施するしくみがないため提出は求めていない。
3	特定健康診査相当の結果が見込めなかったため。
②医療機関との連携不足。	
1	医療機関または個人ごとに検査項目・様式が異なるため保険者側の受け入れ態勢が困難なため。
2	地元医師会内で特定健診自体に否定的な意見が多いため、個人の自主的な結果提供にとどめている。

3	通院中の人の特定健診受診は任意としており、かかりつけも島内の医院が多いため、証明書の提出は求めている。
③費用がかかる。	
1	証明書は費用がかかると思われるため。ただし、他の健診結果(人間ドック等)を本人から提供していただくことは実施している。年間約260件(平成21年度)
2	対象者の負担であり、予算措置もしていないから。また実施しているところに状況を聞くと数件の提出に留まっていると聞くから。
④対象者が把握できない。	
1	対象者の把握ができていない。医療機関等に対しての事前説明・連携ができていない。
2	これまで未受診者の分析をしていなかったため、通院中の者の未受診者が多いことが分からなかったので証明書の提出まで求めていなかった。
⑤データ提供として依頼している。	
1	特定健診未受診者に対し受診券を送付すると同時に、各自で特定健診を受診している場合は、データ提供の依頼も行っている。データ提供いただいた場合は提供料を振り込んでいる。
⑥その他(想定していなかった等)	
1	治療中の者については、検査結果を収集することは想定していなかったため。
2	今後は受診率の達成のため検討していく予定
3	証明書を要求するに当たっての実施内容、実施体制等が整っていないため。

【被用者保険・国保組合】

①通院中の確認は行っていない。	
1	通院中の確認は行っていないため。
2	現時点では、保健指導を重点に実施しているため、通院中の未受診者への対応等は実施していない。
3	通院中か否かについて把握していないため、特に証明書も求めている。
4	通院の実態がつかめないの、問い合わせがあった場合、独自で作成している報告様式に記入の上、提出させている。
5	当該者を特定できない。
②受診率が低い	
1	健診率は想定範囲内にあるので、受診率アップのための取り組み課題としては優先度が高くないと考え、また、医療機関受診者に対しては、当面、医療機関のフォローを期待している。
2	今後取り組みが必要なことはあるが、受診率は低いと認識しているため。
③今までは、被保険者の指導に注力	
1	被扶養者のパート勤務や被爆者検診の結果が紙ベースで数件提出されたが、データの不備が多く、ほとんど利用できなかった経験があるため、今は被保険者分に力を注ぐ予定。
2	これまでは被保険者の指導に注力し、被扶養者には手が回っていなかった。本年度からインセンティブを含め積極受診の取り組み中。ただし、当健保は保健指導の終了率と改善率の向上が最終目標であり、限られた費用と工夫は保健指導実施に集中することとしている。
④マンパワー不足	
1	人的体制の限界により対応できない。
2	マンパワー不足。
⑤その他(考えていなかった、未受診理由は別にある等)	
1	証明書を提出してもらうよう取り組んでいない。
2	その様な取り組みは考えていない。
3	この調査を受けるまで考えたこともなかった。受診率の数値の上昇対策ではなく、あくまでも特定健診を受けて頂くことを念頭に置き、受診を促す対策を主眼に行っていきたい。
4	本人がいやがるため(それに係る費用が患者負担となるため)、特に求めている。
5	がん検診とセットで実施しており、通院中の方も受診されているため未受診の方の理由は別と考えています。
6	特定健診の受診方法は、集合契約に参加した健診機関又は市町が実施する住民健診を基本としており、証明書による方法は対応が困難

7	病院へ行かれていても特定健診は受診してもらっているから。
8	当共済組合の被扶養者については、通院中、治療中であるか否かの別と関わらず特定健康診査及び特定保健指導制度の周知に力点を置いて取り組んでいる。

○ 検査結果証明書の独自の取組への考え

「考えている」場合の内容

【市町国保】

1	国保被保険者が人間ドックを受診した医療機関に対して、本人に健診結果を送付する時に健診結果のコピーを成人健診課へ送付するようお願いのパンフレットを1月中に医療機関に依頼して廻る予定としている。
2	独自になるのか分からないが、かかりつけ医等で特定健康診査と同時のものをしている人についてデータを持参してもらって結果に取り込ませてもらおうよう検討していく。

【被用者保険・国保組合】

1	(1)被扶養者への啓蒙方法の改善、(2)保健指導の徹底による終了率・改善率の向上に集中するよう計画しています。
---	---

3 医療機関からの「情報提供」により、データを入手する方法への今後の取組

○取り組む場合、「保健指導が実施困難」な理由

【市町国保】

1	保健指導を外部委託し国保連での支払い方法をとっているため、治療開始となると対象外となり支払いができないシステムとなっている。
2	対象人数と対象者の疾病状況によって対応の可否が分かれる。
3	実施可能の理由:特定保健指導ではなく、一般の保健指導として可能。ただし、本人への説明・同意は取ってほしい。しかし、一般保健指導に時間がとられると特定保健指導にかける時間がなくなり、指導終了率の低下を招く可能性がある。
4	ご検討中の「情報提供」はとてもすばらしい案と思いますが、実際、多くの医療機関に周知徹底できるのか不安に思います。
5	外部委託している動機づけは委託先との日程調整が困難である。積極的な町保健師により実施しているが、やはり他の事業もあり日程等調整が困難である。

【被用者保険・国保組合】

1	全員対象とはいかないが、優先度の高い方から実施します。(被保険者についても同様に優先順位を設けて実施しています。)
2	保健指導の重要性は十分認識しているが、特定保健指導は治療中の者は除かれていること、人的体制の面から実施困難であること。

○「取り組みは考えられない」理由

【市町国保】

1	本提案では、主に受診者および実施機関において混乱が生じるものと考えられるため。
---	---

【被用者保険・国保組合】

事務処理・財政的な問題、他の取組を強化する。

1	もし医療機関において治療の一環として特定健診の一部を実施をしている場合、残りの検査をどのように“保険外”である健診として請求処理されるのか、保険診療との境界が不明確になるのではないかと懸念する。
2	事務処理が煩雑になるため、取組みは考えていない。
3	当共済組合では受診券番号を広島県社会保険診療報酬支払基金を通して行っている。個別で全国の検診機関との契約をするのは無理。
4	現状で計画どおり実施できている。特定健診の目的は、生活習慣病を未然に防ぐことで、効果が薄いと考える。

5	実績上の受診者数を増やすことができて、抜本的な受診率の向上に繋がる施策とは考えられないため。
6	財政的な問題
7	要員不足のため、現在は問2-1、2-2の通り、被保険者を中心に保健指導の徹底を図るよう、費用・工数を集中しているため。治療中のものではないが、受診率の向上のため被扶養者(パート等)受診者の健診データの提供依頼によるデータの取り込み(インセンティブ含む)を計画中であり、この方が受診率の向上に直結するものと考えている。
8	医師の説明不足等で行われた場合、特定健康診査情報提供票が本人の意向に反して提出される可能性がある。
9	保険者が希望する最大公約数ではないと思う。
10	現時点では、日帰り人間ドックの結果、特定保健指導の対象となった者に対し、自前に保健師より生活習慣改善の支援を実施し、保健指導実施率、改善率ともに国の参酌標準を達成するよう取り組んでいくこととしている。
11	現時点での考えは問2-1イの回答と同じ
12	当初の計画どおり順調に推移しており、費用をかけて新たにデータを入手することは、考えられない。
13	取り組みはまだ未定と言う意味で23年・24年の実施は難しいと思われる。
14	当健保組合が作成した計画(事務処理体制、情報提供料)をもとに、被扶養者への特定健康診査、特定保健指導の底上げ等を強化していきたい。
15	がん検診とセットで実施しており、未受診者の理由は別にあると考えています。今後フォローしていく予定です。
16	現時点では不明
17	年に一度の通院の人たちにも特定健診の受診を勧めているので。
18	被扶養者に係る特定健康診査の受診率の向上に的確に対応できる特定保健指導の実施体制が必ずしも十分には整えられていないため、当面、体制整備を優先させたい。

4 生活習慣病などで治療中の者に対する特定保健指導以外の保健指導の状況

○保健指導対象者の選定方法

【市町国保】

主治医からの選定・データからの選定等

1	糖尿病性腎症重症化予防事業において、主治医からの選定
2	某総合病院のヘルスアップのモデル事業はあるが全市的な取り組みはしていない
3	特定保健指導対象者を除き、血圧、脂質、血糖、肝機能の判定で要指導・要医療の人を抽出している。
4	特定健診の結果でメタボ判定該当又は予備群の人(特定保健指導該当者を除く)
5	特定健康診査の結果によりデータを抽出し対象者を選定している。
6	血糖値、中性脂肪、血圧値が基準値以上で受診していない者
7	21.22年度は糖尿病に重点をおき実施。

【被用者保険・国保組合】

産業医による選定、希望者等

1	治療中の者に限定しているわけではないが、前期高齢者のうちの希望者に訪問健康指導を実施している。
2	被保険者の希望者
3	人間ドック・定期健診結果を産業医、保健師がチェックし選定する。
4	被保険者は定期健康診断成績に応じて。被保険者・被扶養者ともに人間ドック成績に応じて。
5	未受診者の受診状況確認、受診者の受診後のフォロー
6	人間ドック(被保険者+被扶養配偶者)、事業主健診(被保険者)受診者の内、有所見者全員に対して、所見別の指導及び二次健診・治療受診勧奨レターを発行し、フォローアップを行っているが、治療中の者についても治療継続と経過報告要請を通じてフォローしている。

7	定期健康診断の結果の有所見一覧を用い、保健師が選定
8	(1)原則、被保険者全員を対象にしている。(2)被扶養者には人間ドック要精密者
9	健診結果・有所見者で治療を必要としていない者への受診勧奨。生活習慣病治療者で治療を中断している者への受診勧奨。重複頻回受診者で希望者に対する指導。循環器系疾患患者に対する指導(地元大学と共同研究)

○保健指導の方法

【被用者保険・国保組合】

1	保健師等専門職による家庭訪問。(外部委託)
2	保健師(健保市職員)による面接指導。
3	支店巡回健康相談や当診療所での診療の際、指導を実施。
4	産業医・保健師による面談。
5	面談や電話等でのフォローや内容確認
6	人間ドック(被保険者+被扶養配偶者)、事業主健診(被保険者)受診者の内、有所見者全員に対して、所見別の指導及び二次健診・治療受診勧奨レターを発行し、フォローアップを行っているが、治療中の者についても治療継続と経過報告要請を通じてフォローしている。
7	保健師が職場を巡回の上、個別面談
8	(1)保健師が職場を巡回し、人間ドック、定期健康診断の経年データをもとに保健指導、相談を実施。(2)保健師による文書によるフォロー
9	文書及び看護師による指導

【市町国保】

1	教材・キット等を用いて面接及び電話等による。(広島大学大学院への委託研究)
2	個別訪問、健診事後相談会、電話相談等で実施している。
3	特定保健指導の栄養指導、運動指導と同時実施
4	糖尿病予防教室の実施
5	一般健康教育で糖尿病予防教室や減塩の料理教室を実施している。
6	運動教室の一環で個別面接を行う。
7	保健師による家庭訪問、電話

5 当委員会への取組への意見等

○検討中資料に関すること

【市町国保】

1	治療中の人に係る取扱いについては、診療内容を把握等することで特定健康診査の受診率向上に有効であると考えるが、実施内容、実施体制等において、検討が必要である。
2	情報提供料の単価がはっきりしていないため検討が難しい。
3	本市は平成22年度から特定健診自己負担を無料化しているため、受診者のメリットは少ない。また、医療機関への情報提供料の予算組みをしていないため、平成23年度実施は困難に思える。
4	保険診療部分と健診部分を資料4の提供票からどう確認するのか。
5	健診を受けた本人が保険者に情報提供すればよいと考えます。今以上、医療機関の事務量を増やすことはしない方がよいのではないのでしょうか。

【被用者保険・国保組合】

1	本来、治療中の者には主治医による療養上の指導管理が行われることを前提に、特定保健指導の対象から除外されているものである。資料1の「2.問題点等」の中で、対象外となっていることを問題点として扱われていることには抵抗を感じる。 むしろ医療において十分な保健指導が行われることにより、医療保険者は、予備群(未治療者)への保健指導に特化するなど、特定健診・保健指導全体の枠組みの見直し・検討を要望する。
---	--

2	保険者間の状況にバラツキがある。とりわけ被用者保険では母体企業によっても性格が異なっている。そのバラツキが現状あることを前提にして欲しい。 今回の取組に反対するものではないが、少なくとも当健保組合にとっては必要性を感じない。乗ることもない。むしろ情宣の仕方によっては、当健保組合の加入者を惑わすことになりはしないかと心配する。なぜなら、第一には特定保健指導等の実施は保険者各々に義務付けられており、各保険者が自分達の状況に応じた対応を考えて行うよう明記されているからである。
3	現在実施している集合契約Bによる場合の受診方法とさほど変わらないのでは？
4	情報提供料金の設定に関してどの程度で検討しているか。

○委員会取組への感想

【市町国保】

1	集合契約でこの取組が実施できれば画期的。
2	今年度の受診勧奨時に治療中であるため受診しない旨の回答をされた人が多かったため早期に取り組みたい。しかしながら個別契約では進みにくいいため県内すべてで集合契約にしていきたい。
3	治療中の者への特定健診の実施については対象者からも医師からも理解が得られにくく、保険者としても受診勧奨できにくい状況にあるため、このような方法でデータ収集ができれば、健診費用も対象者の負担も少なくて済み、メリットは大きいと思います。平成23年度の予算要求は11月末であったため参加は平成24年度から希望します。
4	資料1の3の【I】の主治医からの健診受診勧奨は非常に有難いです。ただ、治療のデータが特定健診によって中断する。主治医で指導は十分できている等の意見も聞いています。県内各地域の温度差が少なくなるような情報提供を組織にさせていただくことを望みます。
5	受診率向上に向けて取り組んでいただけることはありがたいです。復囲測定の方法等正しい健診の方法について正しく理解していただけるようもう一度医療機関に周知徹底してもらふ必要があると思います。また、治療中の人は健診対象者からはずしてもらえよう国へ働きかけをしてほしい。(治療中 でインシュリン療法やインターフェロン等の治療中の人はメタボ対策の指導不適切ではないでしょうか)
6	今後も今回のような先進的かつ積極的な取組みを進めていただくことを希望します。
7	現状では地区医師会協力を得て受診率向上につなげる方法は、市町単位では困難であることから貴委員会の取組は有効と思います。
8	受診率の向上も大切だが、特定保健指導を受ける体制づくりについて医療機関の特性を発揮してほしい。
9	未医療受診者で特定健診未受診者への受診勧奨を実施した方が、医療受診者への受診勧奨よりも本来の特定健診の意義として高いのではないかと。
10	医療機関にかかっている人は、どちらかというと高齢の方(65歳以上)が多く、メタボリック対策を考えるには、もっと若い方を対象に取り組む方が効果が出ると考えます。
11	治療中の健診受診の必要性が低いことを論拠だて、厚生労働省に要望してはどうか。

【被用者保険・国保組合】

1	意義ある提案とは思うので、今後、当組合の課題の一つとして、他の課題との関連の中でその優先度、実施力を検討して行く必要はあると考えています。
2	制度がスタートして本年度が中間点であり、今後、国の目標値達成に向け本格的に取り組んでいくことになるので、各方面での実施状況などを参考にして、成果をあげていきたいと考えています。
3	当共済組合の被扶養者の特定健康診査の受診率の向上にも資するものとなるかどうかについて注目していきたい。

治療中の者の特定健康診査受診対策に関する アンケート調査のお願い

厚生労働省から提供を受けた平成 20 年度特定健康診査等のデータによると、当県の特定健康診査受診率は全国平均の 38.3%を下回る 33.1%（全国 39 位）となっています。

昨年度、広島県地域保健対策協議会メタボリックシンドローム予防特別委員会が実施しました医療保険者への取組状況調査結果などから、生活習慣病などで治療中の者の受診控えが、受診率低迷の要因の 1 つになっているものと考えられます。

当委員会では、本年度、治療中の者の特定健康診査受診対策の問題点と今後のあり方を検討し、かかりつけ医での検査データ等を「情報提供票」により保険者が入手する流れなどを別紙（資料 1～6）のとおり検討中です。

つきましては、貴団体での生活習慣病などで受診中の者への対応状況などに関するアンケート調査への御協力をお願いします。

〈 記 入 上 の 注 意 〉

- 設問には、所属として回答してください。
- 調査票は、平成23年1月6日（木）までに、同封の返信用封筒にて、御返送ください。

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

事務局：広島県医師会地域医療課 電話（082）232-7211

※ 広島県地域保健対策協議会は、広島大学・広島県・広島市・県医師会で構成され、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議を実施しています。

※ 調査に関して、不明な点、質問などがございましたら、次の問い合わせ先までお問合わせください。

〈問い合わせ先〉 広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
電話：（082）513-3076（ダイヤルイン）
担当：原田， 沖

治療中の者の特定健康診査受診対策に関するアンケート調査

保険者名 _____ 担当者 _____ 電話 _____

問１－１ 平成２１年度特定健康診査・保健指導について、国へ実績報告したものを記入してください。

（市町国保は、総計のみ記載、被用者保険・国保組合は全て記載）

		総 計	被保険者	被扶養者
特定健康 診査	対象者数	人	人	人
	受診者数 (受診率%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)
特定保健 指導	対象者数	人	人	人
	内、動機付け支援	人	人	人
	内、積極的支援	人	人	人
	終了者数 (終了率%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)
	内、動機付け支援終了者数 (終了率%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)
	内、積極的支援終了者数 (終了率%)	人 (%)	人 (%)	人 (%)

問１－２ 特定健康診査受診率・特定保健指導終了率についてどのように考えていますか。

（特定健康診査受診率・特定保健指導終了率が低い要因、今後の方策等）

〔特定健康診査〕

〔 _____ 〕

〔特定保健指導〕

〔 _____ 〕

問２－１ 市町国保の被保険者、被用者保険・国保組合の被扶養者（家族）の中で、生活習慣病などで通院中の特定健康診査未受診者に対して、かかりつけ医などでの特定健康診査相当の検査結果証明書の提出を求めていますか。（アまたはイに○をし、内容を記載）

ア 証明書を求めている。

問① 方法（流れ・様式・料金・費用負担など）

〔 _____ 〕

問② 一年あたりの入手件数

〔 _____ 〕件（平成 _____ 年度）

イ 証明書を求めているない。

理由

〔 _____ 〕

問２－２ 今後、かかりつけ医などでの特定健康診査相当の検査結果証明書の提出について新たに独自の取組を考えていますか。（アまたはイに○をし、内容を記載）

ア 独自の方法を考えている。

具体的に

〔 _____ 〕

イ 取組は考えていない。

問3 今回、お送りした当委員会で検討中の方法（資料3・4）により、かかりつけ医から特定健康診査相当の検査データの情報を受けることで特定健康診査の受診率向上に繋げる方法について、貴団体でどのように考えますか。

（アまたはイに○、アは問①・②・③の（ア）～（ウ）の該当に○、イは理由を記載）

ア 当委員会の検討結果を参考にして、「情報提供」によるデータ入手に取組みたい。

※ 料金設定については、資料5の（2）のとおり、今後の当事者間の協議によることとなります。

問① どのような形態を希望しますか。

（ア） 県内保険者による医師会・医療機関との集合契約がよい。

（イ） 個別契約で医師会・医療機関と契約したい。

（ウ） どちらでもよい。

問② いつ頃から取組みたいですか。

（ア） 平成23年度から実施したい。

（イ） 平成23年度途中から実施したい。

（ウ） 平成24年度から実施したい。

問③ 医師からの情報提供（資料4様式）において、保健指導「要」の場合に、貴団体による保健指導（外部委託含む）が必要となりますが、実施可能ですか。

（ア） 実施可能

（イ） 実施困難 理由

[]

イ 取組みは、考えられない。

理由 []

問4 生活習慣病などで治療中の者に対して、特定保健指導以外の保健指導を実施していますか。

（アまたはイに○、アは問①・②に方法を記載、イは（ア）または（イ）に○）

ア 実施している。

問① 対象者の選定方法

問② 保健指導の方法

[]
[]

イ 実施していない。

（ア） 今後実施について検討したい。

（イ） 予定はない。

問5-1 当委員会の検討中資料に関しての不明な点や修正・追加などの御意見を記入してください。

[]

問5-2 その他、当委員会の取組についての御感想を記入してください。

[]

御協力、ありがとうございました。

「平成22年度第2回広島県医療費適正化中間評価検討委員会」(平成23.1.12)資料から抜粋

特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関する分析

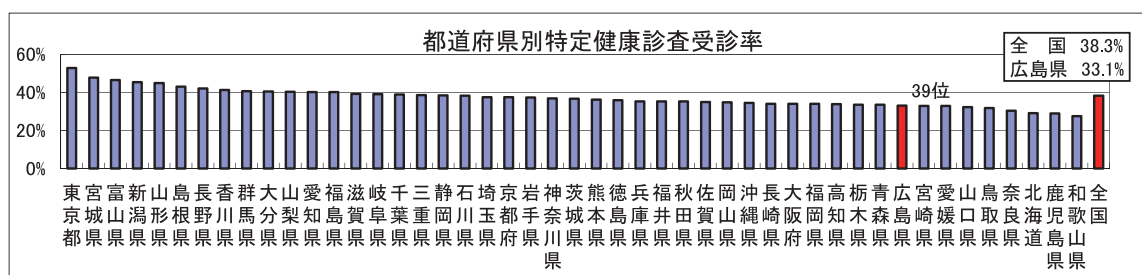
1 趣旨

- 本県の医療費適正化計画においては、生活習慣病予防のため、平成20年4月から医療保険者に義務付けられた40歳から74歳を対象とする内臓型肥満に着目した特定健康診査と特定保健指導について数値目標を掲げて取組を推進することとしている。
- 厚生労働省から提供を受けた各保険者の「平成20年度特定健康診査・特定保健指導実績報告」のデータを集計し、実施状況として分析し、今後の取組の参考とするものである。

2 特定健康診査の実施状況

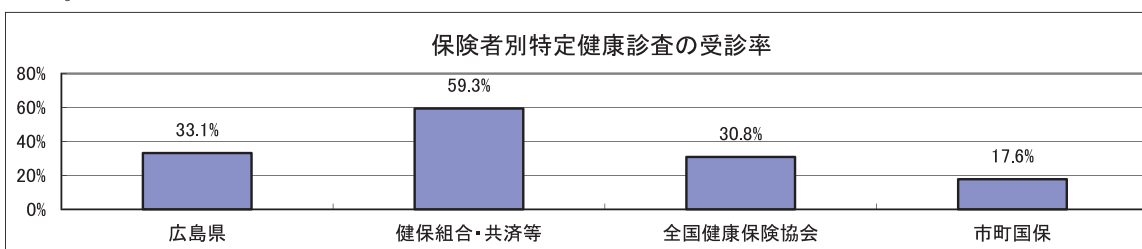
(1) 都道府県別の受診率

- 都道府県別の特定健康診査受診率は、全国平均の38.3%を下回り、33.1%(全国39位)となっている。



(2) 本県の保険者別の受診率

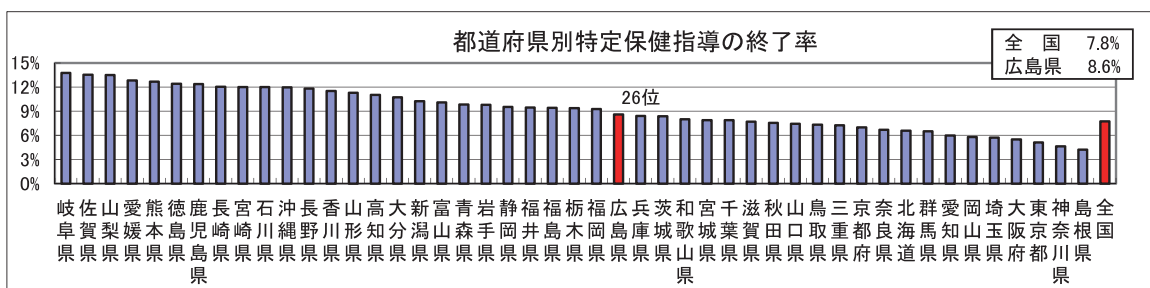
- 保険者別の特定健康診査受診率は、全体平均で33.1%であり、特に、市町国保が17.6%と低くなっている。



3 特定保健指導の実施状況

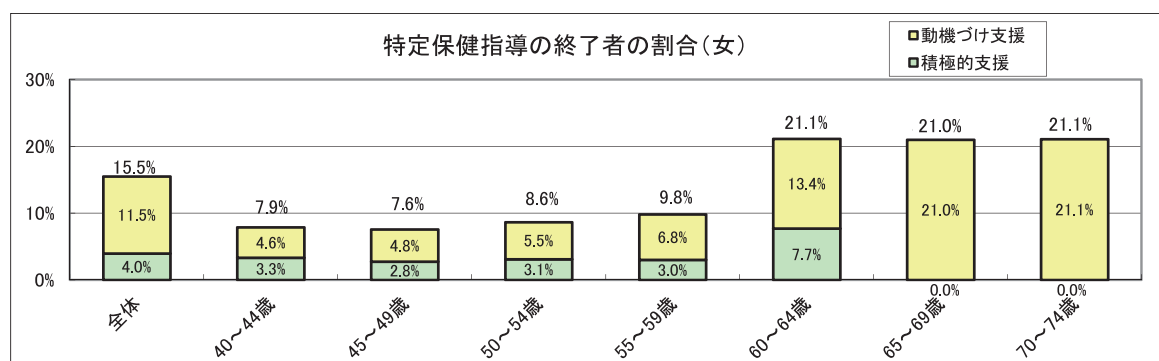
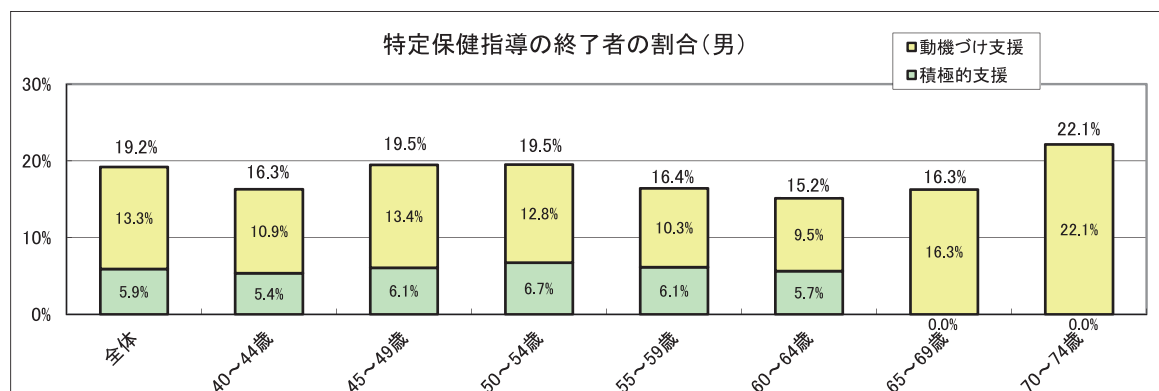
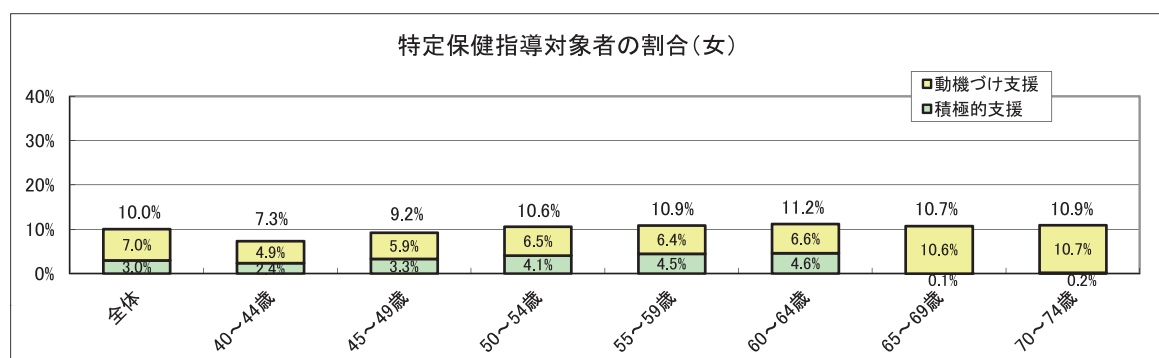
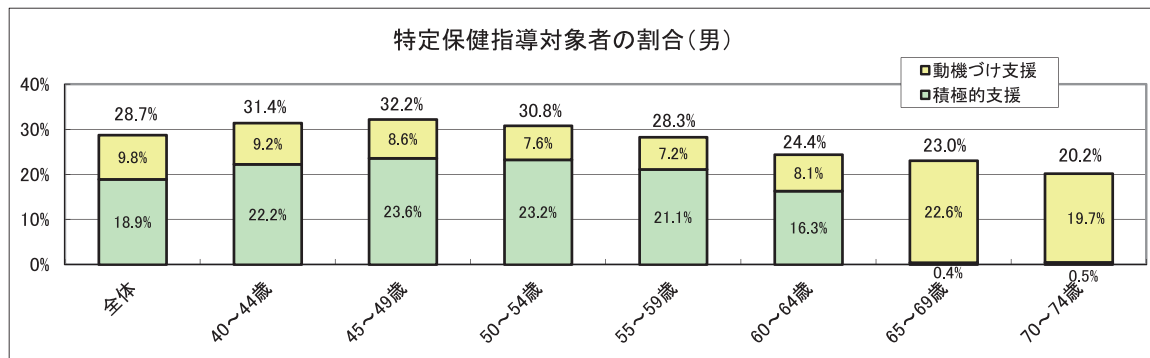
(1) 都道府県別の実施率(終了率)

- 都道府県別の特定保健指導終了率は、全国平均7.8%を上回り、8.6%(全国26位)となっている。
- 支援別では、動機付け支援終了率が12.7%(全国24位)、積極的支援終了率が5.7%(全国20位)となっている。



(3) 本県の年齢・男女別の実施率(終了率)

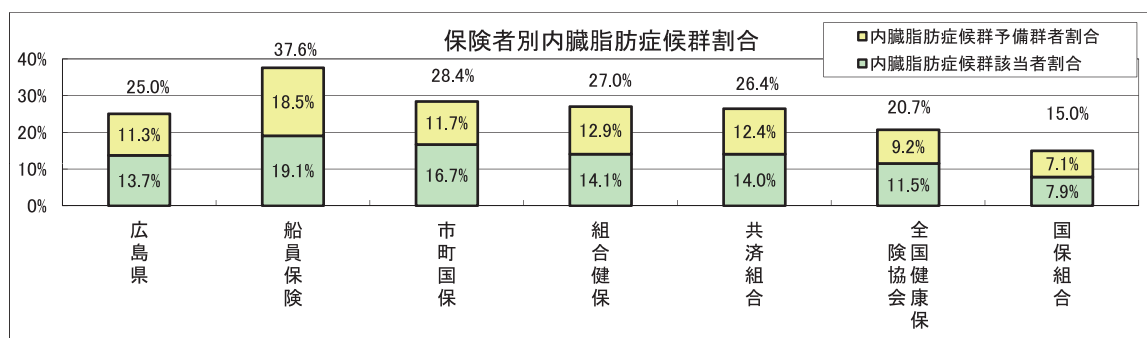
- 本県の特定健康診査受診者のうち男女別・年齢別の特定保健指導対象者は、男性は28.7%で、女性の10.0%を大幅に上回り、特に40代～50代が多い。
- 特定保健指導終了率は、男性より女性が低く、40歳から59歳は10%以下であるが、60歳以降に急に終了率が、20%台に倍増している。



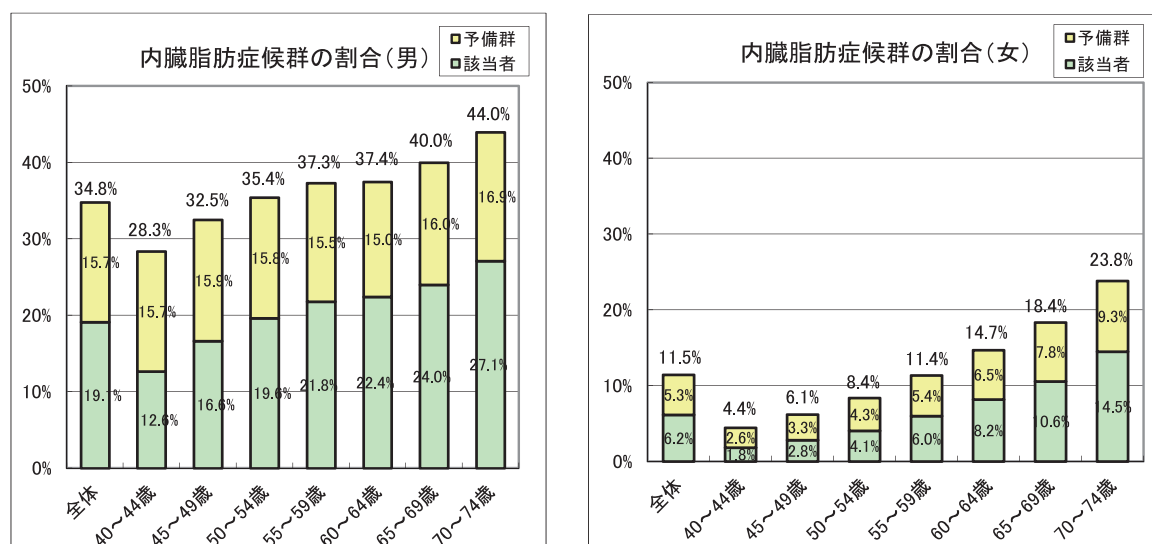
(1) 都道府県別の内臓脂肪症候群の割合

- 都道府県別内臓脂肪症候群割合
- 内臓脂肪症候群予備群者割合
□内臓脂肪症候群該当者割合
- 該当者
全国 14.4%
広島県 13.7%
- 予備群
全国 12.4%
広島県 11.3%
-
- | 都道府県 | 内臓脂肪症候群予備群者割合 (%) | 内臓脂肪症候群該当者割合 (%) |
|------|-------------------|------------------|
| 宮城県 | 18.5 | 12.5 |
| 沖縄県 | 17.5 | 13.0 |
| 岩手県 | 16.5 | 13.5 |
| 徳島県 | 16.0 | 13.5 |
| 秋田県 | 15.5 | 13.5 |
| 茨城県 | 15.5 | 13.5 |
| 石川県 | 15.5 | 13.5 |
| 福井県 | 15.5 | 13.5 |
| 高知県 | 15.5 | 13.5 |
| 香川県 | 15.5 | 13.5 |
| 和歌山県 | 15.5 | 13.5 |
| 兵庫県 | 15.5 | 13.5 |
| 愛知県 | 15.5 | 13.5 |
| 鹿児島県 | 15.5 | 13.5 |
| 富山県 | 15.5 | 13.5 |
| 山形県 | 15.5 | 13.5 |
| 長野県 | 15.5 | 13.5 |
| 埼玉県 | 15.5 | 13.5 |
| 千葉県 | 15.5 | 13.5 |
| 東京都 | 15.5 | 13.5 |
| 大阪府 | 15.5 | 13.5 |
| 京都府 | 15.5 | 13.5 |
| 岡山県 | 15.5 | 13.5 |
| 福岡県 | 15.5 | 13.5 |
| 三重県 | 15.5 | 13.5 |
| 岐阜県 | 15.5 | 13.5 |
| 長野県 | 15.5 | 13.5 |
| 奈良県 | 15.5 | 13.5 |
| 青森県 | 15.5 | 13.5 |
| 山梨県 | 15.5 | 13.5 |
| 新潟県 | 15.5 | 13.5 |
| 神奈川県 | 15.5 | 13.5 |
| 滋賀県 | 15.5 | 13.5 |
| 静岡県 | 15.5 | 13.5 |
| 島根県 | 15.5 | 13.5 |
| 福井県 | 15.5 | 13.5 |
| 佐賀県 | 15.5 | 13.5 |
| 鳥取県 | 15.5 | 13.5 |
| 山梨県 | 15.5 | 13.5 |
| 全国 | 12.4 | 14.4 |

○ 本県の保険者別の内臓脂肪症候群の割合は、予備群を併せると船員保険が37.6%で最も多く、次いで市町国保が28.4%と高い。



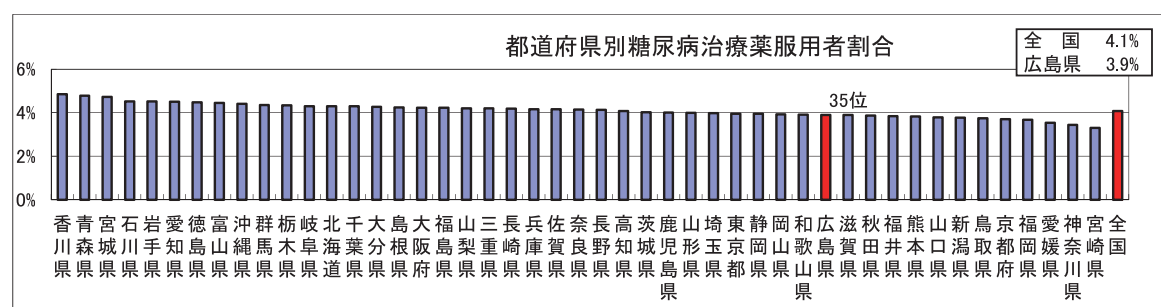
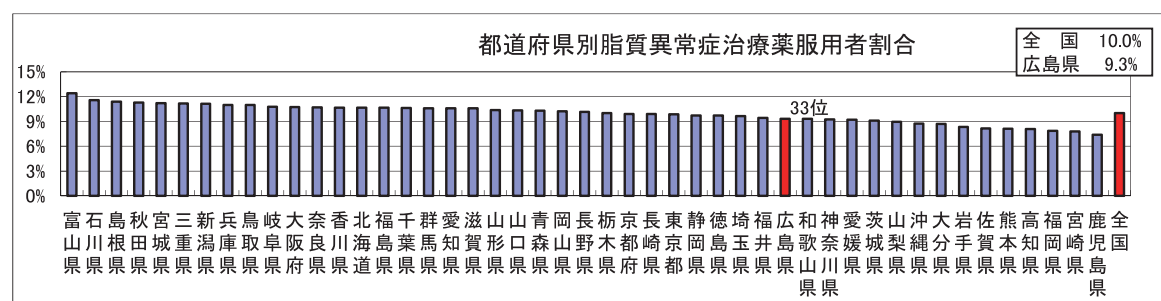
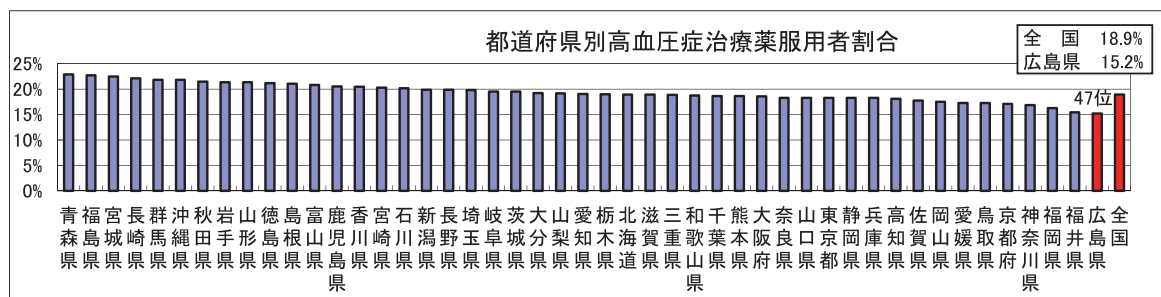
○ 本県の男女別・年齢別の内臓脂肪症候群の割合は、予備群を併せると男性は34.8%で、女性の10.5%を大幅に上回り、男女とも年齢とともに増加している。



5 治療中の者の割合

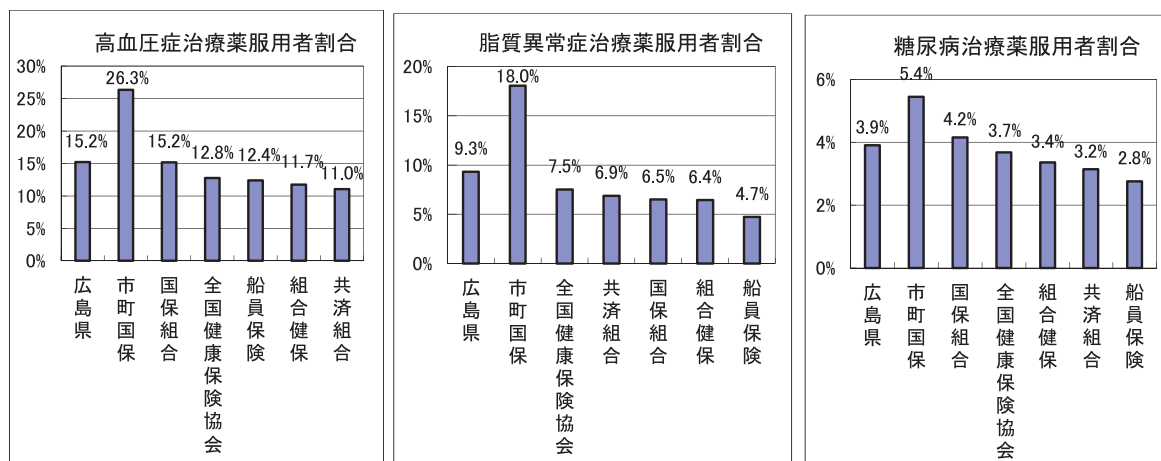
(1) 都道府県別の治療中の者の割合

- 本県の特健康診査受診者のうち治療中の者の割合は、全国平均(高血圧18.9%, 脂質異常症10.0%, 糖尿病4.1%)を下回り、高血圧15.2%(全国47位), 脂質異常症9.3%(全国33位)で、糖尿病3.9%(全国35位)である。



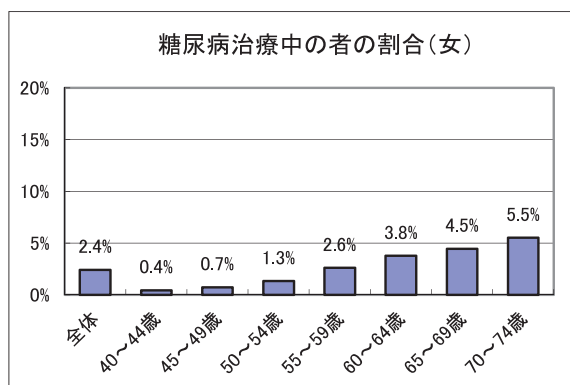
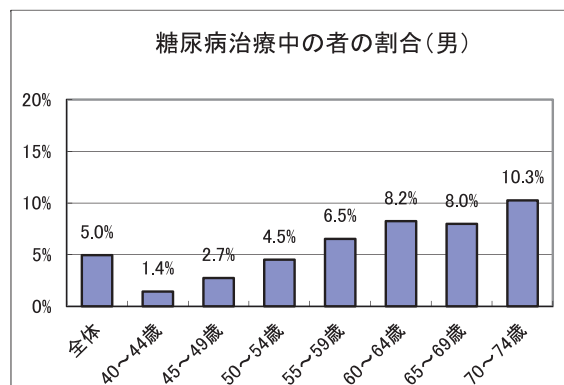
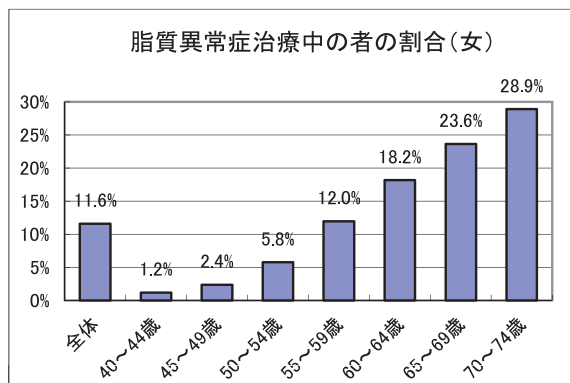
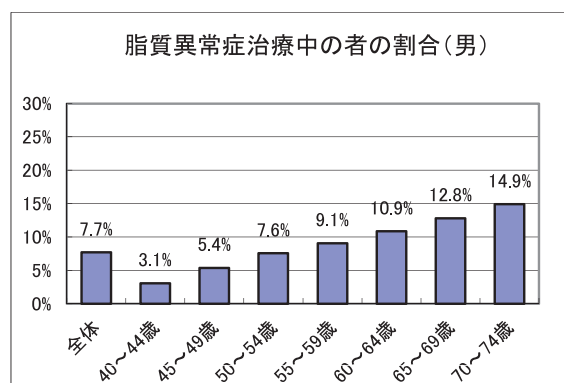
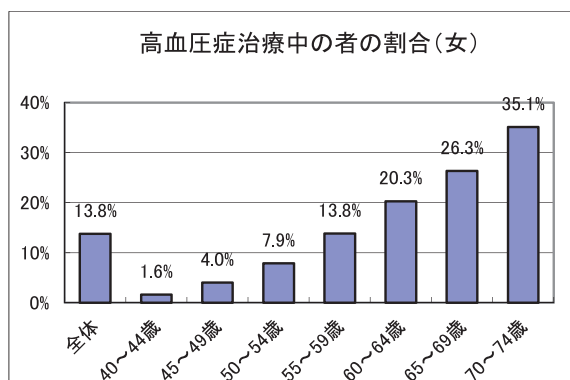
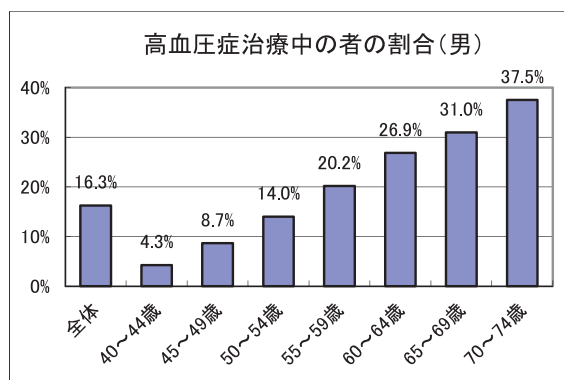
(2) 本県の保険者別の治療中の者の割合

- 本県の保険者別の治療中の者の割合は、市町国保において、高血圧26.3%, 脂質異常症18.0%, 糖尿病5.4%と最も高い。



(3) 本県の男女別・年齢の治療中の者の割合

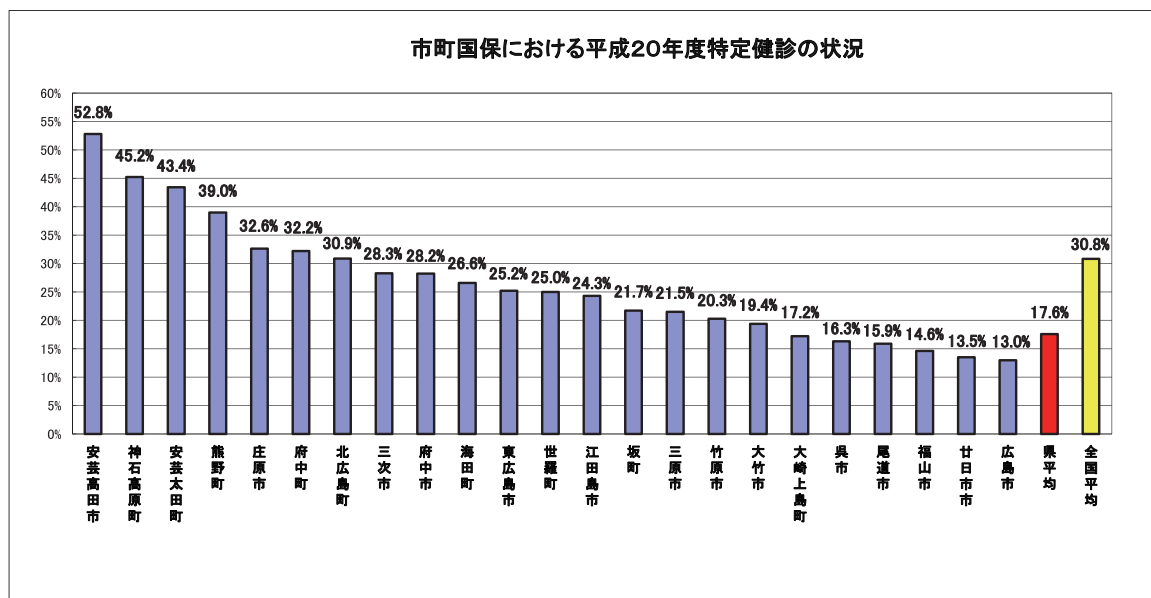
- 治療中の者において、高血圧、糖尿病とも男性の割合が多く、脂質異常症は女性の割合が多い。
- 各疾患において、年齢とともに治療中の者が増加している。



6 市町国保の状況

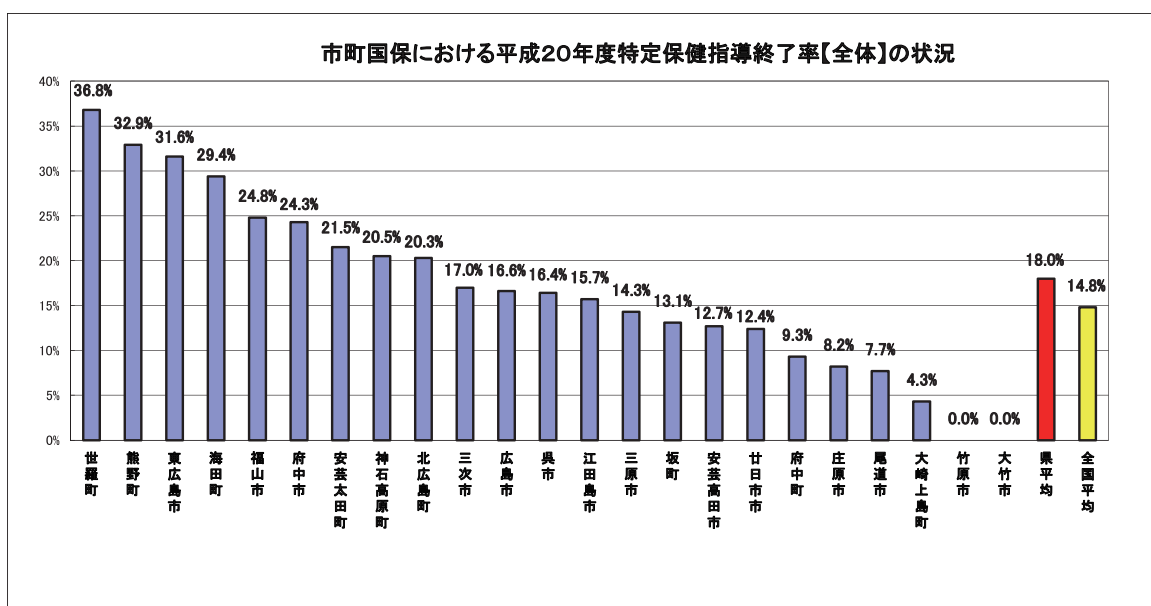
(1) 特定健康診査の受診率

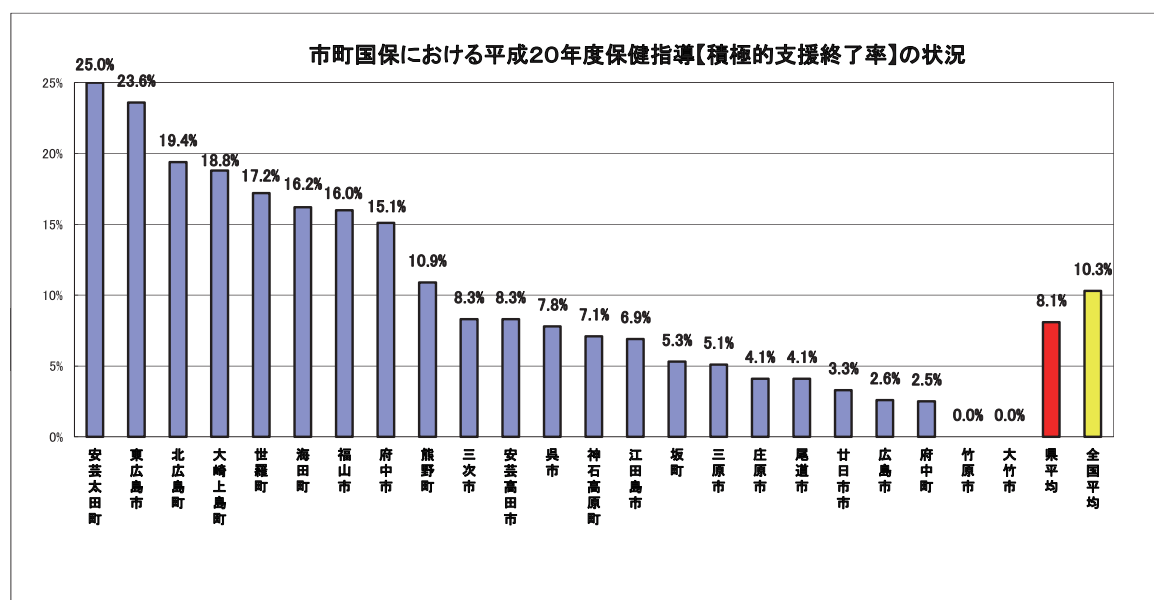
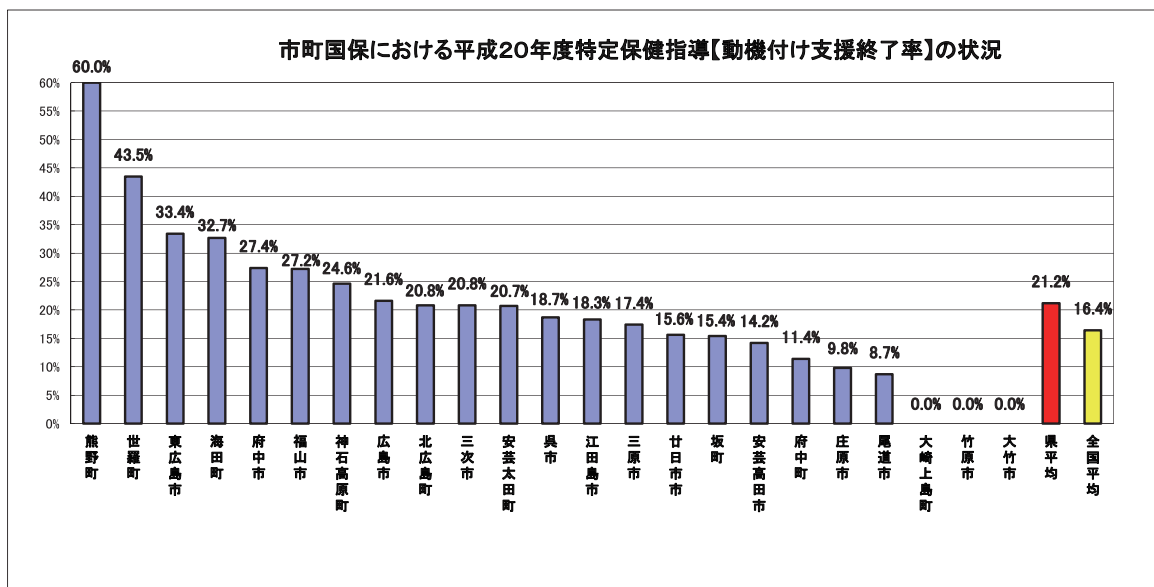
- 市町国保の特定健康診査受診率の県内平均は、全国平均(30.8%)を下回り、17.6%(全国46位)にとどまっている。
- 医療費適正化計画における平成20年度の数値目標(30%)を上回った市町は、7団体となっている。



(2) 特定保健指導の実施率(終了率)

- 市町国保の特定保健指導終了率の県内平均は、全国平均(14.8%)を上回る18.0%(全国23位)となっている。
- 医療費適正化計画における平成20年度の目標値(25%)を上回った市町は、4団体となっている。
- 支援別では、動機付け支援終了率が21.2%(全国21位)、積極的支援終了が8.1%(全国35位)となっている。





7 まとめ

- (1) 県全体の特定健康診査の受診率(33.1%)は、数値目標(30%)を上回っているものの、全国平均(38.3%)を下回っており、特に、市町国保と被用者保険・国保組合の被扶養者の受診率の向上に取り組む必要がある。
- (2) 県全体の特定保健指導の終了率(8.6%)は、全国平均(7.8%)を上回っているものの、数値目標(25%)を下回っており、特に、被用者保険・国保組合の被扶養者終了率の向上に取り組む必要がある。
- (3) 内臓脂肪症候群の該当者の割合は、男女とも年齢とともに増加しており、特に男性の割合が多く、特定保健指導等による生活習慣改善への取組が必要である。
- (4) 特定健康診査受診者中、治療中の者の割合は、年齢とともに増加しており、特に、保険者別では市町国保での割合が多く、若年期からの生活習慣病予防対策が必要である。
- (5) 市町国保については、都市部に位置する市町において、特定健康診査受診率が低いため、特に、受診率の向上に取り組む必要がある。

広島県地域保健対策協議会 メタボリックシンドローム予防特別委員会

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
	井上 典子	広島市医師会臨床検査センター
	大奈良了治	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	岡本 羊子	広島県健康福祉局保健医療部
	吉川 正哉	広島県医師会
	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
	高村 明雄	福山市保健福祉局保健部成人健診課
	田中 純子	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	土屋 隆宏	福山市医師会
	八田 和彦	安芸地区医師会
	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
	槇坪 毅	広島県医師会
	向井 一誠	全国健康保険協会広島支部
	森原 千秋	広島県国民健康保険団体連合会
	山根 公則	広島大学病院
	湯浅 澄広	広島市西保健センター
	吉原 信男	呉市福祉保健部保険年金課

地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

目 次

地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会報告書

- I. 目 的
- II. 方 法
- III. アンケート調査の概要
- IV. アンケート調査結果
- V. 過去のアンケート調査との比較
- VI. 研 修 会 の 開 催
- VII. ま と め

地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

(平成 22 年度)

地域医薬連携における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 地域医薬連携における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. 目 的

平成 4 年の医療法改正により医療提供の基本理念が規定された。その中で、「医療を受ける者の居宅」は「医療提供の場」とされ「在宅医療」は一般に認知されることとなった。

その後、平成 12 年には介護保険制度が導入され、患者が居宅において医療・介護のサービスを受ける「在宅医療」は、今では医療の一形態として定着している。

在宅医療においては、薬物療法が重要な役割を果たしているが、不適切な取扱いによる医薬品の品質低下や、誤った使用による健康被害などの問題点が、従前より指摘されているところである。

そこで、当委員会では、薬剤師の在宅医療への参画を更に進めるため、課題の把握およびその対策の検討を行った。

II. 方 法

広島県薬剤師会で設置したサブワーキンググループからの提案に基づき、在宅医療関係者を対象としたアンケート調査を実施し、在宅患者における薬物療法の現状と課題を把握することとした。

また、在宅医療に参画する薬剤師への要望について、多職種が討議する研修会を開催した。

- 1 委員会
計 3 回開催
- 2 サブワーキンググループ
計 7 回開催
- 3 研修会
平成 23 年 3 月 14 日（月） 19 時～
広島県薬剤師会館 4 階大研修室

III. アンケート調査の概要

- 1 アンケート調査期間
平成 22 年 11 月～12 月
- 2 アンケート調査対象および調査方法
 - (1) 調査対象
呉地区、廿日市地区、尾道地区、三次地区の 4 地区に所在する次の施設の関係者
計 1,858 件
ア 医療機関の医師、歯科医師
…医 師 474 件
…歯科医師 297 件
イ 訪問看護ステーションの看護師
… 160 件
ウ 薬局の管理薬剤師
… 336 件
エ 地域包括センター又は居宅介護支援事業所のケアマネジャー（以下「ケアマネ」という。）、利用者（在宅患者）およびその介護者（家族など）
… 各 197 件
 - (2) 調査方法
各施設に郵送でアンケートを送付、回収（患者および介護者については、ケアマネが手交、回収）
 - (3) 調査内容
別紙調査用紙のとおり

IV. アンケート調査結果

- 1 回収率
回収率は表 1 のとおりであった。

表1 アンケート回収率

対象	送付数	回答数	回収率
医師	474	206	43.5%
歯科医師	297	83	27.9%
看護師	160	79	49.4%
薬剤師	336	230	68.5%
ケアマネ	197	56	28.4%
患者	197	51	25.9%
介護者	197	52	26.4%
計	1,858	757	40.7%

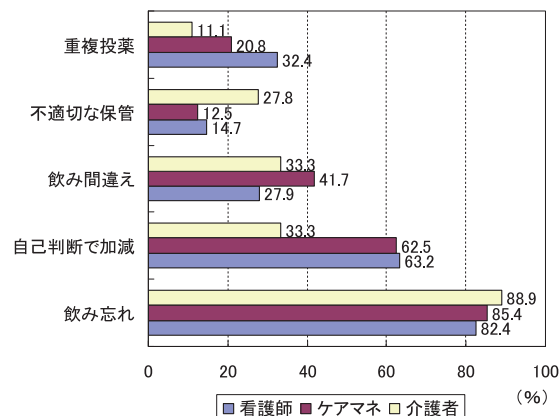


図4 患者の薬について問題だと思うこと

2 調査結果

(1) 患者の服薬状況について

患者は76.5%が「指示どおり飲んでいる」と回答しているのに対し、「指示どおり飲んでいると思う」と回答した医師・歯科医師は17.1%となっていた。

また、看護師・ケアマネの86.0%が「患者の薬の使用・管理に問題がある」と回答しており、患者と医療関係者との認識にずれが見られる。

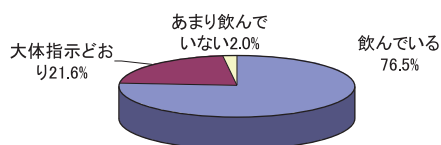


図1 薬は指示どおり飲んでいるか (患者)

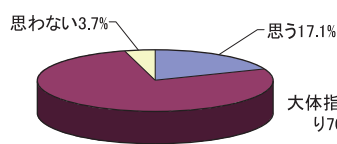


図2 患者は薬を指示どおり飲んでいると思うか (医師・歯科医師)

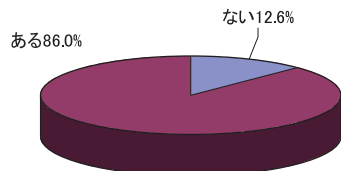


図3 患者の薬の使用・管理状況に問題があると思うか (看護師・ケアマネ)

図3において「ある」と回答した者に問題点を質問したところ、「薬の飲み忘れ」「薬の飲み間違い」「自己判断で薬を加減」と回答した割合が高かった。

(2) 副作用について

在宅患者の薬物療法における副作用については、在宅医療を行っている医師の31.6%が「経験がある」と回答した。

副作用を発見するきっかけは、薬剤師や看護師からの情報よりも、患者本人や介護者からの情報による場合が多い。

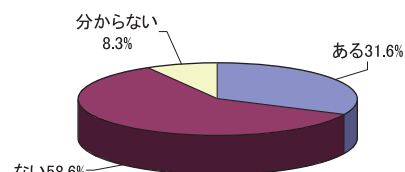
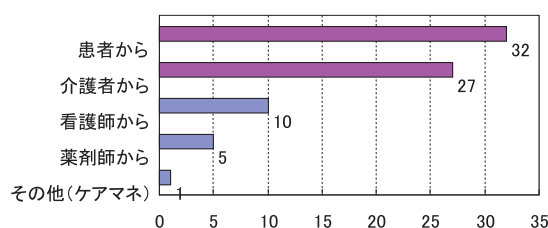


図5 在宅患者で副作用が起きたことがあるか (医師)



※図5で「ある」と回答した医師42名の回答

図6 副作用が起きたとき、誰から情報を入手して発見したか (医師)

一方、患者や介護者は、看護師やケアマネと比較して、身体に現れる症状を副作用と疑う割合が低かった。

患者や介護者の訴えがないために、実際に副作用が起きているにもかかわらず、医師が見逃す可能性がある。

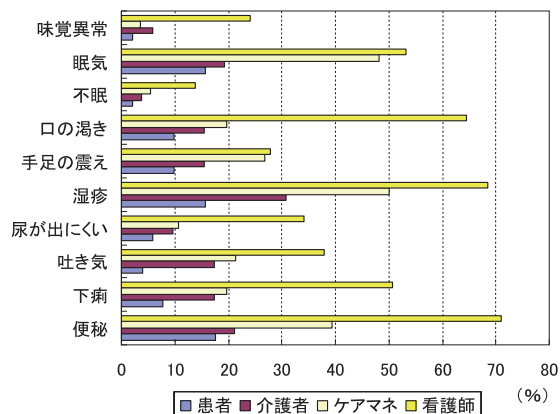


図7 副作用を疑うのはどんな症状か

(3) 薬剤師による訪問薬剤管理指導の認知度

薬剤師の訪問薬剤管理指導については、歯科医師・患者および介護者では、8割以上が「知らない」と回答した。

一方、医師・看護師およびケアマネでは認知度が高かったが、看護師・ケアマネの半数弱は、薬に関して相談できる薬剤師が「いない」と回答していた。

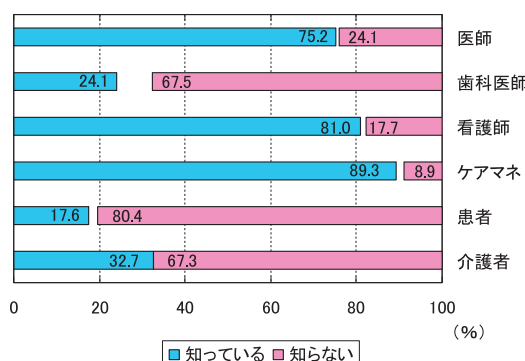


図8 薬剤師の訪問薬剤管理指導を知っているか

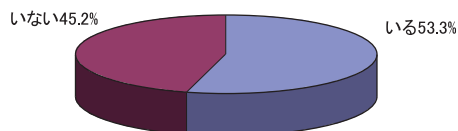


図9 薬に関して相談できる薬剤師がいるか (看護師・ケアマネ)

図10に示すように、ほとんどの薬局が訪問薬剤管理指導ができることを積極的に広報しておらず、これが、前問で訪問薬剤管理指導を行う薬剤師の存在が、歯科医師・患者および介護者に知られていないこと、また、医師・看護師およびケアマネが薬に関して相談できる薬剤師が「いない」と回答している要因となっている可

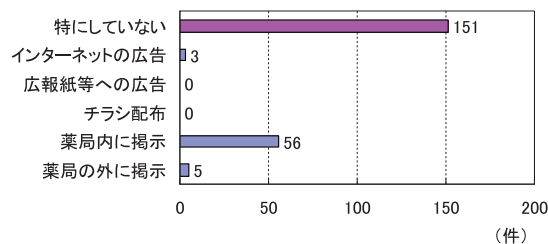


図10 訪問薬剤管理ができる薬局であることを広報しているか (薬剤師) ※複数回答

能性がある。

(4) 薬剤師が在宅医療に参画できない理由

薬剤師がなかなか在宅医療の現場に出て行けない理由の一つは、医師の指示や患者などの要望がないことである。

一方、薬剤師側の問題もある。図12において「参画したいができない」「参画したくない」と回答した薬剤師が過半数を占めており、その理由として、特に1人薬剤師の薬局において、人員・時間に余裕がないという回答が多かった。

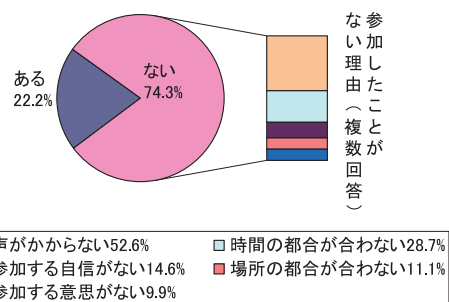


図11 ケアカンファレンスに参加したことがあるか (薬剤師)

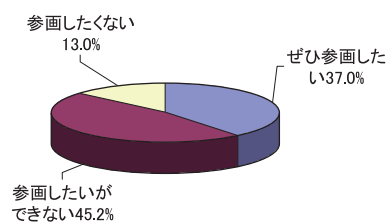
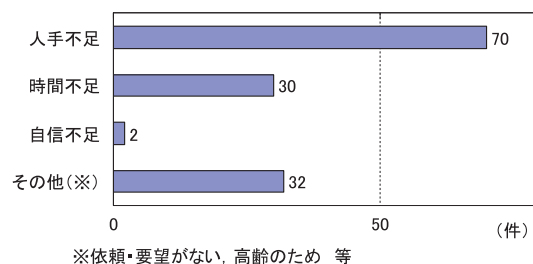


図12 在宅医療に積極的に参画したいか (薬剤師)



※依頼・要望がない、高齢のため 等

図13 参画したくない (できない) 理由 (薬剤師) ※複数回答

(5) 薬剤師への期待

薬剤師にもっと関わってほしいと思う割合は、薬剤師による訪問薬剤管理指導の認知度との相関性が見られる。

また、訪問した薬剤師の業務として、医師が最も期待するのは「使い方の指導」(74.5%)、看護師・ケアマネ・患者が最も期待するのは「副作用の説明」(それぞれ 83.3%, 78.3%, 62.5%), 介護者が最も期待するのは「効能効果の説明」(75.0%) であった。

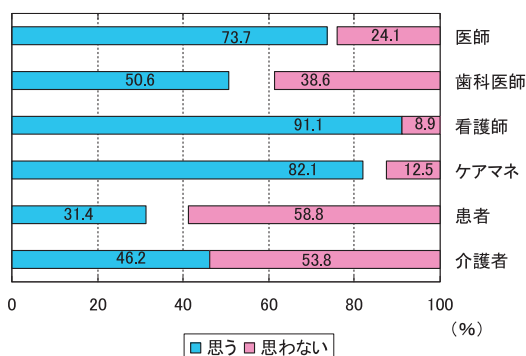


図14 在宅患者の薬剤管理についてもっと薬剤師に関わってほしいと思うか

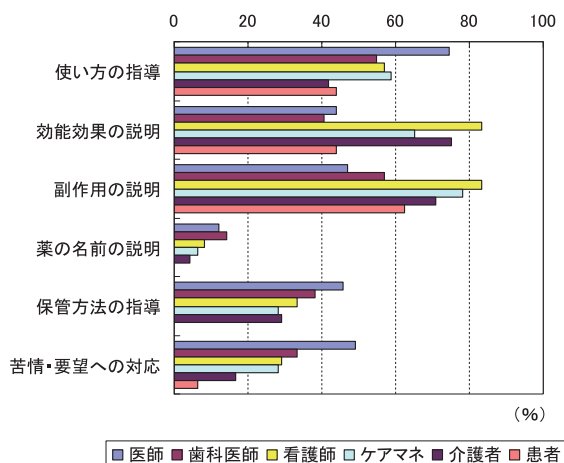


図15 薬剤師の訪問で期待すること
※複数回答

V. 過去のアンケート調査との比較

在宅患者の薬物療法に関するアンケートは、当協議会で、介護保険制度導入後間もない平成14年度にも実施している。

調査対象はケアマネを除き今回の調査対象とほぼ同じであることから、同様の設問に対する回答状況を比較した。

1 在宅医療の進展状況

在宅医療を行っている医師の割合は63.1%（前回57.3%）であり、微増していた。

一方、訪問薬剤管理指導に関与した薬剤師は18.3%（前回29.0%）であり、僅かに減少していた。

また、薬剤師に訪問薬剤管理指導を指示したことがある医師の割合は17.3%（前回20.5%）であり、減少していた。

2 患者の服薬状況

患者が「指示どおり薬を飲んでいる」と回答した割合は76.5%（前回73.7%）であった。

一方、医師・歯科医師が「患者が指示どおり薬を飲んでいる」と回答したのは17.1%（前回45.6%）であった。

前回と変わらず、患者と医師・歯科医師の服薬状況への認識にずれがあるが、患者が服薬遵守していないと判断している医師・歯科医師の割合が増加していた。

また、薬剤の使用・管理に関する問題についての看護師の回答を比較すると、前回も今回も、最も多いのは「飲み忘れ・飲み間違い」74.7%（前回69.4%）であり、次いで「自己判断で服用」54.4%（前回61.1%）、「使用法を理解していない」35.4%（前回50.0%）、「服薬管理をしていない」34.2%（前回47.2%）、「重複投薬」27.8%（前回27.8%）などであった。

3 薬剤師による訪問薬剤管理指導の認知度

薬剤師による訪問薬剤管理指導について、「知っている」と回答した割合を見ると、医師75.2%（前回84.9%）、歯科医師24.1%（前回11.8%）、看護師81.0%（前回83.3%）、介護員32.7%（前回65.2%）であった。

医師および看護師にあつては、ほぼ同じ水準で、高い割合で認知されている。

歯科医師については、前回70%以上が未回答であったため、単純に比較できない。

また、介護員の認知度は前回調査よりも下がっているが、今回は前回の調査対象である居宅介護支援事業所の介護員に加え家族も対象としたためと考えられる。しかし、何れにしても実際に最も患者の近くにいる介護員や家族の認知度が低く、在宅医療において薬剤師を活用するためにも、何らかの啓発活動が必要と思われる。

4 薬剤師への期待

副作用と思われる症状を発見したときの対応として、「薬剤師に相談する」と回答した割合は、看護師 17.7%（前回 8.3%）、介護者 13.5%（前回 0.0%）であり、薬剤師に相談する割合は増加している。

また、薬剤師にもっと関わってほしい（制度を利用したい）と回答している患者の割合は、前回の 18.1% から 31.4% と増加している。

Ⅵ. 研修会の開催

アンケート調査結果を踏まえ、在宅医療関係者を対象とした研修会を開催した。

1 日 時

平成 23 年 3 月 14 日（月）19 時から

2 場 所

広島県薬剤師会館（広島市中区富士見町 11-42）

3 参加者

105 名（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネなど）

4 内 容

「在宅医療と薬剤師～他職種が本音で語る薬剤師への要望～」と題し、アンケート調査結果の報告を行った。その後、調査対象職種の代表（患者および介護者は看護師による代弁）が、日頃の経験を交えながら薬剤師への提言、要望を述べた。

Ⅶ. ま と め

今回の調査により、在宅患者の薬物療法には、飲み間違いや自己判断の服用など、まだ問題点が多いことがわかり、在宅医療への薬剤師の参画の必要性を再認識することとなった。

また、薬剤師による訪問薬剤管理指導の認知度は職種により差があり、認知度の高い職種ほど、薬剤師の参画への期待が大きいという結果となっている。

一方で、薬剤師の在宅医療への参画は、十分とはいえない現状があることも分かった。

その要因として、患者や家族、介護者など一般的に認知度が低いこと、また、薬剤師自身が参画に消極的であることがあげられる。

今後、さらに進展することが予想される在宅医療で薬剤師が医療チームの一員として貢献するためには、「薬のことは薬剤師に」という認識を深めてもらえるよう広報をするとともに、他職種からの信頼とともに患者からも信頼され、必要とされる薬剤師となるよう、薬剤師自身がいっそう努力し、在宅医療に積極的に参画することが必要である。

終わりに、調査研究の実施に御協力いただいた（社）広島県薬剤師会サブワーキンググループ委員の皆様、NPO 法人広島県介護支援専門員協会、研修会に御参加いただいた各発言者の皆様に感謝いたします。

広島県地域保健対策協議会
地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

研修会

「在宅医療と薬剤師 ～他職種が本音で語る薬剤師への要望～」

開催日時：平成23年3月14日(月)午後7時

開催場所：広島県薬剤師会館 4F 講堂

1. 開 会

広島県医師会 常任理事 有 田 健 一

2. アンケート結果報告及びパネルディスカッション

座長： 広島大学病院薬剤部教授 木 平 健 治

アンケート報告 広島県薬剤師会 理事 豊 見 敦

発 言 者

佐伯地区医師会 理事 木 村 泰 博

広島県歯科医師会 公衆衛生部 常任委員 佐々木 直

広島県看護協会訪問看護ステーション「若草」所長 川 上 幸 子

広島県看護協会訪問看護ステーション「若草」緩和ケア認定看護師
高 瀬 真由美

NPO 法人広島県介護支援専門員協会 副理事長兼ケアマネ相談室長
名 越 静 香

広島市薬剤師会 理事 坂 本 徹

3. 閉 会

広島県医師会 常任理事 有 田 健 一

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

所在地の市・町名:

標榜科:

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

- 1 在宅医療の経験年数
① 0年 ② 3年未満 ③ 3～5年未満 ④ 5～10年未満 ⑤ 10年以上
- 2 在宅医療を行っている患者の人数
① 0人 ② 1～9人 ③ 10～19人 ④ 20～29人 ⑤ 30～39人 ⑥ 40～49人
⑦ 50人以上
- 3 介護保険の「医師の意見書」で、「訪問薬剤管理指導が必要」と書いたことがありますか。
① ある ② ない
- 4 (1) 在宅患者訪問薬剤管理指導・薬剤師居宅療養管理指導を指示したことがありますか。
① ある ② ない
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのような患者ですか。
① 麻薬を施用する患者 ② 向精神薬を施用する患者
③ 本人・家族が薬剤を管理できない患者
④ その他()
- 5 (1) 患者が複数の医療機関に受診しているかどうかを把握していますか。
① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない
(2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者が医療機関から処方されている薬について、全て把握していますか。
① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない
(3) (2)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の薬について把握するために、お薬手帳を活用していますか。
① はい ② いいえ
- 6 (1) 自分が患者に処方した薬の服薬状況を把握していますか。
① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない
(2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の服薬状況は、どのようにして把握していますか。
① 患者に聴き取っている ② 薬剤師を介して把握している
③ 看護師を介して把握している ④ 介護者(家族含む)を介して把握している
⑤ その他()

- 7 (1) 患者は、指示どおり薬を飲んでいると思いますか。
① 思う ② だいたい指示どおり飲んでいると思う ③ 思わない
(2) (1)で②、③を回答された方にお尋ねします。指示どおり飲んでいない理由は何ですか。(複数回答可)
① 飲み忘れている ② 飲み間違えている ③ 飲みにくいからと飲んでいない
④ 飲み方や薬の種類がよく分かっていない ⑤ 効かないと判断して飲むのを止めている
⑥ 症状が良くなかったと判断して飲むのを止めている
⑦ 薬の量が多いからと飲むのを止めている
⑧ その他、自分で薬の飲み方を判断している
⑨ その他()
- 8 (1) 在宅患者の薬物療法で、困ったことがありますか。
① ある ② ない ③ よく分からない
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのようなことですか。(複数回答可)
① 患者が指示どおり薬を飲まない ② 薬の保管方法等がずさん
③ 他の医療機関から処方された薬の内容が把握できない
④ 重複投薬や併用すると副作用の出る薬のチェックができない
⑤ その他()
- 9 (1) 在宅患者の薬物療法で、副作用が起きたことがありますか。
① ある ② ない ③ よく分からない
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのようにして発見されましたか。
① 患者に聴き取った ② 薬剤師を介して発見した ③ 看護師を介して発見した
④ 介護者(家族含む)を介して発見した
⑤ その他()
- 10 他職種と連携はありますか(ケアカンファレンス等)。
① ある ② ない
- 11 薬剤師の訪問薬剤管理指導についてご存知ですか。
① 知っている ② 知らない
- 12 (1) 薬剤師がもつと在宅患者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。
① 思う ② 思わない
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。どんな患者について、薬剤師に関わってほしいですか。
① 麻薬を施用する患者 ② 向精神薬を施用する患者
③ 本人・家族が薬を管理できない患者
④ その他()

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

土地の市・町名:

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

在宅医療の経験年数 ① 0年 ② 3年未満 ③ 3～5年未満 ④ 5～10年未満 ⑤ 10年以上

2 在宅医療を行っている患者の人数

① 0人 ② 1~9人 ③ 10~19人 ④ 20~29人 ⑤ 30~39人 ⑥ 40~49人
⑦ 50人以上

①ある ②ない

4(1)在宅患者訪問薬剤管理指導・薬剤師居宅療養管理指導を指示したことがありますか。

① ある ② ない

(2) (1)を回答された方にお尋ねします。そればどのような患者ですか。

① 麻薬を施用する患者 ② 向精神薬を施用する患者
③ 本人・家族が薬剤を管理できない患者
④ その他()

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのような患者ですか。

5(1) 患者が複数の医療機関に受診しているかどうかを把握していますか。

① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない

(2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者が医療機関から処方されている薬について、全て把握していますか。

① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない

③(3)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の薬について把握するために、お薬手帳を活用していますか。

① はい ② いいえ

6 訪問歯科診療時に、患者の服用している薬に関する問い合わせをすることがあります。

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

7(1) 自分が患者に処方した薬の服薬状況を把握していますか。

① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない

(2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の服薬状況は、どのようにして把握していますか。

- ① 患者に聴き取っている ② 薬剤師を介して把握している
③ 看護師を介して把握している ④ 介護者(家族含む)を介して把握している
⑤ その他()

8 (1) 患者は、指示どおり薬を飲んでいると思いますか。

- ① 思う ② だいたい指示どおり飲んでいると思う ③ 思わない

(2) (1)で②、③を回答された方にお尋ねします。指示どおり飲んでいない理由は何ですか。(複数回答可)

- ① 飲み忘れている ② 飲み間違えている ③ 飲みにくいからと飲んでいない
④ 飲み方や薬の種類がよく分かっていない ⑤ 効かないと判断して飲むのを止めている
⑥ 症状が良くなったと判断して飲むのを止めている
⑦ 薬の量が多いためと飲むのを止めている
⑧ その他、自分で薬の飲み方を判断している
⑨ その他()

9 (1) 在宅患者の薬物療法で、困ったことがありますか。

- ① ある ② ない ③ よく分からない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのようなことですか。(複数回答可)

- ① 患者が指示どおり薬を飲まない ② 薬の保管方法等がずさん
③ 他の医療機関から処方された薬の内容が把握できない
④ 重複投薬や併用すると副作用の出る薬のチェックができない
⑤ その他()

10 (1) 在宅患者の薬物療法で、副作用が起きたことがありますか。

- ① ある ② ない ③ よく分からない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのようにして発見されましたか。

- ① 患者に聴き取った ② 薬剤師を介して発見した ③ 看護師を介して発見した
④ 介護者(家族含む)を介して発見した
⑤ その他()

11 他職種と連携はありますか(ケアカンファレンス等)。

- ① ある ② ない

12 薬剤師の訪問薬剤管理指導についてご存知ですか。

- ① 知っている ② 知らない

13 (1) 薬剤師がもって在宅患者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。

- ① 思う ② 思わない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。どんな患者について、薬剤師に関わってほしいですか。

- ① 麻薬を施用する患者 ② 向精神薬を施用する患者
③ 本人・家族が薬を管理できない患者
④ その他()

(3) (1)で①を回答された方にお尋ねします。薬剤師が訪問するとしたら、何を期待しますか。(複数回答可)

- ① 薬の使い方の指導 ② 薬の効能効果の説明 ③ 薬の副作用の説明
④ 薬の名前の説明 ⑤ 薬の保管方法の指導 ⑥ 薬に関する要望・苦情への対応
⑦ その他()

(4) (1)で②を回答された方にお尋ねします。薬剤師による訪問薬剤管理指導を必要と思わない理由は何ですか。

14 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

所在地の市・町名:

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

- 1 麻薬の取扱いがありますか。
① ある ② 免許はあるが取り扱ったことはない ③ ない
- 2 在宅患者の自宅に薬を配達したことがありますか。
① ある ② ない
- 3 在宅患者に現在行っているものは何ですか。(複数回答可)
① 薬の配達 ② 訪問薬剤管理指導 ③ 服薬に関する相談
④ 薬の保管管理に関する指導 ⑤ 薬歴管理 ⑥ 居宅の衛生管理に関する指導
⑦ 介護用品の相談応需
⑧ その他()
- 4 居宅での薬の管理について、関係者から相談を受けたことがありますか。(複数回答可)
① 医師 ② 歯科医師 ③ 保健師・看護師 ④ 介護員 ⑤ 患者・家族
⑥ ケアマネジャー
⑦ その他()
- 5 在宅患者から薬に関することでよく聞かれるのは、どんなことですか。(複数回答可)
① 飲み方・使い方 ② 効能効果 ③ 副作用 ④ 名前 ⑤ 保存方法
⑥ 要望・苦情
⑦ その他()
- 6 在宅患者の薬に関する問題は、どんなことですか。(複数回答可)
① 薬を飲みたがらない ② 薬が飲みにくい ③ 服用時点を間違える
④ 服用量を間違える ⑤ 使い方を間違える ⑥ 患者自身の判断で勝手に服用する
⑦ その他()
- 7 (1) 在宅患者で経験された副作用事例は、どんなものですか。(複数回答可)
① 便秘 ② 下痢 ③ 吐き気 ④ 尿が出にくい ⑤ 湿疹 ⑥ 手足の震え
⑦ 口の渇き ⑧ 不眠 ⑨ 眠気 ⑩ 味覚異常
⑪ その他()
(2) (1)で回答された方にお尋ねします。その原因は何でしたか。(複数回答可)
① 重複投薬によると思われるもの ② 複数薬剤における相互作用によると思われるもの
③ 単独の薬剤によるもの ④ 薬剤の誤用によると思われるもの
⑤ その他()
(3) (1)で回答された方にお尋ねします。その時、どのように対応されましたか。

- 8 (1) 薬局での業務中(会話等)、訪問薬剤管理指導が必要だと感じられる患者がいましたか。
① いた ② いなかった
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。その時、どのように対応されましたか。
① 主治医に連絡し、指示を出してもらった
② 患者本人又は家族に、薬剤師の訪問指導の制度があることについて説明した
③ その他()
- 9 (1) 医療関係者以外から、在宅患者訪問薬剤管理指導・薬剤師居宅療養管理指導を求められたことがありますか。
① ある ② ない
(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。誰から依頼されましたか。
① ケアマネジャー ② 介護員等(家族含む)
③ その他()
- 10 最近1年間(平成21年11月～平成22年10月)で、訪問薬剤管理指導を実施したことがありますか。
① ある 保険適用しているもの()件、保険適用していないもの()件
② していない
(1) 在宅医療について、積極的に参画したいですか。
① ぜひ参画したい ② 参画したいができない ③ 参画したくない
(2) (1)で②、③を回答された方にお尋ねします。その理由は何ですか。
- 12 (1) 医師から訪問の指示(依頼)があったとき、対応できますか。
① 現に対応している ② 過去に対応しており、できる ③ 対応したことはないが、できる
④ 対応できない
(2) (1)で④を回答された方にお尋ねします。できない理由は何ですか。(複数回答可)
① 訪問薬剤管理指導の届出はしているが、自信がない
② 訪問薬剤管理指導の届出はしているが、人員の余裕がない
③ 訪問薬剤管理指導の届出はしているが、業務の時間が合わない
④ 訪問薬剤管理指導の届出をしていない
⑤ その他()
- 13 訪問可能な時間帯はいつですか。(開局時間内・随時可能 等)

	薬剤師用	薬剤師用
14	訪問可能な範囲はどのくらいですか。 ① 徒歩()分以内 ② 車で()分以内 ③ 制限なし ④ その他()	⑤ 患者情報が入手できない ⑥ その他()
15	在宅医療に関する知識の習得に努めていますか。(複数回答可) ① 研修の受講 ② 通信教育の利用 ③ 専門書籍(雑誌) ④ その他() ⑤ 特に努めていない	23 在宅医療参画に関して、薬剤師会に実施してほしいことは何ですか。(複数回答可) ① 事例研修会の開催 ② 近隣薬局とのネットワーク構築 ③ 他職種との連携構築 ④ 社会的認知度の向上 ⑤ その他()
16	薬局で、介護用品(オムツ・寝衣・寝具・車椅子・介護食等)を提供していますか。	24 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。
17	① 薬局に常時陳列 ② 陳列はないが、注文を受け付け取り寄せ ③ 提供していない 薬局で介護用品を提供できることを広報していますか。(複数回答可) ① 薬局の外に掲示 ② 薬局内に掲示 ③ チラシ配布 ④ 広報紙等への広告 ⑤ インターネット広告 ⑥ その他() ⑦ 特にしていない	
18	訪問薬剤管理指導ができる薬局であることを広報していますか。(複数回答可) ① 薬局の外に掲示 ② 薬局内に掲示 ③ チラシ配布 ④ 広報紙等への広告 ⑤ インターネット広告 ⑥ その他() ⑦ 特にしていない	
19	(1) ケアカンファレンスに参加したことがありますか。 ① ある ② ない (2) (1)で②を回答された方にお尋ねします。参加したことがない理由は何ですか。(複数回答可) ① 声がかからない ② 開催時間が都合に合わない ③ 開催場所が都合に合わない ④ 在宅医療に参画する自信がない ⑤ 在宅医療に参画する意思がない ⑥ その他()	
20	在宅患者について、どのような他職種の人と連携していますか。(複数回答可) ① 医師 ② 歯科医師 ③ 保健師・看護師 ④ 介護員 ⑤ その他() ⑥ 連携していない	
21	在宅患者の薬の管理について、ケアマネジャーと相談したことがありますか。 ① ある ② ない	
22	訪問薬剤管理指導を行う上で困る点は何ですか。(複数回答可) ① 患者や家族からの要望がない ② 医師からの指示が出ない ③ 患者から拒否される ④ 1人薬剤師等の理由で訪問が無理	

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

所在地の市・町名：

職種：看護師 保健師 介護員 その他（ ）

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、（ ）内にその内容を具体的に記入してください。

1 在宅医療の経験年数

- ① 3年未満 ② 3～5年未満 ③ 5～10年未満 ④ 10年以上

2 (1) あなたが訪問している患者は何人ですか。

- ① 0人 ② 1～9人 ③ 10～19人 ④ 20～29人 ⑤ 30～39人 ⑥ 40～49人
⑦ 50人以上

2 (2) (1)で①以外を回答された方にお尋ねします。そのうち、薬剤師の訪問薬剤管理指導を受けている人は何人ですか。

()人

3 (1) 患者が医療機関から処方されている薬について、全て把握していますか。

- ① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない人もいる
④ 全く把握していない

2 (2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の薬について把握するために、お薬手帳を活用していますか。

- ① はい ② いいえ

4 患者の薬の効果や副作用について、誰から説明を受けていますか。

- ① 医師・歯科医師 ② 薬剤師 ③ 事業所の管理者 ④ 患者本人又は家族
⑤ 誰からも説明を受けていない
⑥ その他（ ）

5 (1) 患者の薬の使用・管理の状況について、問題だと思いませんか。

- ① ある ② ない

2 (2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどんなことですか。(複数回答可)

- ① 飲み忘れている ② 飲み間違えている
③ 自分の判断で回数や薬の量を加減している ④ 薬が飲みにくい
⑤ 患者又は家族が使用方法について正しく理解していない ⑥ 薬の保管が適切でない
⑦ 患者又は家族が薬の管理・服薬の確認をしていない(できない)
⑧ 複数の医療機関から、重複して薬をもらっている
⑨ 保健師・看護師・介護員等の助言を聞き入れない
⑩ その他（ ）

6 患者に処方されている薬の効果・副作用等について、理解していますか。

- ① 十分理解している ② ある程度理解している ③ あまり理解していない

7 薬の副作用を疑うのは、どんな症状ですか。(複数回答可)

- ① 便秘 ② 下痢 ③ 吐き気 ④ 尿が出にくい ⑤ 湿疹 ⑥ 手足の震え
⑦ 口の渇き ⑧ 不眠 ⑨ 眠気 ⑩ 味覚異常

8 副作用と思われる症状を発見した時に、どのように対応しますか。

- ① 医師に相談 ② 薬剤師に相談 ③ その他（ ）に相談
④ 訪問者の判断で処置
⑤ その他（ ）

9 副作用発生時の対応で、日頃困っていること、難しいことは何ですか。

10 他職種と連携はありますか(ケアカンファレンス等)。

- ① ある ② ない

11 粉碎や、簡易懸濁法にはいけない薬があることを知っていますか。

- ① 知っている ② 知らない

12 飲みにくい薬を粉碎したり、懸濁したりする場合の判断は、誰が行いますか。

- ① 医師・歯科医師 ② 薬剤師 ③ 保健師・看護師又は介護員(自ら)
④ その他（ ）

13 医師から処方された薬と、店で買った一般医薬品、サプリメント、健康食品等との飲み合わせを、相談したことがありますか。

- ① 薬剤師に相談したことがある ② 医師に相談したことがある
③ 薬剤師以外（ ）に相談したことがある ④ 相談したいが適当な人がいない
⑤ 相談する必要を感じない

14 薬剤師に相談するのは、どんな時ですか。(複数回答可)

- ① 薬が飲みにくい時 ② 薬を飲んで体調が変わった時 ③ 薬の数が合わない時
④ 薬を飲み忘れた時 ⑤ 何の薬か分からなくなった時
⑥ 指示された飲み方が、患者の生活習慣と合っていない時
⑦ その他（ ）

15 薬に関して相談できる薬剤師がいますか。

- ① いる ② いない

16 薬剤師の訪問薬剤管理指導についてご存知ですか。

- ① 知っている ② 知らない

17 (1) 薬剤師がもっと在宅患者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。

- ① 思う ② 思わない

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

所在地の市・町名：

- (2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。薬剤師が訪問するとしたら、何を相談したいですか。(複数回答可)
- ① 薬の使い方 ② 薬の効能効果 ③ 薬の副作用 ④ 薬の名前
⑤ 薬の保管方法 ⑥ 薬に関する要望・苦情
⑦ その他()
- (3) (1)で②を回答された方にお尋ねします。薬剤師による訪問薬剤管理指導を必要と思わない理由は何か。
- 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。

- ◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。
- 1 在宅医療の経験年数
① 3年未満 ② 3～5年未満 ③ 5～10年未満 ④ 10年以上
- 2 ケアプランに「薬剤師居宅療養管理指導」を入れたことがありますか。
① ある ② ない
- 3 (1) 利用者が複数の医療機関に受診しているかどうかを把握していますか。
① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない
- (2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。利用者が医療機関から処方されている薬について、全て把握していますか。
① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない
- (3) (2)で①、②を回答された方にお尋ねします。利用者の薬について把握するために、お薬手帳を活用していますか。
① はい ② いいえ
- 4 (1) 利用者の薬の使用・管理の状況について、問題だと思いませんか。 (複数回答可)
① ある ② ない
- (2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどんなことですか。 (複数回答可)
① 飲み忘れている ② 飲み間違えている
③ 自分の判断で回数や薬の量を減減している ④ 薬が飲みにくい
⑤ 利用者が又は家族が使用方法について正しく理解していない ⑥ 薬の保管が適切でない
⑦ 利用者又は家族が薬の管理・服薬の確認をしていない(できない)
⑧ 複数の医療機関から、重複して薬をもらっている
⑨ 保健師・看護師・介護員等の助言を聞き入れない
⑩ その他()
- 5 (1) 利用者は、指示どおり薬を飲んでると思いますか。
① 思う ② だいたい指示どおり飲んでると思う ③ 思わない

(2) (1)で②、③を回答された方にお尋ねします。指示どおり飲んでいない理由は何ですか。(複数回答可)

- ① 飲み忘れている ② 飲み間違えている ③ 飲みにくいからと飲んでいない
 ④ 飲み方や薬の種類がよく分かっていない ⑤ 効かないと判断して飲むのを止めている
 ⑥ 症状が良くなったと判断して飲むのを止めている
 ⑦ 薬の量が多いからと飲むのを止めている
 ⑧ その他、自分で薬の飲み方を判断している
 ⑨ その他()

6 (1) 利用者の薬物療法で、トラブルが起きたことがありますか。

- ① ある ② ない ③ よく分からない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどのようなことですか。(複数回答可)

- ① 利用者が指示どおり薬を飲まない ② 薬の保管方法等がずさん
 ③ 他の医療機関から処方された薬の内容が把握できない
 ④ 重複投薬や併用すると副作用の出る薬のチェンジができない
 ⑤ その他()

7 利用者の薬物療法で、副作用と思われる症状を発見したことがありますか。

- ① ある ② ない ③ よく分からない

8 薬の副作用を疑うのは、どんな症状ですか。(複数回答可)

- ① 便秘 ② 下痢 ③ 吐き気 ④ 尿が出にくい ⑤ 湿疹 ⑥ 手足の震え
 ⑦ 口の渇き ⑧ 不眠 ⑨ 眠気 ⑩ 味覚異常
 ⑪ その他()

9 副作用と思われる症状を発見した時に、どのように対応しますか。

- ① 医師に相談 ② 薬剤師に相談 ③ その他()に相談
 ④ 訪問者の判断で処置
 ⑤ その他()

10 副作用発生時の対応で、日頃困っていること、難しいことは何ですか。

11 (1) 薬剤管理に問題のある利用者のサービス担当者会議に、薬剤師を参加させていますか。

- ① はい ② いいえ

(2) (1)で②を回答された方にお尋ねします。参加させていない理由は何ですか。

- ① 適当な薬剤師を知らない ② 薬剤師を参加させる必要性を感じない
 ③ その他()

12 薬剤師に相談するのは、どんな時ですか。(複数回答可)

- ① 薬が飲みにくい時 ② 薬を飲んで体調が変わった時 ③ 薬の数が合わない時
 ④ 薬を飲み忘れた時 ⑤ 何の薬か分からなくなった時
 ⑥ 薬を飲むよう指示された時間が、利用者の生活習慣と合っていない時
 ⑦ その他()

13 薬に関して相談できる薬剤師がいますか。

- ① いる ② いない

14 薬剤師の居宅療養管理指導についてご存知ですか。

- ① 知っている ② 知らない

15 500円で薬剤師による居宅療養管理指導ができることを知っていますか。

- ① 知っている ② 知らない

16 (1) 薬剤師がもっと利用者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。

- ① 思う ② 思わない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。薬剤師が訪問するとしたら、何を相談したいですか。(複数回答可)

- ① 薬の使い方 ② 薬の効能効果 ③ 薬の副作用 ④ 薬の名前
 ⑤ 薬の保管方法 ⑥ 薬に関する要望・苦情
 ⑦ その他()

(3) (1)で②を回答された方にお尋ねします。薬剤師による居宅療養管理指導を必要と思わない理由は何ですか。

17 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

住所地の市・町名:

患者の性別: 男 女

記入者: 本人 家族 看護師 保健師 介護員 その他()

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

- 1 患者の年齢
① 40代未満 ② 40代・50代 ③ 60代 ④ 70代 ⑤ 80代以上
- 2 介護度・支援度
① 要介護1 ② 要介護2 ③ 要介護3 ④ 要介護4 ⑤ 要介護5
⑥ 要介護認定なし ⑦ 要支援 ⑧ 障害者認定 ⑨ 難病認定
- 3 現在服用している薬は何種類ですか。
① 0種類 ② 1種類 ③ 2～4種類 ④ 5～9種類 ⑤ 10種類以上
- 4 お薬手帳を持っていますか。
① はい ② いいえ
- 5 薬剤師の訪問薬剤管理指導を受けたことがありますか。
① はい ② いいえ
- 6 薬は主に誰が管理していますか。
① 患者本人 ② 家族 ③ 介護員 ④ 保健師・看護師
⑤ その他()
- 7 薬の効果や副作用について、誰から説明を受けていますか。
① 医師・歯科医師 ② 薬剤師 ③ 事業所の管理者 ④ 家族
⑤ 誰からも説明を受けていない
⑥ その他()
- 8 (1) 薬の説明に満足していますか。
① はい ② いいえ
(2) (1)で②を回答された方にお尋ねします。満足していないのはどんなことですか。(複数回答可)
① 自分の聞きたい内容に答えてくれない ② 説明が一方的で、よく理解できない
③ 説明が専門的過ぎて、理解できない ④ 説明者の勉強不足を感じる
⑤ その他()

- (3) (1)で②を回答された方にお尋ねします。満足できない時はどうしますか。
① 理解できるまで(納得のいくまで)聞き返す ② 適当に答えてそのままにする
③ 他の人に聞く
④ その他()
- 9 (1) 薬は指示どおり飲んでいますか。
① 指示どおり飲んでいる ② だいたい指示どおり飲んでいて
③ あまり飲んでいない ④ 全然飲んでいない
- (2) (1)で①以外を回答された方にお尋ねします。指示どおり飲まなかった(飲めなかった)のはなぜですか。
① 飲み忘れた ② 飲み間違えた ③ 飲み方は自分で判断している
④ 薬が飲みにくい形をしている ⑤ 飲み方や薬の種類がよく分からない
⑥ 効かないので飲むのを止めた ⑦ 症状が悪くなったので飲むのを止めた
⑧ 薬の量が多い ⑨ 薬が途中でなくなつた
⑩ その他()
- 10 薬の副作用を疑うのは、どんな症状ですか。(複数回答可)
① 便秘 ② 下痢 ③ 吐き気 ④ 尿が出にくい ⑤ 湿疹 ⑥ 手足の震え
⑦ 口の渇き ⑧ 不眠 ⑨ 眠気 ⑩ 味覚異常
⑪ その他()
- 11 薬の使用・管理について、工夫していることがあったら、記入してください。
内服薬:
外用薬:
注射薬:
- 12 薬を飲み忘れた時や、飲みにくい時は、どうしていますか。
① 医師に相談 ② 薬剤師に相談 ③ その他()に相談
④ 誰にも相談しない(自分で判断)
⑤ その他()
- 13 飲み残した薬や飲まなくなつた薬は、どうしていますか。(複数回答可)
① そのまま残している ② 捨てている ③ 他者にあげている
④ その他()
- 14 薬を飲んで身体の変常を感じた時は、どうしていますか。
① すぐ医師に相談 ② オグ薬剤師に相談
③ そのまま飲み続け、往診時に医師に相談 ④ そのまま飲み続け、誰にも相談しない
⑤ 誰にも相談せず、飲むのを止める
⑥ その他()

15 医師から処方された薬と、店で買った一般医薬品、サプリメント、健康食品等との飲み合わせを、相談したことがありますか。

- ① 薬剤師に相談したことがある ② 医師に相談したことがある
③ 薬剤師以外()に相談したことがある ④ 相談したいが適当な人がいない
⑤ 相談する必要があると感じない

16 薬剤師に相談するのは、どんな時ですか。(複数回答可)

- ① 薬が飲みにくい時 ② 薬を飲んで体調が変わった時 ③ 薬の数が合わない時
④ 薬を飲み忘れた時 ⑤ 何の薬か分からなくなった時
⑥ 指示された飲み方が、生活習慣と合っていない時
⑦ その他()

17 薬に関して相談できる薬剤師がいますか。

- ① いる ② いらない

18 薬剤師の訪問薬剤管理指導についてご存知ですか。

- ① 知っている ② 知らない

19 (1) 薬剤師がもって在宅患者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。

- ① 思う ② 思わない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。薬剤師が訪問するとしたら、何を相談したいですか。(複数回答可)

- ① 薬の使い方 ② 薬の効能効果 ③ 薬の副作用 ④ 薬の名前
⑤ 薬の保管方法 ⑥ 薬に関する要望・苦情
⑦ その他()

(3) (1)で②を回答された方にお尋ねします。薬剤師による訪問薬剤管理指導を必要と思わない理由は何ですか。

20 500円で薬剤師による訪問薬剤管理指導が受けられることを知っていますか。

- ① 知っている ② 知らない

21 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。

在宅患者の薬物療法に関するアンケート

所在地の市・町名:	職種: 看護師 保健師 介護員 その他()
-----------	---

◎ 該当する番号に○を付けてください。「その他」を選ばれた場合は、()内にその内容を具体的に記入してください。

1 在宅医療の経験年数

- ① 3年未満 ② 3～5年未満 ③ 5～10年未満 ④ 10年以上

2 患者は薬剤師の訪問薬剤管理指導を受けていますか。

- ① はい ② いいえ

3 (1) 患者が医療機関から処方されている薬について、全て把握していますか。

- ① 全て把握している ② だいたい把握している ③ 把握していない人もいる
④ 全く把握していない

(2) (1)で①、②を回答された方にお尋ねします。患者の薬について把握するために、お薬手帳を活用していますか。

- ① はい ② いいえ

4 患者の薬の効果や副作用について、誰から説明を受けていますか。

- ① 医師・歯科医師 ② 薬剤師 ③ 事業所の管理者 ④ 患者本人又は家族
⑤ 誰からも説明を受けていない
⑥ その他()

5 (1) 患者の薬の使用・管理の状況について、問題だと思いませんか。

- ① ある ② ない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。それはどんなことですか。(複数回答可)

- ① 飲み忘れている ② 飲み間違えている
③ 自分の判断で回数や薬の量を加減している ④ 薬が飲みにくい
⑤ 患者又は家族が使用方法について正しく理解していない ⑥ 薬の保管が適切でない
⑦ 患者又は家族が薬の管理・服薬の確認をしていない(できない)
⑧ 複数の医療機関から、重複して薬をもらっている
⑨ 保健師・看護師・介護者等の助言を聞き入れない
⑩ その他()

6 患者に処方されている薬の効果・副作用等について、理解していますか。

- ① 十分理解している ② ある程度理解している ③ あまり理解していない

7 薬の副作用を疑うのは、どんな症状ですか。(複数回答可)

- ① 便秘 ② 下痢 ③ 吐き気 ④ 尿が出にくい ⑤ 湿疹 ⑥ 手足の震え
⑦ 口の渇き ⑧ 不眠 ⑨ 眠気 ⑩ 味覚異常
⑪ その他()

(3) (1)で②を回答された方にお尋ねします。薬剤師による訪問薬剤管理指導を必要と思わない理由は何ですか。

17 在宅患者の薬剤管理に関して、自由に意見をお書きください。

8 副作用と思われる症状を発見した時に、どのように対応しますか。

- ① 医師に相談 ② 薬剤師に相談 ③ その他()に相談
④ 介護者の判断で処置
⑤ その他()

9 副作用発生時の対応で、日頃困っていること、難しいことは何ですか。

10 粉碎や、簡易懸濁法にしてはいけない薬があることを知っていますか。

- ① 知っている ② 知らない

11 飲みにくい薬を粉碎したり、懸濁したりする場合の判断は、誰が行いますか。

- ① 医師・歯科医師 ② 薬剤師 ③ 保健師・看護師又は介護者(自ら)
④ その他()

12 医師から処方された薬と、店で買った一般医薬品、サプリメント、健康食品等との飲み合わせを、相談したことがありますか。

- ① 薬剤師に相談したことがある ② 医師に相談したことがある
③ 薬剤師以外()に相談したことがある ④ 相談したいが適当な人がいない
⑤ 相談する必要があると感じない

13 薬剤師に相談するのは、どんな時ですか。(複数回答可)

- ① 薬が飲みにくい時 ② 薬を飲んで体調が変わった時 ③ 薬の数が合わない時
④ 薬を飲み忘れた時 ⑤ 何の薬か分からなくなった時
⑥ 指示された飲み方が、患者の生活習慣と合っていない時
⑦ その他()

14 薬に関して相談できる薬剤師がいますか。

- ① いる ② いない

15 薬剤師の訪問薬剤管理指導についてご存知ですか。

- ① 知っている ② 知らない

16 (1) 薬剤師がもっと在宅患者の薬剤管理に関わってほしいと思いますか。

- ① 思う ② 思わない

(2) (1)で①を回答された方にお尋ねします。薬剤師が訪問するとしたら、何を相談したいですか。(複数回答可)

- ① 薬の使い方 ② 薬の効能効果 ③ 薬の副作用 ④ 薬の名前
⑤ 薬の保管方法 ⑥ 薬に関する要望・苦情
⑦ その他()

広島県地域保健対策協議会 地域医薬連携における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 安部 直美 広島県看護協会
有田 健一 広島県医師会
上田久仁子 広島市東保健センター
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
吉川 正哉 広島県医師会
清水 勢一 広島県歯科医師会
仲本 典正 広島県健康福祉局保健医療部薬務課
難波 利元 広島県健康福祉局保健医療部薬務課
檜谷 義美 広島県医師会

広島県地域保健対策協議会 地域医薬連携における医薬品の適正使用に関する検討特別委員会

広島県薬剤師会サブワーキンググループ

大塚 幸三 副会長
野村 祐仁 副会長
青野 拓郎 常務理事
有村 健二 常務理事
田口 勝英 常務理事
谷川 正之 常務理事
串田 慎也 理事
豊見 敦 理事
中川 潤子 理事
中嶋 都義 理事
(オブザーバー)
木平 健治 副会長
小澤孝一郎 理事

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 22 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おり、この傾向は、広島県においても同様である（図 1）。また、広島県の地域別の状況では、全国的な傾向と同様、中山間地域における自殺死亡率が高い（図 2）。

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

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

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

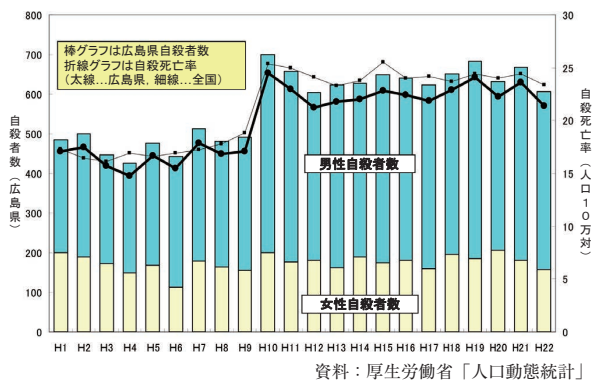


図 1 広島県の自殺者数等の推移

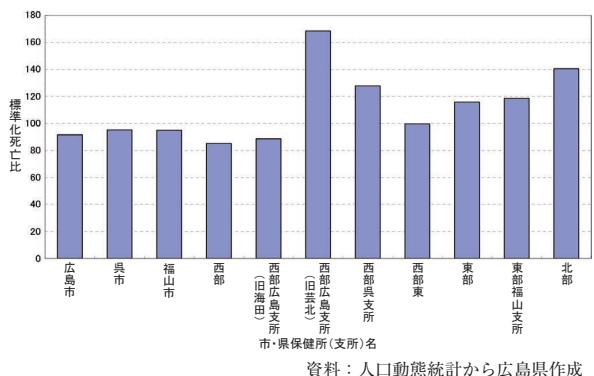
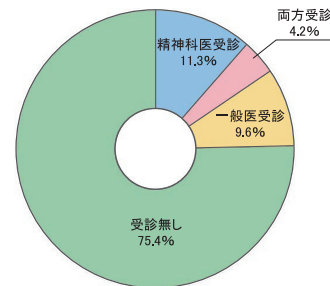
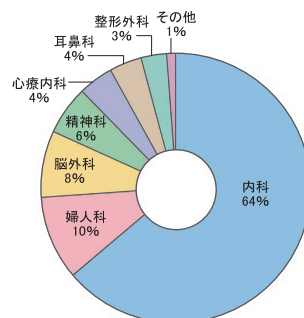


図 2 広島県の地域別自殺死亡率の状況



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

図 3 精神障害者の医療機関受診状況



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

図 4 抑うつ症状を呈する者の初診科

眠を主訴としない人もあるため、かかりつけ医レベルでのうつ病検出には、限界があることが報告されると同時に、かかりつけ医に対する長期の初期的なうつ病の知識に関する浸透目的の継続的教育活動の実施およびその基盤に立った実践的な教育活動の付加が効果的であることが指摘された。

(3) 検 討

以上の現状を踏まえ、本委員会では、次のような検討を行った。

ア 紹介における煩雑性の除去

医療連携の運用において、SDS などのテストの実施や、プロトコルに従ったフォーマット作成が煩雑であるとの点については、そもそも慣習として電話での紹介などがなされる以上、形式的なフォーマットにとらわれる必要は少ないと考えられること、時間的に限界がある医師が、ダイアログなどにより最初から最後まで対応することは現実的ではなく、例えば自己記入方式のテストや、パラメディカルによる運用が可能なテストの運用の導入（そうした要素も考慮したマニュアルの見直し）を検討すべきであるとした。

イ 教育活動などのあり方

委員からは、かかりつけ医の関心の焦点の誘導が必要であり、意識変動を伴う教育が必要であることや、かかりつけ医が精神科へ紹介する際、精神科医の多忙さによる紹介予約確保の困

難性などからの、紹介に当たっての心理的障壁もあり、かつての緩和医療に対するような意識変動を伴う教育活動の必要性について指摘がなされた。その上で、教育活動において、顔の見える関係の構築を行う場として活用することを検討すべきであるとした。

また、上記のほか、かかりつけ医と精神科医の対一連携が上記のような問題を生起することを考慮し、かかりつけ医と精神科医の連携を仲介するコーディネータの設置も、将来的課題として指摘されたところである。

本委員会においては、引き続き平成 23 (2011) 年度も、こうした検討成果を踏まえ、うつ病に関する医療連携のより実効性のあるあり方について検討を行っていきたいと考えている。

注

注 1 政府の自殺対策の指針となる（自殺対策基本法 8 条参照）自殺総合対策大綱（平成 19 (2007) 年 6 月 8 日閣議決定）も、この見解に依拠している。同大綱第 1 の 2 参照。

注 2 「患者調査」（厚生労働省）による。

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

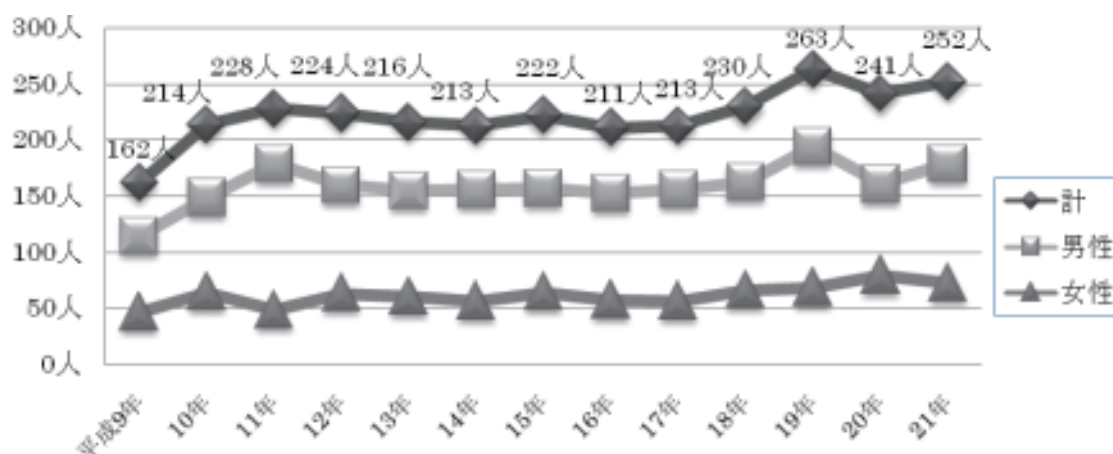
【別紙資料 1】

背 景

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

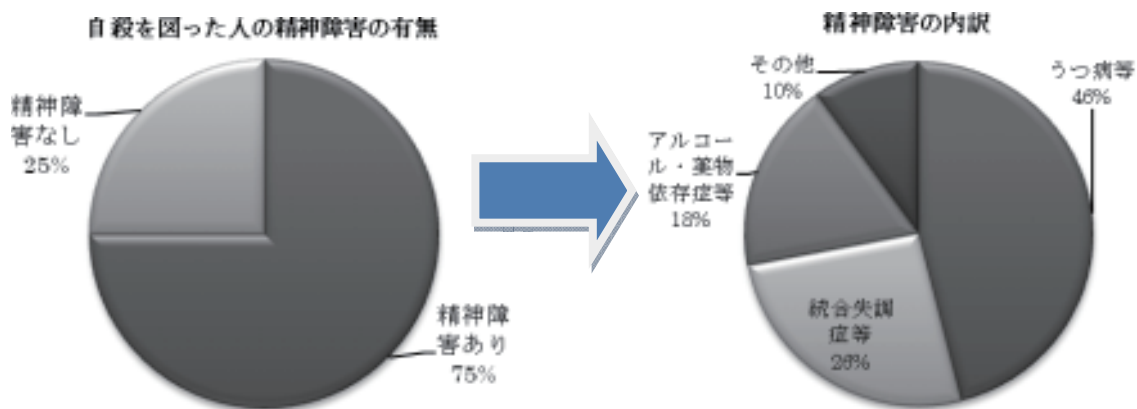
図 1：広島市の自殺者数

出典 人口動態統計（厚生労働省）



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

図 2：自殺を図った人の精神障害の有無とその内訳



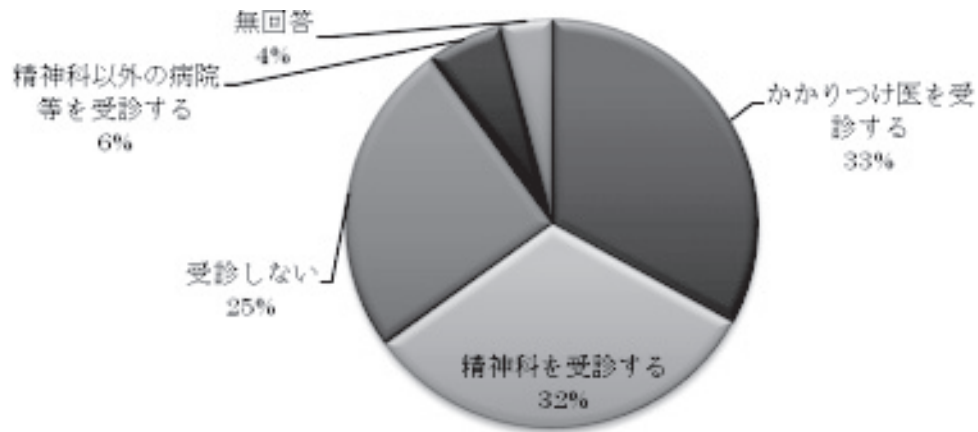
「自殺の危険因子としての精神障害－生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討－」

飛鳥井 望（精神神経雑誌 96, 415-433, 1994）

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

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

図3：自分がうつ症状になった場合、病院を受診しますか。



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

① 目的

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

② 対象

うつ病の疑いがある患者を対象とします。

③ 治療方針の判断

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

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

(1) スクリーニングの実施

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

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

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

(2) スクリーニングの結果

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

「日本版SDS」で50点以上の場合

【うつが中等度以上】

精神科医に紹介してください。

「こころとからだの質問票」で5－9点の場合
又は
「日本版SDS」で40－49点の場合
【うつが軽症】

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

2週間程度経過観察しても、同じ程度のうつ症状が持続している場合

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

抗うつ剤を使用する場合には、次の処方例を参考にしてください。

＜抗うつ剤の処方＞（例）

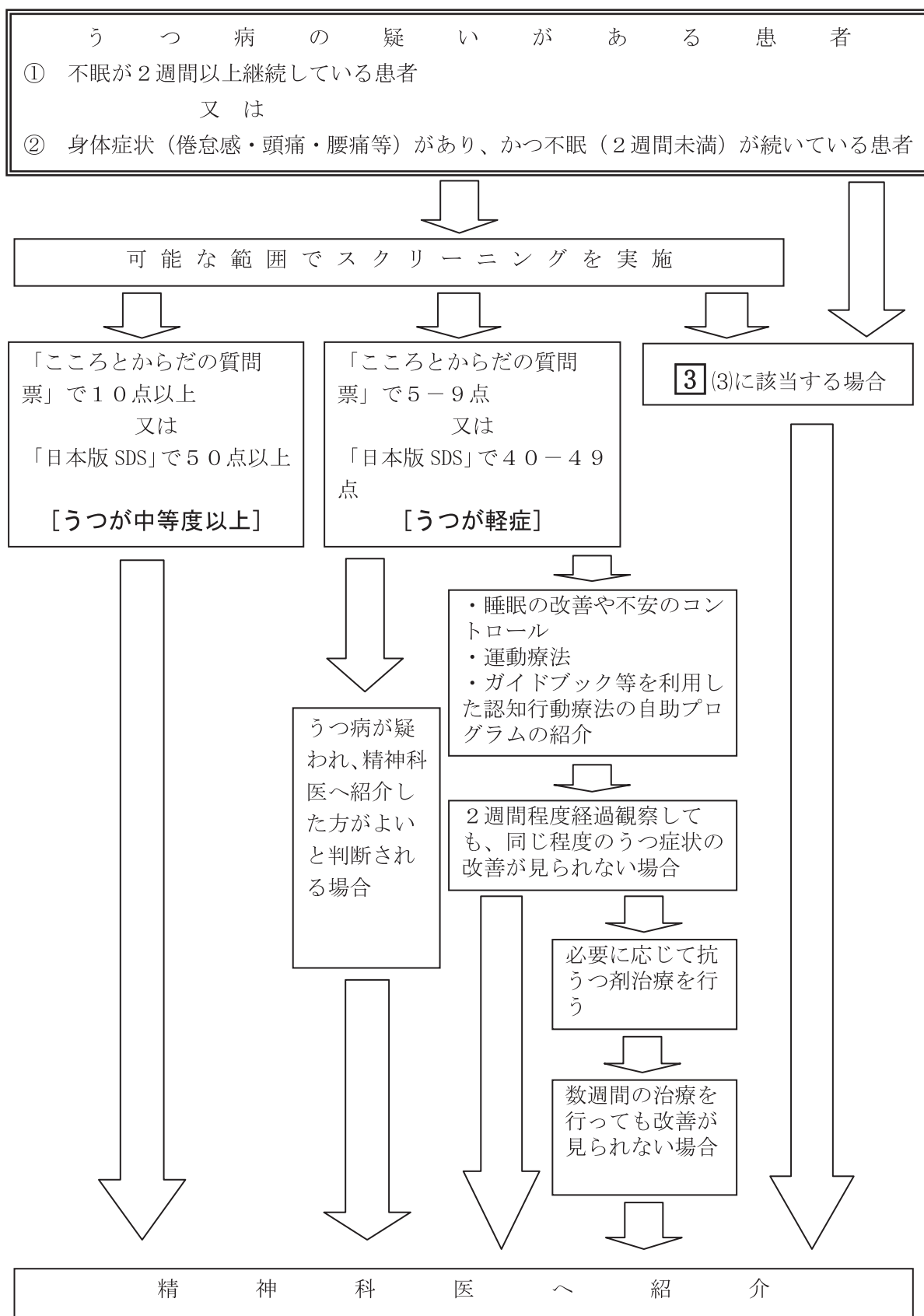
抗うつ薬	初期用量	最高用量
セルトラリン	25 mg 1錠 分1 夕食後	25 mg 4錠 分1 夕食後
ミルタザピン	15 mg 1錠 分1 眠前	15 mg 3錠 分1 眠前
パロキセチン	10 mg 1錠 分1 夕食後	20 mg 2錠 分1 夕食後
フルボキサミン	25 mg 2錠 分2 朝夕食後	50 mg 3錠 分2 朝夕食後
ミルナシプラン	25 mg 1～2錠 分2 朝夕食後	25 mg 4錠 分2 朝夕食後
デュロキセチン	20 mg 1錠 分1 朝食後	20 mg 3錠 分1 朝食後

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

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

- ※1 「こころとからだの質問票」は、次のホームページから入手できます。
(<http://www.cocoro-h.jp/depression/checksheet/file/checksheet.pdf>)
- ※2 「日本版SDS」は株式会社千葉テストセンター（電話：03 - 3399 - 0194）で入手することができます。（50部7,350円）
- ※3 「日本版SDS」により、医師が自ら臨床心理・試験心理検査を行い診療録に分析結果を記載すると生体検査料（80点）を算定することができます。
- ※4 うつ病の認知療法・認知行動療法の治療者用マニュアルや患者さんのための資料は、厚生労働省のホームページの中の「心の健康」セクションに掲載されています。（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/>）
- ※5 うつ病のガイドブックやインターネットを利用した自助プログラム
「こころが晴れるノートーうつと不安の認知療法自習帳」大野 裕／創元社
「うつ・不安に効く7つのステップ」大野 裕／大和書房
「うつ・不安ネット」（<http://www.cbtjp.net/>）
「うつ・不安に効く.com（携帯サイト）」（<http://www.cbtjp.com>）

■ スクリーニングから精神科医への紹介までの流れ



④ かかりつけの医師と精神科医の役割分担

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

⑤ 患者への説明方法

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

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

⑥ 家族への対応

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

⑦ 紹介の方法

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

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

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

(4) 患者は、「診療情報提供書」を持って精神科医療機関を受診する。

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

⑧ かかりつけの医師から精神科医への診療情報提供

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

普段使用されている紹介状を活用していただいても結構です。

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

⑨ 精神科医からかかりつけの医師への診療情報提供

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

普段使用されている様式を活用していただいても結構です。

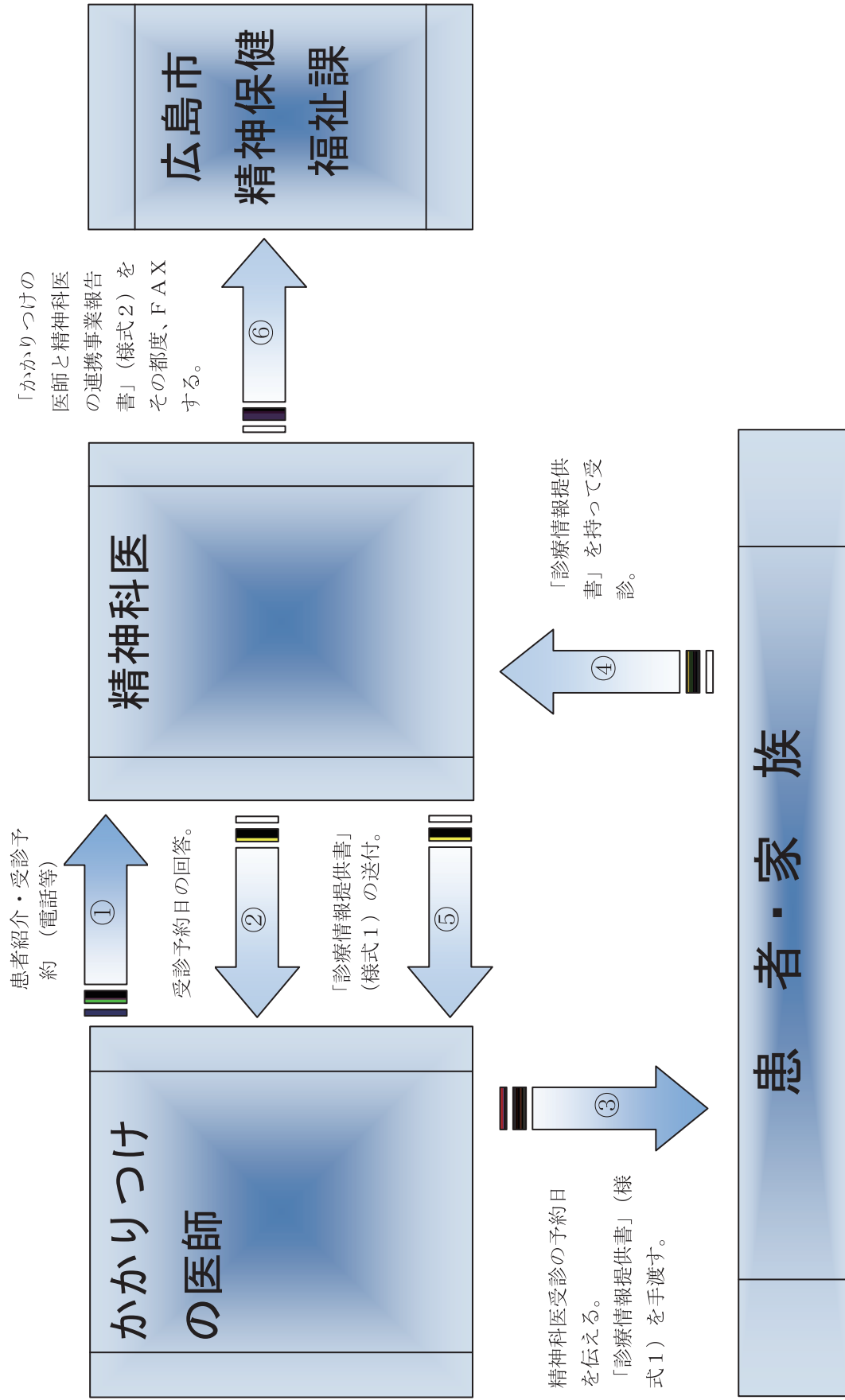
(2) かかりつけの医師と精神科医の連携状況を把握するため、お手数ですが、精神科医は、かかりつけの医師から紹介のあったときはその都度、「様式2 かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書（P11）」により広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課へFAXにより報告してください。

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

⑩ 精神疾患に対するフォロー

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

■ かかりつけの医師から精神科医への紹介イメージ図



様式 1

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

先生

診療情報提供書・返信用

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
医師氏名
電話番号

先生

精神科医 師 記 入 欄	診断名
	病 状
	治療計画及び処方内容
	その他

この用紙のみ送信してください

FAX : 082-504-2256

かかりつけの医師と精神科医の連携事業報告書

平成 年 月 日

広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課 行

医療機関名

所在地

医師氏名

電話番号

紹介された日	紹介された 件数	紹介された 医療機関件数	備考
平成 年 月 日	件	件	

※ かかりつけの医師からの紹介を受けた場合、この報告書に記入して随時FAXでお知らせください。

※ 様式（WORD版又はPDF版）は、広島市のホームページ

(<http://www.city.hiroshima.lg.jp/kenkoufukushi/utsu/doctor/index.html>) からダウンロードできます。

【別紙資料 2】

1 目的

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

2 対象

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

3 かかりつけ医並びに精神科医の役割

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

4 紹介時の患者への説明事項

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

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

5 紹介方法

- (1) 府中市立湯が丘病院（0847-62-2238）

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

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

② 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。

(その他の場合でも、午前中の受診であれば対応可能)

(2) 光の丘病院 (084-976-1415)

① 連携モデル事業による紹介であることを医療福祉相談室へ電話した上で、診療情報提供書を FAX 送信 (084-976-0954) する。

※FAX 受付は、月～土曜日 9:00～16:30 の時間帯とする (祝祭日は除く)

② 相談室が FAX を受け取り、希望日について内部調整する。

③ 相談室より、紹介元医療機関へ予約の日時を 30 分程度内に伝える。

④ 希死念慮のある場合、9:00～16:00 までならば当日の診療は可能。

6 かかりつけ医から精神科医への診療情報提供書

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

(2) 日本版 SDS が 50 点を越える場合は、うつ病が疑われる。

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

7 精神科医からかかりつけ医への返信

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

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

8 紹介状況のとりまとめ

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

(2) 府中地区医師会事務局は、年間の紹介状況の取りまとめをする。

9 システムの稼働

平成 22 年 2 月 1 日から稼働する。

診療情報提供書

平成 年 月 日

病院（医院）

先 生

医療機関

所 在 地

電話番号

医師氏名

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

診療希望日	入院希望
・第1希望 月 日（ ）9：30 ・ 13：30 ・第2希望 月 日（ ）9：30 ・ 13：30 ・第3希望 月 日（ ）9：30 ・ 13：30 ☐ 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	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
委員	井之川廣江	広島県医師会
	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
	岸本 益実	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	吉川 正哉	広島県医師会
	合田 生広	広島市健康福祉局障害福祉部精神保健福祉課
	谷山 純子	広島市精神保健福祉センター
	長 健	府中地区医師会
	坪田 信孝	広島産業保健推進センター
	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
	檜谷 義美	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

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．活 動 報 告

II．作成および配布状況

女性の健康づくり支援特別委員会

(平成 22 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. 活動報告

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以前と比べ大きくなっている。家庭を含む社会にとって、誰もが、生涯を通じて精神的、身体的、社会的に健康で充実した日々を過ごすことは重要である。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ている。

本特別委員会では、初年度に実施した「女性の健康づくりに係る課題に関するアンケート調査」から得た結果を元に、特に「女性のライフサイクルと健康」という点に着目して「ひろしま県版 女性のための健康ノート」の作成に着手した。

「ひろしま県版 女性のための健康ノート」は、家族の健康管理を担い続けている女性が自分自身の健康に目を向けてさらなる健康維持に役立つ動機付けツールとして、年齢に応じて適宜活用できる情報「保存版」ツールとして、また、女性家族が共通して利用できる家族健康ファイルとして作成をめざしたものである。

女性のライフステージごとに、すなわち年齢・世代ごとの健康維持に必要なかつ重要な項目が自分で

チェックできるよう、産科婦人科、整形外科、歯科、精神科、内科などの面から幅広く検討を行った。また、検診のチェックや治療（入院・手術）の記録、予防接種や海外渡航の記録が可能な記録簿としての機能も取り入れ、同時に、緊急時の連絡先や、困ったときの広島県および市町の相談窓口一覧を掲載し、情報保存版としても有用なものとなっている。

この健康ノートは、本特別委員会委員と広島県、県医師会の多くの専門の方々の多大なるご協力により完成に至ったものである。ここに、関係者の方々のご支援に深く感謝いたします。

II. 作成および配布状況

1) 作成部数

- ・「ひろしま県版 女性のための健康ノート」
5,000 部
- ・「ひろしま県版 女性のための健康ノート」アクセスカード
10,000 枚

2) 配布対象

- ・市町および検診機関、関係団体での配布
- ・女性の健康週間のイベントでの配布
- ・県のポータルサイト「ひろしま健康ネット」に登載（ダウンロード可能）
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/page/1298613913575/index.html>
- ・医療機関での配布

ひろしま県版

女性のための 健康ノート



ライフステージ別健康チェック

&

女性のための健康づくり情報・相談先



平成23年 3月

広島県地域保健対策協議会

目 次

1	女性のライフサイクルと健康	1
2	ライフステージ別健康チェック	
●	思春期～20歳代前半の健康チェック	2
●	20歳代後半～30歳代の健康チェック	4
●	40～50歳代の健康チェック	6
●	60歳代以降の健康チェック	8
●	全年代共通の健康チェック	10
●	あなたの健康記録 (健康チェック、治療(入院・手術)、海外渡航・予防接種の記録)	12
●	海外渡航に備えて ～海外旅行と予防接種～	13
●	女性の健康ノート 検査データを貼付けたり、健康に関する大切な事項をメモしておきましょう。	14
3	女性のための健康づくり情報 & 相談先	
●	病気のときに役立つ情報	18
●	その他のお役立ち情報	18
●	困ったときの相談窓口	19
●	女性・育児に関する各種制度等	20
●	市町・保健所一覧	20

1 女性のライフサイクルと健康

現在の日本では女性の活躍の場が拡大し、家庭のみならず多岐にわたる分野や各界において、女性の果たす役割や責任がこれまで以上に大きくなってきています。さらに、食生活の欧米化や高齢化に伴う介護の負担、平均寿命ののびに加え、晩婚化や出産回数の減少（合計特殊出生率の低下）が社会現象として取り上げられ、このようなライフスタイルの変化は女性の心身に大きな影響を与えています。

女性は、子どもを産むための機能が育まれ円滑に発揮されるように、年齢によって女性ホルモンの分泌量が変動します。そのため年齢に応じて注意したい症状や病気が異なるといえます。

女性が、生涯にわたって体と心の健康を保ち続けるためには、自分の心身についての正しい知識をもち、身体からのサインを見逃さないことが重要と同時に、日頃から適切な疾病予防対策や健康増進のための活動を心がけることが大切です。

この健康ノートでは、広島県内で暮らす女性の皆さんが、定期的に健康チェックができるように、また困った時の相談先がわかるように、ライフステージ別健康チェックと健康づくり情報・相談先を掲載しています。

どうぞ、御活用ください。



	思春期～ 20歳代前半	20歳代後半～ 30歳代	40～50歳代	60歳代～
生活	 中学校・高等学校での勉強やクラブ、受験、就職と自分自身の夢に向かって進む時期です。	 就業、あるいは、結婚、出産、育児へと向かいます。結婚や育児を通じて、自身のライフスタイルや様々なライフスタイルのあり方を考えることもあります。人生の中で、華やかで、かつ活動的な時期です。	 仕事の責任が重くなったり、親の介護の問題、子どもの学習、受験、就職、結婚、育児に対するサポート等が生じる多忙な時期です。	 退職、子どもの自立など周囲の環境が大きく変わる一方で、自分の時間が持ちやすくなる生きがい盛りの時期です。
からだ	思春期は、女性ホルモンのひとつである卵胞ホルモンの分泌量が急激に増え、大人へと成長していく時期です。	20～30歳代は、妊娠・出産・育児のための身体機能がピークに達する時期です。	更年期（45～55歳頃）は、卵胞ホルモンの分泌量が急速に減少し、ホルモンバランスの乱れが心身にさまざまな影響を及ぼします。	約半数の女性は50歳前後で卵胞ホルモンの分泌が停止して閉経を迎え、やがて更年期に入ります。
健康知識 知っておきたい	・月経の異常 ・子宮頸がん ・性感染症 ・避妊・妊娠 ・ダイエット ・摂食障害 ・スポーツ傷害	・子宮筋腫・子宮内膜症 ・女性特有のがん（乳がん・子宮がん） ・妊娠・出産 ・不妊治療 ・妊婦健診・妊婦歯科健診 ・産後うつ	・更年期障害 ・うつ ・特定健康診査 ・がん検診 ・歯周病健診 ・腰痛、肩こり、五十肩	・骨粗しょう症（骨折） ・尿もれ ・認知症 ・特定健康診査 ・がん検診 ・入れ歯のケア ・変形性関節症

2 ライフステージ別健康チェック

思春期～20歳代前半の健康チェック

★バースデーチェック表(何もなくても毎年チェック)

チェック項目	一言アドバイス
前2年間にがん検診を受けた ☐ 子宮頸がん	女性のがんのなかで、子宮頸がん(0期がんを含む)は20歳代から、乳がんは30歳代後半から罹患率が高まります。 子宮頸がんは最近の20年間で20～30歳代の罹患率や死亡率が倍増しており、結婚・出産世代を脅かしています。
☐ 前1年間に歯科健康診査を受けた	学校の卒業とともに歯科健診が疎遠となりがちです。よく歯みがきをしたつもりでも、歯の汚れは完全には落ちにくいものです。特に思春期には歯ぐきの炎症も起きやすくなります。1年に1回は健診を受けましょう。
☐ 生理(月経)は順調	月経の周期は25～38日、持続は3～7日が正常です。

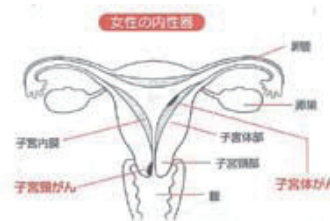


【子宮頸がんを予防するHPVワクチン】

HPVワクチンが世界中に普及すると、子宮頸がんの約70%が防止できると期待されています。一般的には初交前の11～13歳頃の接種が推奨されていますが、初交前であれば年齢には関係ありません。ただし、感染予防効果がどのくらい続くかは現在わかっていません。このワクチンによる重篤な副作用はほとんどありません。

ワクチン接種のための公的補助も始まっています。

子宮がんのできる部位
((社)日本産婦人科医会の資料から)



★気になったときチェック表(心配事を即解決)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 順調だった月経が不順になった	月経は体調を示すバロメーターです。月経がなくなったとき、月経の回数が少なくなったとき、月経量が増えたとき、月経以外に不正出血があるとき、月経痛がひどいときなど、それぞれに原因が。産婦人科を受診しましょう。
☐ 月経痛がひどい	痛み止めを上手に使ってください。だんだんひどくなる場合は、将来不妊になることもある子宮内膜症の早期発見のための超音波検査を受け、漢方薬やホルモン治療など、自分にあった治療法を相談する産婦人科主治医をもちましょう。
☐ 性行為があり月経がない場合	まず妊娠を考えてください。市販の妊娠検査薬での判断、基礎体温では高温相の持続が確認できます。産婦人科を受診して、正常妊娠かどうか、妊娠週数の確認をして、今後の方針を決めます。
☐ 性行為がなくて月経がこない又は不順である	基礎体温の測定で、排卵の有無がわかります。3ヶ月月経がない場合は、産婦人科を受診しましょう。体重の極端な減少でおこる無月経も治療に時間がかかることが多いので早目に受診しましょう。
☐ かゆみ ☐ おりものの変化(多い、水っぽい、臭う) ☐ 性行為で出血 ☐ 外陰部の痛み	性感染症(性器クラミジア、性器ヘルペス等)などが疑われます。産婦人科医に相談しましょう。



【症状のない性感染症】

性器クラミジア感染症では女性の70%で無症状です。HIV感染もAIDS(エイズ)を発症するまでは、多くは無症状です。心配な場合は、検査を受けましょう。

⇒エイズ相談・検査のできる場所(19頁)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 次の状況 ①標準体重の80%以下 ②太ることへの恐怖 ③3ヶ月以上無月経 ④自己評価が体重に大きく左右される ⑤大量に食べ、食べる事をコントロールできない ⑥太らないように食べたものを吐く、下剤を使う	①～④は拒食症の、④～⑥は過食症のサインとされています。心療内科や精神科に相談してみましょう。 スラリとしたスタイルに憧れてダイエットする女性が多いのですが、体重管理が最優先になっている場合は、摂食障害に要注意です。 ※標準体重(平田法) 身長160cm以上: (身長-100)×0.9 身長150cm～160cm: (身長-150)×0.4+50 身長150cm以下: (身長-100)
メンタルヘルス ☐ 人と話すのが面倒 ☐ 意欲がない ☐ 不安・緊張・焦り・イライラなどの気持ち ☐ 感覚がおかしい感じ ☐ リラックスできない ☐ 音が気になる ☐ 不眠・頭痛・便秘などの症状	心身が大きく変化するこの時期には、気持ちや考えが不安定になりやすいものです。治療で楽になる場合もありますし、思春期にはありがちなことかもしれません。一人で思い悩まずに、周りの人や医師等の専門家に状態を話してみましょう。 ⇒東邦大学医療センター大森病院メンタルヘルスセンターホームページで、より詳しいセルフチェックが可能です。 http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth/gaiyo/introduction.html
☐ 腹満感 ☐ 便秘	卵巣腫瘍の可能性があります。急にお腹が出てきた、あるいは便秘がひどくなったと感じたときは診察を受けましょう。
☐ 初経がない	18歳になっても、1度も月経がこない場合は、産婦人科を受診しましょう。
☐ 耳の前あたりに違和感 ☐ 口が大きく開けられない ☐ 口を開ける時に顎がカクカク鳴る ☐ 噛むと顎が痛む	20歳代の女性に頻発する顎関節症の可能性があります。顎関節に異常があると、頭痛、首や肩・背中の痛み、腰痛、肩こりや耳の痛み、耳鳴り、耳が詰まった感じ、難聴、めまい、歯の痛みなどの症状が現れることがあります。歯科医に相談してみましょう。



【セクシュアルヘルス】

性行為がスタートすれば、望まない妊娠を避け、性感染症(クラミジア、性器ヘルペス、HIV感染症など)にかからないための、知識と行動が必要です。

○レイプにあった時や、コンドームが破れた時など避妊できなかった時は、なるべく早く(72時間以内)産婦人科を受診してください。

○女性が主体的に行える確実な避妊法は、経口避妊薬(ピル)です。

○ただし、ピルで性感染症は防げません。コンドームを正しく使って性感染症を予防しましょう。

【顎関節症の症状】



口が開けにくい



口を開けたり閉めたりするときに音が鳴る



顎関節部に痛みがある



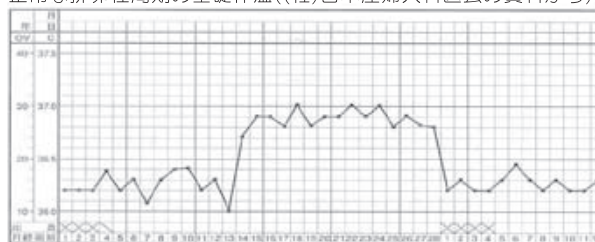
かみ合わせに違和感がある

【月経周期 ～ホルモンの分泌と基礎体温の変化～】

朝、目覚めたとき、起き上がりずに婦人体温計を舌下に入れてはかった体温が基礎体温です。毎日続けて測定することで、排卵の有無や周期を知ることができます。

また、基礎体温の記録は、月経異常の診断や不妊治療に欠かせない資料となり、妊娠の早期発見にも役立ちます。

正常な排卵性周期の基礎体温((社)日本産婦人科医会の資料から)



20歳代後半～30歳代の健康チェック

★バースデーチェック表(何もなくても毎年チェック)

チェック項目	一言アドバイス
前2年間にがん検診を受けた ☐ 子宮頸がん ☐ 乳がん	2年に1度は子宮頸がん検診を必ず受けましょう。 子宮頸部の前がん病変(異形成)から初期の浸潤がんという段階は肉眼的(視診)にはわかりませんが細胞診(頸がん検診)では高率に異常が見つかります。検査に苦痛を伴うことはほとんどありません。
☐ 前1年間に歯科健康診査を受けた	仕事や家庭中心で受診機会も低下します。定期的に受診することが大事です。
☐ 生理(月経)は順調	月経の周期は25～38日、持続は3～7日が正常です。 ⇒月経周期(3頁)



【がんの家族歴チェック】

自分の家系にがんの人がどのくらいいるか、いたのか、どんな種類のがんだったのかなどチェックしておきましょう。

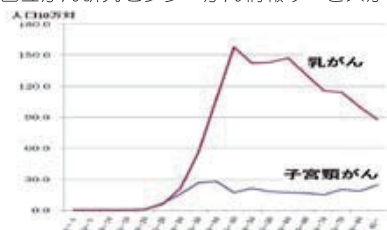
リンチ症候群(遺伝性非ポリポーシス性大腸がん)は遺伝性大腸がんのひとつで、最も頻度が高い遺伝性腫瘍です。大腸がんの若年発症や多臓器がんの発症が特徴です。平均発症年齢は43-45歳と考えられ、20歳未満での発症は比較的少ないです。約80%が生涯の間に大腸がんを発症し、20-60%が子宮内膜がんを発症するとされています。

おかしいなと感じたら早めの受診を。

★気になったときチェック表(心配事を即解決)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 乳房のしこり	乳がんが疑われます。乳がんが増加してくる年代であり、放置してはいけません。必ず産婦人科又は外科(乳腺外来)を受診しましょう。
☐ 月経時の痛みが気になる	子宮内膜症のチェックが必要です。特に卵巣子宮内膜症は卵巣がんの危険因子で、閉経前後に卵巣がんを発症する確率が高いといわれています。しかし、若い世代にもときどきがん化が見られるため注意が必要です。
☐ 月経量が多い ☐ 貧血といわれた	子宮筋腫の可能性もあります。子宮筋腫の検査は、超音波検査やMR検査が有用で、不妊の原因のこともあります。症状、大きさ、筋腫のできる場所、子どもが欲しいかなどで、治療法が変わります。
☐ 避妊せずに自然な性生活を送っていて、2年たっても子どもができない	不妊症としての治療を検討する時期です。パートナーが決まれば、妊娠する時期も主体的に考えてください。1年たったぐらいから、基礎体温をつけましょう。35歳を過ぎると妊娠率が低下するので、焦りが生じる前に早めの受診をお勧めします。
月経周期に伴う ☐ 痛み ☐ イライラ感 ☐ むくみ ☐ 頭痛 など	月経周期にともなう、痛み、イライラ感、むくみ、頭痛などには、未病として漢方治療の効果を期待できます。また、ホルモン治療も更年期を迎える前からアプローチすることもできます。 仕事や家庭内のストレスもこれからが正念場です。抗うつ薬や精神療法など、精神的な主治医が必要な方もおられます。心療内科だと気軽に相談に行けそうです。

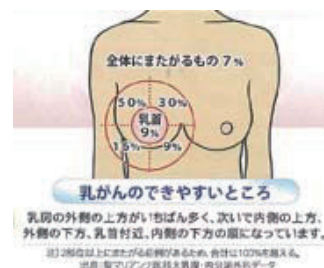
【乳がんと子宮頸がんの年齢別発症頻度】 (国立がん研究センターがん情報サービスから)



【乳腺自己検診による乳がん早期発見】

入浴の前後などに、鏡に映してみる習慣をつけておきましょう。普段の乳房の状況を知らなければ、異常があっても気づきません。

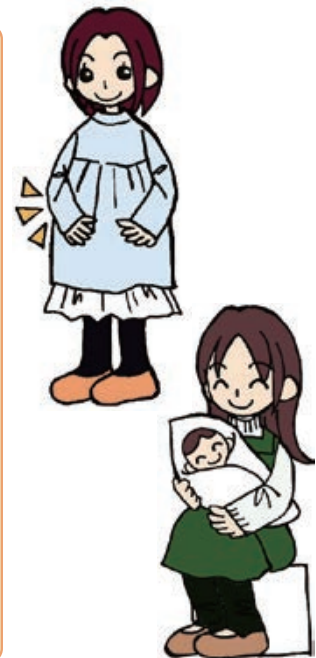
平素からのセルフチェックと定期的な検診を欠かさないことが重要です。



((財)日本対がん協会の資料から)

★妊娠・出産・育児に関するチェック表

チェック項目	一言アドバイス
☐ 出血、腹痛など 妊娠初期の異常	妊娠初期、異常の早期発見に努めます。変わったことがあれば、主治医に相談できる体制を確保しましょう。
☐ 出血、腹痛、破水、 胎動異常など	妊婦健診をうけ、異常の早期発見に努めます。変わったことがあれば、主治医に連絡して、すぐ受診しなければなりません。
出産後に ☐ 笑えない ☐ 楽しめない ☐ 自分を責める ☐ 不安・恐怖を感じる ☐ すべきことが 片付かない ☐ 眠れない ☐ 悲しくて泣けてくる	「子どもが産まれてやることは沢山あるのにだるくて手につかない」「子どもが泣くとイライラし、かわいく思えない自分は母親失格だ」こんなつらい気持ちで毎日を過ごしている方は、医師や市町・保健所の保健師に相談しましょう。 ⇒相談先 市町・保健所一覧 (20頁)



【妊娠時の過ごし方】

初期：市町から母子健康手帳の交付を受け、経過がよくても、定期的に妊婦健診を受けて異常の早期発見に努めてください。出血・腹痛など変わったことがあれば、主治医に相談できる体制を確保しておきましょう。

中期・後期：引き続き、定期的に妊婦健診を受けて異常の早期発見に努めてください。出血・腹痛・破水・胎動異常などは、主治医に連絡します。すぐ受診しなければならないことがあるので、連絡方法も確認しておきましょう。

【育児ストレス対策】

妊娠中から、子育ての知識を母親学級・両親学級で学び、お母さん同士の友達づくりやお父さんの育児への参加を促しましょう。

分娩した病院での相談（母乳育児を含めて）、市町・保健所での相談、身近な人（両親・夫）への相談など、いろいろな人が助けてくれます。

それでも、ストレスで虐待しそうになったら相談することもできます。

⇒相談先 [市町・保健所一覧](#) (20頁)



【喫煙による胎児・赤ちゃんへの健康影響】

女性の喫煙は、本人の健康に悪影響を及ぼすだけでなく、胎児や赤ちゃんにも甚大な影響を与えます。

妊婦自身はもちろん、妊婦や子どものそばでの喫煙も避けるよう、身近な人の協力が必要です。

●妊婦がタバコの影響を受けると、次のような危険があります。

流産／早産／出生時身長・体重の低下／
先天奇形／乳幼児突然死症候群(SIDS)



【妊娠・出産とお口の病気】

妊娠すると、つわりのために歯みがきが不十分になったり、ホルモン分泌などの関係から、むし歯や歯周病が起きやすくなります。また、妊娠から出産・産後にかけて、体の状態が著しく変化し、その後も育児に追われ不規則な生活になりやすいため、妊婦歯科健診を受診し、出産後1年ぐらいまでの長期的な口腔ケアの計画をたてましょう。

以下は、歯みがきのアドバイスです。

1. 歯ブラシは小さめのものを使う
2. 刺激の少ない歯みがき剤を使う
3. 初めは歯ブラシだけで汚れを落とし、仕上げみがきの段階で歯みがき剤を使用する

【赤ちゃんのむし歯菌感染予防】

生まれたばかりの赤ちゃんの口の中には、歯がないためにむし歯菌(ミュータンス菌)はいません。歯が生え始めると感染が始まります。特に、生後19ヶ月(1歳7ヶ月)から31ヶ月(2歳7ヶ月)までの時期に最も感染し、定着します。むし歯菌は、主に保護者が使ったスプーンや箸で食べ物をあげる際に、移ると言われています。保護者の方のお口の健康に注意しましょう。

40～50歳代の健康チェック

★バースデーチェック表(何もなくても毎年チェック)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 前1年間に特定健康診査を受診	生活習慣病予防のために重要な健診です。必ず受診して、検査数値を記録しましょう。
前2年間にがん検診を受診 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん	乳房にしこりがあったり、乳汁が出たりしたら乳がん、月経以外の出血が続いたら子宮がんの可能性あります。必ず外科、産婦人科を受診しましょう。卵巣の異常なども産婦人科受診しないとなかなかみつかりません。
前1年間にがん検診を受診 ☐ 胃がん ☐ 肺がん ☐ 大腸がん	検診で早期に発見される可能性が高いがんです。必ずがん検診を受けましょう。
☐ 前1年間に歯科健康診査を受診	歯周疾患(歯そうのうろうなど)が急増・進行し、歯の喪失の大きな要因となります。進行した歯周炎(歯周ポケット4mm以上)は、40～49歳では30.8%に達しています。一人平均保有歯数は、30歳代28.3本が40歳代26.0本に減少しています。



【あなたと家族の健康は大丈夫？】

生活習慣病の予防やがんの早期発見のための特定健康診査(メタボ健診)やがん検診の県内の受診率が低迷しています。

40歳を過ぎたら、年1回の健(検)診で、あなたの状況をチェックしましょう。

また、あなたの大切な人が受診を忘れていないか合わせてチェックを。

【乳がんにかかりやすい人と年齢】 (日本対がん協会ホームページから)

乳がんは、どんな人でもなる可能性があります。しかし、次のような条件の人が乳がんになる危険が高いといわれています。

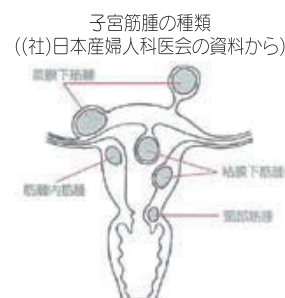
- 1 家族(祖母、母、姉妹)が乳がんにかかったことがある
- 2 本人が乳がんその他の乳腺疾患になったことがある
- 3 高齢初産(30歳以上)か、出産歴がない
- 4 初潮が早く(11歳以下)、閉経が遅い(55歳以上)
- 5 閉経後の肥満
- 6 長期間(10年以上)のホルモン補充療法(更年期障害の治療)を受けている

患者の数は、30歳代で増加し始め、40から50歳代でピークとなり、その後減りますが、70～80歳代にも起こる病気です。

【子宮内膜症と子宮筋腫】

子宮内膜症: 子宮内膜様の組織が子宮の内側以外で増殖し、月経時にその場所で出血を繰り返す病気です。月経痛が強く、性交痛や不妊の原因になります。

子宮筋腫: 子宮の筋層にできる良性の腫瘍で過多月経や過長月経、不正出血などの症状をしばしば伴い、貧血になりがちです。



【がん検診チェックポイント】

大腸がん: 50歳前後の人に多くみられ、下血や便秘と下痢の繰り返しとともに便が細くなることもあります。こんな時は早めに大腸内視鏡検査が必要です。症状のない人も40歳になれば、年に1回は検診で便潜血をチェックし、陽性の時は迷わず内視鏡検査を。ポリープのうちに発見すれば内視鏡で簡単に除去することができます。

胃がん: 罹患する人が最も多いがんですが、早期であれば内視鏡で簡単に除去できるので、死亡率は改善しています。40歳前後から年に1回はバリウム透視検査や内視鏡検査をするとよいでしょう。また、ピロリ菌を「除菌」すると、胃がんの予防になることもわかってきました。

肺がん: 60歳前後から多くなりますが、喫煙や受動喫煙の機会のある人は、定期的に胸部X線検査や喀痰検査をしてください。リスクの高い人は、CT検査による検診も勧められています。

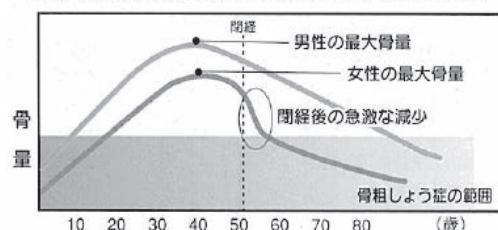
★気になったときチェック表(心配事を即解決)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 月経の量が増えたり、痛みがひどくなった	子宮筋腫や子宮内膜症の可能性があります。産婦人科を受診しましょう。
☐ 月経以外の出血が続く	子宮の奥の子宮体がんの可能性があります。必ず産婦人科を受診しましょう。
☐ 下腹部痛、腰痛が続く	卵巣がん、子宮内膜症、子宮筋腫などの可能性があります。必ず産婦人科を受診しましょう。
☐ 肩こり・のぼせ・疲れやすい・いらいら・気分が落ち込む・眠りが浅い など	更年期障害でみられる症状です。生活に支障があれば、産婦人科で相談しましょう。
☐ 頭痛 ☐ めまい	更年期障害以外にも、高血圧症、メニエル病、脳動脈瘤などの病気の可能性があります。内科、耳鼻科、脳外科などでみてもらう必要があるかもしれません。
☐ 高脂血症	閉経時期に女性ホルモンの低下もあり、急に悪玉コレステロールが上昇してきます。特定健康診査でチェックし、内科、産婦人科で相談しましょう。
☐ 腰痛、手や膝の関節痛	整形外科でみてもらい異常ないと言われたら、女性ホルモンの低下による骨量減少や関節痛の可能性もあります。
☐ 膣、外陰の痛み、かゆみ、不快感、乾燥感	女性ホルモンの低下による症状の場合が多く、女性ホルモンで症状が改善します。子宮が下がってくる子宮脱のこともあります。まれに、外陰がんの症状の場合もありますので、長引く場合は必ず産婦人科を受診しましょう。
☐ 尿もれ	女性はいくしゃみして尿がもれたり、トイレにいきたいと思ったらすぐにもれたりします。産婦人科、泌尿器科で相談してみましょう。
☐ 乳房のしこり	乳房にしこりがあるといっても必ずしも乳がんではありません。しかし、乳がんではないということを確認してはつきりさせる必要があります。必ず産婦人科又は外科(乳腺外来)を受診しましょう。
☐ 生活が充実していない ☐ 楽しめない ☐ 物事をするのが億劫(おっくう) ☐ 自分は役に立つ人間だと思えない ☐ わけもなく疲れる	うつ病は子どもから高齢者まで全ての年代に見られますが、中年期以降に多くなります。こんな状態が毎日、2週間以上続いていて、不眠や食欲不振など体の不調がある場合はペースダウンして、医師や市町・保健所の保健師に相談しましょう。 うつ病に関しては広島県立総合精神保健福祉センターのホームページにうつ病の情報やパンフレットなどが掲載されています。
☐ 歯と歯の間に物がよく詰まる	歯周病のサインかもしれません。歯周病になると歯を支えている骨(歯槽骨)が溶け、歯ぐきが下がって歯と歯の間に隙間ができます。歯周病が糖尿病などの生活習慣病の発症に影響を及ぼすこともわかってきています。

【閉経前後から骨粗しょう症チェック】

骨は常に古い骨が壊され(骨吸収)、新しい骨に作り変えられます(骨形成)が、女性は閉経とともにこのバランスが崩れ、骨吸収がすすみ骨がもろくなります。その結果、転倒などで簡単に胸腰椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折をおこし、寝たきりの原因にもなります。簡便な超音波を用いて、骨量のスクリーニングが行われるので、閉経前後の人は受診を心がけ、同時にカルシウムやビタミンDの多い食品を摂り、足腰を鍛錬して転倒予防に努めることが重要です。

男性・女性の生涯を通じての最大骨量と骨量の変化



((財)家庭保健生活指導センターの資料から)

60歳代以降の健康チェック

★バースデーチェック表(何もなくても毎年チェック)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 前1年間に特定健康診査を受診	生活習慣病予防のために重要な健診です。必ず受診して、検査数値を記録しましょう。
前2年間にがん検診を受診 ☐ 乳がん ☐ 子宮がん	乳房にしこりがあったり、乳汁が出たりしたら乳がん、月経以外の出血が続いたら子宮がんの可能性があります。必ず外科、産婦人科を受診しましょう。卵巣の異常なども産婦人科を受診しないとかなかみつきません。
前1年間にがん検診を受診 ☐ 胃がん ☐ 肺がん ☐ 大腸がん	40歳代では乳がん、子宮頸がん、卵巣がんで亡くなる方の割合が多く、高齢になると、消化器系(胃、大腸、肝臓)と肺がんの割合が増加します。
☐ 前1年間に歯科健康診査を受診した。	自分の歯でしっかり噛むことができると、食事がおいしいだけでなく、生活習慣病、骨粗しょう症、認知症、胃腸障害などの病気の予防にもつながるとともに、家族や友人と楽しい食生活が送れます。



【女性のがんの部位別死亡者数・罹患者(病気にかかる人)数の順位】

(国立がん研究センターがん情報サービスから)

	罹患者数が多い部位 (2004年全国推計)	死亡数が多い部位 (2008年全国)
1位	☆ 乳房	肺
2位	胃	胃
3位	結腸	結腸
4位	☆ 子宮	膵臓
5位	肺	☆ 乳房
	結腸と直腸を 合わせた大腸は2位	結腸と直腸を 合わせた大腸は1位

☆ 乳房、子宮は上皮内がんを含む。

【歯と口の健康】

歯を失うと、食物を噛んだり飲み込んだりする機能が低下します。高齢者にとって歯と口腔の健康を保つことは、食生活の改善、円滑な日常会話の促進、肺炎の予防につながるなど、QOL(生活の質)の向上をもたらすためにも重要となっています。お口全体の歯の数、噛み合わせをチェックをし、左右・上下のバランスを良くすることにより体全体のバランスが良くなり、しっかり噛むことは転倒防止、認知症予防にも繋がります。

歯がなくなったら、入れ歯などで噛む機能を回復する必要があります。

★気になったときチェック表(心配事を即解決)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 月経以外の出血が続いたり、下腹部痛、腰痛が続く	子宮体がんや卵巣がんの可能性がありま。必ず産婦人科を受診しましょう。
☐ 腰痛、股関節痛、膝関節痛	腰や股関節、膝関節の変形が増えてきます。整形外科でみてもらいましょう。整形外科で異常ないと言われたら、女性ホルモンの低下による骨量減少や関節痛の可能性もあります。
☐ 腰痛がひどくなったり、身長が4cm以上低くなった	骨粗鬆症による脊椎圧迫骨折が起こっているかも知れません。レントゲンや骨量測定をしてもらいましょう。
☐ 下肢の痛みや、しびれ	腰の変形に伴い、脊髄の神経が圧迫されて起きることがあります。レントゲンやMRIの検査をしてもらいましょう。

チェック項目	一言アドバイス
☐ 膣、外陰の痛み、かゆみ、不快感、乾燥感	女性ホルモンの低下による症状の場合が多く、女性ホルモンで症状が改善します。子宮が下がってくる子宮脱のこともあります。まれに、外陰がんの症状の場合もありますので、長引く場合は必ず産婦人科を受診しましょう。
☐ 尿もれ	女性はいくしゃみして尿がもれたり、トイレにいきたいと思ったらすぐにもれたりします。産婦人科、泌尿器科で相談しましょう。
☐ 下血、便秘	消化器系のがんが増加する年代です。おかしいと思ったら専門医を受診しましょう。
☐ 周りの人に「いつも同じ事を聞く」と言われる ☐ 自分で番号を調べて電話をかけない ☐ 今日が何月何日か分からないことがある	物忘れは年のせいと思っていませんか？ひょっとしたら認知症の前段階かもしれません。予防のための活動プログラムが利用できるか、市町の保健師に相談してみましょう。かかりつけ医にも相談できます。
☐ 入れ歯があたって痛い ☐ 入れ歯がはずれやすい	入れ歯が痛い原因は、入れ歯と歯ぐきの間に隙間ができてものが入りやすくなったことや、入れ歯の縁が歯ぐきに食い込んだりしていることがあります。入れ歯にひびが入っている場合も考えられます。また、入れ歯をかけている歯の周りが痛くなることもあります。入れ歯がぴったり合っていない場合が多く、平素から入れ歯と歯の清掃を十分に行うことも大切です。 入れ歯を外して清潔にすれば傷は治りますが、入れ歯の調整や歯周病の治療が必要です。かかりつけの歯科医を受診しましょう。
☐ 生活が充実していない ☐ 楽しめない ☐ 物事をするのが億劫(おっくう) ☐ 自分は役に立つ人間だと思えない ☐ わけもなく疲れる	うつ病のチェック項目です。高齢期のうつ病は、身体症状が目立つため身体の病気と間違われたり、記憶力が低下して認知症と間違われたりすることがあります。 気分が晴れず物事が億劫(おっくう)なのは身体の調子が悪いから…と決め付けず、一度専門医を受診してみましょう。

【変形性関節症と骨粗しょう症】

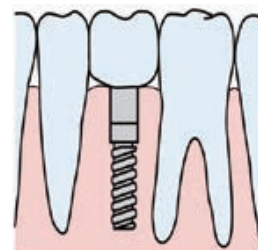
女性では、60歳代より変形性膝(ひざ)関節症や変形性股(こ)関節症などによる関節痛の頻度が高くなります。

また、女性ホルモンの低下により骨量が減少し、骨粗しょう症となりやすくなり、腰痛、肩こり、関節痛、骨折などの原因となります。

変形性関節症と骨粗しょう症に対しては正しい診断による適切な治療が必要です。関節痛、腰痛、肩こりが続く場合は整形外科受診が必要です。

【インプラント】

歯がなくなった場合の治療には、取り外し式の義歯と固定式のブリッジがよく用いられています。義歯は、どんな症例にも対応できますが、それ自体が大きく違和感があります。ブリッジは、歯のない部分の前後にある歯を削ってセメントで歯に固定する装置で、歯を必ず削る必要があります。



インプラントは、人工歯根を顎骨に植立するもので、隣の歯を削ることもなく、また義歯のような違和感がないので、歯の代用として注目されています。しかし、必ず外科的処置を伴い、顎の骨の量、骨の質により適応や治療期間が左右されます。また、健康保険の適用外の治療ですので、治療費に関してはかかりつけの歯科医で相談してください。

全年代共通の健康チェック

★バースデーチェック表(何もなくても毎年チェック)

チェック項目	一言アドバイス
☐ BMI(肥満度)は？	BMI＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m) 18.5未満 やせ 18.5～25未満 標準 25以上 肥満 やせているのにダイエットしていませんか？
☐ 毎日3食摂っている。	身体に必要な栄養を摂って、若いうちから骨にカルシウムを蓄えましょう。
☐ 健康づくりのための運動をしている	生活習慣病予防、ダイエット、美しい姿勢、骨粗しょう症予防やストレス解消など、さまざまな効果のあるウォーキングがおススメです。
☐ 乳がんの自己検診をしている	毎日の入浴時など、平素のセルフチェックが重要です。



【健康診断・がん検診のすすめ】

生活習慣の改善や予防接種とともに、定期的に健(検)診を受診して、病気の予防と早期発見に努めることが大切です。

健(検)診は生活習慣病の早期発見・事後指導を行う特定健康診査(特定保健指導)と、大腸がん、胃がん、肺がん及び女性に特有の乳がん、子宮頸がん(婦人科)をそれぞれ対象とするがん検診があります(本文中のそれぞれの項を参考にしてください)。最近では両者を併せた人間ドックも広く医療機関で実施されています。

診断と治療の進歩で、早期発見と早期治療が可能になりましたが、死因一位のがんで亡くなる人は、あいかわらず年に30万人をかぞえ、女性特有のがんの若年化も注目されている中で、残念ながら健(検)診を受診する女性は、全体の3割程度に留まっています。これらの健(検)診は職場や、勤務先のない人は市区町村で受診することができます。年間行事の一つになるよう積極的に受診して、病気の予防や早期発見に活きましょう。

【一度しておきたい肝炎ウイルスチェック】

B型肝炎ウイルス(HBV)、C型肝炎ウイルス(HCV)をもっていないかチェックしましょう。血液検査でわかります。肝がんの90%を占める肝細胞がんは80%がHCV、15%がHBVによる持続感染が原因といわれています。しかし、肝炎ウイルスに感染していても、適切な健康管理・治療で、肝炎から肝硬変や肝がんが悪化するのを予防できます。(インターフェロン治療では、B型肝炎の場合は約3割、C型肝炎の場合は約5～9割の人が治療効果を期待できます。)

肝炎ウイルス検査は、お住まいの市町での検診や県保健所(支所)、県の委託医療機関等で受けることができます。また、肝炎治療に係る医療費の助成を行っていますので、詳しくは県又は県保健所(支所)にお問い合わせください。

⇒問合先 市町・保健所一覧(20頁)

【がんを防ぐための12カ条】(国立がん研究センターがん情報サービスから)

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 バランスのとれた栄養をとる
ーいづれり豊かな食卓にしてー 2 毎日、変化のある食生活を
ーワンパターンではありませんか？ー 3 食べすぎをさけ、脂肪はひかえめに
ーおいしい物も適量にー 4 お酒はほどほどに
ー健康的に楽しみましようー 5 たばこは吸わないように
ー特に、新しく吸い始めないー 6 食べものから適量のビタミンと繊維質のものを多くとる
ー緑黄色野菜をたっぷりとー | <ol style="list-style-type: none"> 7 塩辛いものは少なめに、あまり熱いものはさましてから
ー胃や食道をいたわってー 8 焦げた部分はさける
ー突然変異を引きおこしますー 9 かびの生えたものに注意
ー食べる前にチェックしてー 10 日光に当たりすぎない
ー太陽はいたずら者ですー 11 適度にスポーツをする
ーいい汗、流しましようー 12 体を清潔に |
|---|---|



★気になったときチェック表(心配事を即解決)

チェック項目	一言アドバイス
☐ 身体がだるく 疲れやすい ☐ 騒音が気になる ☐ 音楽やTVを 楽しめない ☐ 首や肩がこって 仕方ない ☐ 事故や怪我を しやすい ☐ 胸苦しい	ストレスのチェックです。 仕事・家事・育児・人付き合い…様々なことに囲まれて、知らず知らずのうちに一杯になっていませんか？しばし立ち止まって自分を振り返りましょう。SOSサインは身体やこころの変調、いつもと違う行動の形で現れます。周りの人に聞くのもいいかもしれませんね。 ストレスに気づいたら、下のコラムを読んでみましょう。 ストレスチェックが広島県立総合精神保健福祉センターのホームページから利用できます。携帯からも同じチェックが利用でき、そのQRコードも載っています。⇒ストレスチェック(18頁)

【ストレスと付き合う】

ストレスの元に対処する：SOSに気づいたら、何がストレスの元なのか考えてみましょう。解決できそうな部分があれば、解決に向けて行動しましょう。可能な範囲で問題をかわしたり、距離をとるのも立派な対処です。すぐには解決が困難なら、問題からの一時避難として気晴らしをする、信頼できる相手に状況を話して気持ちを支えてもらうのも良い方法です。

リフレッシュ：ストレスでダメージを受けたところと身体を労わりましょう。スポーツ、カラオケ、自然に触れる、旅行、温泉、音楽を聴く、友達とのお喋り、一杯のハーブティー、寝る、ヨガ、ストレッチなどなど、自分に合った方法をいくつか持っておくと良いですね。但しお酒には要注意。つらい気分を紛らわせるお酒はエスカレートしがちです。積極的にリフレッシュの機会を持ちましょう。

【適正飲酒】

一般的にお酒の一日の適量の目安は、ワインならグラス2杯弱、日本酒なら一合と言われています。しかし、女性は男性に比べて血中アルコール濃度が高くなりやすく、臓器障害やアルコール依存などアルコールの害が男性より少量・短期間の飲酒で起きやすいと言われています。

上にあげた量よりは少なく切り上げ、週に2回は休肝日を作りましょう。

また、妊娠中と母乳を与えている間の飲酒は、赤ちゃんに影響が及ぶと言われています。



【たばこの害】

たばこを吸う人は、いろいろな病気、とりわけ肺がんや肺気腫にかかりやすいことはよくわかっていますが、たばこの煙が周囲の人にも同じように害を与えることには、意外と気づいていないものです。これを受動喫煙といい、確実にがんになる可能性が増えます。



また、歯への着色や歯ぐきの黒ずみなど、美容の上でもよくありません。たばこの害を防止するうえで、最も効果があるのは禁煙です。禁煙補助薬を用いた保険診療も可能ですから、周りにいる愛する人のためにも禁煙に取り組んでください。

【「8020」を目指しましょう】

「8020運動」は「80歳になっても20本以上自分の歯を保とう」という運動です。いつまでも健康で明るく元気に生活していくには、自分の歯でおいしく食事を食べることが基本となります。実際80歳を迎えて20以上歯がある人の多くは毎日元気に過ごしておられます。8020達成のためには、成人期における歯・口の健康維持が重要です。今後、継続的なケアをかかりつけ歯科医とともに取り組み、生涯を通じた歯・口の健康づくりに努めましょう。

【よく噛むことの大切さ「嚙ミング30」】

ダイエットや肥満防止のために、まず「よく噛む」ことを意識しましょう。目安の回数は1口につき30回ほど。よく噛むことで食事の時間はかかりますが、その間に血糖値が上がって満腹感が得られ食べ過ぎを防ぎます。

食を通して健康寿命を延伸するためには、食べる器官である口腔の健康と関連させて健康づくりの視点からの「食育」が重要です。「嚙ミング30(カミングサンマル)」は、歯科保健分野からの食育推進運動です。(参考：広島県歯科医師会ホームページ<http://www.hpda.or.jp/syokuiku/05grow/09.html>)

あなたの健康記録(健康チェック、治療(入院・手術)、海外渡航・予防接種の記録)

区 分		年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
基 礎 情 報	身長 (cm)										
	体重 (kg)										
	BMI(kg/㎡)										
	骨密度 (%)										
健 診	特定健康診査(月・日)										
	中性脂肪										
	HDLコレステロール										
	LDLコレステロール										
	血糖値										
検 診	胃がん										
	肺がん										
	大腸がん										
	乳がん										
	子宮がん										
入 院 ・ 手 術											
海 外 渡 航 ・ 予 防 接 種											
検 査 ・ そ の 他											

海外渡航に備えて ～海外旅行と予防接種



海外旅行に行く機会がますます増えてきていますが、海外では、地域によって衛生状態に差があり、日本にはない感染症が流行している地域があります。海外で感染症にかからないようにするためには、旅行する地域の感染症情報をあらかじめ収集するとともに、正しい予防方法を身につけることが重要です。また、感染症の中には予防接種で防げるものがありますので、予防接種を行うことをお勧めします。さらに、飲料水、虫刺され(蚊やダニなど)、動物との接触にも注意が必要です。

推奨される予防接種は、旅行先、旅行期間、現地での行動様式により異なります。複数の予防接種を受けられる場合には接種間隔があります。黄熱の予防接種は、短期の旅行でも入国に際して予防接種証明書(イエローカード)が要求されることがあり、接種場所は検疫所と東京と横浜にある検疫衛生協会に限られています。広島検疫所では黄熱等の予防接種、電話による予防接種の相談を行っていますので、お気軽にご相談ください。黄熱以外の予防接種は広島検疫所のほか、広島県予防接種センターや一般の医療機関でも接種可能で、予防接種ができる医療機関は救急医療NETでも検索可能です。

名 称	広島県予防接種センター	広島検疫所
住 所	広島市南区皆実町1-6-29 広島県健康福祉センター内	広島市南区宇品海岸3-10-17
電話番号	082-254-7111	082-251-1836

感染症にはそれぞれに潜伏期(症状が現れるまでの時間)があり、すぐに発病しないことがあります。帰国時に症状のある方は検疫官にご相談ください。帰宅後、症状が出たときには、医療機関を受診するか、検疫所にお電話ください。その際、旅行先や滞在期間を必ず申し出てください。

長期*の旅行でおすすめ予防接種例(検疫所ホームページより改変)

地域	黄熱	破傷風	A型肝炎	B型肝炎	日本脳炎	狂犬病
アフリカ北部		◎	◎	○		○
サハラ周辺アフリカ	●	◎	◎	○		○
アフリカ南部		◎	◎	○		○
アジア		◎	◎	○	○	○
中近東		○	◎	○		○
北アメリカ		○				○
中央アメリカ		◎	◎	○		○
南アメリカ	●	◎	◎	○		○
東ヨーロッパ		○	○	○		○
西ヨーロッパ		○				○
オーストラリア・ニュージーランド		○				
太平洋諸国		○	○	○		○

●：黄熱の予防接種証明書が国際的に要求されている地域

◎：予防接種を推奨

○：局地的な発生がある等、リスクがある場合に接種した方がよい

(*長期とは概ね1か月以上の滞在のことです。冒険旅行は短期であっても含めます。)

参考となるホームページ

1) 検疫所のホームページ：<http://www.forth.go.jp/>

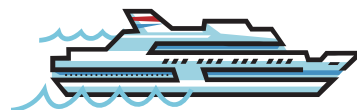
2) 広島検疫所のホームページ：<http://www.forth.go.jp/keneki/hiroshima/>

(住所：広島市南区宇品海岸3-10-17、電話：082-251-1836)

3) 広島県感染症情報センターのホームページ：

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/hec/hidsc/kaigairiyokou.html>

4) 救急医療NET：<http://www.qq.pref.hiroshima.jp/qq/qq34tpmnl.asp>



女性のための健康づくり情報 & 相談先

★病気のときに役立つ情報

今、診てもらえる 病院・診療所は？	広島県救急医療情報ネットワークを活用して、 最寄りの当番医や急患センターなどを探しましょう。 ○広島県救急医療情報ネットワーク http://www.qq.pref.hiroshima.jp/  
子どもが急病の 場合には？	すぐに救急病院に行くべきかなど、小児科医師などが電話でアドバイスします。 ○こどもの救急電話相談(毎日19時～22時) #8000 又は 082-505-1399 発熱、嘔吐、誤飲などの対処法や家庭で気を付けておくことを やさしく紹介し、おうちの看護をサポートします。 ○パパママ応援“おうちの看護”携帯サイト (ひろしまこども夢財団)監修:広島県小児科医会 http://www.yumezaidan.or.jp/k/kango/  

★その他のお役立ち情報

健康づくり、予防、 早期発見、治療費助成 など健康対策に 関する情報	・健康づくりイベント ・新型インフルエンザ ・治療費助成 ・ひろしま健康づくり県民運動 ・健康生活応援店 ・特定健康診査・特定保健指導など ○ひろしま健康ネット http://kenkou-net.pref.hiroshima.lg.jp/ 
子育てに関する 相談など	子育てに困ったときの相談窓口、イベント情報、各種支援制度など 子育てが楽しくなるあらゆる情報が満載 ○ひろしまこども夢財団HP(23年度にリニューアル) http://www.yumezaidan.or.jp/index.html 子育てに便利で役立つ情報を携帯電話で発信しています。 ○ひろしまこども夢財団“Kids情報送信サービス” http://www.yumezaidan.or.jp/k/ 子育てや家庭に関する相談、児童虐待やDVに関する相談に応じています。 ※月～金曜日8:30～17:00(祝日・年末年始を除く) ○広島県西部こども家庭センター 084-951-2340 ○広島県東部こども家庭センター 0824-63-5181 ○広島市児童相談所 082-263-0694 しつけ、保健、家庭の問題などの電話相談(年末年始を除く) ○子ども何でもダイヤル 9:00～17:00 082-255-1181 妊娠・出産～育児中のパパやママを応援する携帯サイト ○子育て応援団 http://www.kosodateouendan.jp  
ストレスチェックなど	質問に答えて、ストレスの程度を調べます。 また、内容に沿った相談窓口をご紹介します。 ○広島県立総合精神保健福祉センターのホームページ



★困ったときの相談窓口

名称及び電話番号等	内 容	日 時	実施機関
警察安全相談電話 #9110 又は 082-228-9110	交通に関する困りごと、家庭内の暴力やストーカーなど、犯罪等による被害の未然防止に関する相談をお受けします。	毎週月～金 9時～16時 (12時から13時は休み) (祝日・年末年始はお休みです。)	広島県警察
消費生活相談 082-223-6111 県民相談 082-223-8811	商品やサービスに関する苦情・相談(消費生活相談)や、交通事故などに関する相談(県民相談)をお受けします。	毎週月～金 9時～16時 (12時から13時は休み) (祝日・年末年始はお休みです。)	広島県 生活センター
こころの電話 082-892-9090 同メール mha-kokoro@ do4.enjoy.ne.jp	職場や家庭のストレス、精神的な病気の悩みなど、こころの健康に関する相談をお受けします。	毎週月～金 9時～16時30分 (12時から13時は休み) (祝日・年末年始はお休みです。)	社団法人広島県 精神保健福祉協会
広島いのちの電話 082-221-4343	生活の困難やこころの危機を抱え、悩み苦しんでいる人の電話相談をお受けします。	毎日 24時間	社会福祉法人 広島いのちの電話
広島県不妊専門 相談センター 082-256-5610 電子メール相談 <a href="https://www.pref.hiroshima.lg.jp/hu
nin/soudan.html">https://www.pref. hiroshima.lg.jp/hu nin/soudan.html	不妊に関する様々な相談をお受けします。	毎週火、水 16時～18時30分 (祝日・年末年始はお休みです。)	広島県不妊専門 相談センター
エソール広島電話相談 082-247-1120	生活上のさまざまな悩みを受け止め、相談者自らが解決の方策を見出すよう援助します。	水、日を除く毎日 10時～16時 (祝日・年末年始はお休みです。)	財団法人 広島県女性会議
広島エイズダイヤル 082-541-0812	エイズについて、悩みがあったり、お知りになりたいことがありましたら、ご相談ください。	毎週水 10時～13時 毎週土 18時～21時	広島 エイズダイヤル

エイズ相談・検査のできるところ(全て無料・匿名です)

【相談及び検査】

県保健所(支所)(⇒21ページに記載)

広島市中保健センター	082-504-2528
広島市東保健センター	082-568-7729
広島市南保健センター	082-250-4108
広島市西保健センター	082-294-6235
広島市安佐南保健センター	082-831-4942
広島市安佐北保健センター	082-819-0586
広島市安芸保健センター	082-821-2808
広島市佐伯保健センター	082-943-9731
呉市保健所	0823-25-3525
呉市東保健センター	0823-71-9176
福山市保健所	084-928-1127

【相談のみ】

広島県健康対策課	082-513-3175
広島市保健医療課	082-504-2622
広島エイズダイヤル	082-541-0812(再掲)

【検査のみ】

広島県エイズ日曜検査(県立広島病院内)

※広島県エイズホットライン(082-242-0812)で、予約受付しています。受付時間は、第1土曜日を除く土曜日及び毎日曜日の9:00～16:00(県立広島病院では受付できません。)

※各検査機関とも、実施日時が指定されています。確認の上、事前に電話予約してください。

★女性・育児に関する各種制度等

区 分	概 要
妊婦健診助成【市町】	妊娠したらお住まいの市町に妊娠届を出して母子健康手帳と妊婦健診受診票を受け取りましょう。妊婦さんやお腹の赤ちゃんの健康状態を見るため医療機関で妊婦健診を受けた場合、公費助成が受けられます。
乳幼児医療費の公費負担【市町】	乳幼児の医療機関受診の場合の医療費の自己負担分について、公費助成が受けられます。対象年齢、所得制限、一部負担金など市町によって異なります。
子ども手当【市町】	15歳到達後最初の3月31日までの間にある児童(中学校終了前の子ども)を養育している方に、児童1人につき月額13,000円が支給されます。
出産手当金 【加入している医療保険の保険者】	被保険者が出産のため会社を休み、事業主から報酬が受けられないとき、原則として産前42日から、産後56日までの範囲で、給料の3分の2が支給されます。
出産育児一時金【同上】	医療保険の被保険者が出産したとき、支給されます。
家族出産育児一時金【同上】	医療保険の被扶養者が出産したとき、支給されます。
育児休業基本給付金【ハローワーク】	雇用保険の一般被保険者が1歳未満の子を養育するために育児休業を取得した場合に、原則として休業開始時賃金日額×支給日数の30%相当額が支給されます。
医療費控除【税務署】	所得税の医療費控除において、妊婦健診費、通院費、入院費なども対象となります。
乳がん・子宮がん検診【市町】	若年層にも増えている乳がんと子宮がんの早期発見には、定期的ながん検診を受けることがとても重要です。市町が行う乳がん検診は40歳以上、子宮がん検診は20歳以上が対象となります。

※ 掲載している制度は、平成23年1月31日現在です。

※ 【 】は、手続き先又は相談先窓口

※ 医療保険の保険者：市町国保、国保組合、健保組合、協会けんぽ、共済組合

★市町・保健所一覧

【保健所設置市】



名称・担当課等	所在地	電話番号
広島市 こども・家庭支援課 保健医療課	広島市中区国泰寺町一丁目6-34	082-504-2623 082-504-2290
中保健センター	中区大手町四丁目1-1	082-504-2528
東保健センター	東区東蟹屋町9-34	082-568-7729
南保健センター	南区皆実町一丁目4-46	082-250-4108
西保健センター	西区福島町二丁目24-1	082-294-6235
安佐南保健センター	安佐南区中須一丁目38-13	082-831-4942
安佐北保健センター	安佐北区可部三丁目19-22	082-819-0586
安芸保健センター	安芸区船越南三丁目2-16	082-821-2808
佐伯保健センター	佐伯区海老園二丁目5-28	082-943-9731
呉市保健所 健康増進課	呉市和庄一丁目2-13	0823-25-3540
福山市保健所 健康推進課	福山市三吉町南二丁目11-22	084-928-3421

【その他の市町】

市 町		県保健所(支所)	
名称・担当課	所在地・電話番号	名称・担当課等	所在地・電話番号
大竹市保健介護課	大竹市小方1-11-1 0827-59-2140	西部保健所 保健課	廿日市市桜尾二丁目2-68 0829-32-1181
廿日市市保健センター	廿日市市新宮1-13-1 0829-20-1610	広島支所 厚生保健課	広島市中区基町10-52 082-228-2111
安芸高田市保健医療課	安芸高田市吉田町吉田791 0826-42-5619		
府中町健康推進課	安芸郡府中町浜田本町5-25 082-286-3255		
海田町保健センター	安芸郡海田町中店8-33 082-823-4418		
熊野町健康課	安芸郡熊野町3895-1 082-855-1755		
坂町保健センター	安芸郡坂町平成ヶ浜1-1-1 082-885-3131		
安芸太田町保健医療 福祉統括センター	山県郡安芸太田町下殿河内236 0826-22-0196		
北広島町保健課	山県郡北広島町有田1234 050-5812-1853	呉支所 厚生保健課	呉市西中央一丁目3-25 0823-22-5400
江田島市保健医療課	江田島市大柿町大原505 0823-40-3247		
竹原市保健センター	竹原市中央3-14-1 0846-22-7157	西部東保健所 保健課	東広島市西条昭和町13-10 082-422-6911
東広島市健康長寿課	東広島市西条栄町8-29 082-420-0936		
大崎上島町保健衛生課	豊田郡大崎上島町木江4968 0846-62-0300		
三原市総合保健福祉センター	三原市城町1-2-1 0848-67-6053	東部保健所 保健課	尾道市古浜町26-12 0848-25-2011
尾道市健康推進課	尾道市門田町22-5 0848-24-1960		
世羅町町民課	世羅郡世羅町本郷947 0847-22-5302		
府中市保健福祉総合センター	府中市広谷町919-3 0847-47-1310		
神石高原町保健福祉センター	神石郡神石高原町小畠1701 0847-89-3366		
三次市健康推進課	三次市十日市東3-14-25 0824-62-6257	福山支所 厚生保健課	福山市三吉町一丁目1-1 084-921-1311
庄原市保健医療課	庄原市西本町4-3-1 0824-73-1255		
		北部保健所 保健課	三次市十日市東四丁目6-1 0824-63-5181

ひろしま県版 女性のための健康ノート

発行年月	平成23年3月
発行	広島県地域保健対策協議会 広島大学、広島県、広島市、広島県医師会で構成 〒733-8540 広島市西区観音本町1丁目1番1号 広島県医師会事務局内 TEL 082-232-7211(地域医療課)
編集	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 教授 委員 青木陽一郎 財広島県環境保健協会 常務理事 井之川廣江 広島県医師会 常任理事 岩沖 靖久 広島県厚生連吉田総合病院 副院長 岡本 羊子 広島県健康福祉局健康対策課健康増進担当監 加納 恵子 広島市健康福祉局保健医療課 保健指導担当課長 小島 隆 社団法人広島県歯科医師会 常務理事 佐伯真由美 広島県立総合精神保健センター 次長兼生活支援課長 瀬戸真理子 瀬戸産婦人科医院 院長 田中 彰彦 呉市福祉保健部保健所 健康増進課長 中川 絵理 財広島県女性会議 事業課長 早瀬 良二 国立病院機構福山医療センター 外科系部長 大和 昌代 全国健康保険協会広島支部保健グループ
協力	安達 伸生 広島大学大学病院 整形外科 准教授 片山 友子 厚生労働省広島検疫所 所長 竹本 正瑞 広島県厚生連吉田総合病院 副院長・リハビリ部長 中嶋 利子 イラスト提供 三宅 茂樹 社団法人広島県歯科医師会 理事

※ 本冊子は、広島県ホームページ(<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/>)に掲載し、ダウンロードを可能にしています。
 ※ 編集・発行者は、市町、団体、保険者、企業などが、本冊子又は本冊子に独自情報を加えたものを増刷・配布することを、
 予め承認します。(有償頒布を目的とする場合を除く。)

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	国立病院機構福山医療センター

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. 広島県独自の“がん診療連携拠点病院”指定制度の創設の考え方
- III. 県指定の“がん診療連携拠点病院”の指定状況
- IV. 特色あるがん医療を担う医療機関の評価のあり方
- V. お わ り に

がん対策専門委員会

(平成 22 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

国のがん対策の基本である“住民の全てが日常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”の目標のもとに作られた“がん診療連携拠点病院”の指定制度にもとづいて、広島県においても平成 18 年 8 月に 10 医療機関が、平成 22 年 2 月に 1 医療機関が、“がん診療連携拠点病院”として指定された。これらに加えて広島県としては、県民全てに対する適切で有効ながん医療提供体制を確立するための方策として、5 大がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がん）のそれぞれについて、“医療ネットワーク”の構築をめざしている。このネットワークとは、それぞれのがん別に、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・検討した上で、これら医療機関が連携できる体制を作り、このネットワークの中で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ことを目的とするが、これらの医療ネットワークにおいて、その中心に“がん診療連携拠点病院”を位置づけるとしてきた。

地対協における本専門委員会の役割は、国による“がん診療連携拠点病院”の指定を求めて広島県内から医療機関の推薦を行うにあたって、申請を希望する医療機関の機能調査を行い、これを評価することである。しかし、国の指定は得られなくてもそれと同等の機能をもつ医療機関があり、これらを県指定の“がん診療連携拠点病院”とすることができないかも検討してきた。本稿では、これの創設に至る経緯について報告したい。

II. 広島県独自の“がん診療連携拠点病院”指定制度の創設の考え方

国は“がん診療連携拠点病院”制度を設け、広島県では 11 医療機関（表 1）が指定されているが、この制度の原則は、二次医療圏に 1 か所の設置とされており、七つの二次医療圏しかない広島県に 11 医療機関という数は他県の標準を超えた数といえる。しかし、高度ながん診療を県民に広く提供するという立場から考えると、高度ながん診療を提供できる医療機関は指定された医療機関以外にもあり、県民が適切に医療機関を選択することを支援するとすれば、指定される医療機関が増えることは好ましいと考えられる。

表 1 広島県内における国指定のがん診療連携拠点病院

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

また、平成 22 年度から、国の指定病院に準ずる医療機関として都道府県が認めた医療機関およびその連携先診療所などを対象とした診療報酬の算定項目が新設されており、県独自の“がん診療連携拠点病院”を指定することが有益な状況にある。すなわち、平成 22 年度の診療報酬改定において、がん医療連携

の拠点となる医療機関とその連携先の医療機関が、地域連携パスを用いて患者の治療情報を共有した場合に診療報酬が算定される「がん治療連携計画策定料」（通院時1回限り750点）および「がん治療連携指導料」（月1回限り300点）が新設されたものである。この算定のための施設基準は「がん診療連携の拠点となる医療機関又はそれに準ずる医療機関」とされているが、「拠点となる医療機関」は国が指定する「がん診療連携拠点病院」であり、「準じる医療機関」とは「県単位で認められた医療機関」とされている。

一方、広島県独自の指定制度を考える際、二つの視点からの検討が必要とされてきた。ひとつは、国の指定制度に準じる医療機関として、5大がん（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、肝がん）に対するがん治療の機能や研修の実施などの医療連携支援機能をもつ医療機関を指定することである。とくに広島県では、5大がんについては医療ネットワークの構築を行いつつあり、これらの医療機関の連携推進の拠点としての役割をはたす医療機関を指定し、国の制度による指定医療機関との効果的な連携体制の構築が求められる。もうひとつは、5大がん以外の臓器・組織に発生したがんについて優れた治療機能を発揮している医療機関、すなわち、総合的機能には欠けるが特色ある機能をもつ医療機関を指定することである。5大がん以外で対象とするがんをどのように決めるか、それらのがんの治療方法をどのような視点で評価し、県民に対して公表していくか、について十分に検討することが必要とされた。

国の“がん診療連携拠点病院”の指定要件は、平成20年3月に改正され、その主なものは、表2にあげられる。医療機能調査によって広島県内では、これらを全て充足している医療機関は11の“がん診療連携拠点病院”の他にも複数あり、さらに、あげられた要件を近く充足する可能性がある医療機関もあることが指摘された。ただし、国の指定要件において「原則常勤」とされている放射線治療、化学療法、緩和ケアチームなどの専門的治療医の配置については一律の判断としないこと、医療機能以外の部分については基本的には要件としないものの、相談窓口の設置や院内がん登録の実施は必須とし、がん登録データの収集・分析・公表については、国の指定病院と同様の対応を求めることとすることが妥当と判断された。指定期間としては、国の指定医療機関と

同様に4年間として、更新時には国の指定医療機関と一括で審査することとした。従って当初の指定期間は、平成26年3月31日までとした。

指定の手続きとしては、この制度の設置要綱（表3）を公表し、指定を希望する医療機関の募集を平成22年8月上旬に行い、9月に指定申請の提出を締切り、9月～10月に指定申請書の審査を行って、11月には指定の可否を決定して通知書を送付するとされた。

Ⅲ. 県指定の“がん診療連携拠点病院”の指定状況

県内5医療機関から申請書類が提出された。主として診療体制に関する整備状況を審査した結果、表4の4医療機関については、設置要綱に定める整備要件（必須項目）を全て充足していることから、指定することとした。1医療機関については、複数の項目で要件が充足されていなかった。また、その他の複数の医療機関から、整備要件は未充足であることを承知の上で、指定の是非についての問い合わせがあったが、来年度以降に指定を改めて申請していただくこととした。

Ⅳ. 特色あるがん医療を担う医療機関の評価のあり方

先に述べたように“特色あるがん医療”を担う医療機関の扱いについては、がんの発生部位別にがん治療の機能・実績をどのように選定するのか、県民が求める情報はどのようなものか、信頼性のある情報を収集・整理し、かつ継続的に提供していくにはどのような体制が必要か、などが問題点として指摘された。選定方法として、5大がんについて構築されつつあるがん医療ネットワークの施設基準との整合性、審査体制を現在の地対協におけるがん専門委員会や各がんの医療ネットワークの構成員で作ることができるか、公表の方法として、広島がんネットが使えるかなど、数々の検討を要する項目があり、次年度以降に引き続いて検討することとした。

Ⅴ. おわりに

国の指定する“がん診療連携拠点病院”制度については、全国的なレベルでがん診療の均てん化をはたす、という目的は果しつつあるといえる、しかし、それぞれの県単位でみると、その数に一定の制限が

表2 国と県指定のがん診療連携拠点病院の指定要件の比較

区分	国の指定要件	県の指定要件
診療機能	○ 5大がんの集学的治療（手術・放射線診療・化学療法等）、緩和ケア、標準治療の実施 ○ 5大がんの院内クリティカルパスの整備 ○ キャンサーボードの設置、定期的開催 ○ 化学療法のレジメンを審査する委員会の設置 ○ 組織上位置付けた医師、看護師等の緩和ケアチームを整備、週1回程度のカンファレンスの開催、地域の医療機関等との連携体制の整備 ○ 外来での緩和ケアの提供体制の整備 ○ 地域の医療機関への診療支援や病連携・病診連携体制 ○ 地域連携クリティカルパスの整備 ○ 5大がんのセカンドオピニオンを提示する体制	○ 国に準拠 ※ 地域での医療連携の状況と、今後の連携推進への取組み等について報告を求める
診療従事者	○ 放射線療法 ・ 専任の治療医……1名以上（原則常勤） ・ 常勤専従の診療放射線技師……1名以上 ・ 常勤専任の精度管理に携わる技術者等……1名以上 ○ 化学療法 ・ 専任の治療医……1名以上（原則常勤） ・ 常勤専任の薬剤師……1名以上 ・ 化学療法室に常勤専任の看護師……1名以上 ○ 緩和ケアチーム（組織上明確に位置付けること） ・ 専任の身体症状緩和医……1名以上（原則常勤） ・ 精神症状緩和医……1名以上 ・ 常勤専従の看護師……1名以上 ○ 専従の病理診断医……1名以上（原則常勤）	○ 国に準拠 ○ 「原則」以外の場合は勤務の実態等により個別に判断
医療施設	○ 年間入院がん患者数が1,200人以上が望ましい ○ 放射線治療機器、外来化学療法室、集中治療室、無菌病室（白血病専門）の設置 ○ 患者・家族が体験等を語り合うために場の設置（望ましい） ○ 敷地内禁煙等にたばこ対策への取組	○ 国に準拠 ※ 放射線治療機器は今後の放射線治療の連携体制のあり方検討を踏まえて見直しも考慮（当面必須）
研修体制	○ がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的の実施 ○ がん診療に携わる医師を対象とした早期診断、緩和ケア等に関する研修の実施 ○ 地域の医療従事者が参加する合同カンファレンスを毎年定期的に開催	○ 国に準拠
情報提供体制	○ 相談支援センター等の設置 ・ 専従・専任相談員をそれぞれ1名以上配置（国立がんセンター研修修了者） ・ 院内外の患者・家族、地域の医療機関からの相談に対応できる体制 ・ 相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築 ○ 標準登録様式に基づく院内がん登録の実施 ・ 専任の院内がん登録実務者……1名以上（国立がんセンター研修修了者） ・ 集計結果等をがん対策情報センターに情報提供 ・ 地域がん登録事業への積極的な協力 ○ 実施している集学的治療及び標準的治療のがん種等の広報 ○ 臨床研究成果等の広報	○ 相談体制は院内患者等を対象とした窓口の設置（配置人数等の要件なし） ○ 院内がん登録は必須とするが、専任者配置を要件としない。（集計結果は県がん診療連携協議会へ提供し、同一基準で5年生存率の算定等を行う。地域がん登録への協力は必須） ○ その他要件は国に準拠

※1 専任：当該療法の実施を「専ら担当（その他の療法の兼務可、就業時間の5割以上従事）」

専従：当該療法の実施日に「専ら従事（就業時間の8割以上従事）」

※2 指定申請書は、原則として国のがん診療連携拠点病院指定申請書の様式に準拠する。

※3 申請日時点で指定要件が充足する施設を対象とするが、年度内の確実な充足が見込める場合は申請を受け付ける。

表3 広島県指定がん診療連携拠点病院設置要綱

(目 的)

第1条 この要綱は、地域のがん医療連携体制において中核的な役割を担う病院を、広島県指定がん診療連携拠点病院（以下「県指定病院」という。）として指定することにより、広島県におけるがん医療水準の向上を促すとともに、がん医療連携体制の一層の充実を図ることで、県民に安心かつ適切ながん医療が提供されることを目的とする。

(指定等)

第2条 知事は、医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に規定する病院の中から、以下の要件をすべて満たすものについて、県指定病院として指定する。

(1) 指定を受けようとする病院の開設者（以下「開設者」という。）が、別途定める「広島県指定がん診療連携拠点病院 新規指定申請書・指定更新申請書」を知事に提出していること。

(2) 第3条で定める整備要件をすべて満たしていること。なお、知事が特に認めた場合はこの限りではない。

2 知事は、指定を行った場合、「広島県指定がん診療連携拠点病院指定通知書」により、開設者に対し、その旨通知する。

3 知事は、県指定病院が整備要件を満たさないと判断されるとき、又は開設者から申し出があったときは指定を取り消すことができる。

4 知事は、がん診療の状況等について、必要に応じて県指定病院から報告を求めることができる。

5 県指定病院の指定期間は原則として4年とする。なお、再指定は妨げない。

6 県指定病院は、指定を受けた翌年度以降、毎年10月末までに、別途定める「現況報告書」を広島県知事に提出するものとする。

(整備要件)

第3条 診療体制にかかる整備要件は次のとおりとする。

(1) 診療機能

ア 集学的治療の提供体制及び標準的治療等の提供

(ア) 我が国に多いがん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がん。以下「5大がん」という。）について、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。

(イ) 5大がんについて、クリティカルパス（検査及び治療等を含めた詳細な診療計画表）を整備すること。

(ウ) がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、カンサーボード（手術、放射線療法及び化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスをいう。以下同じ。）を設置し、定期的に開催すること。

イ 化学療法の提供体制

(ア) 急変時等の緊急時に、第3号イ（イ）に規定する外来化学療法室において化学療法を提供する当該がん患者が入院できる体制を確保すること。

(イ) 化学療法のレジメン（治療内容をいう。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。なお、当該委員会は、必要に応じて、カンサーボードと連携協力すること。

ウ 緩和ケアの提供体制

(ア) 次号ア（ウ）に規定する医師及び次号イ（ウ）に規定する看護師等を構成員とする緩和ケアチームを整備し、当該緩和ケアチームを組織上明確に位置付けるとともに、がん患者に対し適切な緩和ケアを提供すること。

(イ) 外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。

(ウ) (ア) に規定する緩和ケアチーム並びに必要に応じて主治医及び看護師等が参加する症状緩和に係るカンファレンスを週1回程度開催すること。

(エ) 院内の見やすい場所に（ア）に規定する緩和ケアチームによる診察が受けられる旨の掲示をするなど、がん患者に対し必要な情報提供を行うこと。

(オ) かかりつけ医の協力・連携を得て、主治医及び看護師が（ア）に規定する緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

(カ) 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口を設けるなど、地域の医療機関及び在宅療養支援診療所等との連携協力体制を整備すること。

エ 病病連携・病診連携の協力体制

(ア) 地域の医療機関から紹介されたがん患者の受入れを行うこと。また、がん患者の状態に応じ、地域の医療機関へがん患者の紹介を行うこと。

(イ) 病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線療法又は化学療法に関する相談など、地域の医療機関の医師と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備すること。

(ウ) 5大がんについて、国が指定する「がん診療連携拠点病院」（「がん診療連携拠点病院の整備について」〔平成20年3月1日健発第0301001号厚生労働省健康局長通知〕に基づき国が指定した病院〔以下「国指定がん診療連携拠点病院」〕という。）と連携するなどにより地域連携クリティカルパスを整備すること。

(エ) (ウ) に規定する地域連携クリティカルパスを活用するなど、地域の医療機関等と協力し、必要に応じて、退院

時に当該がん患者に関する共同の診療計画の作成等を行うこと。

(オ) 当該二次医療圏に所在するがん診療連携拠点病院と連携し、広島県独自の取組である「がん医療ネットワーク」における地域連携の拠点として、合同カンファレンスの開催などネットワークの運営に主体的に参画すること。

オ セカンドオピニオンの提示体制

5大がんについて、手術、放射線療法又は化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師によるセカンドオピニオン（診断及び治療法について、主治医以外の第三者の医師が提示する医療上の意見をいう。以下同じ。）を提示する体制を有すること。

(2) 診療従事者

ア 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

(ア) 専任（当該療法の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該療法に従事している必要があるものとする。以下同じ。）の放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1名以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従（当該療法の実施日において、当該療法に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該療法に従事していることをいう。以下同じ。）であることが望ましい。

(イ) 専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1名以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

(ウ) 前号ウ（ア）に規定する緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1名以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。また、専従であることが望ましい。

また、この緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1名以上配置すること。なお、当該医師については、専任であることが望ましい。また、常勤であることが望ましい。

(エ) 専従の病理診断に携わる医師を1名以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

イ 専門的な知識及び技能を有するコメディカルスタッフの配置

(ア) 専従の放射線治療に携わる常勤の診療放射線技師を1名以上配置すること。また、専任の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる常勤の技術者等を1名以上配置すること。

(イ) 専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1名以上配置すること。また、次号イ（イ）に規定する外来化学療法室に、専任の化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1名以上配置すること。なお、当該看護師については、専従であることが望ましい。

(ウ) 前号ウ（ア）に規定する緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1名以上配置すること。また、この緩和ケアチームに協力する薬剤師及び医療心理に携わる者をそれぞれ1名以上配置することが望ましい。

(エ) 細胞診断に係る業務に携わる者を1名以上配置することが望ましい。

ウ その他

(ア) がん患者の状態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、各診療科の医師における情報交換・連携の確保を恒常的に推進する観点から、各診療科を包含する居室等を設置することが望ましい。

(イ) 県指定病院の長は、当該推進病院においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師の専門性や活動実績等を定期的に評価し、当該医師がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。なお、当該評価に当たっては、手術・放射線療法・化学療法の治療件数（放射線療法・化学療法については、入院・外来ごとに評価することが望ましい。）、紹介されたがん患者数その他診療連携の実績、論文の発表実績、研修会・日常診療等を通じた指導実績、研修会・学会等への参加実績等を参考とすること。

(3) 医療施設

ア 年間入院がん患者数

年間入院がん患者数（1年間に入院したがん患者の延べ人数をいう。）が1,200人以上であることが望ましい。

イ 専門的ながん医療を提供するための治療機器及び治療室等の設置

(ア) 放射線治療に関する機器を設置すること。ただし、当該機器はリニアックなど体外照射を行うための機器であること。

(イ) 外来化学療法室を設置すること。

(ウ) 集中治療室を設置すること。

(エ) 白血病を専門とする分野に掲げる場合は、無菌病室を設置すること。

(オ) がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための場を設けることが望ましい。

ウ 敷地内禁煙等

敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと。

2 研修の実施体制にかかる整備要件は次のとおりとする。

(1) 原則として、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成20年4月1日付健発第0401016

- 号厚生労働省健康局長通知)に準拠した、当該二次医療圏においてがん医療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を毎年定期的に実施すること。
- (2) (1)のほか、原則として、当該二次医療圏においてがん医療に携わる医師等を対象とした早期診断及び緩和ケア等に関する研修を実施すること。なお、当該研修については、実地での研修を行うなど、その内容を工夫するように努めること。
- (3) 診療連携を行っている地域の医療機関等の医療従事者も参加する合同のカンファレンスを毎年定期的に開催すること。
- 3 情報提供体制にかかる整備要件は次のとおりとする。
- (1) 相談支援窓口
- 当該病院のがん患者の相談支援を行う機能を有する部門(以下「相談支援窓口」という。)を設置し、当該部門において、国指定がん診療連携拠点病院の「相談支援センター」と連携しながら、がん患者の相談等の業務を行うこと。なお、院内の見やすい場所に相談支援を受けられる旨の掲示をするなど、相談支援窓口について広報すること。
- (2) 院内がん登録
- ア 厚生労働省健康局総務課長が定める「標準登録様式」に基づく院内がん登録を実施すること。
- イ 毎年、院内がん登録の集計結果等を広島県がん診療連携協議会に情報提供するとともに、同協議会で定める算定基準等に基づき、5年生存率の算定・公表等を行うこと。
- ウ 院内がん登録を活用することにより、広島県が行う地域がん登録事業に積極的に協力すること。
- (3) その他
- ア 臨床研究等を行っている場合は、次に掲げる事業を実施すること。
- (ア) 進行中の臨床研究(治験を除く。以下同じ。)の概要及び過去の臨床研究の成果を広報すること。
- (イ) 参加中の治験について、その対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報することが望ましい。
- (広島県への協力)
- 第4条 県指定病院は、国指定がん診療連携拠点病院と連携し、地域のがん医療連携体制の構築を推進するとともに、県が実施するがん医療水準の向上等に向けた取組に協力すること。

附 則

- 1 この要綱は、平成22年8月18日から施行する。
- 2 平成22年度中に指定される県指定病院の指定期間については、第2条第1項第5号の規定にかかわらず、平成26年3月31日までとする。
- 3 当分の間、広島県保健医療計画及び広島県がん対策推進計画における5大がんに係る「がん医療ネットワーク」を構成する医療施設のうち、集学的治療等を担う施設については、それぞれの部位に関してこの要綱で定める県指定病院とみなすものとする。

表4 広島県指定のがん診療連携拠点病院

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

あることで、がん患者の受療行動に片寄りがみられ、必ずしも均てん化が図られていない面もあり、国の制度の不備を地域単位できめ細かく是正する必要がある。この目的のもとで、県指定の“がん診療連携拠点病院”制度を導入したものであり、広島県においては、これによって国と県をあわせて15医療機関が、5大がんについては十分に評価しうるがん診療を提供できることを県民に公表したことになる。今後、これらを中心にそれぞれの地域において、患者

の適切な選択にもとづいた医療機関で均てん化されたがん診療が展開されることが期待される。

これとあわせて、多くの医療機関が、がんの種類別に医療ネットワークを構築することによって、医療資源(人材、医療機器など)の適正配置とその有効活用を行うことを順次すすめていくことが肝要である。また、現在5大がんを対象としたがん対策が考えられているが、5大がん以外でも、患者数の多い子宮がん、近年増加の著しい前立腺がん、より専門性の高い診療が求められる血液がん、小児がんなどに対する対策を早急に望む声は多い。広島県のがん対策としては、引き続いてこうした声に耳を傾け、全てのがんについて、その診療の一層の質の向上をはかるよう努力すべきであろう。がん診療に携わる広島県内の医療機関全てのご協力を切にお願いしたい。

広島県地域保健対策協議会 がん対策専門委員会

委員長	井内 康輝	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	有田 健一	広島県医師会
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	岡田 守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
	吉川 正哉	広島県医師会
	佐々木昌弘	広島県健康福祉局
	臺丸 尚子	広島市健康福祉局保健部
	茶山 一彰	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	永田 靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜原 啓之	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	檜垣 健二	広島市立広島市民病院
	檜谷 義美	広島県医師会
本家	好文	広島県緩和ケア支援センター

地域緩和ケア推進特別委員会

目 次

平成22年度地域緩和ケア推進特別委員会報告書

- I. は じ め に
- II. 協議日程および概略
- III. 協 議 結 果
- IV. 今後取り組むべき事業
- V. 介護施設におけるがん患者の
看取りの状況について
- VI. お わ り に

地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年度)

平成22年度地域緩和ケア推進特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 地域緩和ケア推進特別委員会

委員長 本家 好文

I. はじめに

平成 19 年 4 月よりがん対策基本法が施行され、同年 6 月にはがん対策基本計画が策定された。その基本方針には「すべてのがん患者およびその家族の苦痛軽減なら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緩和ケアを実施することが求められている。

広島県では国の動きに先駆けて、平成 16 年 9 月に広島県緩和ケア支援センターを開設し、緩和ケアの推進を図ってきた。これまでにさまざまな取り組みを行ってきたが、依然として緩和ケアの提供体制には地域格差がある。地域における在宅緩和ケア提供体制の構築に向けて、平成 21 年度地域緩和ケア推進 WG において地域緩和ケア資源の現状把握の基礎資料を作成するために実態調査を行った。

平成 22 年度地域緩和ケア推進特別委員会では、アンケート調査結果を分析し、今後の県内における地域緩和ケア推進の方向性について検討した。

II. 協議日程および概略

第 1 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年 6 月 28 日)

- ・平成 21 年度緩和ケア推進 WG が実施したアンケート調査結果の報告
- ・アンケート調査結果分析のための検討チームの編成と役割の確認

第 2 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 22 年 9 月 6 日)

- ・担当委員からのアンケート調査分析結果の報告
- ・分析結果に基づく地域緩和ケア推進に向けた施策立案への提言

第 3 回地域緩和ケア推進特別委員会

(平成 23 年 2 月 24 日)

- ・地域緩和ケア提供体制構築の阻害要因の分析と改善の方向性
- ・介護施設における看取りの実態と今後の方向性

III. 協議結果

1. アンケート調査実施状況

平成 21 年度地域緩和ケア推進 WG において、広島県内の各地域の特性に応じた在宅緩和ケアを推進する必要があることから、地域の在宅緩和ケアに関する資源の実態調査を行うこととなり、調査項目について検討を行った。

平成 21 年 10 月 6 日～10 月 30 日に県内の診療所 (2,706 カ所)、訪問看護ステーション (157 カ所)、保険薬局 (1,496 カ所)、居宅介護支援事業所 (754 カ所)、訪問介護事業所 (636 カ所)、地域包括支援センター (121 カ所)、介護老人保険施設 (104 カ所)、特別養護老人ホーム (161 カ所)、グループホーム (254 カ所)、ケアハウス (60 カ所) の計 6,449 施設に対してアンケート調査を実施した (表 1)。

回収率は診療所 (39.0%)、訪問看護ステーション (46.5%)、保険薬局 (33.4%)、居宅介護支援事業所 (38.5%)、訪問介護事業所 (39.3%)、地域包括支援センター (33.1%)、介護老人保険施設 (58.7%)、特別養護老人ホーム (38.5%)、グループホーム (28.3%)、ケアハウス (28.3%) であった (表 2)。

2. 地域資源実態調査の分析結果

調査結果は、調査対象施設ごとに「地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など」「通常業務を通じての課題認識・改善点など」「今後取り組むべき事業の内容」「事業の実施により期待される効果」に分けて分析した。調査対象施設数が最も多い

表1 調査対象施設数

	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

診療所については、3名の委員に圏域を分担して分析した。その他の施設については、それぞれ1名の担当委員が分析を行った。

自由記載も含め、施設ごとの担当委員による分析結果について、「地域資源実態調査に基づく施策提案シート」を別表(1)から(18)に示す。

表2 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	161	62	38.5%
グループホーム	254	72	28.3%
ケアハウス	60	17	28.3%
総計	6,449	2,421	37.5%

診療所については、二次保健医療圏ごとに分析を行った。その結果、都市部である広島医療圏では訪問診療を実践している多くの施設が病院との連携は行っていた。しかし、病院勤務医の在宅医療に対する理解や知識不足を改善して、適切な時期に適切な状態で在宅医療に移行する必要性が指摘された。また、病診連携だけでなく診診連携を図ることが、今後在宅医療の質向上のために必要であることが示された (1)。

備北医療圏では、医療資源が限られているなかで、医療と福祉サービスだけでなく、行政も含めた広域での地域緩和ケアサービス提供体制構築が必要であることが指摘された。また、対象疾患をがんと限定せずに一般疾患と同列に考えたネットワーク作りを図るなかで、徐々にがんについても対応できる体制を構築していくことが求められた (2)。

広島中央医療圏は地域特性として、各職種の関心が高く連携の必要性の認識も高いことが示され、今後の連携構築には医療者や地域住民への教育、情報提供などを推進することが必要と考えられた (3)。

広島西医療圏では、後方支援病院の緊急時対応体制の整備や、診診連携強化が課題としてあげられた (4)。

呉医療圏では、他の地域に比べて急性期病院が多いことから、在宅医と病院との連携が比較的密に実施されていることが判った。今後の課題として、地域住民の高齢化に伴う介護力低下に対する生活支援などがあげられた (5)。

尾三医療圏では、すでに訪問診療や訪問看護が活発に行われており、他の医療圏に比べて地域緩和ケア体制は充実している。今後の課題は、さらに底辺を拡大する取組みとして、研修会の開催や医師以外

の医療者の参加による高いレベルの在宅医療体制の構築が期待される (6)。

福山医療圏では、緊急時対応体制の不備が顕著であるという課題が示され、患者家族への啓発や医師・看護師などに対する知識技術の向上に向けた取り組みの必要性が強調された (7)。

訪問看護ステーションについては、訪問看護ステーションのマンパワー不足や訪問看護ステーション間の質の格差の解消が課題としてあげられた。今後は看看連携による実践力向上や、専門性の高い認定看護師の育成などが求められる (9) (10)。

保険薬局では、今後の取り組みとして、病院薬剤師と保険薬局薬剤師の連携（薬薬連携）や、病院地域連携室と保険薬局との連携推進の必要性が示された。また地域ケアを担う保険薬局薬剤師が積極的に退院前カンファレンスに参加する必要性も指摘された。保険薬局の課題として、医療用麻薬などの不良在庫解消のための取り組みの必要性が指摘された (11) (12)。

居宅介護支援事業所では、24時間対応している事業所も回答施設の57%と高率に認められ、ある程度がん患者にも対応していると考えられた。全ケアプランにがん患者が占める率は1.9%であった。課題としては、医療ニーズが高い患者との連携が取りにくいという点や、在宅緩和ケアの知識や技術が不足しているヘルパー・ケアマネが多いことが指摘された。これらのスタッフに対する研修機会を設けることが必要である。病院地域連携室への要望として、患者家族に対して退院を見据えた丁寧な情報提供や指導が必要なことも示された (13)。

訪問介護事業所については、基本的な問題として医療職の介護職への理解不足があげられた。在宅移行時には、医療の問題だけでなく生活を支えるための支援について、十分な情報交換などの協力体制を組むことが必要と考えられた。そのためにも研修教育やカンファレンスなどを通じて、緩和ケアに理解のある介護職の育成が必要であることが示された (14)。

地域包括支援センターに関しては、がん患者に対する相談件数そのものが少ないのが現状である。多くの場合、相談を受けた事例に対して個別に対応している。がん患者が在宅に移行するために試験外泊をする場合に、介護保険や医療保険が柔軟に適応できるような運用体制を構築する必要性が強調された

(15)。

老人保健施設については、入所中の方ががんに罹患した場合、疼痛治療を目的とした医療用麻薬については、医療保険が適応できるようになった。しかし管理上の問題や使用経験が少ないことが課題としてあげられた。全般に老健入所者においても医療依存度が高い患者が増加する傾向にある。そのため専門的対応が可能な病院との連携や、施設で対応困難時の協力体制の整備が求められた(16)。

特別養護老人ホームについては、老人保健施設と比較すると看取りの実績がある。しかし、特養の看取りは施設内で完結することが多く、訪問看護サービスなどとの連携はほとんど実績がなかった。今後の課題として、緩和ケアの実践に向けて担当者のスキルアップと、事例を通じた経験の共有化が必要である(17)。

グループホームは、24時間の対応体制、特に夜間は看護師などの専門職がいない施設もあり、医療機関との連携が大きな課題であることが示された。施設での看取りについては、夜間の診療体制という施設側の問題だけでなく、家族が医療機関への転院を希望することが多い点も示された(18)。

IV. 今後取り組むべき事業

各委員からの報告を参考として、在宅緩和ケア推進に向けて取り組むべき事業について、「1. 人材育成」「2. 普及啓発・情報提供」「3. 在宅療養環境・制度の改善」「4. 連携体制の構築」「5. 採算性の確保」に分けて検討した。各分野から提示された意見を、「実施主体」「事業の必要性和期待される効果」などに分けて表3に一覧として示した。

さらに表4には、在宅緩和ケアの推進に向けて、前記5項目について取り組むべき事業とともに施策案を一覧とした。

1. 人材育成については、専門職のための勉強会・研修会の開催だけでなく、ボランティアの育成のための研修会開催も必要とする意見があった。
2. 普及啓発・情報提供については、医療従事者だけでなく地域住民に対して緩和ケアの理解を深めるための取り組みも必要と考えられた。
3. 療養環境・制度の改善については、24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体

制の整備や、介護認定期間の短縮化を早期に実施する取り組みの必要性が示された

4. 連携体制の構築では、多職種の連携・情報交換のための交流会等の開催や、地域在宅緩和ケアチームの整備、地域在宅緩和ケア専門のコーディネーターの設置の必要性が示された。
5. 採算性の確保についても、各団体を通じて外部サービスの活用を促進するための介護報酬や、診療報酬の改訂などに向けた意見を提案する必要性が示された。

V. 介護施設におけるがん患者の看取りの状況について

がん患者の介護施設での看取りは多くないのが現状である。今後、高齢者が増加することが予測されるわが国の人口構成から考えると、地域における緩和ケア推進のための課題のひとつに、生活の場として介護施設で過ごしている利用者ががんが発生した場合、できれば生活の場を移動することなく施設で看取ることが必要と考えられる。

医療機関におけるがん患者の看取りについては、疼痛治療の技術やケアのあり方について検討されてきたが、施設でのがん患者の看取りについては実態も明確でなかった。そこで広島県内の介護施設におけるがん患者の看取りの実状と課題を把握するために、介護施設の看取り事例を報告していただいた。介護施設では、がん患者の看取り経験は少ないのが現状であり、介護施設に勤務する医療者やヘルパーに対する教育研修の機会を増やす必要性が示された。また、介護施設における看取りマニュアルの整備も急がれる。

VI. おわりに

地域における緩和ケア推進のためには、施設緩和ケアの充実だけでなく、在宅や介護施設での緩和ケアを推進する必要がある。今回の調査分析結果を踏まえて、全県的な地域緩和ケア提供体制を強化していくためには、医療従事者の教育だけでなく、利用者である県民への啓発も必要である。また地域がん診療連携拠点病院を中心とした医療機関と、地域で緩和ケアを担うチームとの連携を充実させるためにも、事例を通じながら顔の見える連携を構築することが重要と考えられる。

表 3 在宅緩和ケアの推進に向けて今後取組むべき事業（分野別）

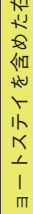
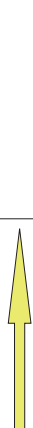
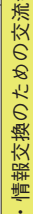
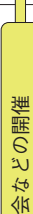
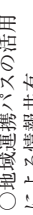
1. 【人材育成】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	開業医の再教育・スキルアップ	医師会 行政	・基幹病院の疲弊防止 ・診療所、開業医の連携強化	緩和ケア医師研修の実施（H20～）	診療所
2	在宅緩和ケアの専門コース研修	看護協会 行政	・地域連携を円滑に進める技術の習得 ・訪問看護師のバージョンアップ対策による在宅での看取りへの関与		訪問看護
3	認定看護師コース受講料の補助 研修を受け入れる認定看護師がいるステーションへの補助	看護協会 行政	・訪問看護ステーションの質の向上 ・地域緩和ケアの推進		訪問看護
4	専門職のための勉強会、研修会	関係団体 行政	関係者による情報共有、現状把握		診療所 訪問看護など
5	本人や家族に対する心理的ケアなどについて適正にあった人材育成の場の提供	関係団体 行政	・緩和ケアへの取組みのきっかけ作り ・各事業者の考え方や期待度の認識の改善	専門職を対象とした緩和ケア専門研修の実施（H16～、緩和ケア支援センター）	訪問介護
6	地域の元気な高齢者ボランティアの育成 （市町の積極的介入でのシステム化、自治会・老人会参画。子ども会、PTA 地域住民へ呼びかけ、地域ぐるみでの活動）	地域包括支援センター 行政	地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業（住民、医療・福祉のサービス提供者向け）の実施により意識改革、認識を深める		居宅介護
7	コメディカル（施設職員を含む）の現場での研修・演習	医療機関 介護施設	各職種の資質向上		居宅介護
8	地域緩和ケアについて理解し、施設での受け入れについて安心して検討できる知識を得るための研修の実施 （地域での説明会や事業所・施設での研修など）	介護施設 行政	地域の中で施設が対応可能な状況把握および地域緩和ケアへの参画		老健
9	緩和ケアの実施施設に対する専門知識や経験のある看護師などの派遣や、現地研修の実施など	介護施設 看護協会 行政		介護保険施設への指導者派遣の実施（H22～、県内3施設）	老健
10	研修や事例検討を研修会などで丁寧に行う （研修修了者に修了証を交付し、公表するなどの方法）	関係団体 行政		専門職を対象とした緩和ケア専門研修の実施（H16～、緩和ケア支援センター）	特養
11	特養という環境で働く看護師の研修 ※施設関連組織や専門職団体との連携のもと研修を実施	介護施設 関係団体 行政	医療関係者は福祉・介護施設のケア内容を学び、特養の関係者は医療やその連携について学ぶべき		特養
12	介護支援専門員の更新研修などに「緩和ケア」の教科組み入れ ※事例を元にした支援体制やケアプランを示すことのできるような研修	介護支援専門員 協会		研修実施団体や講師への調整・依頼	特養

No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
13	特養、老健、グループホームなどの介護系施設の緩和ケアの取組みに関する取材および事例集の作成 ※「緩和ケア」というと事例が集まりにくい可能性もあるので、「多職種でかかわった看取りの事例」といったタイトルで事例を募集して事例内容で選別	介護施設 行政	事例集を作成した後にこの事例集を元に研修を行うことにより ・理解を深める ・情報を共有する ・実践力を高める	特養を良く知ったメンバーが取り組みを進める	特養
14	死というものに対する考え方を宗教的、倫理的に見つめていくことへの取り組み (職員への意識付け)	介護施設 行政	人生最後の場面を、延命という形ではなく、幸せであったと感じて終わってもらえることができる	最後は医療施設で看取って欲しいという家族の要望	グループホーム
2. 【普及啓発・情報提供】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	地域住民への緩和ケアの啓発	行政 関係団体	・在宅でケアを受ける希望を伝えられる環境の整備 ・住民の関心を緩和ケア、地域での生活継続に向ける		診療所 居宅介護
2	急変時に医療機関（病院）に搬送しないことが選択肢の一つに挙がるような意識の啓発	行政 関係団体	病院（病床）の医療資源を地域で認識し、より有効に活用する		診療所
3	統一的な客観的基準による薬局機能評価と地域社会への広報（ホームページなど）	薬剤師会 行政	患者のニーズに合った薬局の選定によるQOLの向上	緩和医療に必要な薬局機能を細分化した基準の作成（例：24時間対応の中身を具体的に表示など）	保険薬局
4	小規模での地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会	行政 地域包括支援センター	地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業（住民、医療・福祉のサービス提供者向け）の実施により意識改革、認識を深める		居宅介護
5	学校単位でのPTAや生徒に向けての緩和ケアなどに関する研修・勉強会	行政 地域包括支援センター	同上		居宅介護
6	特養そのものの機能だけでなく、特養を取り巻き支援体制を明示したマップの作成	特養	情報の共有	特養を良く知ったメンバーが取り組みをすすめた方がよい	特養
7	「介護サービス情報の公表」の調査項目に「緩和ケア」に関わる項目を追加	行政（県）	情報の共有		

3. 【在宅療養環境・制度の改善】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備	訪問看護ステーション 福祉施設	在宅支援体制の構築		診療所
2	同一日に2カ所目の訪問看護がサービスを提供した場合、2カ所目のショートステーションの費用の補助	行政(国)	・複数の訪問看護が関わりを持つことによる質の向上および「在宅での看取り」の推進 →症状コントロールのための再入院の減少・入院期間の短縮 →訪問看護師のバーンアウト防止による看取りの増加		訪問看護
3	6～10時間のデイホスピス ・療養通所介護の介護保険外サービスのモデル事業 ・宿泊機能を持たせた施設へのモデル事業	看護協会 行政	・在宅療養期間におけるサービス選択肢の増加 ・家族が介護のために退職するなど生活リズムを崩すことなく、長期間の介護が可能 ・入院期間の短縮		訪問看護
4	在宅緩和医療に必要な医薬品や医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の設置	薬剤師会 行政	・薬局のみならず診療所や訪問看護ステーションの緩和医療への取り組みの容易さ ・個々の不良在庫を削減による社会資源の有効活用	・不良在庫の在庫処分に伴う経済的負担 ・メーカーの小包装化 ・一括仕入れによる事業運営の採算化	保険薬局
5	患者が一時外泊する場合例外的に介護保険の一部利用を認める	行政(国)	利用者の権利の確保、在宅生活の充実		地域包括
6	要介護状態が低い場合でも医師または本人・家族の希望によりベッドの貸与を認める (or 要介護認定の緩和)	行政(国)	利用者の権利の確保、在宅生活の充実		地域包括
7	地域での社会資源の開発と質の向上 (在宅医療の充実を含む)	関係団体	質・量・連携がとれるシステムの構築		居宅介護
8	居住系施設でのターミナル・緩和ケアの受入の推進(入所、ショートステイ)	介護施設	家族が勤めながらも、在宅療養介護が可能となり、在宅緩和ケアや終末期ケアが広がる		居宅介護
4. 【連携体制の構築】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	広域をカバーできる在宅医の在宅癌患者受け入れのためのネットワークの構築	医師会 行政	・在宅医療を希望する患者の円滑な受入体制の整備(質の向上) ・在宅医の負担軽減	広島市東区医師会在宅支援ネットワーク	診療所
2	・多職種の連携・情報交換のための交流会などの開催 ・病院と在宅医との連携の強化(事例検討会などを通して) ・日常生活圏域での地域緩和ケアにかかわる各機関が集まるネットワークの構築	医師会 行政 関係施設	・地域全体で取組む体制の整備 ・現時点で可能なこと、不可能なことの共有化 ・顔が見える関係の構築によるスムーズな在宅移行	・医療者と福祉施設との協議会の開催(呉圏域) ・地域ごととの勉強会などの開催状況の把握	診療所 保険薬局 居宅介護

No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
3	在宅専門診療所の開設	医師会 行政	・24時間対応が可能となる ・基幹病院の症察防止 ・診・診連携の強化		診療所
4	地域で療養することの広義の「地域緩和ケア」体制の整備	後方支援病院 診療所 老人保健施設 行政	在宅に固執することによる住民の悲壮感の防止		診療所
5	二次医療圏で完結できない状況の把握、他医療圏の医療機関との連携	医師会 行政	関係機関による負担の均等化		診療所
6	精神的サポート体制の充実	医療機関 地区医師会			診療所
7	おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料」の標準化(薬・薬連携)	薬剤師会	薬・薬連携の推進		保険薬局
8	地域在宅緩和ケアチームの整備、地域在宅緩和ケア専門コーディネーターの配置・育成(講演会、勉強会、カンファレンス、相談窓口など事業の実施)	地区医師会 行政	・地域の関係機関の取りまとめ役として課題が円滑に解決できる ・共通認識がしやすくチームアプローチが可能	研修システムの充実、参加しやすい研修企画の必要性	訪問介護
9	地域連携バスの活用による情報共有(二次医療圏ごとに委員会、作業部会などの設置)	拠点病院 地区医師会 行政	・日頃の業務の標準化、職種の偏りや経験による支援のバラツキの軽減 ・医療機関から在宅へのスムーズな移行	患者・家族が病院から在宅に移行する際の課題の検証	地域包括
10	かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり(症状コントロールについての相談など、緩和ケア病棟に相談できるシステム)	医師会 医療機関 行政			居宅介護
11	複数の診療所の協力体制で、医師の負担を軽減するシステム(地域の医師会の協力)	地区医師会	在宅緩和ケアモデルの提示による地域のニーズにあった緩和ケアの提供・連携システムの構築		居宅介護
12	専門的対応が可能な病院との連携の強化や対応困難時の協力体制などの整備	医療機関 地区医師会			老健
5.【採算性の確保】					
No	取組むべき事業	実施主体(想定)	事業の必要性・効果	留意事項	備考
1	おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料90点」の標準化(薬・薬連携)	薬剤師会	緩和ケアに参加する保険薬局の増加		保険薬局
2	外部サービスの活用を促進する介護報酬、診療報酬の設定(介護報酬にある居宅にあるような医療連携加算や診療報酬にある連携指導料など)	行政(国)	施設における緩和ケアの推進		特養

表 4 在宅緩和ケアの推進に向けて取り組むべき事業と施策

視点／施設区分	診療所	訪問看護ステーション	保険薬局	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	介護保険関連施設	行政（国・県・市町）
1. 人材育成	 ○開業医の再教育・スキルアップによる症例の増加	 ○在宅緩和ケアの専門コース研修 ○認定看護師の養成 ○認定看護師による研修の受け入れ	 専門職のための勉強会、研修会の開催	 患者・家族に対する心理的ケアなどに関する適切な人材育成の場の提供	 地域包括支援センター	 地域の元気な高齢者ボランティアの育成	 ○地域における説明会や事業所・施設での研修の実施 ○介護施設の緩和ケア取組事例集の作成	 ○本人・家族に対する心理的ケアなど人材育成の場の提供 ○地域の元気な高齢者ボランティアの育成
2. 普及啓発・情報提供	○地域在宅緩和ケア		統一的な客観的基準による薬局機能評価と地域社会への広報		○地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会 ○学校単位でのPTAや生徒向けの緩和ケアなどに関する研修・勉強会		○特養を取り巻く支援体制を明示したマップ作成 ○介護サービス情報の公表内容に「緩和ケア」を追加	地域住民への緩和ケアの啓発
3. 療養環境・制度の改善		 ○複数の訪問看護ステーションによるサービス提供 ○6～10時間のデイホスピス（モデル事業）	 医薬品・医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の設置	 24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備			 ○居住系施設でのターミナル・緩和ケアの受入の推進（入所、ショートステイ） ○緩和ケアの実施設に対しての専門知識や経験のある看護師などの派遣	 ○患者が一時的に泊する場合例外的に介護保険の一部利用を認める ○要介護状態が低い場合でも医師または本人・家族の希望によりベッドの貸与を認める ○介護認定期間の短縮
4. 連携体制の構築	 ○在宅医ネットワークの構築 ○在宅専門診療所の開設 ○病院と在宅医との連携強化（事例検討会など） ○地域連携パスの活用による情報共有	 ○在宅医ネットワークの構築 ○在宅専門診療所の開設 ○病院と在宅医との連携強化（事例検討会など） ○地域連携パスの活用による情報共有	 多職種連携・情報交換のための交流会などの開催	 地域在宅緩和ケアチームの整備	 地域在宅緩和ケア専門コーディネーターの配置・育成	 ○専門的対応が可能な病院との連携強化・対応困難時の協力体制の整備 ○日常生活圏での関係機関によるネットワークの構築	 ○地域連携パスの活用による情報共有 ○かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり ○精神的サポート体制の構築	
5. 採算性の確保			○おくすり手帳の活用による退院時情報の提供「退院時薬利情報管理指導料」の標準化				 外部サービスの活用を促進する介護報酬、診療報酬の設定	

【別表】

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（１）

委員名：津谷 隆史

対象施設：診療所（広島）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	調査対象は広島市内の診療所 1,394 施設 回答施設：485 施設（回収率 34.8%） 現状では 188 施設が訪問診療を行っており、がん患者数は総計 341 名になる。これは 1 施設、平均 1.8 名のがん患者を訪問していることになる。しかし、他施設から紹介されたがん患者への対応が可能である施設は、49 施設と訪問診療を行っている施設の 26% にしかすぎない。 しかし、なんらかの 24 時間対応を維持するための努力を行っている施設は、半数以上の 111 施設あった。がん患者の看取りは 1 年間 137 名で、訪問診療をしている施設での平均は 0.72 名/年の看取りになる。 麻薬施用者免許は、今回回答をいただいたうちの 218 施設（44.9%）で所持していた。これは訪問診療をしている 188 施設ほぼ全施設に、麻薬処方可能なことを示している。 連携施設に関しては、回答のあった 485 施設のうち病院との連携が 210 施設あるが、診療所との連携は 67 施設しかなかった。連携を構築していく上で、緊急時対応、中心施設の必要性、拠点病院の支援が必要との意見が多くあげられた。 地域での連携取り組みを阻害する要因として、患者家族や医師の理解、知識不足が指摘された。また、診療報酬の問題、24 時間対応などもあげられていた。 今後の対策として、在宅医の支援ネットワークなどの診診連携、病診連携を具体的に構築する必要性があるという意見が多かった。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	① 在宅緩和医療に関して医師の理解不足 ◆特に病院医師の在宅医療に関する認識と、現場の在宅医療とのギャップをうめる必要がある。 ② 診診連携の確立 ◆在宅医のネットワーク、サポート体制の確立が必要。 ③ 他施設からの紹介（在宅医のいない患者の受け入れ） ◆在宅医のいない患者が、入院から在宅にはやく戻れるように病院からの患者の受け入れを積極的に行う。 ④癌患者の看取りが平均年間 0.72 名。
今後取組むべき事業の内容	東区医師会が今年度より立ち上げた在宅医の支援ネットを参考にして、広域市内をカバーできる在宅医の在宅癌患者受け入れのネットワークを構築する。
事業の実施により期待される効果	主治医のいない在宅医療を希望する患者の円滑な受け入れを図り、在宅医療を行っている医療関係者との連携（病診連携、診診連携）により、在宅医療の質の向上が期待できる。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	参考：広島市東区医師会在宅支援ネットワーク運用規程

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（２）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（備北）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	訪問対象地区は中学校区が多い。（行政区が大きく、僻地を一部含む地域であるため） 連携機関としては病院が他地区と同様に挙がったが、訪問介護事業所、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、市町（行政）が他地区と比べ明らかに多かった。 連携の条件として、中心となる施設、職種（人材）が必要であり、また同時に拠点病院の充実、疲弊の改善も重要との指摘があった。 阻害要因として患者、家人の理解不足、医師、看護師の知識、技術不足が挙げられた。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	僻地の多い地域であり、医療機関自体も少なく、医療、福祉サービスの提供（供給）も限られる。行政（市町）を含め、看護サービス、福祉サービス、当該施設と連携、協力体制を作っておくことが必要。 地域における医療、保健、福祉資源の確認、把握。
今後取組むべき事業の内容	連携を取る後方病院も疲弊をきたしていることも踏まえ、急変時に必ずしも医療機関（病院）に搬送しないことが選択肢の一つとして挙がるような意識の啓発。 地域で療養することの、広義の「地域緩和ケア」 二次医療圏で完結できない状況の把握、他医療圏の医療機関との連携。
事業の実施により期待される効果	病院（病床）の医療資源を地域で認識し、より有効に利用する。 有床診療所、老人保健施設、特別養護老人ホームなどを有効に用いることで広義の「地域における緩和ケア」が提供できる可能性。在宅に固執することで悲壮感を持つことを防ぐ。 負担を均等に担う（後方支援病院、診療所、老人保健施設、行政などが）。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（３）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（広島中央）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	訪問区域は中学校区が多い。 麻薬免許所持者が61%（全体では49%）と多い。 連携基幹としては病院が多いが、他地区と比べて訪問看護ステーション、診療所、薬局が多い傾向にあった。 阻害要因として医師の理解不足、知識技術不足が強く指摘されていた。 ネットワーク構築の重要性の指摘があった。診療所（開業医）、病院、訪問看護、介護（福祉）サービス、行政が連携していくことが必要である。 その一方、医療サービス提供体制を整えても在宅療養自体が家人の介護力不足により実現できない問題も指摘された。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	診療所、開業医が日常的に在宅診療（往診）、関連施設などと連携をとることにより、一般患者に関して適切に対応していれば、その一部としてがん患者の緩和ケアを行うことは無理なく行えるであろう。 診療所同士の協力関係、連携も日常的に行い、情報交換、スキルアップにつなげる。
今後取組むべき事業の内容	地域住民への啓発。自宅で過ごせることの可能性を提示すれば、住民の関心を緩和ケア、地域での生活継続に向けられる。 ネットワークの構築。医療のみならず、訪問看護ステーションや行政、福祉などの他業種、他職種、他施設との連携、情報交換を進めるための取り組み。 より多くの専門職が緩和ケアに関心を持つための勉強会、研修会の開催。
事業の実施により期待される効果	地域の特性として、緩和ケアに関心が高い印象（自由記載、麻薬免許者所持者割合）。他の業種、機関を巻き込んでうまく動機付け、地区住民への教育、情報提供などがかみ合えば急速に地域緩和ケアが伸びうる印象。病院のみに頼らず、「地域」での対応の概念。 地域で支える意志がある様子。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（４）

委員名：東條 環樹

対象施設：診療所（広島西）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	訪問診療の対象区域は市町村～二次保健であり、広域を対象としている。 24時間対応を実施している医療機関が多い。 連携機関としては病院が多く、連携のための条件に緊急時対応体制をあげている 阻害因子としては患者、家族の理解不足、医師の知識、技術不足、24時間対応のための採算性をあげている。 後方病院（連携病院）として広島総合病院があり、日常的に病診連携を図っていることが地域特性としてある。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	連携病院の勤務医との連携が良好に行われている。情報の共有化としての事業などをこれまでどおり発展させていく。癌の緩和ケアを特別な疾患、症例として扱うのではなく、一般疾患と同列で。 その状況下で診療所、開業医が担える疾病、患者数、重症度を徐々に拡大していく。
今後取組むべき事業の内容	悪化したら病院に入院という対応のほかに、一般診療所を取りまとめる「在宅専門診療所」の様な立場の医療機関を設置。一診療施設では負担の大きい24時間対応も実施できうる。 地域住民に緩和ケアの概念を紹介し、啓発することにより在宅でケアを受ける希望を伝えられる状況を作る。 開業医の再教育、スキルアップを図り、緩和ケアに興味を持ち参加する、一人でも症例を引き受ける医療機関を増やす。
事業の実施により期待される効果	連携医療機関である基幹病院の疲弊防止（かかりつけ医と支援病院の役割分担） 診療所、開業医の連携強化（診診連携） 地区住民に対する教育、啓発により、緩和ケア自体に関心を持ち、かかりつけ医に働きかけるきっかけとしてもらう。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（５）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（呉）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	呉医療圏における連携の特徴は、病院との連携の多さである。これは、急性期病院が他地域に比べ多い事によると考えられる。また在宅でのがん患者の看取りは比較的多いし、緊急時対応体制もある程度整備されている。連携の阻害要因は、患者家族の理解不足、医師の知識・技術不足があげられる。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	急性期病院から亜急性期・慢性期病床、介護福祉施設との連携強化の必要性については、関係者は十分認識されている。急性期からの治療管理の標準化に対し、胃がん・大腸がん・肺がんに関しては、地域連携パスの運用が始まっており、医療者、介護福祉関係者との連携も推進している。疼痛緩和ケアに関しては、地域におけるマニュアルを作成した。
今後取組むべき事業の内容	現在、社会福祉協議会と医師会が連携し、自治体や民生委員を活用し、生活を支援しつつ在宅医療を勧める体制を構築しつつある。医療者と福祉施設との協議会を開催しており、両者の情報の共有化と認識の標準化を進めていく必要がある。
事業の実施により期待される効果	急性期医療施設から在宅までをシームレスに連携するには、生活を支援する体制が必要となる。特に呉医療圏は高齢化が進んでおり、孤老、認知介護、老老介護という問題がある。居宅施設の整備も必要になるが、医療介護の標準化だけでなく、生活支援体制が必要であり、社協や自治体との連携強化は、その一助となりうると考えられる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（６）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（尾三）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	当地区は、回答率も高く訪問診療も盛んに行われている地区で、在宅における看取りの数も多い。訪問看護も充実しており、他地区に比べ地域緩和ケア体制は充実していると考えられる。しかし、以外にも阻害要因は、医師・看護師の理解不足・知識・技術不足と回答されている。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	阻害要因に医療関係者の占める割合が高い理由として、尾三地区の地域における緩和ケア体制が他地区に比べ充実していることが考えられる。より充実した地域連携を実施するには、標準化のレベルを高める必要がある。施設職員の理解不足・知識・認識不足を挙げているのも、尾三地区の特徴である。資料からは、熱心に在宅を行う医療機関とそうでない医療機関の温度差に対する改善を求める意見がみられる。
今後取組むべき事業の内容	一部の熱心な医療・介護スタッフだけでなく、地域全体で取り組む体制として、医療者への研修会の開催やコメディカルを加えた全体的な体制作り、さらに精神的サポート体制の充実が望まれる。
事業の実施により期待される効果	すでに高いレベルで地域における在宅医療体制を運営されているが、今後は底辺の拡大と周辺（医療者並びに地区の）への浸透が必要であり、研修会の開催や他業種（医師以外）の参画により、より高いレベルの在宅医療体制が構築できる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（7）

委員名：渡辺 弘司

対象施設：診療所（福山）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	当地区は、対象施設・対象例に比して緊急時対応体制の不備が目立つ。特に、施設・人に関する連携不足が挙げられる。阻害要因は、近在の尾三地区とは異なり、呉医療圏と同様に患者家族の理解不足と医師・看護師の知識・技術不足が挙げられている。福山地区は、呉医療圏と同様の傾向にあり、尾三地区が両地区と異なった傾向を示している。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	十分な在宅支援体制が構築されていないため、個々の対応に委ねられていることによる消極的な対応が特徴と言える。24時間訪問看護を含めたコメディカルと連携した在宅医療支援体制の整備が必要と言える。また、医療者にも積極的に在宅医療における緩和ケアに参加するようなモチベーションの向上を図る活動が必要と考えられる。
今後取組むべき事業の内容	現時点で可能なこと、不可能なことを共通認識として医療者を含む関係者が情報を共有する。そのためには、研修会や行政を含めた連携体制の構築が必要である。医療圏として連携バスなどの試みがなされていると考えるが、個々の医療関係者に十分に情報が浸透できていないようであり、情報の共有による医療の標準化が必要である。24時間訪問看護やショートステイを含めた在宅支援体制の整備が必要である。
事業の実施により期待される効果	県や市の行政にリーダーシップを期待する意見が散見されるが、研修会や行政との協議会により、現状を正確に認識されることにより、積極的に在宅医療、緩和ケアに参加できるようになると考えられる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（8）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（1）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、地域緩和ケアのチームとしてチーム全体の質の向上が必要。また、チーム内の職種間は当然バリアフリーの関係であり、それぞれ専門性を発揮する役割を果たすことが重要である。したがって、その中で訪問看護師は相互理解を得るための情報が発信できるような技術・知識が身につける必要である。しかし、現状では訪問看護ステーションのマンパワーが不足し、十分な研修を受けることができていない。また、調査結果の「バーンアウト対策の有無」でも1/3が「無」と答えており、一段とマンパワー不足にもつながっている。一つのステーション内で解決できないと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	訪問看護師として各職種と連携する機会が多いが、コミュニケーション不足に関連した相互の理解不足が起こっている。 訪問看護師が理論に基づいた知識技術を活用できるような教育システムが必要と考える。
今後取組むべき事業の内容	「在宅緩和ケア」の専門コース研修 各ステーションから研修に出席しやすい日程であること。
事業の実施により期待される効果	地域連携が円滑に進める技術が習得できる。 地域緩和ケアの推進 地域緩和ケアの一員として訪問看護師がバーンアウトすることなく、在宅での看取りにも関わることができる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（9）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（2）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、地域緩和ケアのチームとしてチーム全体の質の向上が必要。また、チーム内の職種間は当然バリアフリーの関係であり、それぞれ専門性を発揮する役割を果たすことが重要である。そのためには訪問看護の質の向上が求められる。多死の時代を控え、「在宅の看取り」を進める必要があるが、調査結果でも「在宅での看取り」は575件中351件である。「在宅での看取り」ができない現状は、訪問看護ステーションのマンパワーが不足、24時間体制の困難さなどもみられるが、ステーション間の質の差が阻害要因となっているのではないかと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	「在宅での看取り」をするためには、訪問看護師として各職種と連携しながら在宅を支えることになる。しかし、末期がん患者に同一日2カ所のステーションが利用できないことが、24時間体制とともに、問題となっている。2カ所のステーションが同一日に関わることであれば組織間の交流により質の向上につながるかと考える。
今後取組むべき事業の内容	同一日に2カ所目の訪問看護がサービス提供した場合、2カ所目のステーションの費用の補助。
事業の実施により期待される効果	2カ所の訪問看護ステーションが関わることで、質の向上が図れ、地域緩和ケアの結果として「在宅での看取り」が推進される。 →症状コントロールのための再入院の減少・入院期間の短縮＝医療資源の有効活用 →地域緩和ケアの一員として訪問看護師がバーンアウトすることなく、在宅での看取りにも関わるができる。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（10）

委員名：沖田 清美

対象施設：訪問看護ステーション（3）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	地域連携体制構築のためには、73施設中48施設が連携推進の中心となる施設・人材が必要としているが、人材として認定看護師は訪問看護ステーションの質の向上に大きく貢献すると思われる。現在全国で7,363人の認定看護師がおり、緩和ケア919人・訪問看護198人であるが、訪問看護ステーションに勤務している数は少なく、ステーション間の質の差につながっているのではないかと考える。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	末期がん患者の訪問看護を実施するとき、より専門性を求められる。認定看護師は、緩和ケア・訪問看護とともに専門教育を終了しており、指導する立場である。認定看護師コースを受講しやすくする条件を整えるとともに、通常業務中・緊急時も含めて指導を受けることができるよう、認定看護師がいるステーションへの研修が可能になれば、質の向上につながるかと考える。
今後取組むべき事業の内容	認定看護師コースを受けやすくするための受講料の補助 研修を受け入れる認定看護師がいるステーションへの補助。
事業の実施により期待される効果	認定看護師の誕生は明らかに訪問看護ステーションの質の向上につながる。地域緩和ケア事業が推進される。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（11）

委員名：山崎 迪子

対象施設：保険薬局（1）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	病診連携とともに薬・薬連携（病院薬剤師と保険薬局薬剤師）を推進する。 地域連携室と保険薬局の連携促進（特に退院時） 個の連携から面の連携（地域連携）への意識改革 退院時カンファレンスに参加したい希望をもつ薬剤師も多い。 （現状では呼ばれていないケースが多いのでは？ 一方薬剤師が待ちの姿勢で連携の輪に入る努力が足りないのでは？）
通常業務を通じての課題認識・改善点など	地域拠点病院からの退院時共同指導などへの保険薬局薬剤師の参加呼びかけと診療情報の提供。 保険薬局薬剤師の積極的なカンファレンスへの参加意識を高める。 保険薬局薬剤師のレベルアップと職能を地域社会に理解していただく努力が必要。
今後取組むべき事業の内容	① 地域ごとの多職種勉強会（交流会）で、在宅に関わる職種がお互いに顔が見える関係を構築する。（例 中区地域ネットワーク他） ② おくすり手帳を活用した退院時情報の提供「退院時薬剤情報管理指導料 90 点」を標準化する（薬・薬連携） ③ 統一された客観的基準による薬局機能評価の見直しと、地域社会への広報（県ホームページなど）
事業の実施により期待される効果	在宅多職種連携の強化と情報の共有化で、スムーズな在宅移行が可能となる。 患者のニーズに合った薬局の選定で QOL の向上につながる。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	各地域の勉強会実施状況の把握 緩和医療に必要な薬局機能を細分化した基準の作成 （例 24 時間対応の中身を具体的に表示など）

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（12）

委員名：山崎 迪子

対象施設：保険薬局（2）

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	緩和医療に必要な麻薬（医薬品・医療材料）などの不良在庫の解消。 取り組み阻害要因として多くの薬局が不良在庫を抱え、廃棄処分になる経済的負担を問題点としている。（個別の薬局で多くの種類の麻薬などを、常時備蓄することは困難である。）
通常業務を通じての課題認識・改善点など	患者ニーズに合った緩和医療を可能にするためには、麻薬の薬局間小分けや保険薬局で利用できる注射薬の規制緩和と、地域ごとに在宅緩和医療に対応する拠点薬局を育成することが必要と思われる。 ① 麻薬の薬局間小分けの規制緩和を働きかける。 ② 地域拠点薬局を中心とした協力体制の構築。 ③ 終末期の在宅移行時などに限り病院からの特殊薬剤の小分けの超法規的措置。
今後取組むべき事業の内容	在宅緩和医療に必要な医薬品や医療材料・消毒薬・衛生材料などの供給拠点としての地域拠点薬局の育成。
事業の実施により期待される効果	薬局のみならず診療所や訪問看護ステーションの緩和医療への取り組みが容易になる。 個々の不良在庫を削減し、社会資源の有効活用が可能となる。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	薬剤師会・行政の支援（環境整備・経済的？） メーカーへの小包装化を依頼 一括仕入れ交渉により事業運営の採算化をめざす。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（13）

委員名：名越 静香

対象施設：居宅介護支援事業所

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	回答事業所の対象区域は、市区町（介護保険の保険者）単位での関わりが一番多い。次に多いのは二次保健圏域であるが、事業所が市町の境界に近いことが考えられる。 24時間対応している事業所は、回答の57%。24時間対応事業所数から、がん患者対応もしていると推察する。 ケアプラン作成件数の1.9%が、がん患者のケアプランである。 在宅での看取りのケアプランは全体の0.9%。そのうちがん患者は40.3%（北広島、尾三、広島西、福山・府中は40%を超える）。 連携機関は訪問看護、病院、診療所、訪問介護、地域包括、薬局、老健、特養の順となっている。中心機関は診療所、訪問看護、病院、地域包括である。 患者家族の在宅緩和ケアに対する理解不足が多く、医師、介護支援専門員（以下ケアマネジャー）、訪問介護（以下ヘルパー）の順となっている。 課題・阻害要因 ① 医療ニーズの高い在宅がん患者に医療チームとの連携が取りにくい現状がある（利用者のニーズに対応できる社会資源の量と質の問題、介護支援専門員の質、力量の問題などが考えられる）。 ② 在宅緩和ケアの知識・技術不足している職種（ヘルパー、ケアマネジャー、医師、看護師）となっている。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	患者・家族ががん患者の在宅療養（在宅緩和ケア）の存在を知らない。一般市民に「在宅緩和ケア体制」の取り組みを知ってもらう、認識してもらうことが大事。日ごろから終末期を在宅でも過せることや、住民の死生観を考える啓発が必要（地域、学校、家庭での緩和ケアの学びあい、教育が必要）。 対応できる医療の基盤がなければ、在宅緩和ケアは困難。 複数の診療所でチームを組まなければ困難。 往診できる開業医とその病院の訪問看護ステーションの連携が中心になり、医療がしっかりしていたので看取りができた。一部の在宅医と訪問看護ステーションでチームを組み、拡げる意識がない。 在宅医療関係者の連携のまずさが、家族の不満を呼ぶ。緩和ケア（症状コントロール）ができる往診可能な医師が少ない。地域に訪問看護がない。地域のグループホームや老健施設での積極的な対応が欲しい。がん患者の泊まりのサービス（ショートステイ）デイケアがあればよい。家族が勤務していても地域で療養できる体制が必要。 かかりつけ医や訪問看護師との会話についていけないケアマネジャーやヘルパーが多い。地域で介護支援専門員（ケアマネジャー）が相談できる機関が欲しい。緩和ケアチームのモデルがあるとイメージできる。 病院の地域連携担当者が緩和ケアに関する丁寧な情報提供が欲しい。（がん拠点病院の医師との連携も含めて）地域連携室の役割である退院する患者の在宅療養を見据えた情報提供、患者家族の指導不足がある。 元気な高齢者が地域でボランティアできる仕組み。見守り、話し合い手ができる長時間のボランティアが必要 民生委員が在宅緩和ケアの認識を深めるための教育。 がん患者の介護保険の認定結果が出るのが遅い。 病院から声がかかり、退院に向けてのカンファレンスに参加し、試験的外泊時にサービス提供者の調整など、かなりのエネルギーを使って退院の準備を整えていても、体調が悪くなったと退院に至らず保険請求ができないことも多い。このような場合でも、いくらかの保険請求ができるようにして欲しい。 現行での介護保険申請から認定結果までに時間がかかり過ぎる。がん患者には間に合わないことが多い。
今後取組むべき事業の内容	地域住民への啓発により在宅緩和ケアを知ってもらう。小規模での地域住民向けの「在宅緩和ケア」や「死生観」についての研修・勉強会（地域包括支援センターが中心・窓口になって）。地域の学校で、緩和ケアなどをテーマに、PTAや生徒に向けての研修・勉強会（地域包括支援センターが中心・窓口になって）。 地域の元気な高齢者のボランティア育成（市町の積極的介入でのシステム化、自治会・老人会参画。子ども会、PTA地域住民へ呼びかけ、地域ぐるみでの活動）。 かかりつけ医が緩和ケアに関して気軽に相談できる仕組みづくり（症状コントロールについての相談など、緩和ケア病棟に相談できるシステム化されるとよい）。複数の診療所の協力体制で、医師の負担を軽減するシステム（地域の医師会の協力）。病院と在宅医との連携の強化（事例検討会などを通して） コメディカル（施設職員を含む）の現場での研修・演習で各職種の質向上を図る。地域（地域病院・居住系施設の参加）での多職種合同での事例検討会の実施（顔が見えるチーム作り）。地域での社会資源の開発と質の向上（在宅医療の充実を含む） 居宅系施設でのターミナル・緩和ケアの受け入れの推進（入所、ショートステイ）。
事業の実施により期待される効果	高齢社会の現状を全県民の認識が必要と考える。 地域単位で、地域の生活文化に添った諸事業（住民、医療・福祉のサービス提供者向け）の実施で意識改革、認識を深める。 在宅緩和ケアのモデル（自宅、介護保険施設、グループホームでの）を示すことで、地域（病院、在宅ケアチーム、居住系施設）のニーズにあった緩和ケアの提供・連携システムが構築されと考える。 がん患者（在宅緩和ケア、終末期ケア）を受け入れるショートステイやデイケア・デイサービスがあれば、家族が勤めながらも、在宅療養介護は可能で、在宅緩和ケアや終末期ケアは拡がる。 上記事業を住民と支援者（医療・福祉関係者）に並行しながら実施することで、（双方の意識改革が必要）質・量・連携がとれるシステムが構築できるのではないかと考える。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	アンケートから ・病院からの退院患者の受け入れ要請があると、ケアマネジャーは、受け入れ準備にかなりの時間を要して調整する。「退院できなくなった」との連絡は結構多い。これが重なると関わったケアマネジャーの徒労感と疲弊感を招きやすい。また退院が成立しないと保険請求はできない。このような状況は決して少ない。居宅支援事業所の経営は採算が取れているところは少ない（殆ど無いと言っても過言ではない）現状であることも知って欲しい。 ・がん患者の認定判定結果が遅いこと。また介護保険認定基準がADLの状況で反映されるので、進行がん患者には軽度の認定結果が多い。（わが国の死因、3人に1人が、がんで死ぬ現状から、介護保険の進行がん患者の申請から認定まで行程短縮と認定基準のあり方を再検討して欲しい）。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（14）

委員名：岡崎ジョージ

対象施設：訪問介護事業所

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	専門施設を中心とした医療、介護の一体したネットワークの一員として認知されるために、それらの経験とその場を提供することが必要。 医療職からみて介護職に対する信頼度が未だ低く、連携が思うように進んでいない。介護職員による医療の知識を習得し相互理解ができる環境設定が必要。 退院時の総合的なカンファレンスの必要性や連絡網の徹底、退院後の総合的なケアの必要性や連絡網の徹底が問われるが具体的な改善策がなく事業所間のコミュニケーション不足になる。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	緩和ケアは個々により対応が異なる難易度の高いケースが多い。利用者本人や家族への対応も、経験が問われる事例を多く経験する必要がある。したがって、適切なチームアプローチができるよう事例に基づく勉強会を積み重ねることが必要。 医療、介護に精通しあらゆるケースに対応できる知識と技術をもち、利用者を取りまく従事者をコーディネートできる人材が必要。 訪問介護サービスにおいてターミナルケアを実施するためには、制度の緩和が必要ではないか。実施できるサービスやそれに見合う報酬単位などについて。
今後取組むべき事業の内容	・人材育成：本人や家族に対する心理的ケアなどについて適正にあった人材育成できる場を提供する。 ・環境整備：地域在宅緩和ケアチームの中核を地域ごとに整備する。また地域在宅緩和ケアの専門コーディネーターを配置し育成する。 事業内容は講演会、勉強会、カンファレンス、相談窓口などの事業を一体的に事業展開する。
事業の実施により期待される効果	事業所により、緩和ケアについての取組みはしたいがきっかけがない場合が多い。そのきっかけづくりにもなりまします各事業者の考え方や期待度の認識もプラスに変化する。 地域在宅緩和ケアチームの中核があり、専門のコーディネーターが配置されれば、地域の関係機関の取りまとめ役として課題が円滑に解決できる。また、共通認識がしやすく本来のチームアプローチが可能となる。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	チームケアとして事業所がどのように関わっていくかは事業者の姿勢と管理者の考え方によるものが大きい。しかしながら、地域でのケアチームが明確にできるのであれば、蚊帳の外の事業所をつくらないことも考慮して研修システムの充実を整え、参加しやすい研修企画にする必要がある。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（15）

委員名：宮田 真弓

対象施設：地域包括支援センター

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	アンケート回答数より、連携のための体制作り条件では、①中心となる施設・人、②緊急時の体制作り、③拠点病院の支援のどの項目にも圏域ごとのバラつきもなく、どの項目においても平均して体制作りができていないとの回答である。 ・阻害要因では医療関係者、ケアマネなどの理解、知識不足が挙げられているが回答数には偏りはみられず、相談件数のうち、がん患者への対応は0.4%と少ない。がん患者の地域との連携のみならず、難病を含めた医療機関と地域の連携体制作りが求められている。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	地域での連携体制が構築されていないために個別に相談を受けた機関が医療機関などに連携を図り対応しているのが現状。分かりやすい情報の検索方法、患者・家族へ緩和ケアについての地域社会資源の情報提供、広報活動の推進が必要。 介護保険と医療保険の柔軟な制度運用が必要。（入院患者が外泊時は介護保険が適応されないなど生活する上では不便さ、経済的負担が大きい）
今後取組むべき事業の内容	①二次保健医療圏域ごとに地域連携バスの検討。（委員会、作業部会などを作る） ②患者が入院中、退院に向け一時外泊する場合例外として介護保険の一部利用を認める。また、がん患者が要介護状態の低い場合においても医師または本人・家族の希望がある場合など、ベッドの貸与が認められる。もしくは要介護2の認定が考慮されるよう施策提案を行う。このことは全体目標の療養生活の維持向上にもつながるものと考えられる。
事業の実施により期待される効果	①については日頃の業務が標準化され、職種の偏りや経験による支援のバラつきが軽減される。医療機関から在宅へスムーズな移行ができる。 ②については最低限必要なサービスが提供され、利用者の権利が確保でき、在宅生活の充実が図れる。
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	がん患者支援部会とも連携を図り、患者・家族が病院から在宅に移行するときに課題となっていることを知り、療養支援体制の参考にしたいかがだろうか。

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（16）

委員名：小山 峰志

対象施設：老人保健施設

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	① 老健では、各施設の夜間の看護師の勤務体制や併設医療機関の医師の勤務体制により 24 時間対応には違いがある。 ② 病院に比べると看護師の配置は薄く、専門知識や経験の有無により、施設での対応に不安を抱える場合も多いと思われる。また、現状では直接利用者とのかかわる時間が多いケアワーカーの理解が十分ではないと考える。 ③ 老健において、疼痛コントロールのための医療用麻薬の使用については医療保険で算定可能となったものの、麻薬を管理・保管する場合には麻薬管理者の免許を必要とする状況である。 ④ 老健入所者にかかる医療費は、介護保険の療養費に包括されており、最近の医療依存度の高い利用者の増加への十分な対応はなされていないため、医療的リスクの高い利用者の入所対応には不安があるのではないだろうか ⑤ 看取り療養者数に対するターミナルケア加算の対象者の割合が低く、内がん患者数についてはほとんどないところからは、現状では状態悪化時の転院が一般的であると考えられる。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	① 緩和ケアの実施にあたって必要となる看護力・介護力の実態把握が十分でなく、受け入れに対しての検討が難しいのではないかと ② 緩和ケアに対する看護・介護量が要介護度に反映されるのか、検討する必要があるのではないかと
今後取組むべき事業の内容	① 地域緩和ケアについて理解し、施設での受け入れについて安心して検討できる知識を得るための研修の実施。地域での説明会や事業所・施設での研修など ② 緩和ケアの実施施設に対する専門知識や経験のある看護師などの派遣や、現地研修の実施など ③ 専門的対応が可能な病院との連携の強化や対応困難時の協力体制などの整備 ④ 日常生活圏域での地域緩和ケアにかかわる各機関が集まってのネットワークの構築
事業の実施により期待される効果	地域の中で施設が対応できる状況を明らかにして地域緩和ケアへ参加することができる
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	緩和ケアに対する正しい理解が必要であるのではないかと考える

地域資源実態調査に基づく施策提案シート（17）

委員名：荒木 和美

対象施設：特別養護老人ホーム

地域連携体制構築のための条件および課題、阻害要因など （※事業の必要性・裏づけとなるデータなど）	(1) 特養の「看取り」は老人保健施設などと比較して多くの実績が認められ、特養は、「看取り」の機能を有している。 しかし、老人保健施設と比較して、アンケートの回収率も低く、設問の「理解不足（の職種）」をみると、回答も限られる。緩和ケアへの実践や理解が進んでいないことも考えられる。 (2) 関係機関との積極的な連携は病院が主なもの他の機関との連携は実績として少ない。特養の「看取り」は施設内で完結する形態が多く、機関連携が低調な様子が伺える。 特に外部訪問看護サービスの利用はほとんど実績がなく、連携機関として訪問看護ステーションを挙げる回答も少ない。特養において、訪問看護の制度の周知が進んでおらず、訪問看護ステーションを活用した（入居者）支援が施設内のケアの仕組みとして整備されていないことが想定される。 (1)(2)のデータの根拠：別紙2 (3) 「②地域での連携取組の阻害要因—その他の例」の回答に「医療機関と施設医師の方向性の相違」という回答があるが、特養の大部分に常勤の医師は配置されておらず、嘱託の医師が訪問する体制（緊急時は除き、週3回程度?）。緩和ケアの中心メンバーである施設の嘱託医師が常に施設にいないことは、医療機関だけでなく他職種、本人、家族とのコミュニケーションにも十分な配慮が必要である。 (4) 介護報酬、診療報酬などにおいて、連携を評価する内容が不十分。特養など、居住系施設の医療を充実させるべき。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	別紙1のとおり
今後取組むべき事業の内容	同 上
事業の実施により期待される効果	同 上
その他 （※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）	同 上

別紙 1

通常業務を通じての課題認識・改善点など		今後取組むべき事業の内容	
■課題認識（１） 上記（１）にも記載したが、特養ケアは基本的に施設内完結型の傾向が強い。 外部サービスによる訪問看護サービス利用などは嘱託医師、看護職員、介護支援専門員の理解を深めていないと資源としての活用が図れない。 「緩和ケア」実践に向けた、担当者のスキルアップと事例を通じた「経験」の共有化が求められる。 視点①：緩和ケアへの基本的理解が不足している可能性が高い。特養という場で何をどう取り組むことが求められるのか、具体的に示し基本的な部分から積み上げる必要がある。 特養という施設の機能や役割を理解した医療関係者も多くない。入退院時に「ズレ」が生じることもある。		【研修会・スキルアップ】 ①研修や事例検討を研修会などにていねいに行う。（研修修了者に修了証を交付し、公表するなどの方法も良い） ②医療関係者は福祉・介護施設のケア内容を学び、特養の関係者は医療やその連携について学ぶべき。特養という環境で働く看護師の研修があっても良いのではないか。 （このような研修の機会はほとんどない） ※施設関連組織や専門職団体との連携のもと研修を実施する。 ③介護支援専門員の更新研修などに「緩和ケア」の教科を組み入れてみると良い。 ※総論も大切であるが、事例を元にした支援体制やケアプランを示すことのできるような研修が求められる。 ※研修実施団体や講師への調整・依頼 【事例集の作成】 ④特養、老健、グループホームなどの介護系施設の「緩和ケア」について事例を取材してまとめてはどうか？ ・文書の事例提供では、意図した部分が表に出にくく、事例そのものの提供も難しい。 ・「緩和ケア」というと事例が集まりにくい可能性もあるので、「多職種でかかわった看取りの事例」といったタイトルで事例を募集して事例内容で選別すると良い。 ※特養という場で何をどう取り組むことが求められるのか、具体的に示し基本的な部分から積み上げる ※事例集を作成した後にこの事例集を元に研修を行う。 【報酬の設定】 ⑤外部サービスの活用を促進する介護報酬、診療報酬の設定（介護報酬にある居宅にあるような医療連携加算や診療報酬にある連携指導料など）	
■課題認識（２） 特養だけでなく、他の介護系施設でも同じことが言えるが同一法人がどのようなサービスを実施しているかによって、その施設の機能に差が生じる。 例）医療機関を併設している特養やグループホームは自施設での緩和ケア実施より医療機関への紹介を優先するなど		【情報公表】 ①特養そのものの機能だけでなく、特養を取り巻く支援体制を明示したマップを作成して広く公表するのが良い。 ②「介護サービス情報の公表」の調査項目などに「緩和ケア」にかかわる項目を追加する。	
事業の実施により期待される効果	①理解を深める。 ②情報を共有する。 ③実践力を高める。		
その他	特養を良く知ったメンバーが取り組みをすすめた方が良い。		
（※事業の実施に当たり考慮すべき事項など）			

※ １事業について１シートに記入してください。

別紙 2

	特養		比率の根拠	老健		GH		ケアハウス	
	数	比率		数	比率	数	比率	数	比率
n 回答施設数	62			61		72		17	
A 外部訪問看護サービス(有)	5	8.06%	n÷A	11	18.03%	22	30.56%	8	47.06%
B 担当となる療養患者数	1,634			2,182		624		93	
C (内)がん患者	46	2.8%	C÷B	33	1.5%	22	3.5%	5	5.4%
D 施設での看取り療養者数	227	13.9%	D÷B	70	3.2%	26	4.2%	4	4.3%
E ターミナルケア加算	44	2.7%	E÷B	11	0.5%	12	1.9%	0	0.0%
F (内)がん患者数	17	38.6%	F÷E	1	9.1%	9	75.0%	1	0.0%
※県内のアンケート回収率		40.8%			58.7%		28.3		28.80%

GH, ケアハウスで外部訪問の比率が高いのは GH 医療連携加算, ケアハウスの外部サービス利用型等のためと予想

地域資源実態調査に基づく施策提案シート (18)

委員名: 若宮 信二

対象施設: グループホーム

地域連携体制構築のための条件および課題, 阻害要因など (※事業の必要性・裏づけとなるデータなど)	連携という面では, 24 時間連携, 特に夜間の医療機関との連携が課題となる。昼間であれば, ともかく, 夜間になると教えられた連絡先, 携帯電話に連絡しても連絡がつかない場合があり, 入居者の急変時は右往左往する場合がある。 夜間には, 看護師などの専門職がいない施設も多くあり, 夜勤を行う職員にとっては, 非常に不安であり, 離職の一因ともなっている。
通常業務を通じての課題認識・改善点など	グループホームで看取りを行う場合, 2 点の課題が挙げられる。まずひとつは死亡診断書の問題。上記に記入したとおり, 夜間でも医師による死亡診断書の記載が法律上必要となること。そのために, どうしても医師に来てもらわなくてはならない。 もう 1 点は, 家族の問題, やはり最後は, 医療施設で看取って欲しい。医師に看取って欲しいという要望もあることである。
今後取組むべき事業の内容	上記課題を別とすれば, グループホームにおいては, 死というものに対する考え方を宗教的, 倫理的に見つめていくという, ことに取り組んで行くことが大切であると考え。医療的処置はもう終了しているのであり, 人生の最後の場面を意義あるものにするためには, 医学的見地ではなく, 宗教的, 哲学的見地に立って取り組んでいくことが必要ではないかと考える。働く職員への意識付けが必要である。
事業の実施により期待される効果	人生最後の場面を, 延命という形ではなく, 幸せであったと感じて終えてもらえることができる。
その他 (※事業の実施に当たり考慮すべき事項など)	緩和ケアの定義を, 末期がん患者に対するものとした場合, グループホームではほとんどないが, ターミナルケアとして広義に解釈した場合には対応した施設も少しある一方, 医療施設に併設されたグループホームにおいては, ターミナルケアも行っていないものがある。

広島県地域保健対策協議会 地域緩和ケア推進特別委員会

委員長	本 家 好 文	広島県緩和ケア支援センター
委 員	荒 木 和 美	広島県介護支援専門員協会
	有 田 健 一	広島県医師会
	宇津宮 仁 志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	岡崎ジョージ	広島市域訪問介護事業所連絡協議会
	沖 田 清 美	広島赤十字・原爆病院
	吉 川 正 哉	広島県医師会
	小 山 峰 志	広島県社会福祉士会
	津 谷 隆 史	広島市医師会
	東 條 環 樹	北広島町雄鹿原診療所
	名 越 静 香	NPO 法人広島県介護支援専門員協会
	檜 谷 義 美	広島県医師会
	藤 原 薫	広島県緩和ケア支援センター
	宮 迫 英 樹	広島市南区保健センター
	宮 田 真 弓	鞆町地域包括支援センター
	山 崎 迪 子	すずらん薬局
	若 宮 信 二	医療法人ピーアイエー
	渡 辺 弘 司	呉市医師会

乳がん医療連携推進特別委員会

目 次

平成 22 年 度 調 査 研 究 報 告 書

- I. は じ め に
- II. 広島県乳がん医療ネットワーク
- III. 広島県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. 今 後 の 課 題

乳がん医療連携推進特別委員会

(平成 22 年度)

平成 22 年度 調査研究報告書

広島県地域保健対策協議会 乳がん医療連携推進特別委員会

委員長 檜垣 健二

I. はじめに

平成 19 年 4 月にがん対策基本法が成立・施行された後、広島県内に結成された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 は平成 22 年に乳がん医療連携推進特別委員会へと形をかえ、本年度でその役割を終えた。ここでは平成 22 年度調査研究の報告を行うこととし、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²⁾ そして平成 21 年度の調査研究報告書³⁾ を参照してもらうこととする。

II. 広島県乳がん医療ネットワーク

平成 19 年度に広島県内の医療施設は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¹⁾。

その後は、乳がん医療ネットワークの施設基準の見直しと、年に 2 回の医療機関の調査が行われてきた。乳がん医療ネットワークの施設基準はこのネットワークの核心部分ともいえるためにその見直しには多くの時間が費やされてきた。なかでも、検診を行う検診施設と周術期治療施設の施設基準の見直しに対する要求は大きく、委員会でも熱い議論が行われた。

たとえば、乳腺認定医や専門医の資格をもたなくとも、乳癌検診の実績がある施設や医師は存在するために、医療ネットワークの検診施設の基準にこれらの資格を設けるかどうかという問題である。これは、日本乳癌学会と日本乳癌検診学会が公表してい

る乳がん検診の精密検査実施機関基準には、乳腺専門医や認定医であることの必要性が明記されている(図 1) ことと、例外を作ることにより乳がん医療ネットワークの質を下げる可能性があるとの理由から資格は残されることになった。

もう一つの問題は、周術期治療施設に放射線治療機器が必要かという問題である。これは従来通り、「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(図 2)。

乳がん医療ネットワークに参加している施設は、平成 20 年に 111 施設、平成 21 年に 115 施設、平成 22 年には 107 施設となっている。期待したほど参加施設が増えない理由は、厳しい施設基準によるところが多いと思われるが、施設数を増やすために基準を下げるのではなく、各施設の努力で基準をクリアしてほしいと考えている。なぜならば、検診の精度と周術期の治療は患者の予後に大きくかわる問題だからである。

III. 広島県乳がん医療ネットワークの広報

平成 22 年 9 月 29 日に県立広島病院の角舎学行先生が「乳がん地域連携パスの運用事例紹介」を、平成 22 年 11 月 19～20 日に開かれた第 20 回日本乳癌検診学術総会のシンポジウムでは福山医療センターの三好和也先生が、「広島県乳がん医療ネットワークの構築における広島県内の乳癌検診受診者実数集計の成果」を発表した。また、平成 23 年 9 月 2 日～4 日の日本乳癌学会で香川乳腺クリニックの香川直樹先生が乳がん地域連携パスについて発表した。

乳がん検診の「精密検査実施機関基準」
ー日本乳癌学会・日本乳癌検診学会ー

日本乳癌学会理事長 園尾博司

従来、日本乳癌検診学会（以下、乳癌検診学会）が主体となって我が国の乳がん検診を推進してきた。乳がんのスクリーニングの業務は乳癌検診学会が主導し、そこで要精査となった場合は精密検査実施機関で精査を受けることになる。精密検査の実施は、その後の治療を行う機関が行うことが望ましいので、乳腺専門医のいる日本乳癌学会（以下、乳癌学会）の認定施設が担当することが望ましい。

一方、2000年のマンモグラフィ併用乳がん検診の導入により、非触知の早期乳癌が多く発見されるようになったが、要精検となり癌が明らかな症例が精密検査実施機関で見逃される事態が起こっている。この事態を改善するには、乳癌のスクリーニングを主導している乳癌検診学会と乳癌の診断と治療を主導している乳癌学会が協力して、適正な精密検査を構築していく必要がある。そこで乳癌学会・乳癌検診学会合同委員会による「精密検査実施機関基準（案）」が作成された。この案が、日本乳癌検診学会理事会・評議員会（2008年12月）および日本乳癌学会理事会・定例総会（2009年7月2日）で承認された。

以下に**乳がん検診精密検査実施機関基準（全文）**を掲載する。

はじめに

乳がん検診の精密検査実施機関基準（以下、本基準）は、乳がん検診により要精査とされた者が精密検査実施機関における的確な診断を通じ、乳がんの早期発見と適切な治療を保証されることを目的として、日本乳癌学会と日本乳癌検診学会の共同により作成された。

本基準は、乳がん検診の精度管理の一環として、都道府県的生活習慣病検診等管理指導協議会、地域の乳がん検診精度管理委員会等により精密検査実施機関の認定基準として採用されることを目標とするものである。

I. 精密検査実施機関

マンモグラフィ併用乳がん検診精密検査実施機関は、マンモグラフィ検診、視触診による検診のいずれか、または両方で乳がんを否定できない（要精検）とされたものに対して下記の検査を行い、診断が行われる施設とする。

- 1)問診・視触診
- 2)精検用乳房X線撮影
- 3)超音波検査
- 4)細胞診・組織診

II. 精密検査実施機関の基準

精密検査実施機関は次の基準を満たしていることが必要である。

- 1)精密検査実施機関には、日本乳癌学会の乳腺専門医（当面の間は認定医も可とする）が常勤し、以下の検査を行う、あるいは監督下に行うこと。
- 2)問診・視触診
- 乳腺疾患の診療に習熟した医師が行うこと、あるいは、その監督下に行われることが望ましい。
- 3)精検用乳房X線撮影
 - ・乳房X線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし、線量（3mGy以下）および画質基準を満たすこと。
 - ・マンモグラフィ検診精度管理中央委員会の施設画像評価に合格していること。
 - ・少なくとも2方向撮影・圧迫スポット撮影および拡大撮影が可能なこと。
 - ・マンモグラフィに関する基本講習プログラムに準じた読影講習会を修了し、十分な読影能力を有する医師により読影されること。
 - ・マンモグラフィ読影技術および精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会を修了した診療放射線技師が撮影すること、あるいはその監督下に撮影されること。
- 4)乳房超音波検査
 - ・超音波診断装置に適切な探触子を接続して使用すること。
 - ・探触子は表在用（使用周波数10MHz程度、ただし、マニュアルレイ型探触子では7.5MHzも可、視野幅35mm以上）を用いること。
 - ・乳房超音波検査に習熟した医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師が検査を行うこと。
 - ・乳腺疾患の超音波診断に習熟した医師が診断すること。
 - ・画像および所見・診断を記録し、保管すること。
- 5)細胞診・組織診
 - ・細胞診、針生検が可能であること。
 - ・必要があれば外科的生検が可能であること。あるいは、外科的生検が可能な施設と連携できること。
 - ・細胞診は細胞診専門医・細胞検査士（日本臨床細胞学会）により、組織診は病理専門医（日本病理学会）により行われること。

III. 記録の整備と報告

- ・精密検査結果を速やかに検診実施機関に報告する。
- ・精密検査によりがんと診断された者については、確定診断の結果、治療の状況等について記録し保管する。
- ・また、がんが否定された者についてもその後の経過を把握し、追跡することのできる体制を検診機関と整備する。

IV. 精度管理

- 1)精密検査の結果を検診実施機関または市町村に報告する。
- 2)精密検査実施機関の担当者は、地域における精度管理委員会に定期的に参加する。
- 3)精密検査の適正化を図るため、精度管理委員会の求めに応じて細胞診、針生検および外科的生検の成績（生検施行率及びがんの割合等）を報告する。
- 4)精密検査を実施する医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師はマンモグラフィ講習会および乳房超音波に関する講習会を受講していること。
- 5)その他、定期的なカンファレンス開催など、精度管理に関する事項が適切に実施できること。

V. 本基準の改定

本基準は適時見直されることが必要である。

おわりに

以上、乳がん検診の「精密検査実施機関基準」を掲載した。乳腺専門医あるいは乳腺認定医が常勤していることという条件は厳しい地域があるが、岡山県、広島県などすでにこの基準を採用している自治体もみられる。今後、この基準を全国47都道府県に通知し、各自自治体にはこの指針に沿うよう努力して頂き、誤診の悲劇を避け、より良い乳がん検診ができることを期待している。

閉じる

広島乳がん医療ネットワークの基準について

資料 3

1 検診施設

現行	改正案	改正の理由、検討事項
施設認定の考え方 (1) 次の要件を全て満たしていること。 (2) ただし、⑤について、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。	施設認定の考え方 (1) 次の要件を全て満たしている。 (2) ただし、⑤については、 認定初年度から 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。	「暫定認定施設」の認定期間の起点を明記する。
① 日本医学放射線学会の定める使用基準を満たしたマンモグラフィ装置を有している。	① 日本医学放射線学会の定める使用基準を満たしたマンモグラフィ装置を有している。	
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認定医によって、二重読影（他施設へ委託して実施される場合を含む。）を行っている。	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認定医によって、二重読影を行っている。 （二重読影は、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場合は、「Bランク以上の読影医師がいる他施設へ委託して二重読影を実施する」ことで該当とする。
③ 原則として、視触診を合わせて行うこととし、その場合は、 広島県医師会、乳がん研究会等が行う乳がん検診従事者講習会等を受講し、その資格を得ている医師によって行われること。（他施設へ委託して実施される場合を含む。）	③ 原則として、 マンモグラフィ検査と 視触診を併用して行っている。 （視触診を他施設へ委託して実施される場合を含む。）	過去の講習会（又は乳がん研究会等の研究会や学会）の受講確認が明確にできないため基準から削除する。
④ 検診受診者数と検診結果について、定期的に報告（公開）することができる。	④ 検診受診者数と検診結果について、定期的に報告（公開）することができる。	
⑤ マンモグラフィの撮影は、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撮影認定診療放射線技師・医師によって行っている。 あるいは、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会マンモグラフィ検診画像認定施設である。	⑤ マンモグラフィの撮影は、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撮影認定診療放射線技師・医師によって行っている。 あるいは、マンモグラフィ検診精度管理中央委員会マンモグラフィ検診画像認定施設である。	

2 診断専門診療施設

現行	改正案	改正理由・検討事項
施設認定の考え方 (1) 次に掲げる事項を全て満たしていること。 (2) ただし、⑩について、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。	施設認定の考え方 (1) 次に掲げる事項を全て満たしていること。 (2) ただし、⑩については、 認定初年度から 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。	「暫定認定施設」の暫定期間の起点を明記する。
① 乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施している。	① 乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施している。	
② 認定された検査機関のマンモグラフィ検査においてカテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できる。	② マンモグラフィ検査においてカテゴリー3以上の評価を受けた者、自覚症状を有する者などに対して、診断のための専門的な検査が実施できる。	「認定された検査機関の」という記載の必要性。
③ 超音波検査が実施できる。	③ 超音波検査が実施できる。	
④ 「1検診施設」の基準を満たす装置と撮影条件で得られたマンモグラフィ画像を用いて、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師による診断ができる。	④ 「1検診施設」の基準を満たす装置と撮影条件で得られたマンモグラフィ画像を用いて、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師による診断ができる。 なお、「1検診施設」の暫定施設の場合は、「診断専門診療施設」に該当しない。	暫定施設は、基準を満たしていないため、「診断専門診療施設」に該当しないことを明記する。
⑤ 穿刺吸引細胞診（aspiration biopsy cytology:ABC）、または針生検（Core needle biopsy:CNB）、または摘出生検が実施できる。（病理診断は、外部委託による場合を含む。）	⑤ 穿刺吸引細胞診（aspiration biopsy cytology:ABC）、または針生検（Core needle biopsy:CNB）、または摘出生検が実施できる。（病理診断は、外部委託による場合を含む。）	
⑥ MRI・CT・マンモトーム検査が実施できる。（他施設へ委託して実施される場合を含む。）	⑥ MRI・CT・マンモトーム検査が実施できる。（他施設へ委託して、実施する場合を含む。）	（変更なし）
⑦ フォローアップ定期検査施設として、経過を観ることができる。	⑦ フォローアップ定期検査施設として、経過を観ることができる。 （「フォローアップ治療施設」の「(D)術後定期検査施設」も該当する。）	「診断専門診療施設」は、「4 フォローアップ治療施設：術後定期検査施設」にも該当することを必須とする。
⑧ 精密検査結果のフィードバック等、がん検診の精度管理に協力できる。	⑧ 精密検査結果を 紹介元の検診施設（又は市町）へ フィードバックする等、がん検診の精度管理に協力できる。	フィードバック先を明記する。
⑨ 地域がん登録を実施している。	⑨ 地域がん登録を実施（ 乳がんの確定診断を行った場合は、地域がん登録を提出 ）している。	乳がんの確定診断を行った場合のみ地域がん登録を提出することを明記する。
⑩ 日本乳癌学会乳癌認定医以上の資格を有する医師が常駐（常勤）している。	⑩ 日本乳癌学会乳癌認定医以上の資格を有する医師が 常駐 している。 （常駐とは、正規、非正規を問わず、当該医療機関が定める1週間の就業時間のすべてに認定医が勤務している。）	常駐（常勤）の定義を明記する。

図 2-1

3 周術期治療施設〔総合診療・専門治療〕

現行	改正案	改正理由・検討事項
施設認定の考え方 (1) 次に掲げる要件を全て満たしていること。 (2) ただし、⑪～⑳について、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。	施設認定の考え方 (1) 次に掲げる要件を全て満たしていること。 (2) ただし、⑪～㉑については、 認定初年度から 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。	「暫定認定施設」の暫定期間の起点を明記する。
① 乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施している。	① 乳がん診療ガイドラインに則した診療を実施している。	
② 病理診断や画像診断等の総合診断が実施できる。	② 病理診断や画像診断等の総合診断が実施できる。	
	③ 放射線治療装置を有している。	放射線療法が自施設で実施できることを明記する。
③ 手術療法及び放射線療法、薬物療法等の集学的治療が実施できる。	④ 手術療法及び放射線療法、薬物療法等の集学的治療が実施できる。	
④ 異なる専門分野間の連携によるチーム医療を実施できる体制がある。	⑤ 異なる専門分野間の連携によるチーム医療を実施できる体制がある。	異なる専門分野とは、何かを明記する必要性。
⑤ 手術の施行に当たって、乳房温存手術やセンチネルリンパ節生検が実施できる。	⑥ 手術の施行に当たって、乳房温存手術やセンチネルリンパ節生検が実施できる。	
⑥ 術後の標準的な補助療法が実施できる。	⑦ 術後の標準的な補助療法が実施できる。	
⑦ 外来での薬物療法を実施している。(外来化学療法加算届出受理医療機関である。)	⑧ 外来での薬物療法を実施している。(外来化学療法加算届出受理医療機関である。)	
⑧ 治療の初期段階から緩和ケアが実施できる。	⑨ 治療の初期段階から緩和ケアが実施できる。	
⑨ 専門的な緩和ケアチームを配置している。	⑩ 専門的な緩和ケアチームを配置している。	
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。	⑪ 日本乳癌学会乳腺認定医以上の資格を有する医師が 常勤 している。	自施設に常勤していることを明記する。
⑪ セカンドオピニオンに対応できる。	⑫ セカンドオピニオンに対応できる。	
⑫ 地域がん登録及び院内がん登録を実施している。	⑬ 地域がん登録及び院内がん登録を実施している。	
⑬ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施している。	⑭ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施している。	
⑭ 広島県乳がん医療ネットワークフォローアップ治療施設と、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。(退院後の緩和ケア計画を含む。)	⑮ 広島県乳がん医療ネットワークフォローアップ治療施設と、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。(退院後の緩和ケア計画を含む。)	

現行	改正案	改正理由・検討事項
⑮ 原則として、一連の治療が終了後、全身状態の安定が確認されるまで経過を観ることが出来る。	⑮ 原則として、一連の治療が終了後、全身状態の安定が確認されるまで経過を観ることが出来る。	
⑯ 乳腺外来が設置されている。または、1年以内に設置ができる。	⑮ 乳腺外来が設置されている。または、1年以内に設置ができる。	
⑰ 日本乳癌学会認定施設もしくは関連施設(手術)である。	⑯ 日本乳癌学会認定施設もしくは関連施設(手術)であること。	
⑱ 日本乳癌学会乳腺専門医の資格を有する医師が常駐(常勤)している。	⑱ 日本乳癌学会乳腺専門医の資格を有する医師が 常勤 している。	自施設に常勤していることを明記する。
⑲ 同時乳房再建または、二次乳房再建が実施可能である。	⑳ 同時乳房再建または、二次乳房再建が実施できること。	
㉑ 乳がん専門医を育成する体制がある。	21 乳がん専門医を育成する体制がある。	

【要 検討事項】

※以下の基準を施設基準とすることについて

- ◆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
(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)

(検討する理由)

- ・ 広島県がん対策推進計画の目標：がん診療に携わるすべての医師が研修を受講
- ・ 肺がん医療ネットワークの「診断治療」、「高度診断治療」、「術後治療」施設は、平成24年度末までに整備する基準である。

図 2-2

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、後者はすでに乳がん患者の手元に届いている。

「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22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様式を決定した。これは、図3のごとく「乳がん検診受診票 兼 結果報告書」、「乳がん精密検査依頼書」、「乳がん検診 精密検査結果通知書」の3部から構成されその運用は図4のようになる。この用紙は可能な限り早い段階で県内に統一普及させる予定である。

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22年度は大幅な改正を行い発行した(図5)。

Ⅴ. 乳がん診療専門医、検診従事者などの人材育成

県内の乳腺専門医は平成に15人、平成21年に20人、平成22年に21人と増加傾向にあるものの、絶対数はまだ不足している。そのために広島県では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。スペシャリスト、サブスペシャリストともに、平成22年度中に募集を開始したので、今後も広島大学が中心となって継続していく予定である。

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。この医師・技師を対象とした広島マンモグラフィ講習会は、ほぼ県内の人材の育成はできているという考えもあり、需要は満たされたとの判断から以後の講習会は中止されたままである。

乳がん検診従事者講習会は平成22年12月19日に129名の参加者をえて開催された。

Ⅵ. 乳がん対策日本一のシナリオ

乳がんを治すための日本柱は、「がんを早く見つける」と「しっかり治す」ことである。そのために早期に発見するための取り組みと質の高いがん治療体制の整備に平成20年から取り組んできた。その内容と成果は図6・7を参照していただきたい。10年後に乳がんによる死亡率が全国で一番低い県になることを願っている。

Ⅶ. 今後の課題

平成20年度から22年度にかけての取り組みは、本来の目的、すなわち広島県乳がん医療ネットワークの施設基準の作成を代表として実績を上げたものと信じている。また、乳がん検診から精密検診へ申し送る所見用紙の統一も成し遂げた。したがって、これからはせっかく完成したこの制度を普及させていくことと、維持していくだけでなく検証していく必要がある。

今回設定した施設基準は数年後には見直しが必要となるし、年に2回施設認定の更新は継続していかななくてはならない。これらの事業は広島県が運営することになっているので、私たち委員は陰ながら協力していきたいと考えている。

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.
- 3) 檜垣健二：がん対策専門委員会 平成21年度調査研究報告書，広島医学：63: 942-952, 2010.

乳がん検診受診票 兼 結果報告書(案)

〇〇市(町)乳がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)乳がん検診申込 兼 同意書(本人署名)			
〒			
市	町	番地	丁目
フリガナ			
名前			様
生年月日			歳
電話番号			

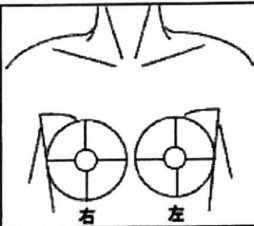
受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名	
(TEL)	() - () - ()
医師名	

☐ 乳がん検診無料クーポン券対象者

問 診 内 容 該当する□にレ点又は○を記入してください

乳がん検診受診歴	☐ 受けたことがある ☐ 1年前受診 ☐ 2年前受診 ☐ 3年以上前受診 ☐ 本日が初回受診 検診方法: ☐ 視触診と乳房X線検査の併用 ☐ 乳房X線検査のみ ☐ その他() 検診結果: ☐ 異常あり () ☐ 異常なし		
月 経	☐ 月経あり (月 日 ~ 月 日) ☐ 月経なし 初経(歳) 閉経(歳)		
乳腺の病気の経験	☐ なし ☐ あり (病名) ☐ 現在治療中		
その他治療の経験	☐ なし ☐ あり (病名) ☐ 現在治療中		
妊 娠 歴	妊娠 (回) 分娩 (回)		
その他確認事項	☐ ペースメーカーを挿入している ☐ 豊胸手術を受けている		

乳がん検診結果

視 触 診 所 見		検診日 年 月 日	
(所見を下に図示) ●: 腫瘍 ○: 皮膚所見 ○: リンパ節 		☐ 異常なし ☐ 硬結 ☐ 腫瘍 : 大きさ ()mm × ()mm 皮膚所見 ☐ 無し ☐ 発赤 ☐ 浮腫 ☐ dimple ☐ delle 血性乳頭異常分泌 ☐ 無し ☐ 有り (☐ 右 時) (☐ 左 時) リンパ節腫脹 ☐ 無し ☐ 腋窩 (☐ 右 ☐ 左) 鎖骨上窩 (☐ 右 ☐ 左) その他所見	
左 乳 房 右 乳 房		☐ 異常なし ☐ 硬結 ☐ 腫瘍 : 大きさ ()mm × ()mm 皮膚所見 ☐ 無し ☐ 発赤 ☐ 浮腫 ☐ dimple ☐ delle 血性乳頭異常分泌 ☐ 無し ☐ 有り (☐ 右 時) (☐ 左 時) リンパ節腫脹 ☐ 無し ☐ 腋窩 (☐ 右 ☐ 左) 鎖骨上窩 (☐ 右 ☐ 左) その他所見	
マンモグラフィ所見(読影所見は、別紙のとおり)		検診日 年 月 日	
部 位	右 乳 房	左 乳 房	
乳腺評価	☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 高濃度	☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 高濃度	
カテゴリー判定	判定	☐ 1 異常なし ☐ 2 良性 ☐ 3 良性, しかし悪性を否定できない ☐ 4 悪性の疑い ☐ 5 悪性の疑い	
	判定不能	☐ 要マンモグラフィ再検 ☐ マンモグラフィ無効, 触診で判定	
乳がん検診判定結果		☐ 異常なし 定期検診を受けてください ☐ 要精密検査	

(案)

様式 2

平成 年 月 日

様

乳がん精密検査受診のお知らせ

平成 年 月 日に受診された乳がん検診(視触診・乳房 X 線検査)の結果、精密検査が必要です。

できるだけ早く精密検査を受けてください。

- 精密検査には、次のものを忘れずに持参してください。
 - ・紹介状【乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書】
 - ・健康保険証 ※精密検査にかかる費用は、個人負担で、医療保険が適用されます。
- 精密検査を受ける際の手続きについては、直接、医療機関にお尋ねください。

※県内で「乳がんの精密検査を実施している医療機関」がわからない場合は、
広島県ホームページ「広島がんネット」の広島乳がん医療ネットワーク（診断専門診療施設）をご覧ください。
- 精密検査の結果については、直接担当医から聞いてください。
- 乳がん検診の取組として、精密検査の結果は、担当医から乳がん一次検診実施機関と〇〇市（町）へ返送されますので、あらかじめご了承ください。
- 不明な点がございましたら、受診検診機関、市町（がん検診担当部署）へ御相談ください。

問合せ先（一次検診実施機関）

電話.....

－広島県地域保健対策協議会 乳がん医療連携推進特別委員会－

乳がん精密検査依頼書(案)

平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

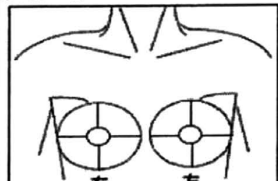
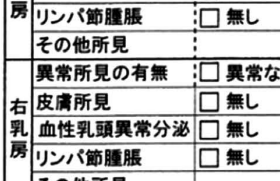
検診施設(医療機関)名

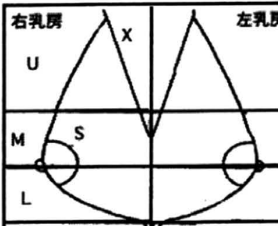
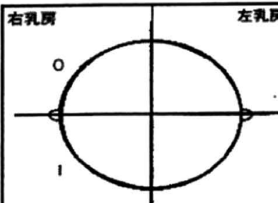
医師名

印

次の方は乳がん検診の結果、要精密検査となりましたので御高診の上、ご指導をよろしくお願いいたします。
 なお、お手数をおかけしますが、別添の精密検査結果報告書に記入の上、一次検診機関と●●市町(複写した結果を送付)に御送付くださるようお願いいたします。

ふりがな		☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成
氏名		年 月 日 (歳)
住所 (〒)		電話番号 - -

視 触 診 所 見		検診日	年	月	日
(所見を下に図示) ●: 腫瘍 △: 皮膚所見 ○: リンパ節					
	異常所見の有無	☐ 異常なし ☐ 硬結 ☐ 腫瘍 : 大きさ ()mm × ()mm			
	皮膚所見	☐ 無し ☐ 発赤 ☐ 浮腫 ☐ dimple ☐ delle			
	血性乳頭異常分泌	☐ 無し ☐ 有り (☐ 右 時 / ☐ 左 時)			
	リンパ節腫脹	☐ 無し ☐ 腋窩 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 鎖骨上窩 (☐ 右 ☐ 左)			
	その他所見				
	異常所見の有無	☐ 異常なし ☐ 硬結 ☐ 腫瘍 : 大きさ ()mm × ()mm			
	皮膚所見	☐ 無し ☐ 発赤 ☐ 浮腫 ☐ dimple ☐ delle			
	血性乳頭異常分泌	☐ 無し ☐ 有り (☐ 右 時 / ☐ 左 時)			
	リンパ節腫脹	☐ 無し ☐ 腋窩 (☐ 右 ☐ 左) ☐ 鎖骨上窩 (☐ 右 ☐ 左)			
	その他所見				

マンモグラフィ所見		検診日(撮影日)	年	月	日
画像所見		区分	左乳房		右乳房
(所見を下に図示) ●: 腫瘍 △: 石灰化 ≠: 乳腺実質の所見		カテゴリー	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
		乳腺の評価	☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 高濃度 ☐ 豊胸術後		☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 高濃度 ☐ 豊胸術後
	有無	☐ なし ☐ あり (☐ 単発 ☐ 多発) 大きさ: (直径 mm)		☐ なし ☐ あり (☐ 単発 ☐ 多発) 大きさ: (直径 mm)	
	形状	☐ 円形 ☐ 楕円形 ☐ 多角形 ☐ 分葉状 ☐ 不整形		☐ 円形 ☐ 楕円形 ☐ 多角形 ☐ 分葉状 ☐ 不整形	
	辺縁	☐ 境界明瞭 ☐ 微細分葉状 ☐ 境界不明瞭 ☐ スピキュラ ☐ 評価困難		☐ 境界明瞭 ☐ 微細分葉状 ☐ 境界不明瞭 ☐ スピキュラ ☐ 評価困難	
	濃度	☐ 含脂肪 ☐ 低濃度 ☐ 等濃度 ☐ 高濃度		☐ 含脂肪 ☐ 低濃度 ☐ 等濃度 ☐ 高濃度	
	随伴する石灰化	☐ なし ☐ あり		☐ なし ☐ あり	
	石灰化	☐ なし ☐ あり		☐ なし ☐ あり	
	有無	☐ なし ☐ 良悪性の鑑別必要な石灰化あり		☐ なし ☐ 良悪性の鑑別必要な石灰化あり	
	形態	☐ 微細円形 ☐ 不明瞭 ☐ 多形性 ☐ 微細線状分枝状		☐ 微細円形 ☐ 不明瞭 ☐ 多形性 ☐ 微細線状分枝状	
	分布	☐ 散在性 ☐ 領域性 ☐ 集簇性 ☐ 区域性 ☐ 線状		☐ 散在性 ☐ 領域性 ☐ 集簇性 ☐ 区域性 ☐ 線状	
	その他の所見	☐ なし ☐ あり		☐ なし ☐ あり	
備考 ※ マンモグラフィ検査結果は、 別途二重読影の記録を添付す 場合、この用紙に記載しない。	乳腺実質の所見	☐ 局所的非対称性陰影 ☐ 梁柱の肥厚 ☐ 非対称性乳房組織 ☐ 管状影 ☐ 構築の乱れ ☐ Spiculation ☐ Retraction ☐ Distortion		☐ 局所的非対称性陰影 ☐ 梁柱の肥厚 ☐ 非対称性乳房組織 ☐ 管状影 ☐ 構築の乱れ ☐ Spiculation ☐ Retraction ☐ Distortion	
	皮膚の所見	☐ 皮膚陥凹 ☐ 乳頭陥凹 ☐ 皮膚肥厚 ☐ 皮膚病変		☐ 皮膚陥凹 ☐ 乳頭陥凹 ☐ 皮膚肥厚 ☐ 皮膚病変	
	リンパ節の所見	☐ 腫大腋窩リンパ節 ☐ 乳房内		☐ 腫大腋窩リンパ節 ☐ 乳房内	

乳がん検診 精密検査結果通知書(案)

平成 年 月 日

検診施設(医療機関)の長 様

精密検査者の精密検査結果を報告します。

ふりがな		生年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
氏名			
住所	(〒)		

精密検査実施日	年 月 日	貴院カルテ番号	
---------	-------	---------	--

※実施した検査及び結果の□にチェックしてください。

☐ マンモグラフィ		検査日(撮影日) 年 月 日	
画像所見	区分	左	右
(所見を下に図示) ● : 腫瘍 △ : 石灰化 ≠ : 乳腺実質の所見	カテゴリー	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	腫瘍	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
	石灰化	☐ なし ☐ あり	☐ なし ☐ あり
	乳腺の所見	☐ 局所的非対称性陰影 ☐ 梁柱の肥厚 ☐ 管状影 ☐ 構築の乱れ ☐ その他	☐ 局所的非対称性陰影 ☐ 梁柱の肥厚 ☐ 管状影 ☐ 構築の乱れ ☐ その他
	皮膚の所見	☐ 皮膚陥凹 ☐ 皮膚肥厚 ☐ 乳頭陥凹 ☐ 皮膚病変	☐ 皮膚陥凹 ☐ 皮膚肥厚 ☐ 乳頭陥凹 ☐ 皮膚病変
	リンパ節の所見	☐ 腋窩リンパ節 ☐ 乳房内	☐ 腋窩リンパ節 ☐ 乳房内

☐ 超音波検査		検査日 年 月 日	
画像所見	区分	左	右
(所見を下に図示) 	カテゴリー	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	主病変	☐ 腫瘍像形成病変 ☐ 乳癌, 乳癌疑い ☐ その他 ☐ 腫瘍像非形成病変 ☐ その他	☐ 腫瘍像形成病変 ☐ 乳癌, 乳癌疑い ☐ その他 ☐ 腫瘍像非形成病変 ☐ その他
	副病変		

☐ 病理検査		検査日 年 月 日		総合診断	
☐ 細胞診 ☐ 針生検 ☐ 生検	☐ 穿刺細胞診 ☐ 乳汁 検体: ☐ 検体不適正 ☐ 検体適正 結果: ☐ 正常(良性) ☐ 鑑別困難 ☐ 悪性	☐ 異常なし ☐ 乳がん ☐ (再掲)原発性乳がん① (再掲)①のうち ☐ 早期がん ☐ 非浸潤がん ☐ 乳がんの疑い又は未確定 ☐ 乳がん以外の疾患 ☐ 乳腺症(疑い) ☐ 嚢胞(疑い) ☐ 繊維腺腫(疑い) ☐ その他			
	検体: ☐ 検体不適正 ☐ 検体適正 結果: ☐ 正常(良性) ☐ 鑑別困難 ☐ 悪性				
	検体: ☐ 検体不適正 ☐ 検体適正 結果: ☐ 正常(良性) ☐ 鑑別困難 ☐ 悪性				
	検体: ☐ 検体不適正 ☐ 検体適正 結果: ☐ 正常(良性) ☐ 鑑別困難 ☐ 悪性				
その他診断方法	☐ MMT ☐ CT ☐ MRI ☐ 乳管造影 ☐ PET				
精密検査による偶発症の有無	☐ なし ☐ あり (☐ 入院を要する ☐ 死亡)				
精検後の方針	☐ なし(通常の乳がん検診を継続) ☐ 経過観察 ☐ 要治療 ☐ 他治療施設に紹介(医療機関名:)				
記載日	平成 年 月 日	医療機関名		医師名	

(参考)

乳がん検診及び精密検査に係る様式の利用方法

○乳がん検診（頭部・体部）に係る各種様式

番号	通知・報告先	様式名	備考
① 検診結果通知・要精密検査通知	県民（受診者）		
	要精密検査者以外	○乳がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	
		○乳がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	
	要精密検査者	○乳がん精密検査受診のお知らせ（様式2）	
		○乳がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式3）	
	一次検診実施機関	○乳がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	
	市町	○乳がん検診受診票兼結果報告書（様式1）	
② 精密検査	精密検査実施機関	○乳がん精密検査受診のお知らせ（様式2） ○乳がん精密検査依頼書（様式3） ○乳がん精密検査結果報告書（様式4）	
	精密検査実施機関	○乳がん精密検査結果報告書（様式4）	
	一次検診実施機関	○乳がん精密検査結果報告書（様式4）	
③ 精密検査結果報告	市町	○乳がん精密検査結果報告書（様式4）	

《がん検診実施フロー》

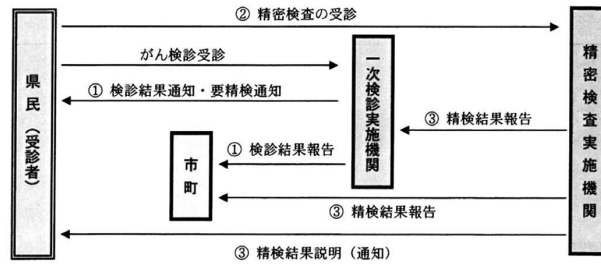


図 4

あなたの乳がんの状態を知っておきましょう

●術後の病理検査について

手術で切除した組織は、組織標本として顕微鏡で詳しく調べます。これを術後の「病理検査」といいます。「病理検査」は、がんの性質や状態を知るために欠かせないので、ここでの結果が術後の治療計画を立てる大切な情報源になります。また、再発の可能性を予測し、病理検査の結果に応じた薬物療法の考え方も示されていますので、術後の病理検査の結果を医師に確認し、その内容を11ページの表に正確に記録しておくといでしょう。

●あなたが受ける治療について

術後の治療法には、「放射線療法」「化学療法」「ホルモン療法」があり、これらの治療の中から最も有効な治療を選択し、必要に応じてこれらを組み合わせて術後の治療を進めていきます。術後の治療は、10年にも及ぶような長い期間が必要になることが多いので、主治医と十分話し合い、確認しながら確実に治療を続けていきましょう。

参考

薬物療法を選択するための病理検査

- ER(エストロゲン受容体) : ホルモン感受性の有無を検査
- PgR(プロゲステロン受容体) : ホルモン感受性の有無を検査
- HER2 : HER2タンパクの発現を検査
- Ki67 : がん細胞の増え方を評価

参考

自分に推奨される治療を調べてみましょう

(参考 ザンクトガレン乳癌コンセンサス会議2011)

- ◆ **ステップ 1** 病型分類が重要です。あなたの癌の病型をER、PgR、HER2、Ki67の検査結果で5タイプに分けてください。(分からないときは、主治医に聞いてください)

タイプ		検査結果			
		ER	PgR	HER2	Ki67
1	Luminal A	+	±	—	低値
2	Luminal B (HER2 陰性)	+	±	—	高値
3	Luminal B (HER2 陽性)	+	±	+	
4	HER2 陽性	—	—	+	
5	Triple negative	—	—	—	

- ◆ **ステップ 2** 病型分類別の推奨される治療法です。

タイプ	治療	メモ
1 Luminal A	ホルモン療法	化学療法は、ほとんど必要なし。(例外：リンパ節転移多数の場合)
2 Luminal B (HER2 陰性)	化学療法 + ホルモン療法	化学療法の適応は、ホルモン感受性再発リスクと患者の希望で選択。
3 Luminal B (HER2 陽性)	化学療法 + 抗HER2療法 + ホルモン療法	化学療法を省略できるデータがない
4 HER2 陽性	化学療法 + 抗HER2療法	腫瘍5mm以下では、経過観察も可。
5 Triple negative	化学療法	

図 5

みんなであめぞう「乳がん対策日本一」の広島県



がん対策で何をすれば良いか？
(県民、検診・医療関係、行政ともに)

がんを早く見つかる

1 早期に発見するための取組

検診受診率の向上

- 効果的なマスメディアによるキャンペーン
- インターネットを活用した検診情報の発信
- 企業・市町と連携したモデル的な受診率向上対策

がん検診の質の向上・均てん化

- 読影認定医師、撮影認定技師等の養成
- 検診・精検用地域連携バスの活用
- 検診結果・精密検査結果報告機式の標準化
- 検診データの収集・評価システムの構築

2 質の高いがん治療体制の整備

役割分担・機能連携

- 術後治療地域連携バスの活用
- 診療情報の収集・検証
- 各医療機能群毎の講習会・カンファレンス

人材の育成

- 乳癌専門医育成研修
- 乳がん治療を医師のスキルアップ研修

情報の発信

- 「広島乳がん医療ネットワーク」参加医療機関の診療機能、診療実績の公表
- 広島県のがん情報サポートサイト「広島がんネット」の活用

目 標
(平成24年度)

がん検診受診率を50%以上に

【現在の最上位指標】

- がん検診受診率
全国 1位 32.9% 宮城県
(H19年国民生活基礎調査)
- がん検診受診率
32.7% 山形県
(H19年度 市町の検診)

○ がん検診における

- 要精検率を8.04%以下
がん発見率を0.26%以上
陽性反応適中度を3.19%以上
(40歳～74歳)

○ 市町検診の全国平均値

- 要精検率 8.04%
がん発見率 0.26%
陽性反応適中度 3.19%
(H19年度:40歳～74歳)

乳がん5年相対生存率を87.3% (全症例) 以上に

【現在の最上位指標】

- 全がん協加盟32施設の5年相対生存率
全症例 87.3%
(1997～2000年、初回入院治療症例)

※ 10年後の75歳未満死亡者の減少数は、

- 死亡者数 平成19年 160人
平成20年 158人 (推計)

○ 平成19年75歳未満年齢調整死亡率 9.0 (広島県)

○ 平成20年の年齢調整死亡率が

全国1位の年齢調整死亡率7.8 (香川県)

とした場合の死亡者数の減少数を試算

・9.0→7.8 (14%減少)

・10年後の死亡者数の減少数 (推計)

158人×0.14=22人

実現① がん検診を受けて 早期に発見！

- 今後5年間でがん検診受診率50%を目標に、10年後の死亡者数を減少！

実現② 見つけたがんを しっかり治療！

- 医療の均てん化 (県内で質の高い治療ができる体制)を推進して、10年後の死亡者数を減少！

①と②により

● 75歳未満年齢調整死亡率を

7.8 (人口10万対) まで減少！

H19年全国1位 7.8 (香川県)

死亡者数を 実現①と②の合計で

22人※ 減少！

これまでの「乳がん対策」と今後の方向性について

1 早期に見つけるための取組

検診受診率の向上

- 効果的なマスメディアによるキャンペーン
- インターネットを活用した検診情報の発信
- 企業・市町と連携したモデル的な受診率向上対策

がん検診の質の向上・均てん化

- 読影認定医師、撮影認定技師等の養成
- 検診・精検用地域連携パスの活用
- 検診結果・精密検査結果報告様式の標準化
- 検診データの収集・評価システムの構築

2 質の高いがん治療体制の整備

役割分担・機能連携

- 術後治療地域連携パスの活用
- 診療情報の収集・検証
- 各医療機能群の講習会・カンファレンス

人材の育成

- 乳がん専門医育成研修
- 乳がん治療を医師のスキルアップ研修

情報の発信

- 「広島乳がん医療ネットワーク」参加医療機関の診療機能、診療実績の公表
- 広島県のがん情報サポートサイト「広島がんネット」の活用

H20～22年度の取組

県地対協

- 検診施設の施設基準の決定（H20）
- ホームページによる施設情報の提供（H21）

県等

- 乳がん検診キャリアバン実施（H20～）
- 検診啓発ポスター、チラシの作成（H20～）
- ピンクリボンキャンペーン等の共催

県地対協

- 検診データ実態報告様式の作成（H20）
- 検診結果等報告書の標準様式の作成（H21～22）
- 検診データを評価して公表（H22）
- 乳がん検診従事者講習会の企画・講師

県等

- 読影医師・撮影技師の認定講習会（H20・21）
- 乳がん検診従事者講習会（H19～）

県地対協

- 広島乳がん医療ネットワークの施設基準の作成・参加施設の審査（H20～）
- ネットワーク参加施設の実績報告様式の作成（H20）
- 術後治療地域連携パスの作成（H20）
- 患者用連携パス（わたしの手帳）の作成（H20～）
- 地域連携パス説明会の実施（H21～）

県等

- 広島乳がん専門医育成研修実行委員会の設置・研修プログラムの作成（H20～）

県地対協・県等

- 「広島がんネット」の作成（県）
- 広島乳がん医療ネットワーク参加施設の公表内容を検討（県地対協）

実績・課題

- 受診率は増加しているが、全国的にみると低い状況にある。引き続き、検診受診率の向上が必要。
- 認定読影医、撮影技師数は増加している。今後、精密検査結果の報告体制の整備や精検受診率の向上に取り組む必要がある。

指標	年度			
	H19	H20	H21	H22
検診受診率	13.7% (29位)	12.8% (34位)	16.4% (29位)	—
読影医師	204人 (H19.3)	216人 (H20.5)	238人 (H21.12)	264人 (H23.2)
撮影技師	160人 (H19.3)	171人 (H20.3)	218人 (H21.10)	237人 (H23.7)
要精検査率	8.8% (28位)	8.4% (28位)	—	—
精検受診率 (高い方から)	86.1% (26位)	90.9% (16位)	—	—
精検結果 未把握率	8.4% (31位)	6.8% (31位)	—	—
陽性反応適中度 (高い方から)	7.8% (1位)	5.0% (8位)	—	—

- 乳がん医療連携における連携パスの普及と評価体制が必要である。
- 乳がん医療ネットワークの暫定認定施設は、専門医等の人材確保が必要である。

指標	実績（年度）			
	H19	H20	H21	H22
乳がん医療ネットワーク	—	111 施設	115 施設	107 施設
日本乳がん専門医	15人 (H20.2)	—	20人 (H21.10)	21人 (H22.1)

10年後「日本一」の実現
乳がんによる死亡率が
全国で一番低い広島県

今後の方向性

検診受診率の向上

- 「がん検診へ行くよ」推進会議において民間団体、医療関係者、県民、行政機関が、協力・連携を図り、検診受診率向上に取り組む

検診の質の向上・精度管理

- 《検診施設》
- 検診従事者講習会への参加
- 市町等への精密検査結果の報告
- 検診データの評価、精度管理を行う

- 《市町等 検診実施機関》
- 市町等が行う検診体制を定期的に点検し、改善する。

- 《県》
- 検診従事者講習会の実施
- 結果報告様式等の普及を進め、市町が実施するがん検診の精度管理の支援のなかで評価・改善

がん医療連携体制の構築

- 《がん医療ネットワーク参加施設》
- 乳がん医療連携・質の向上

- 《がん診療連携拠点病院》
- 各地域の地域連携パスの普及
- がん登録データに基づく5年生存率等情報提供

- 《大学》
- 専門医の等人材育成

- 《県地対協 がん対策専門委員会》
- がん医療ネットワークの普及促進や評価を他のがんとともに進める

- 《県》
- がん医療ネットワークの運営

がんを早く見つける

しっかりと治す

広島県地域保健対策協議会 乳がん医療連携推進特別委員会

委員長	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
	宇都宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	尾崎 慎治	広島大学原爆放射線医科学研究所
	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看護開発科学講座成人健康学
	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
	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
	富安真紀子	安佐北区総合福祉センター
	村上 茂	安佐市民病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	船越 真人	厚生連広島総合病院
	三好 和也	国立病院機構福山医療センター

肺がん医療連携推進特別委員会

目 次

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

- I. は じ め に
- II. 肺がん医療連携体制の推進
にかかる取組状況
- III. 肺がん医療連携体制の構築
—地域連携パスの作成—
- IV. 今 後 の 展 望

肺がん医療連携推進特別委員会

(平成 22 年度)

肺がんの医療連携体制の構築に向けて

広島県地域保健対策協議会 肺がん医療連携推進特別委員会

委員長 岡田 守人

I. はじめに

各種がんの年齢調整死亡率（人口動態統計調査）によると、広島県において肺がんはがんのなかで最も死亡率が高く、肝がんや胃がんなどは減少傾向を示しているのに対し、肺がんは横ばい傾向である。全国と比較しても、国立がん研究センター資料によると、平成 21 年の 75 歳未満都道府県別年齢調整死亡率は 15.2% で全国 36 位の成績である。一方市町が行う肺がん検診受診率は平成 21 年では 12.3% であり全国平均 17.8% と比較しても低水準で、全国 36 位の低さである。本委員会では、県民のがんによる死亡率の減少を図ることを目的として、平成 20 年 3 月に広島県が策定した「広島県がん対策推進計画」の中で、がん医療推進方策の 1 つの柱とされた「がん医療連携体制の構築」を中心として検討を行った。

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。肺がんは平成 20 年度より肺がん医療連携推進 WG において検討を開始した。昨年度までに各医療機関を、①検診・検査施設、②診断治療施設、③高度診断治療施設（平成 23 年度からは総合診断治療施設に改訂）、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（参考資料 1）。

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を選定し、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している（広島がんネット）。

III. 肺がん医療連携体制の構築 —地域連携パスの作成—

肺がんは早期発見が困難であり、その診断、治療にあたっては高水準の医療提供体制を確保するとともに、各医療機関の機能分担と連携が不可欠である。各医療機関の正確な機能評価とそれに基づく役割分担を定めた「広島肺がん医療ネットワーク」を策定した（図 1）。

さらに肺がんの「検診・検査」から「術後治療・経過観察」までの、医療施設の連携に基づく切れ目のない良質な医療の提供を目指し、平成 22 年度は「地域連携クリティカルパス」の作成に取り組んだ。主に早期肺がん術後患者を対象にした「わたしの手帳」（参考資料 2）、胸部 CT において異常陰影があり、1 年以上の経過観察が必要な患者を対象にした「わたしの検査手帳」（参考資料 3）を作成した。平成 23 年度よりはこれらの機能的な運用、その有効性評価を検討予定である。

IV. 今後の展望

平成 23 年度は今まで取り組んだ医療体制の整備、医療連携を更に推し進めるべく、地域連携クリティカルパスの活用を推進する。さらに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推進のために、画像読影研修会の開催、合同カンファレンス、専門医の派遣・相互交流などを計画する予定である。

またもう一つの大きな課題として肺がんの早期発見への取り組みの強化が挙げられる。広島肺がん医

＊「広島肺がん医療ネットワーク」とは

「肺がん」の検査や治療の各段階で、一定の基準を満たす専門機関が、相互に連携しながら、切れ目のない治療等を行う広島県独自の肺がん医療体制です。

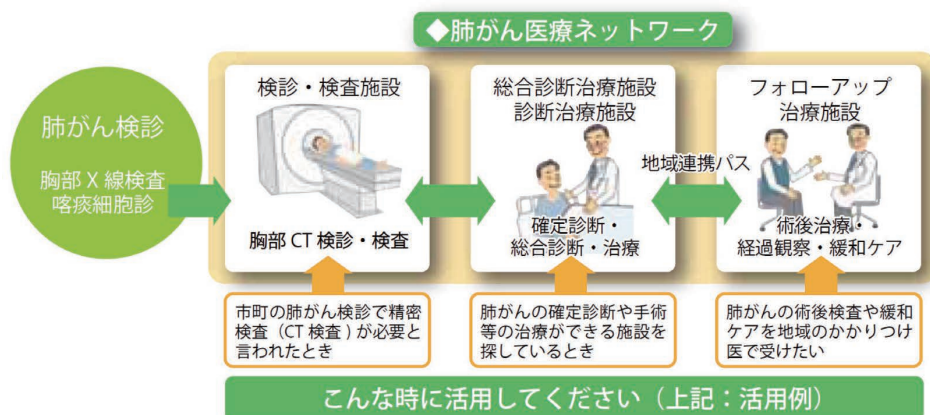


図 1 広島肺がん医療ネットワーク

療ネットワークの検診・検査施設の受診対象者は、
①高齢者・喫煙などの肺がん危険因子を有する人、
②咳・痰・血痰などの症状がある人、③地方自治体
による肺がん検診および職場検診で異常を指摘され
た人のいずれかに定めた。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。すなわち個人を対象とした任意型の精密
検査である。肺がん医療連携推進特別委員会では更
に、肺がんハイリスク患者集団に対する低線量胸部
CT による広島版対策型 CT 検診の提唱を目指し、患
者の選定、受診間隔、推奨の方法などについて検討
を重ねてゆく。

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	【総合診断治療】 広島肺がん医療ネットワーク 総合診断治療施設	【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 ○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。もしくは一定資格を有する読影医に読影を委託していること。 ② ヘリカルＣＴ検査を外部委託しているが、肺がん診療について一定資格(*)を有する医師が常勤して検査結果を読影している。 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腫瘍検診で異常を指摘された人のいずれかである。	●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 ○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 原発性肺がん手術を実施していること。 ⑦ 年間の気管支鏡検査実施数が、２０例以上であること。 ⑧ 日本呼吸器学会専門医が常勤しており、かつ、日本医学放線学会専門医、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。 ⑨ セカンドオピニオンやがん患者及び家族等からのがんに関する相談に対応できること。 【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 (放射線療法については他施設との連携 (委託)) 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 (委託) 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。	●高度な診断、治療を実施すること ○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、超音波検査が全て実施できること。 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 ○次に掲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バ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。
医療機関等における求められる事項	●要精検者の確実な医療機関受診			
連携	●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)			

期	診 術後期間	診断治療 1ヶ月	診断治療 6ヶ月	経過 医療機関	診断治療 1年	経過 医療機関	診断治療 1年6ヶ月	経過 医療機関	診断治療 2年	経過 医療機関	診断治療 2年6ヶ月	経過 医療機関	診断治療 3年	経過 医療機関	診断治療 3年6ヶ月	経過 医療機関	診断治療 4年	経過 医療機関	診断治療 4年6ヶ月	経過 医療機関	診断治療 5年		
達成目標	手術前の生活に近づける								手術前 の日常生活に近づける								安定した生活を送る						
	再発がない								再発がない								再発がない 新たな病変の出現がない						
診 察	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
血液検査 (生化学)	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
腫瘍マーカー★	△	△	△	○	△	△	△	○	△	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	△	○	△	
胸部X線検査	○	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	△	○	
胸部部 CT		○		○		○		○		○		△		△		△		△		△		△	
脳 MRI					△		△		△		△		△		△		△		△		△		
骨シンチ		△		△		△		△		△		△		△		△		△		△		△	
PET-CT				△				△					△		△		△		△				
痔瘻細胞診									○				○		○		○		○				

- ：必須／△：必要時に実施
- 診断治療施設（手術を受けた病院）と連携医療機関（地域のかかりつけ医）に受診する場合は、結果を持って受診してください。
- ★ 腫瘍マーカー：腫瘍分画・・・CEA、SLX / 扁平上皮がん：CEA、シフラ、SCC
- 胸腹部 CT・MRI 検査は、診断治療施設又はがん医療ネットワーク内の施設で受けてください。CT、MRI 検査は、造影することがあります。
- 喀血や肺結核：扁平上皮がん、喫煙の多かった方は実施します。

わたしの
検査手帳

年 月 日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
気になる 症状	腫・瘻						
	肺の癌か その他 症状						
病歴の把握		「腫瘍」「腫し」	「腫瘍」「腫し」	「腫瘍」「腫し」	「腫瘍」「腫し」	「腫瘍」「腫し」	「腫瘍」「腫し」

[illegible]

CT検査・検査施設初年度/4

●何かお困りの点があれば
あなたのメモ欄に記入してください

広島県地域保健対策協議会 肺がん医療連携推進特別委員会

委員長	岡田 守人	広島大学原爆放射線医科学研究所
委員	有田 健一	広島県医師会
	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
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	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	広島市立広島市民病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	倉岡 敏彦	国家公務員共済組合連合会吉島病院
	妹尾 紀具	元広島市民病院
	富安真紀子	安佐北区総合福祉センター
	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
	檜原 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
	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

子宮がん検診推進特別委員会

目 次

子 宮 が ん 検 診 推 進 特 別 委 員 会 報 告 書

I. 目 的

II. 事 業 結 果

子宮がん検診推進特別委員会

(平成 22 年度)

子宮がん検診推進特別委員会報告書

広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会

委員長 工藤 美樹

I. 目 的

子宮がん検診は、細胞診による子宮頸がんの早期発見により、死亡率の低下に貢献してきた実績がある。細胞診の報告様式は、日本では昭和 53 年から 5 段階のクラス分類による日母分類が広く使用されてきた。しかし、クラス分類には様々な問題があるため、多くの国ではベセスダ分類が採用されている。

本委員会では、細胞診の報告様式にベセスダシステムを取り入れ、医師や細胞検査士が結果を簡単に記入することが可能で、市町などが検診結果の把握やデータ管理を容易に行えるように、統一した子宮頸がん検診および子宮体がん検診の結果報告書、精密検査依頼書などを作成する。

II. 事 業 結 果

(1) 特別委員会の開催と協議事項

① 平成 22 年 10 月 6 日(水) 広島医師会館

1. 子宮がん検診関連書類の標準化

尾三圏域地对協における子宮がん検診結果報告などの様式をもとにして、以下の書類を作成し、次回の委員会で協議する。

子宮がん検診受診票 兼 結果報告書

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

2. 子宮がん検診（頸がん、体がん）の精度管理に関する研修会の実施

平成 22 年度子宮がん検診従事者研修会の開催が承認され、以下のように行われた。

平成 23 年 1 月 22 日

講演：専用ブラシ採取による液状化検体細胞
新の有用性について

講師：福山市医師会診断病理学センター病理
検査課長 小林 孝子

② 平成 23 年 3 月 11 日(金) 広島医師会館

第 1 回特別委員会の協議結果から、以下の案を作成し、第 2 回特別委員会で協議を行った。

1. 子宮がん検診受診票 兼 結果報告書
2. 子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ
3. 子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
4. 子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
5. 子宮頸がん・体がん検診および精密検査に係る各種様式の使用法

協議結果をもとに最終案を作成し、通信会議で各委員から承認を得て確定することとした。

(2) 結果報告書などの作成

1. 子宮がん検診受診票 兼 結果報告書
2. 子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ
3. 子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
4. 子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書
5. 子宮頸がん・体がん検診および精密検査に係る各種様式の使用法

以上の書類を作成した。また、広島がんネットに以下のアドレスで公開され、ダウンロードし使用可能である。

<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/gan-net/tori/toril.html#torild>

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒	
市	町
番地	丁目
フリガナ	
名前	
生年月日	歳
電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名	
(TEL)	() - -
医師名	

☐子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問 診 内 容

子宮がん検診 受診歴	☐ 受けたことがある(平成 年) ☐ 受けたことがない
月 経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 ☐ なし ☐ あり(歳)
自覚症状 (最近6ヶ月以内)	月経トラブル(☐ なし ☐ あり : ☐ 不規則※注1 ☐ 出血量が多い※注1 ☐ 痛みが激しい) 不正出血(☐ なし ☐ あり※注1) かゆみ(☐ なし ☐ あり) おりもの(☐ なし ☐ あり) おりものの着色(☐ なし ☐ あり : ☐ 白色 ☐ 黄色 ☐ 褐色※注1) その他()
妊 娠 歴	妊娠 (回) 分娩 (回)
治 療 の 経 験	☐ なし ☐ あり ()

注1) 該当する症状(不正出血、褐色帯下、月経異常など)を認める方は、子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果、必要となった検査については、別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

標本の種類		標本の適否	判定可能・不可能
標本作成法	採取器具		
☐ 直接塗抹法	☐ サイトピック ☐ ヘラ	☐ 適正	☐ 判定可能
☐ 液状化検体法	☐ ブラシ ☐ 綿棒	☐ 不適正	☐ 判定不可能
☐ その他()	☐ その他()		
子宮頸部細胞診判定			
ベセスダ分類	☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL		
	☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adenocarcinoma ☐ Other malig		
日母分類	☐ Class I ☐ Class II ☐ Class IIIa ☐ Class IIIb ☐ Class IV ☐ Class V		
子宮頸がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 定期検診を受けてください ☐ 要精密検査		
その他の婦人科疾患	☐ なし ☐ あり()		

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	☐ 陰性 ☐ 疑陽性 ☐ 陽性
子宮体がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。



※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒 市 町 番地 丁目 フリガナ 名前 様 生年月日 歳 電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名 (TEL)	() — —
医師名	

☐子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問 診 内 容

子宮がん検診 受 診 歴	☐ 受けたことがある(平成 年) ☐ 受けたことがない ↳ 検診結果 ☐ 異常あり () ☐ 異常なし
月 経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 ☐ なし ☐ あり (歳)
自 覚 症 状 (最近6ヶ月以内)	月経トラブル (☐ なし ☐ あり : ☐ 不規則※注1 ☐ 出血量が多い※注1 ☐ 痛みが激しい) 不正出血 (☐ なし ☐ あり※注1) かゆみ (☐ なし ☐ あり) おりもの (☐ なし ☐ あり) おりものの着色 (☐ なし ☐ あり : ☐ 白色 ☐ 黄色 ☐ 褐色※注1) その他 ()
妊 娠 歴	妊娠 (回) 分娩 (回)
治 療 の 経 験	☐ なし ☐ あり ()

注1) 該当する症状(不正出血、褐色帯下、月経異常など)を認める方は、子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果、必要となった検査については、別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

標本の種類		標本の適否	判定可能・不可能
標本作成法 ☐ 直接塗抹法 ☐ 液状化検体法 ☐ その他 ()	採取器具 ☐ サイトピック ☐ ヘラ ☐ ブラシ ☐ 綿棒 ☐ その他 ()	☐ 適正 ☐ 不適正	☐ 判定可能 ☐ 判定不可能
子宮頸部細胞診判定			
ベセスダ分類	☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adenocarcinoma ☐ Other malig		
日母分類	☐ Class I ☐ Class II ☐ Class III a ☐ Class III b ☐ Class IV ☐ Class V		
子宮頸がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 定期検診を受けてください ☐ 要精密検査		
その他の婦人科疾患	☐ なし ☐ あり ()		

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	☐ 陰性 ☐ 疑陽性 ☐ 陽性
子宮体がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査

子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書

〇〇市(町)子宮頸がん・体がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。



※この欄は記入しないでください。

〇〇市(町)子宮がん検診申込 兼 同意書(本人署名)	
〒 市 町 番地 丁目 フリガナ 名前 様 生年月日 歳 電話番号	

受付No.	
受診年月日	年 月 日
医療機関名 (TEL)	() — —
医師名	

☐子宮頸がん検診無料クーポン券対象者

問 診 内 容

子宮がん検診 受 診 歴	☐ 受けたことがある(平成 年) ☐ 受けたことがない ↳ 検診結果 ☐ 異常あり () ☐ 異常なし
月 経	最近の月経 月 日 から 日間 閉経 ☐ なし ☐ あり (歳)
自 覚 症 状 (最近6ヶ月以内)	月経トラブル (☐ なし ☐ あり : ☐ 不規則※注1 ☐ 出血量が多い※注1 ☐ 痛みが激しい) 不正出血 (☐ なし ☐ あり※注1) かゆみ (☐ なし ☐ あり) おりもの (☐ なし ☐ あり) おりものの着色 (☐ なし ☐ あり : ☐ 白色 ☐ 黄色 ☐ 褐色※注1) その他 ()
妊 娠 歴	妊娠 (回) 分娩 (回)
治 療 の 経 験	☐ なし ☐ あり ()

注1) 該当する症状(不正出血、褐色帯下、月経異常など)を認める方は、子宮体がん検診の該当者です。

注2) 内診の結果、必要となった検査については、別途料金がかかります。

子宮頸がん検診結果

子宮頸部細胞診判定	
ベセスダ分類	☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adenocarcinoma ☐ Other malig
	日母分類 ☐ Class I ☐ Class II ☐ Class III a ☐ Class III b ☐ Class IV ☐ Class V
子宮頸がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 定期検診を受けてください ☐ 要精密検査
その他の婦人科疾患	☐ なし ☐ あり ()

子宮体がん検診結果

子宮体部細胞診判定	☐ 陰性 ☐ 疑陽性 ☐ 陽性
子宮体がん検診判定結果	☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査

平成 年 月 日

様

子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ

平成 年 月 日に受診された検診の結果、精密検査が必要です。
できるだけ早く精密検査を受けてください。

精密検査を受けないと、がん検診の意義はなくなってしまいます。

- 精密検査には、次のものを忘れずに持参してください。
 - ・一次検診結果【子宮頸がん・体がん検診受診票 兼 結果報告書（本人交付用）】
 - ・紹介状【子宮頸がん（又は体がん）精密検査依頼書 兼 結果報告書（3枚複写）】
 - ・健康保険証 ※精密検査にかかる費用は、個人負担で、医療保険が適用されます。
- 精密検査を受ける際の手続きについては、直接医療機関にお尋ねください。
- 精密検査の結果が、担当医から、一次検診実施機関と〇〇市（町）へ返送されますので、あらかじめご了承ください。

問合せ先（一次検診実施機関）

電話

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

精密検査実施医療機関の長 様

平成 年 月 日

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

㊞

次の方は子宮頸がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上御指導をよろしくお願いいたします。
なお、お手数をおかけしますが、本状下段の精密検査結果報告書に記入の上、3 枚複写の②を一次検診機関に、
③を〇〇市(町)〇〇課（住所:〇〇市〇〇町〇〇〇番地、Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）に御送付くださるようお願いいたします。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検 査 結 果	1. コルポスコープ検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	2. 細胞診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果	ベセスダ分類	☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adeno Ca. ☐ Other
		日母分類	☐ I ☐ II ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ V
	3. HPV 検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果 ()		
診 断 区 分	4. 組織検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果 ()		
	5. その他 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	検査法 () 結果 ()		
	A. 異常なし ☐ 異常なし		
診 断 区 分	B. 異形成 ☐ 高度異形成 ☐ 中等度異形成 ☐ 軽度異形成 ☐ 腺異形成		
	C. 悪性腫瘍※ ☐ 上皮内がん ☐ 微小浸潤扁平上皮がん ☐ 扁平上皮がん ☐ 上皮内腺がん ☐ 微小浸潤腺がん ☐ 腺がん ☐ その他 ()		
	D. その他 ☐ コンジローマ ☐ その他 ()		
	その後の処置		
精 検 に 伴 う 偶発症の有無	☐ なし ☐ 定期的に経過観察 ☐ 治療予定 (☐ 要手術 ☐ その他:) ☐ 手術施行済み (平成 年 月 日) ☐ 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
	☐ あり () ☐ なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊞

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

ー広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会ー

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

子宮頸がん一次検診実施機関の長 様	平成 年 月 日
一次検診実施機関名及び所在地	
医師名	

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒)		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検 査 結 果	1. コルポスコープ検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	2. 細胞診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果	ベセスダ分類	☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adeno Ca. ☐ Other
		日母分類	☐ I ☐ II ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ V
	3. HPV 検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果 ()		
診 断 区 分	4. 組織検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	結果 ()		
	5. その他 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日)		
	検査法 () 結果 ()		
診 断 区 分	A. 異常なし	☐ 異常なし	
	B. 異形成	☐ 高度異形成 ☐ 中等度異形成 ☐ 軽度異形成 ☐ 腺異形成	
	C. 悪性腫瘍※	☐ 上皮内がん ☐ 微小浸潤扁平上皮がん ☐ 扁平上皮がん ☐ 上皮内腺がん ☐ 微小浸潤腺がん ☐ 腺がん ☐ その他 ()	
	D. その他	☐ コンジローマ ☐ その他 ()	
その後の処置	☐ なし		
	☐ 定期的に経過観察		
	☐ 治療予定 (☐ 要手術 ☐ その他 :)		
	☐ 手術施行済み (平成 年 月 日) ☐ 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	☐ あり ()		
	☐ なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊞

※ C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

ー広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会ー

子宮頸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

〇〇市（町）長 様

平成 年 月 日

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日（ 歳）
住所（〒 ）		

子宮頸がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検 査 結 果	1. コルポスコープ検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日）		
	2. 細胞診検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日）		
	結果	ベセスダ分類 ☐ NILM ☐ ASC-US ☐ ASC-H ☐ LSIL ☐ HSIL ☐ SCC ☐ AGC ☐ AIS ☐ Adeno Ca. ☐ Other	
		日母分類 ☐ I ☐ II ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ V	
	3. HPV検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 結果（ ）		
	4. 組織検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 結果（ ）		
5. その他（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 検査法（ ）結果（ ）			
診 断 区 分	A. 異常なし	☐ 異常なし	
	B. 異形成	☐ 高度異形成 ☐ 中等度異形成 ☐ 軽度異形成 ☐ 腺異形成	
	C. 悪性腫瘍※	☐ 上皮内がん ☐ 微小浸潤扁平上皮がん ☐ 扁平上皮がん ☐ 上皮内腺がん ☐ 微小浸潤腺がん ☐ 腺がん ☐ その他（ ）	
	D. その他	☐ コンジローマ ☐ その他（ ）	
その後の処置	☐ なし ☐ 定期的に経過観察 ☐ 治療予定（ ☐ 要手術 ☐ その他： ） ☐ 手術施行済み（平成 年 月 日） ☐ 他院に紹介（平成 年 月 日 医療機関名）		
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	☐ あり（ ） ☐ なし		
記載日	平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊞

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

－広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会－

①精密検査実施医療機関保存用

様式 4
【3 枚複写】

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

精密検査実施医療機関の長 様

平成 年 月 日

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

㊦

次の方は子宮体がん検診の結果、要精密検査となりましたので、御高診の上御指導をよろしくお願いいたします。
なお、お手数をおかけしますが、本状下段の精密検査結果報告書に記入の上、3 枚複写の②を一次検診機関に、
③を〇〇市(町)〇〇課（住所:〇〇市〇〇町〇〇〇番地、Tel: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）に御送付くださるようお願いいたします。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)		

子宮体がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号		
検 査 結 果	1. 細胞診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	2. 組織診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()	
	3. その他 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()	
診 断 区 分	A. 異常なし	☐ 異常なし
	B. 子宮内膜増殖症	☐ 単純型子宮内膜増殖症 ☐ 複雑型子宮内膜増殖症 ☐ 子宮内膜異型増殖症
	C. 悪性腫瘍※	☐ 子宮内膜癌 ☐ 子宮癌肉腫 ☐ その他 ()
	D. その他	()
その後の処置	☐ なし ☐ 定期的に経過観察 ☐ 治療予定 (☐ 要手術 ☐ その他 :) ☐ 手術施行済み (平成 年 月 日) ☐ 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)	
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	☐ あり () ☐ なし	
記載日 平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊦

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

ー広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会ー

②子宮体がん一次検診実施機関保存用

様式 4

【3 枚複写】

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

平成 年 月 日

子宮体がん一次検診実施機関の長 様

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)		

子宮体がん精密検査結果報告書

貴院カルテ番号			
検 査 結 果	1. 細胞診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()		
	2. 組織診検査 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 結果 ()		
	3. その他 (☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日) 検査法 () 結果 ()		
診 断 区 分	A. 異常なし	☐ 異常なし	
	B. 子宮内膜増殖症	☐ 単純型子宮内膜増殖症 ☐ 複雑型子宮内膜増殖症 ☐ 子宮内膜異型増殖症	
	C. 悪性腫瘍※	☐ 子宮内膜癌 ☐ 子宮癌肉腫 ☐ その他 ()	
	D. その他	()	
その後の処置	☐ なし ☐ 定期的に経過観察 ☐ 治療予定 (☐ 要手術 ☐ その他 :) ☐ 手術施行済み (平成 年 月 日) ☐ 他院に紹介 (平成 年 月 日 医療機関名)		
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	☐ あり () ☐ なし		
記載日 平成 年 月 日	医療機関名	医師名 ㊞	

※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。

－広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会－

子宮体がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

〇〇市（町）長 様

平成 年 月 日

一次検診実施機関名及び所在地

医師名

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

氏名	生年 月 日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日（ 歳）
住所（〒 - ）		

子宮体がん精密検査結果報告書

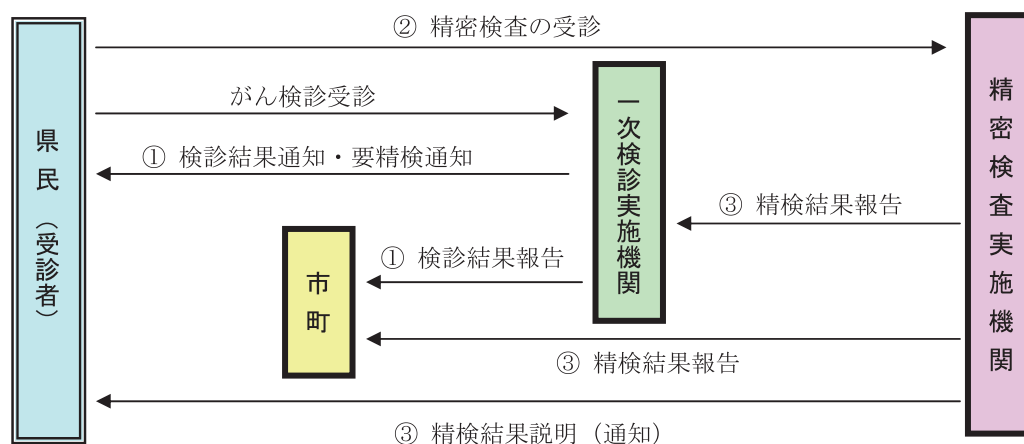
貴院カルテ番号			
検 査 結 果	1. 細胞診検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 結果（ ）		
	2. 組織診検査（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 結果（ ）		
	3. その他（ ☐ 実施しない ・ ☐ 実施した 平成 年 月 日） 検査法（ ）結果（ ）		
診 断 区 分	A. 異常なし	☐ 異常なし	
	B. 子宮内膜増殖症	☐ 単純型子宮内膜増殖症 ☐ 複雑型子宮内膜増殖症 ☐ 子宮内膜異型増殖症	
	C. 悪性腫瘍※	☐ 子宮内膜癌 ☐ 子宮癌肉腫 ☐ その他（ ）	
	D. その他	（ ）	
その後の処置	☐ なし ☐ 定期的に経過観察 ☐ 治療予定（ ☐ 要手術 ☐ その他： ） ☐ 手術施行済み（平成 年 月 日） ☐ 他院に紹介（平成 年 月 日 医療機関名 ）		
精 検 に 伴 う 偶 発 症 の 有 無	☐ あり（ ） ☐ なし		
記載日 平成 年 月 日	医療機関名	医師名	㊞

〔 ※C. 悪性腫瘍については、「続発性腫瘍」の場合、■その他（続発性腫瘍）と記入してください。 ー広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会ー 〕

子宮頸がん・体がん検診及び精密検査に係る各種様式の使用法

番号	通知・報告先	様式名	備考
① 検診結果通知・要精検通知	県民（受診者）		
	要精密検査者以外	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式 1）	3 枚目を 送付
	要精密検査者	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式 1） ○子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ（様式 2） ○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 4）	
	一次検診実施機関	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式 1）	1 枚目を 保存
	市町	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式 1）	2 枚目を 送付
② 精密検査 受診	精密検査実施機関	○子宮頸がん・体がん検診受診票兼結果報告書（様式 1） ○子宮頸がん・体がん精密検査受診のお知らせ（様式 2） ○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 4）	各 様 式 を 持 参
③ 精密検査結果報告	精密検査実施機関	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 4）	1 枚目を 保存
	一次検診実施機関	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 4）	2 枚目を 送付
	市町	○子宮頸がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 3） ○子宮体がん精密検査依頼書兼結果報告書（様式 4）	3 枚目を 送付

《がん検診実施フロー》



広島県地域保健対策協議会 子宮がん検診推進特別委員会

委員長	工藤 美樹	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	赤木 武文	市立三次中央病院
	有田 健一	広島県医師会
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	小川 勝成	広島大学病院診療支援部病理検査部
	勝部 泰裕	中国労災病院
	加納 恵子	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	吉川 正哉	広島県医師会
	佐古 通	広島県健康福祉センター
	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
	佐々木 克	JA 尾道総合病院
	寺本 秀樹	国立病院機構東広島医療センター
	内藤 博之	県立広島病院
	中西 慶喜	JA 広島総合病院
	野間 純	広島市民病院
	早瀬 良二	国立病院機構福山医療センター
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤原 久也	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
	温泉川梅代	広島県医師会

がん医療均てん化推進特別委員会

目 次

放 射 線 治 療 の 均 て ん 化 に む け て

I. は じ め に

II. 平成22年度の成果

III. 今後にむけて

がん医療均てん化推進特別委員会

(平成 22 年度)

放 射 線 治 療 の 均 て ん 化 に む け て

広島県地域保健対策協議会 がん医療均てん化推進特別委員会

委 員 長 永田 靖

I. は じ め に

質の高いがん医療の提供には、がん診療連携拠点病院やがん医療を担う病院などの円滑な連携が不可欠であるとともに、医療スタッフの確保が重要な課題である。中でも、近年、飛躍的な技術の進展により治療効果が向上している放射線治療は現在、県内 21 施設で実施されているが、放射線治療専門医や医学物理士、専門技師、専門看護師など専門スタッフの不足が指摘されている。手術、化学療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療により、がん医療の均てん化を推進するためには、実施施設が限定される放射線治療の専門スタッフの確保・育成とともに、高額な治療機器の効率的な運用なども含めた総合的な対策が必要となっている。

また、平成 26 年には広島駅前に「高精度放射線治療センター（仮称）」が開設予定である。本センターを効率的に運用してゆくためには、全県レベルでの放射線治療連携体制の構築がひっ緊の課題である。

II. 平成 22 年度の成果

平成 22 年度は、11 月 15 日に第 1 回特別委員会を開催し、県内の放射線腫瘍医、医学物理士、診療放射線技師、放射線治療専門看護師、医師会委員、県市事務方委員により、今後の連携体制構築にむけての意見交換を行った。その中で、現状の各施設の実

態調査を行うことを確認した。

最終的に各施設に別紙のようなアンケートを配布集計し、実態調査を行った。

III. 今後にむけて

以上の背景を踏まえて、がん医療の中で特に重要な「県内どこにいても最適な治療を受けることができる」という均てん化の一層の推進に向け、放射線治療に必要な人材の確保・育成の方策を明らかにするとともに、高精度放射線治療センター（仮称）も含めた地域および県域における医療連携体制の構築を図る必要がある。

今後に予定している調査研究内容は、平成 22 年度に特別委員会で実施した放射線治療に係る県内実態調査（図 1、2）の結果分析と今後の需要予測を行う。それらに基づき、より質の高い放射線治療の実現に向けた人材の確保・育成方策の検討（放射線治療専門医、医学物理士、専門看護師、専門技師）、効率的な放射線治療を実施するための県内医療施設間の連携体制のあり方の検討を行う。

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

〔図 1：放射線治療実態調査アンケート〕

「放射線治療体制のあり方検討にかかる実態調査」（補足調査様式）

病 院 名：_____

記入者名：_____（電話 _____）

1 放射線治療患者の他施設との紹介・受入の状況（H21(2009)年1月～12月）

区 分	受入【他施設⇒自施設】※1		紹介【自施設⇒他施設】※2
	放射線治療の未実施施設	放射線治療の実施施設	他の放射線治療施設への紹介
患者実人数	人	人	人
うち同一圏域内※3	人	人	人
同一圏域外	人	人	人

※1 受入：自施設は放射線治療のみを実施し、フォローアップ等は紹介元施設が行う患者

※2 紹介：放射線治療のみ他施設へ依頼する患者（治療後は自施設でフォロー）

※3 「二次保健医療圏」の内外の区分で内訳が分かれば記載してください（圏域の範囲は裏面参照）

2 放射線治療を担当する看護師等の配置

区 分			治療室		外来診察部門	
			免許取得年	治療専任度	免許取得年	治療専任度
看 護 師	常 勤	1				
		2				
		3				
		4				
		5				
	非 常 勤	1				
		2				
		3				
看護助手			(人数 人)		(人数 人)	
事務員			(人数 人)		(人数 人)	

※ 治療専任度は、「構造調査」の治療専任度と同様に、複数の治療等に携わっている場合は、その治療部門での業務時間に対して、どの程度勤務しているかを記載してください。（0.1～1.0）週5日間の業務に対して2日の勤務の場合、0.4とします。

※ 看護助手、事務員は複数いる場合まとめて、人数と専任度を記載してください。

3 貴施設における放射線治療の課題や方向性などについて、治療医あるいは放射線技師・看護師の立場から御意見ををお願いします。

現状・課題	
今後の方向性等	

御協力ありがとうございました。JASTORO 構造調査と合わせて御返送をお願いします。

2009 年 全国放射線治療実態調査記入票

IAEA の DIRAC(Directory of Radiotherapy Centeres への貴施設構造データ提供を承諾されますか (いずれかをチェックしてください)。

承諾する。 ☐
拒否する。 ☐

〔A〕 2009 年の貴施設ならびにその放射線治療部門について

(1). 放射線治療を行っている (2). 行っていない (3). 開始/再開の予定あり

((1)以外の放射線治療を行っていない施設は、該当番号をチェックし、施設名のみ記載しそのままご返送ください)

A-1	施設名称、所在地および組織区分 (個別郵便番号の記載にご協力ください)	
	病院名 郵便番号 住所 [組織区分 :]	
A-2	この調査票を記入いただいた方の氏名 : この調査票にご記入いただいた方、または今後ご連絡をさしあげるべき方 ご所属 : 放射線科、()科、 職 種 : 1. 医師 2. 診療放射線技師 3. その他 (○で囲んでください) 電 話 : (内線 :) FAX : E-Mail :	
A-3	病床数	
	病院全体の病床数	床
	放射線治療部門の病床数 (混合病棟等の場合は使用平均数)	床
A-4	貴施設は、日本医学放射線学会から専門医修練機関あるいは修練協力機関として認定ないし承認されていますか？ (○印で囲んでください) 認定修練機関 : 1. いいえ 2. はい (認定番号 :) 承認修練協力機関 : 1. いいえ 2. はい (承認番号 :) 認定／承認されている部門 : 放射線治療学 放射線診断学 核医学 (○印で囲んでください)	
A-5	貴施設は、日本放射線腫瘍学会の施設認定制度で何らかの認定を受けていますか？ (○印で囲んでください) 認定機関 : 1. いいえ 2. はい (認定番号 :) 認定施設の内容 : 1. 認定施設 2. 準認定施設 3. 協力認定施設	

〔図 2：日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

〔B〕貴施設放射線治療部門の構成スタッフについて

B-1 (治療医)	放射線治療を担当する放射線科医師 2009 年 12 月末時点での放射線治療を担当した放射線科医師について、 常勤・非常勤にわけてお答えください。(専任度の詳細は記入要領を参照)								
	医師識別名 (記入要領参照 実名でも可)	性別 (○印)	医師免許 取得年 (西暦)	日医放 会員 (○印)	日医放 専門医 (○印)	JASTR O 会員 (○印)	JASTRO 認定医 (○印)	治療専 任度 (0.1~1.0)	他施設での 治療専任度 (0.1~1.0)
常 勤	1.	男・女							
	2.	男・女							
	3.	男・女							
	4.	男・女							
	5.	男・女							
	6.	男・女							
	7.	男・女							
	8.	男・女							
	9	男・女							
	10.	男・女							
	11.	男・女							
	12.	男・女							
非常勤	1.	男・女							
	2.	男・女							
	3.	男・女							
	4.	男・女							
	5.	男・女							
	6.	男・女							
欠 員	現在、放射線治療常勤医に欠員はありますか？ 1. はい 2. いいえ あるなら何名でしょうか？								() 名
B-2 (診断・核 医学に専 従する医 師人数)	診断業務に専従する医師数です。もし治療業務にも携わっている場合は上記欄 に治療専任度とともに記入し、カウントしないで下さい								
	常勤医数					人			
	非常勤医数					人			
B-3	放射線治療を担当する、放射線科以外の診療科に所属する医師 2007 年の 1 年 間について、照射録に指示を記載した医師の所属する診療科に○印をご記入く ださい。(詳細は記入要領を参照)								
	婦人科	脳外科	耳鼻科	外科	内科	眼科	歯口科	その他 (科名)	

〔図 2：日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

〔B〕貴施設放射線治療部門の構成スタッフについて

B-4 (技術者)	放射線治療を担当する技術者 2009 年 12 月末時点での放射線治療を担当した技術者について、 常勤・非常勤にわけてお答えください。(専任度の詳細は記入要領を参照)								
	識別名 (記入要領参照 実名でも可)	性別 (○印)	放射線技 師免許取 得年(西暦)	左の治療 専任度 (0.1~1.0)	認定技師 免許取得 年(西暦)	医学物理 士免許取 得年(西暦)	左の治療 専任度 (0.1~1.0)	品質管理 士免許取 得年(西暦)	左の治療 専任度 (0.1~1.0)
常 勤	1.	男・女							
	2.	男・女							
	3.	男・女							
	4.	男・女							
	5.	男・女							
	6.	男・女							
	7.	男・女							
	8.	男・女							
	9.	男・女							
	10.	男・女							
非常勤	1.	男・女							
	2.	男・女							
	3.	男・女							
	4.	男・女							
	5.	男・女							

上記の続き		線量測定士或は 線量分布計算士 (○印)	左の治療専任度 (0.1~1.0)	治療器具等の工作 担当者(○印)	左の治療専任度 (0.1~1.0)	他施設での 治療専任度 (0.1~1.0)
常 勤	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					
	6.					
	7.					
	8.					
	9.					
	10.					
非常勤	1.					
	2.					
	3.					
	4.					
	5.					

〔図 2：日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

B-5 (治療 担当看護 師)	放射線治療を担当する看護師 2009 年 12 月末時点での放射線治療を担当した看護師について、 常勤・非常勤にわけてお答えください。(専任度の詳細は記入要領を参照)					
	識別名 (記入要領参照 実名でも可)	性別 (○印)	免許取得年 (西暦)	認定看護師免 許取得年(西暦)	治療専任度 (0.1~1.0)	他施設での 治療専任度 (0.1~1.0)
常 勤	1.	男・女				
	2.	男・女				
	3.	男・女				
	4.	男・女				
	5.	男・女				
非常勤	1.	男・女				
	2.	男・女				
B-6	1).放射線治療業務を担当する看護助手 (1 日平均実人数)					人
	2).放射線治療業務を担当する事務員 (1 日平均実人数)					人

〔C〕 貴施設においておこなわれた放射線治療について

この部分については、2009 年 1 月 1 日から 12 月 31 日の間に開始されたものについてお答えください。

詳細については、記入要領をご参照ください。

C-1	放射線治療全般	2007 年 実績数
	1) 放射線治療部門の新規患者数 (新患実人数) 貴部門で初めて放射線治療を受けた患者さんの新規患者数 (相談のみ等、実際に照射を行わなかったものは除く)	人
	2) 放射線治療患者実人数 (新患+再患) 貴部門で放射線治療を実施した実人数	人
C-2	外部照射治療	
	1) 外部照射治療を行った新規患者数 (新患実人数)	人
	2) 外部照射治療を行った患者実人数 (新患+再患)	人
	3) 1)のうち粒子線治療を行った新規患者数 (新患実人数)	人
C-3	小線源治療 (腔内照射, 組織内照射, モールド治療, 翼状片治療等)	
	1) 貴部門で、線量率に関係なく腔内照射を開始した実人数 (新患+再患)	人
	2) 貴部門で、線量率に関係なく腔内照射を実施した延べ件数	件
	3) 貴部門で、線量率に関係なく組織内照射を開始した実人数 (新患+再患)	人
	4) 貴部門で、線量率に関係なく組織内照射を実施した延べ件数	件

〔図 2 : 日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

C-3	5) ストロンチウム-90 による翼状片治療を実施した実人数 (新患+再患)	人
	6) 貴部門で、線量率に関係なくモールド治療、管腔内照射などの 上記照射以外を開始した実人数 (新患+再患)	人
	7) 貴部門で、前立腺ヨード治療を実施した実人数 (新患+再患) (上記 3) のなかで前立腺ヨード治療を受けた人のみを含む)	人
C-4	特殊な放射線治療 (C-2、C-3 の内数)	
	1) 全身照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
	a) そのうちミニ移植 (4Gy 以下) を実施した実人数 (新患+再患)	人
	2) 術中照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
	3) 定位 (脳) 照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
	4) 定位 (体幹部) 照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
	a) 4)のうち肺病変を照射した実人数 (新患+再患)	人
	b) 4)のうちその他の病変の照射実人数 (新患+再患)	人
	c) 体幹部定位照射の施設基準を満たし、地方社会保険事務 局に届け出ていますか。いずれか○をしてください。	はい いいえ
	5) IMRT 照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
a) 5)のうち頭頸部を照射した実人数 (新患+再患)	人	
b) 5)のうち前立腺を照射した実人数 (新患+再患)	人	
c) 5)のうちその他の部位を照射した実人数 (新患+再患)	人	
	6) 温熱療法併用照射を実施した実人数 (新患+再患)	人
	7) その他 ()	人
C-5	治療計画請求件数 (放射線治療管理料)	①単純 件 ②中間 件 ③複雑 件
C-6	輸血用血液への照射 (輸血部等の管轄による照射は除きます) 0: 実施していない 1: 実施している	
C-7	遠隔治療計画支援 0: 実施していない 1: 実施している (他施設から支援を受けている) 2: 実施している (他施設に支援を行っている)	

〔D〕 貴施設 (放射線治療部門) の装置類について (2009 年 12 月 31 日現在)

D-1	外部照射装置(台数を記載)	2007 年 実績数
	1)-A) リニアック台数	台
	1)-B) 1)-A)の内 Dual energy 以上の機能を有するリニアック台数	台
	1)-C) 1)-A)の内 MLC width ≤ 1.0 cm を有するリニアック台数	台
	1)-D) 1)-A)の内 IMRT 機能を有するリニアック台数	台
	1)-E) 1)-A)の内 IGRT 機能を有するリニアック台数	台

〔図 2 : 日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

D-1	1)-F) 1)-A)の内 Focal System(同カウチ CT 付リニアック)台数	台
	1)-G) 1)-A)の内照射位置照合システム付リニアック台数	台
	2) サイバーナイフ台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	3) ノバリス台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	4) シナジー台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	5) トリロジー台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	6) オンコア台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	7) トモセラピー台数 (上記 1)-A)～G)との重複記載)	台
	8) ベータトロン台数	台
	9-A) マイクロトロン台数	台
	9-B) マイクロトロンの照射室 (治療台) 数	台
	10-A) コバルト外部照射装置台数 (除くガンマナイフ)	台
	10-B) 10-A)のうち、実際に照射治療に使用している台数	台
	11) ガンマナイフ (あるいは相当装置) の台数	台
	12-A) その他の加速器 (サイクロトロン、等) の台数	台
	12-B) 12-A)からのビームを利用できる照射室 (治療) 台数	台
	13-A) その他の外部照射装置 (デルモパン、等) の台数	台
	13-B) 13-A)のうち、実際に照射治療に使用している台数	台
D-2 (RALS)	1-A) コバルト-60 線源搭載装置 (新型:マルチソース) の保有台数	台
	1-B) 1-A)のうち、実際に使用している台数	台
	2-A) コバルト-60 線源搭載装置 (旧型) の保有台数	台
	2-B) 1-A)のうち、実際に使用している台数	台
	3-A) イリジウム-192 線源搭載装置の保有台数	台
	3-B) 3-A)のうち、実際に使用している台数	台
	4-A) セシウム-137 線源搭載装置の台数	台
	4-B) 4-A)のうち、実際に使用している台数	台
D-3	1) X線シミュレータの台数	台
	2) X線CTシミュレータの台数	台
	3) 治療計画/線量分布計算用コンピュータの台数	台
	4) 水ファントムシステムの台数	台

〔図 2：日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

D-3	5) フィルム測定システム（デンシトメータ）の台数（式数）										台
	6) 線量計（電離箱）の台数（本数）エリアモニタは含みません										台
	7) 放射線治療患者集計あるいは管理等に、コンピュータを利用しておられますか？右の該当するものに○をしてください。										いいえ はい
	8) 最終のリファレンス線量校正年月日										年 月 日
	9) リファレンス線量計による治療装置の精度管理の頻度 右の該当するものに○をしてください。										___回/ 日、週、月、年
D-4	その他の装置(台数を記載)										
	1-A).X 線 CT 装置の台数（診断部門のものを含む）										台
	1-B) 1-A)のうち、治療部門専用機の台数										台
	2-A).MRI 装置の台数（診断部門のものを含む）										台
	2-B) 2-A)のうち、治療部門専用機の台数										台
	3) 温熱療法装置の台数										台
D-5	治療用密封小線源（RALS の線源は除きます）と治療用非密封小線源 それぞれの線源についてお答えください、(2009 年 12 月 31 日現在) 0：保有していない。 1：使用許可は得ているが、2009 年には使用しなかった。 2：2009 年の期間に使用した。										
線源	I-125	Co-60	Cs-137	Ra-226	Au-198	Sr-90	Ir-192	I-131	Sr-89	その他	
使用の有無											

〔E〕2009 年の放射線治療部門の原発巣別新規患者数(新患実人数)

1. 脳・脊髄腫瘍	例	8. 婦人科腫瘍	例
2. 頭頸部腫瘍 (甲状腺腫瘍を含む)	例	9. 泌尿器系腫瘍 (うち前立腺癌)	例 (例)
3. 食道癌	例	10. 造血器リンパ系腫瘍	例
4. 肺癌・気管・縦隔腫瘍 (うち肺癌)	例 (例)	11. 皮膚・骨・軟部腫瘍	例
5. 乳癌	例	12. その他(悪性腫瘍)	例
6. 肝・胆・膵癌	例	13. 良性疾患	例
7. 胃・小腸・結腸・直腸癌	例	14. (15 歳以下の小児例)	例

* 調査記入票の〔C-1-1〕新規患者数は〔E〕原発巣別新規患者数の部位項目(1)～(13)までの合計数と同じになります。項目(14)の小児例は(1)～(13)の症例と重複します。

* この原発巣別区分は日本放射線腫瘍学会認定医認定申請書の『放射線治療の実態』の記入項目と同一です。

〔図 2：日本放射線腫瘍学会：全国放射線治療実態調査記入票〕

〔F〕 2009 年の放射線治療部門の脳および骨転移治療患者実人数（新患+再患）

1. 脳転移	例	2. 骨転移	例
--------	---	--------	---

〔G〕 2007 年調査後からの機器の更新・廃棄について

2007 年の構造調査後から 2009 年 12 月末までの 2 年間で廃棄した治療装置（使用年数），新規に購入した治療装置を記入してください。

G-1	廃棄した治療機器名	メーカー名	使用年数 (単位:年)
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
G-2	新規に購入した治療機器名	メーカー名	使用開始時期 (西暦年月)
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		

補足的な事項等がございましたら、別紙にご記入ください。

ご協力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 がん医療均てん化推進特別委員会

委員長	永田 靖	広島大学大学院医歯薬学総合研究科
委員	赤木由紀夫	安佐市民病院
	有田 健一	広島県医師会
	岩波由美子	広島大学病院看護部
	宇津宮仁志	広島県健康福祉局保健医療部医療政策課
	大野 吉美	広島大学病院
	影本 正之	広島市民病院
	樫本 和樹	市立三次中央病院
	柏戸 宏造	広島赤十字・原爆病院
	吉川 正哉	広島県医師会
	桐生 浩司	厚生連広島総合病院
	権文 雅浩	広島大学病院
	小林 満	福山市民病院
	高澤 信好	JA 尾道総合病院
	武田 直也	広島県健康福祉局保健医療部がん対策プロジェクト
	中島 健雄	広島大学病院
	檜谷 義美	広島県医師会
	藤田 和志	国立病院機構東広島医療センター
	星 正治	広島大学原爆放射線医科学研究所
	山本 道法	国立病院機構呉医療センター
	吉崎 透	広島市民病院
	和田崎晃一	県立広島病院

肝炎対策専門委員会

目 次

B型・C型肝炎治療に対する公費助成の現状と C型肝炎インターフェロン病診連携パスの作成

- I. は じ め に
- II. IFN 治療費公費助成制度の実施状況
- III. C型肝炎インターフェロン病診連携
パスの作成について
- IV. お わ り に

性肝炎に対する IFN 治療に限られており、また厚生労働省作成のガイドラインより IFN 治療の適応基準は、HBe のセロコンバージョンが期待できる 35 歳以下のみとされ、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 型肝炎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、今年度からは、上述のごとく核酸アナログ製剤に対しても公費助成が行われることになり、多くの B 型肝炎患者が恩恵を受けることになった。また核酸アナログ製剤は担癌患者であっても投薬可能であるため、B 型肝炎硬変・肝癌合併患者に対しても公費助成が行われる。

一方で C 型肝炎に対する IFN 治療の公費助成であるが、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が、その後徐々に数は減少し、2009 年度は毎月 80～90 枚程度の受給者証発行にとどまっていた。これは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が、その理由として、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が挙げられていた。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。そこで 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た。また 2) の再治療の問題だが、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った。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。

以上の公費助成の改訂が行われた 2010 年度であったが、初回 IFN 治療の公費助成の申請は前年度と変わらず 861 枚の受給者証発行にとどまった。また再

治療に関してはさらに少なく、54 枚の受給者証発行であった。

初回 IFN 治療の公費助成の申請が伸びなかった理由としては、大きく分けて、① HCV 感染の未認知例、② HCV 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 かかりつけ医には通院しながらも肝庇護剤のみの治療にとどまる、医療機関側の IFN 治療勧奨不足症例があげられる。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が重要であると思われる。③については後述する。

再治療症例が少ない理由としては、おそらくは 2011 年 11 月に発売された新規プロテアーゼ阻害剤を含めたペグインターフェロン、リバビリンとの 3 剤併用療法の投与待ちの患者が多かったためと思われる。この 3 剤併用療法は、臨床試験の結果では非常に高い効果を示しており、前回の治療中に HCVRNA が一時的に陰性化した症例は、24 週間投与での著効率は 90% 超であった。したがって、ペグインターフェロン・リバビリン 2 剤の 72 週の長期投与を行うより、短期間でより高い効果が期待できる薬剤が近日中に発売になるため、再治療の申請があまり行われなかったと思われる。実際の 3 剤併用療法の開始は 2011 年末から 2012 年になる模様だが、かなり高い薬価の設定が予想されるため、早期の公費助成の開始が望まれる。

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。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 25%、HCV の著効率が 60.6%、うち 1b 高ウイルス量の難治症例の著効率が 50.9% 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（表 1）。

表 1 肝炎治療特別促進事業の効果に関する評価事業報告結果について

2. 治療結果

(1) HBV

セロコンバージョン	治癒率 (%)
7	25.0

(2) HCV

ウイルス型	著効	再燃	無効	計
1b・高	256 (50.9)	125 (24.9)	122 (24.3)	503 (66.4)
1b・低	22 (84.6)	2 (7.7)	2 (7.7)	26 (3.4)
2	181 (79.0)	39 (17.0)	9 (3.9)	229 (30.2)
	459 (60.6)	166 (21.9)	133 (17.5)	758 (100.0)

* () は%

不明 6
I a: 1

* () は %

I a: 1

Ⅲ. C型肝炎インターフェロン病診連携パスの作成について

上述した初回 IFN 治療の公費助成の申請が伸びなかった理由の③かかりつけ医には通院しながらも肝庇護剤のみの治療にとどまる、医療機関側の IFN 治療勧奨不足症例についてだが、「専門医療機関に紹介しても、その専門医療機関が紹介元に患者を返さない、あまり紹介したくない」という話は現実存在する問題である。実際は図 4 に示すように専門医とかかりつけ医が緊密に連携を取って診療するのが、患者にとっても、またお互いにとっても望ましい形と考えられる。そこで厚労省は、専門医療機関側に対しては病診連携を前提とした IFN 治療計画の策定に対して、初回のみ「肝炎インターフェロン治療計画料」700 点を、かかりつけ医側に対して肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価として、毎月「肝炎インターフェロン治療連携加算料」50 点を新たに

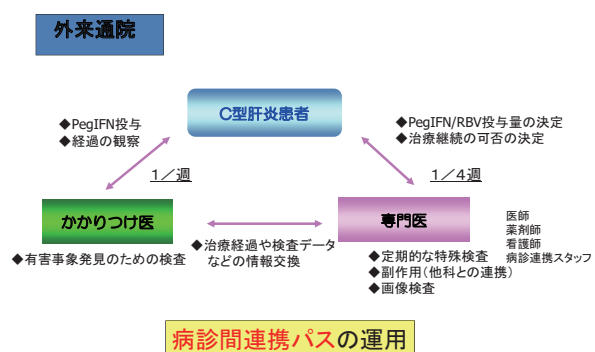


図 4 C 型慢性肝炎患者に対する外来での PegIFN/RBV 療法

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- ▶ 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎患者に対するインターフェロン治療計画を策定し、副作用等を含めた詳細な説明を行うことを新たに評価
(新) 肝炎インターフェロン治療計画料 700点
- ▶ 肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関の評価
(新) 肝炎インターフェロン治療連携加算 50点

IFNのための診療連携用クリティカルパスを作れ、といった文言はないが、診療連携をするための計画書や診療連携の証拠となる文章は必要

図 5 地域の連携による疾患対策の評価について

算定した(図5)。これにより、かかりつけ医にのみ受診している肝炎患者の掘り起こしを期待している。また実際に病診連携を行うに当たり、情報を共有するための病診連携パスが必要であると考え、この地対協肝炎対策委員会で病診間連携パスを作成した(図6)。C型肝炎インターフェロン病診連携間パスで重要な点は、図7に示したように、①専門医とかかりつけ医(と患者)間での情報の共有、②血球減少に対する迅速な対応、③その他の副作用の出現の確認、④適切な時期での画像診断の確認、ができることである。①では現在の薬剤の投与量、次回受診日などがパスを見ると容易に確認できる。②ではパスに専門医がその患者に見合った減量基準、休薬基準を記載することにより、かかりつけ医に適切に減量、休薬の指示を出すことができ、また前もって記載することにより、かかりつけ医受診時の減量の際、わざわざ専門医に連絡する手間を省くことが可能となる。③では特に重篤と思われる間質性肺炎、うつ症状、脳血管障害などが起きていないかを、簡

[illegible]

病診間連携パスを使用する意義

- 図7 病診間連携パスを使用する意義

肝炎専門委員会では、このインターフェロン病診療連携パス「私の手帳 C」を広島県全体の共通のパスとすることにして1,000部印刷したが、すべて専門医療機関に配布された。このパスの効果については、今後の検討を必要とする。今後の3剤平凹療法にも対応できるよう現在改訂中である。

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、そのために県域単位で病診連携治療ネットワークの充実を図らなければならない。またC型肝炎に対する新規抗ウイルス剤、B型肝炎に対するペグインターフェロン製剤、肝臓に対する新規抗がん剤など、治療薬も次々上市されている。今年度で肝炎専門委員会は解散となるが、今後新たな委員会が立ち上がった折には、新規薬剤の使用を含め、広い枠組みでの肝炎、肝がんの対策を考えていきたい。

サンプル③ C型慢性肝炎 IFN治療 クリティカル

患者ID (専門医連携用) 氏名 性別 年齢

91-11111-1 広島太郎 (男) 女 (1b)2a/2b/その他 () かかりつけ医 広島大

8週後までの診察
予定と採血の有無
を書く

IFN治療4週目
(5回目投与時)

IFN前	初回投与後 1週目	2週目	3週目	4週目	5週目	6週目	7週目	8週目	9週目	10週目	11週目	12週目
受診日	月 日	3月24日	3月31日	4月7日	4月14日	4月21日	4月28日	5月5日	5月12日	5月19日	5月26日	6月2日
診察医	肝臓専門医受診	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
採血日	○をする	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
白血球数	単位可能は○ 異常基準は▲ 中止基準は× それぞれ右欄 に記入	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
好中球数		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
ヘモグロビン		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血小板数		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
IFN投与量	PEG-IFNα-2a (mg)	7.1										
PEG-IFN投与量	PEG-IFNα-2a (mg)	100 μg	100 μg	100 μg	80 μg	80 μg	80 μg	80 μg	80 μg	80 μg	80 μg	80 μg
副作用	副作用	4 錠/日	4 錠/日	4 錠/日	4 錠/日	3 錠/日	3 錠/日	3 錠/日	3 錠/日	3 錠/日	3 錠/日	3 錠/日
副作用	副作用	kg	70 kg	69.8 kg	69.5 kg	69.2 kg	68.9 kg	68.6 kg	68.3 kg	68.0 kg	67.7 kg	67.4 kg
副作用	副作用	mmHg	128/70	128/60	128/76	124/72	124/72	124/72	124/72	124/72	124/72	124/72
副作用	副作用	食欲不振	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	腹痛・嘔吐	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	呼吸器症状	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	発熱・発汗・悪寒	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	うつ病・不眠・憂鬱	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	発疹・皮膚の痒み	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	頭痛・めまい・目眩	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	倦怠感・疲労感	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し
副作用	副作用	その他の症状 (諸病)	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し	無し/少し

自分で記入してもらう
(大きな副作用がない
のを確認する)

・かかりつけ医受診時に減量基準、中止基準を下回った場合は専門医までご連絡ください。

図8 記入例

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
- 岡本 羊子 広島県健康福祉局保健医療部健康増進担当監
- 海嶋 照美 広島県健康福祉局保健医療部健康対策課健康増進室
- 岸本 益実 広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
- 北本 幹也 県立広島病院
- 吉川 正哉 広島県医師会
- 高野 弘嗣 国立病院機構呉医療センター
- 坂口 孝作 福山市民病院
- 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
- 中元 稔 広島市健康福祉局保健部保健医療課
- 檜谷 義美 広島県医師会
- 藤原 雅親 東広島地区医師会
- 堀江 正憲 広島県医師会
- 三浦 敏夫 県立安芸津病院
- 吉田 智郎 日本鋼管福山病院

健康危機管理対策専門委員会

目 次

健康危機管理対策専門委員会平成22年度報告書

- I. 県民への「新型インフルエンザ意識・行動」アンケート
- II. 新型インフルエンザ対応に対する地区医師会等の意見交換
- III. そ の 他
- IV. 委 員 会 の 開 催

健康危機管理対策専門委員会

(平成 22 年度)

健康危機管理対策専門委員会平成22年度報告書

広島県地域保健対策協議会 健康危機管理対策専門委員会

委員長 横山 隆

担当委員 桑原 正雄

平成 21 (2009) 年に起きた新型インフルエンザパンデミックは、全世界を驚愕させた。広島県においても、推定患者数は 47 万人と多かったものの、行政、保健所、医師会をはじめ関連機関が県民の健康を守るために懸命に努力した結果、インフルエンザによる死亡者は 3 名にとどまった。本委員会ではこのパンデミックの検証を本年度の最大の目標として事業を行ったが、後述するように、県民からのアンケート回答数が 17 万件を超えたために年度内には入力・集計が完了せず、次年度へ繰り越した。

I. 県民への「新型インフルエンザ意識・行動」アンケート

1 アンケート方法

1) 目的

平成 21 年度の新型インフルエンザパンデミックにおける広島県民の受療行動などを知り、今後の対策に資するためにアンケート調査を行った。

2) 方法

平成 22 年 7 月～10 月の間に、広島県の一般県民を対象として、高校生以上の一般用アンケートおよび中学生以下の子どもについての保護者用アンケートを配布して調査した。

3) 調査内容

別紙 (アンケート)

4) アンケート配布対象者

- ①県内のすべての保育園および私立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の全児童・生徒
- ②県内の一部の公立幼稚園・小学校・中学校・高等学校の児童・生徒
- ③県内の一部の企業の社員
- ④県内の一部の診療所の受診者など

5) アンケート配布方法

- ①保育園：広島県保育連盟連合会に調査協力を依頼し、全施設に配布
- ②私立幼稚園～高等学校：県内の全私立幼稚園～高等学校に依頼し、全施設に配布
- ③公立幼稚園～高等学校：広島県教育委員会に依頼し、圏域地対協ごとに施設に配布
- ④企業：産業医に依頼し、協力受諾企業に配布
- ⑤地域住民：圏域地対協ごとに対象者を選定し、受診者などに配布

6) 回答方法

回答者には協力の意思がある場合のみ回答して頂くとともに、無記名での回答により個人情報保護に努めた。

7) アンケート集計目標

すべての二次医療圏から回収し、全県では一般用：10,000 件および保護者用：50,000 件（全人口の 2%）を目標とした。

8) 調査の承認

本調査および集計解析については、広島大学疫学研究倫理審査委員会の承認を得た（疫-411 号）。

2 アンケート回収・入力

1) アンケート回収

依頼した機関において回答者から回収されたアンケートは広島県医師会および広島県健康福祉局健康対策課に集められた。

2) アンケート入力

回答のデータ入力は、広島県医師会、広島県健康福祉局健康対策課および広島大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・疾病制御学教室で開始したが、今年度は約半数しか入力できず、残りの入力および全体の解析は次年度に繰り越した。

3 アンケート回収

アンケート回収件数および解析件数は最終的（平成 23 年 11 月）には表 1 のようであった。回収件数は予定をはるかに上回る件数となり、解析可能な総アンケート件数は 176,113 件で、これは広島県総人口 2,856,308 人（平成 22 年 3 月現在）に対して 6.2%（市町ごとの人口比では 0.4～9.6%）に相当するものであった。

その後の検討から、新型インフルエンザと診断された人から回答された件数は、一般用 10,059 件、保護者用 50,721 件、合計 60,780 件であったが、これは県内での新型インフルエンザ罹患者が推定 47 万人とされていることより、罹患者の 12.9%、すなわち罹患者の約 8 人に 1 人が本アンケートに回答したことになる。

アンケートの最終的な解析および公表は平成 23 年度に行うこととしたので、これらについては次年度に報告する。

表 1 アンケート回収および解析件数

アンケート	回収件数	除外件数*	解析件数
一般用	50,398	774	49,624
保護者用	128,271	1,782	126,489
計	178,669	2,556	176,113

* 性別、地域、年代のいずれかが無記入あるいは不備で除外した。

調査に協力いただいた県民、関係者、関係団体の皆様やご指導いただいた安井良則主任研究官（国立感染症研究所感染症情報センター）および田中純子教授（広島大学大学院医歯薬学総合研究科疫学・疾病制御学教室）に深謝いたします。

4 アンケートの中間発表

アンケートの中間とりまとめについては、第 3 回の本委員会で最終検討した（資料）。その成績を、第 85 回日本感染症学会総会において「広島県民に対して新型インフルエンザのアンケート調査（広島県地域保健対策協議会調査）」と題して発表した。

Ⅱ. 新型インフルエンザ対応に対する 地区医師会等の意見交換

平成 22 年 4 月 22 日に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・地対協健康危機管理対策専門委員会合同委員会を開いた。

1 広島県における新型インフルエンザへの対応について県健康対策課より説明した。

この対応については、広島医学 63 巻 6 号（477-496 ページ、2010 年）に詳しく述べてあるが、本論文中には今後の対策の方向性として、①医療機関の整備、②封じ込め期のトリアージ、③リスクコミュニケーション、④医薬品など、⑤学校休業などの措置、⑥感染拡大後の医療連携、⑦ワクチンの供給と優先接種対象者、⑧その他、の各項目に分けて触れている。

本会議においても、各地区医師会より「封じ込めは不完全、意味がない」、「迅速検査キットの備蓄について今後の対応が必要」、「ワクチンの提供が流行に間に合っていなかった」、「休校基準の統一を図るべきである」などの意見が出された。

2 市郡地区医師会への「新型インフルエンザ対策についてのアンケート」について、広島県医師会から報告した。

「会員への情報伝達方法について」の設問に対しては「メール・FAX を使用」、「情報量が多く、混乱した」などの回答がみられた。

「どのような情報伝達方法が良いと考えられるか」の設問に対しては、「県医師会ホームページに専用欄を設ける」、「情報発信センターを県に設置してもらう」など情報の一元化を求める一方で、「マスコミ、インターネットの発達で過剰な報道に左右されるのは必然である。今後も情報伝達に関しては模索混乱が続くと思われる」などの意見もあった。

「発熱外来の運用・活用等について」の設問に対しては、「自治体の対応にぶれがあった」、「国において対策を検証し、運営方針をあらためて提示してほしい」などの回答であった。

Ⅲ. そ の 他

麻疹や日本脳炎の予防接種について意見交換を行った。

Ⅳ. 委員会の開催

下記の委員会を開催した。

1 健康危機管理対策専門委員会

第 1 回 平成 22 年 6 月 10 日

第 2 回 平成 22 年 6 月 18 日

第 3 回 平成 22 年 11 月 15 日

2 小委員会

平成 23 年 1 月 26 日（水）

新型インフルエンザに関するアンケートのまとめ

(中間報告)

～次なる感染症のパンデミックに備えて～

平成 22 年 11 月

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

※ 県民の健康保持増進に寄与する目的で設置された**広島県地域保健対策協議会**は、広島大学・広島県・広島市・広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っています。

新型インフルエンザに係るアンケート調査の実施について

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

1 主旨

平成21年4月にメキシコ・アメリカ合衆国で発生が確認された新型インフルエンザ(A/H1N1 pdm)は、同年6月に県内で初発患者を確認し、平成22年3月末現在で推定患者数約46万人(県人口の約16%)が感染という状況に至っている。広島県においては、県民のほとんどが免疫を獲得していない状況のなか、関係機関・団体が連携して新型インフルエンザに関する正確な情報の提供に心がけ、発熱相談センター・発熱外来の設置、検査体制の整備、ワクチンの供給・接種その他の感染拡大防止策・重篤化対策等を実施した。

今回実施した対策等については、今年2月にその総括として医療関係者及び行政関係者から多くの意見の集約をしているが、一方の当事者である実際に医療の提供を受けた県民の意見については、未だ把握できていない状況にある。

そこで、今回実施した広報の内容が正しく理解されていたか、実際に県民がとった行動がどうであったのかなどの事項について今後の参考とするため、このアンケート調査を実施する。

2 実施の方法

(1) 対象者

一般県民

(2) 調査期間 平成22年7月から10月

(3) 集計目標

- 一般用アンケート 10,000人(広島県の人口の約0.35%)
高校生以上の方、直接回答
- 保護者用アンケート 50,000人(広島県の人口の約1.74%)
中学生までの方、保護者が子どものことについて回答
- ※ 以下、それぞれ「一般用」、「保護者用」という。

(4) 方法

- 県民の幅広い層にアンケート用紙を配布する。
なお、原則、中学生までは保護者に回答を求めるものとする。
- 私学の幼稚園～高等学校の園児・学生(保護者)に依頼する。
- 二次医療圏域ごとにそれぞれ調査を実施する。(対象:公立幼稚園・保育所～高等学校、医療機関を受診する患者等)
- 産業医の協力を得て、県内企業に依頼する。

アンケートの回収状況

市町別集計状況

圏域名	圏域人口 (人)	圏域内市 町	市町人口 22.3.31	合計	保護者	一般	対人口比
広島二次	1,336,308	広島市	1,157,495	16,591	15,496	1,095	1.4
		安芸高田市	32,017	468	333	135	1.5
		府中町	50,781	1,320	1,216	104	2.6
		海田町	28,021	745	661	84	2.7
		熊野町	25,440	506	432	74	2.0
		坂町	13,386	376	325	51	2.8
		安芸太田町	7,715	72	54	18	0.9
		北広島町	20,193	343	261	82	1.7
		小計	1,335,048	20,421	18,778	1,643	1.5
広島西二 次	147,746	大竹市	29,093	1,421	578	843	4.9
		廿日市市	117,662	2,605	2,046	559	2.2
		小計	146,755	4,026	2,624	1,402	2.7
呉二次	273,922	呉市	244,490	4,465	3,733	732	1.8
		江田島市	27,318	383	274	109	1.4
		小計	271,808	4,848	4,007	841	1.8
広島中央 二次	221,441	東広島市	177,912	3,935	3,242	693	2.2
		竹原市	29,509	443	351	92	1.5
		大崎上島町	8,611	16	14	2	0.2
		小計	216,032	4,394	3,607	787	2.0
尾三二次	270,771	三原市	101,258	1,580	1,265	315	1.6
		尾道市	148,398	1,982	1,645	337	1.3
		世羅町	18,269	142	120	22	0.8
		小計	267,925	3,704	3,030	674	1.4
福山・府中 二次	527,684	福山市	464,790	9,170	7,422	1,748	2.0
		府中市	44,086	322	231	91	0.7
		神石高原町	11,066	33	20	13	0.3
		小計	519,942	9,525	7,673	1,852	1.8
備北二次	100,278	三次市	57,840	1,085	859	226	1.9
		庄原市	40,958	871	686	185	2.1
		小計	98,798	1,956	1,545	411	2.0
計	2,878,150	23	2,856,308	48,874	41,264	7,610	1.7
その他			—	665	125	540	—
計			—	49,539	41,389	8,150	—
無回答			—	284	264	20	—
総合計				49,823	41,653	8,170	

※ 平成 22 年 10 月 19 日現在の集計状況

年齢別集計状況

保護者用

年齢	回答数
0歳	290
1歳	1,300
2歳	2,103
3歳	8,063
4歳	10,592
5歳	10,909
6歳	3,195
7歳	470
8歳	416
9歳	354
10歳	299
11歳	275
12歳	910
13歳	992
14歳	830
15歳	237
16-19 歳	21
計	41,256

全体

年代	回答数
10代未満	37,692
10代	3,601
20代	2,395
30代	2,044
40代	1,690
50代	1,607
60代	312
70代	34
80代以上	7
計	49,382

※1 市町不明なものも年齢・年代が回答されている場合には含めている。

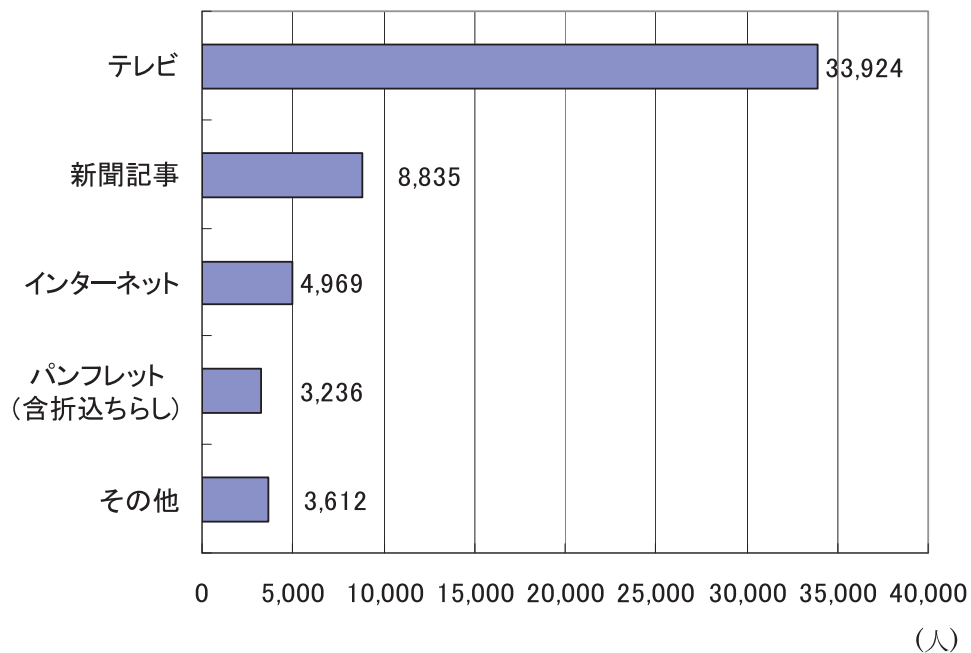
※2 年齢不明なものは省く。

コメント

- 有効総回答は 49,823 件であった。
- 年齢別では、調査開始が夏休み前となったため、保育所及び企業からの回答が中心となった。
- 保護者用で 16-19 歳，一般用で 70 代以上の回答が少なかった。
- 以上のことから、データの的には 3-5 歳の保護者の回答が多く寄せられた。
- 市町別にみると安芸太田町，大崎上島町，世羅町，神石高原町，府中市で人口比 1.0%を下回る回答率であったが，県全体では人口比 1.7%の回答を得た。

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

【保護者用・一般用】 有効延回答数:54,576 件



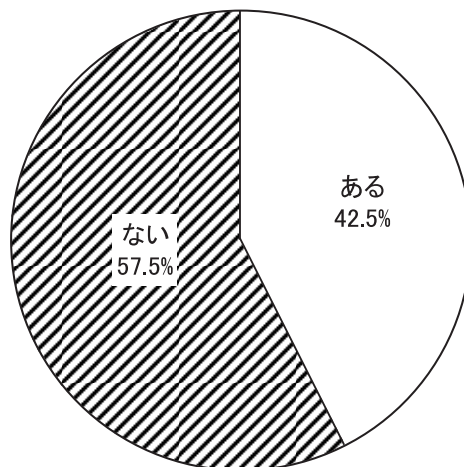
コメント

- 回答のうち、33,924 件(有効回答数の 62.2%)の者が「テレビ」との回答であった。
- 想定ではインターネット情報も情報源として優位と考えていたが、4,969 件(9.1%)と低位であった。

問5 あなたのお子様が、新型インフルエンザにかかったと思ったことがありますか？

【保護者用 全シーズン】

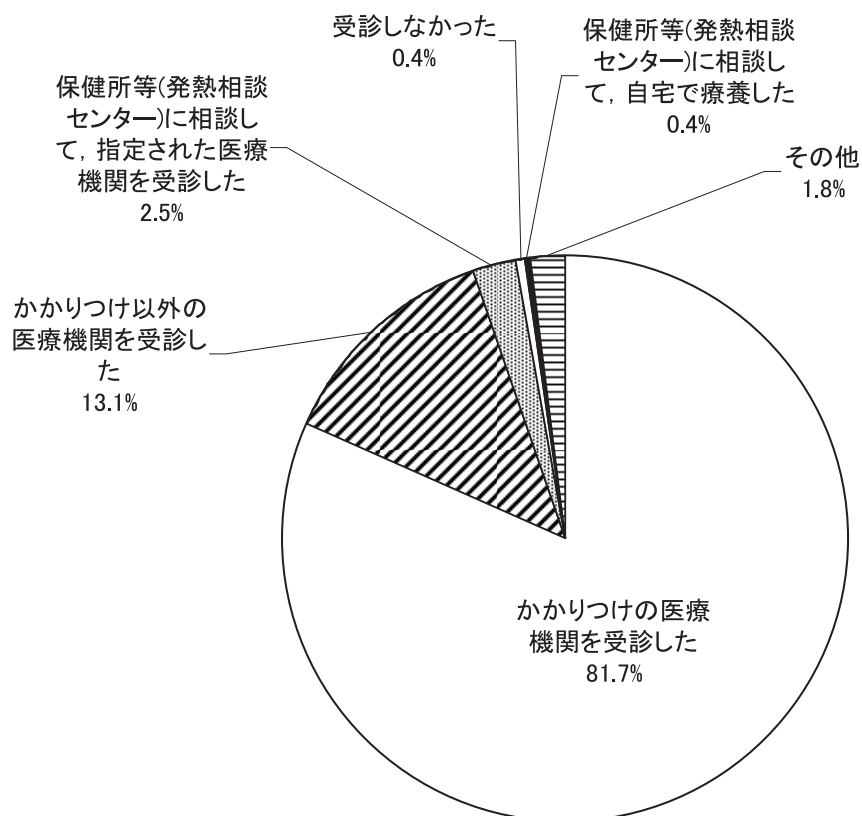
有効回答数：41,567 件



問5 新型インフルエンザにかかったと思ったとき、どうされましたか？

【保護者用 全シーズン】

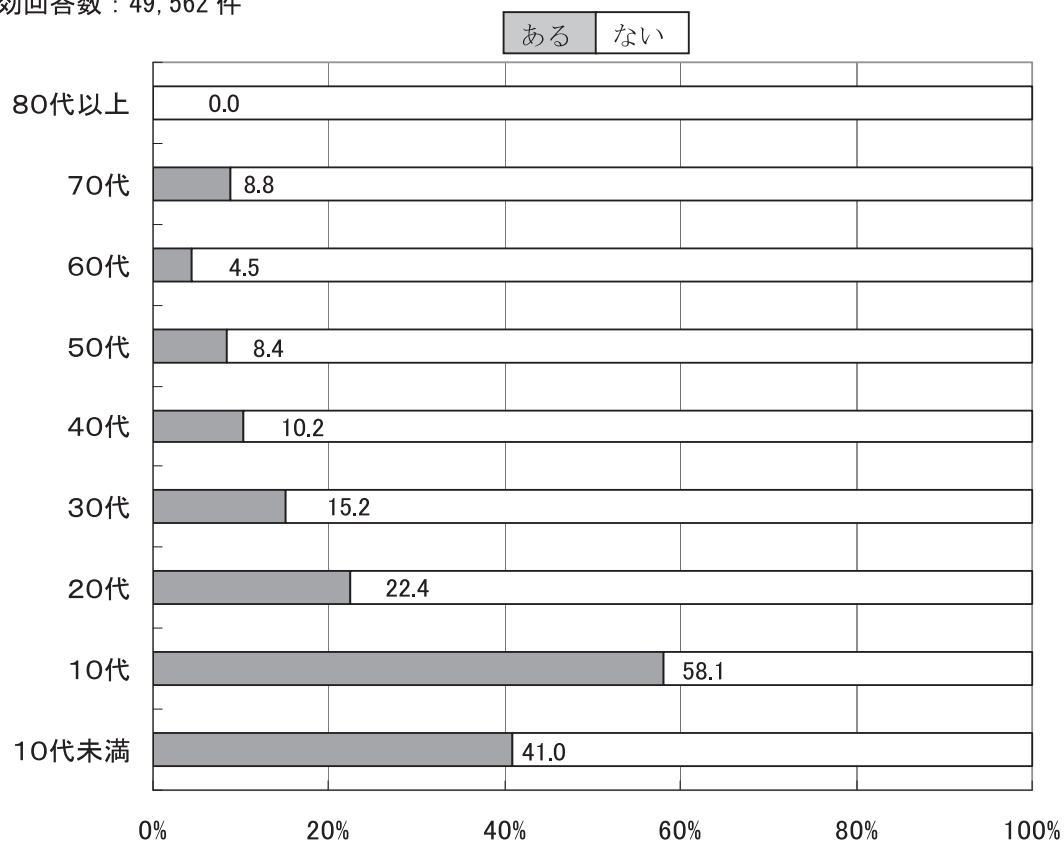
有効延回答数：17,808 件



問5 新型インフルエンザにかかったと思ったことがありますか？

【一般用・保護者用】

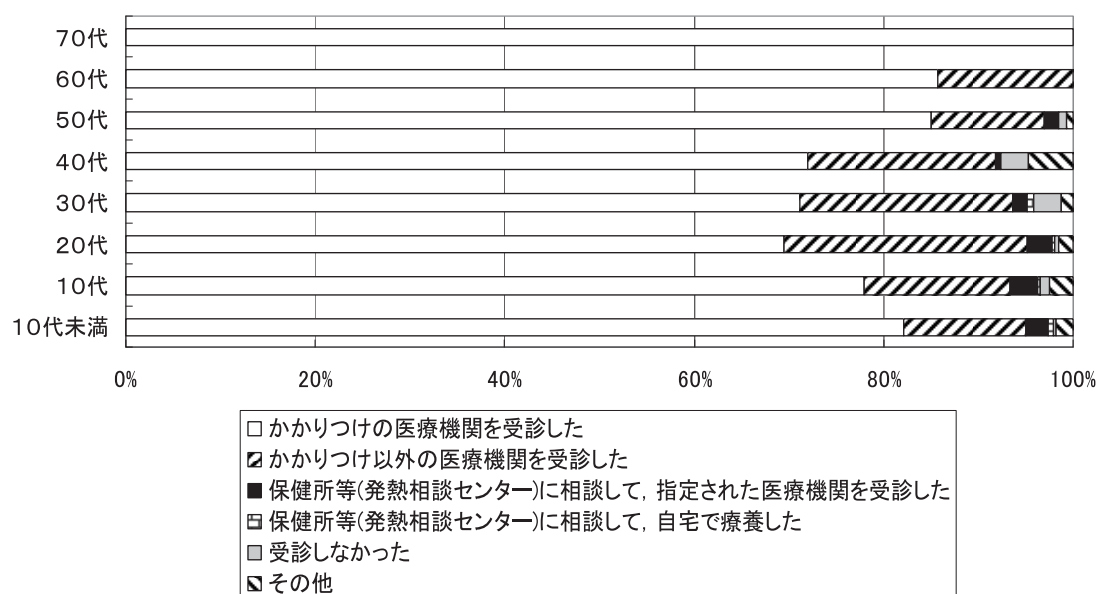
有効回答数：49,562 件



問5 新型インフルエンザにかかったと思ったとき、どうされましたか？

【一般用・保護者用】

有効延回答数：18,913 件



参考：新型インフルエンザ相談件数(発熱相談センター)

月別内訳

	保健所	健康対策課	コールセンター	合計
平成 21 年 5 月	1,935	1,752	—	3,687
6 月	1,232	758	2,113	4,103
7 月	357	103	678	1,138
8 月	635	169	694	1,498
9 月	634	314	1,409	2,357
10 月	990	2,015	2,099	5,104
11 月	871	2,136	2,446	5,453
12 月	429	905	950	2,284
合計	7,083	8,152	10,389	25,624

内容別内訳(延べ件数)※

相談内容	件数
症状等の健康相談に関すること	13,946
医療体制等に関すること	5,501
予防・治療等に関すること	3,194
ワクチンに関すること(県民対応)	236
ワクチンに関すること(医療機関対応)	154
その他	2,768
総数	25,799

※ 県保健所・健康対策課・コールセンター県分のみ

コメント

保護者用

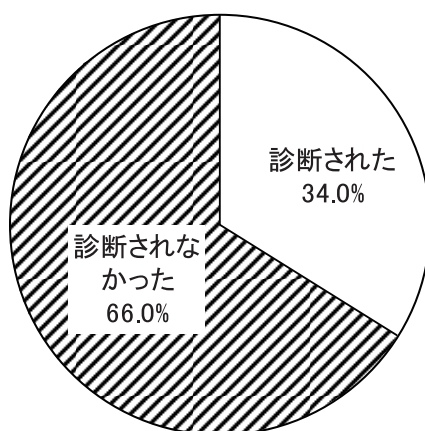
- 新型インフルエンザにかかったと思った者は、17,675 件 42.5%であった。逆にかかったと思わなかった者は 23,892 件 57.5%であった。
- 実際にかかったと思った者のうち、14,542 件 82.0%がかかりつけの医療機関を受診している。発熱相談センターに連絡をしたと回答したものは、527 件 2.9%であった。
- この傾向は、実際に 6 月に新型インフルエンザと診断された者についても、かかりつけの医療機関を受診した者 85 件 85.9%、発熱相談センターに連絡した者 3 件 3.0%と同様な傾向であった。

一般用

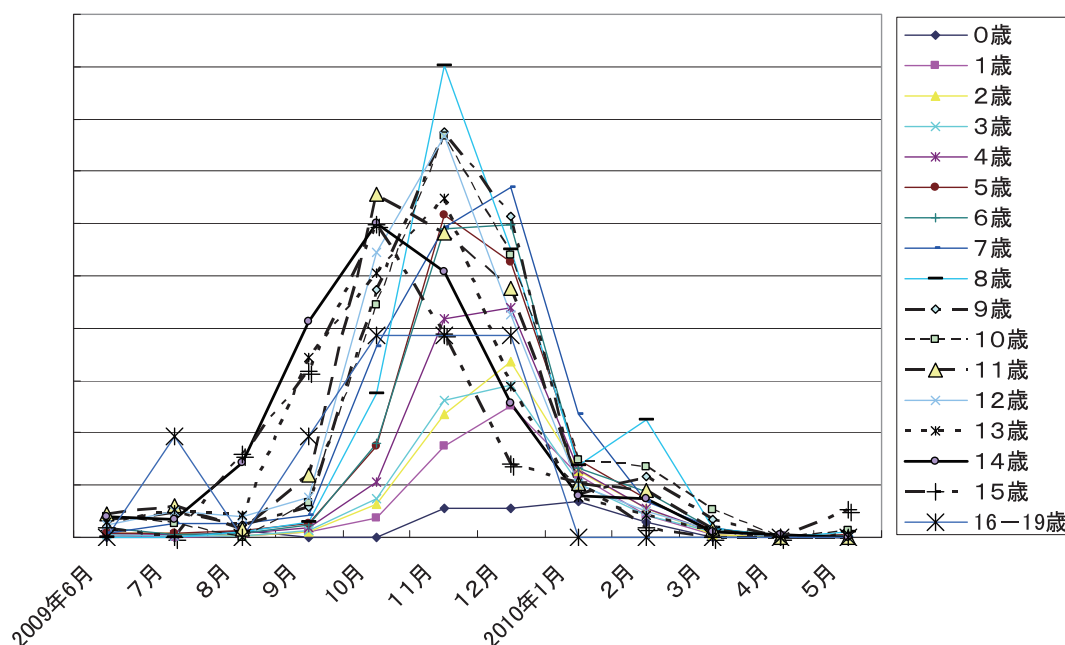
- 新型インフルエンザにかかったと思った者は、20 代で 536 件 22.4%、30 代で 15.2%であったが、それ以上の年代では 10%以下であった。
- 新型インフルエンザにかかったと思ったときにとった行動は、年代ごとに 69.4-85.1%の者がかかりつけの医療機関を受診していた。

問6 あなたのお子様は、平成21年6月から平成22年5月の間に新型インフルエンザと医師に診断されましたか？それはいつ頃でしたか？【保護者用】

有効回答数：40,661件



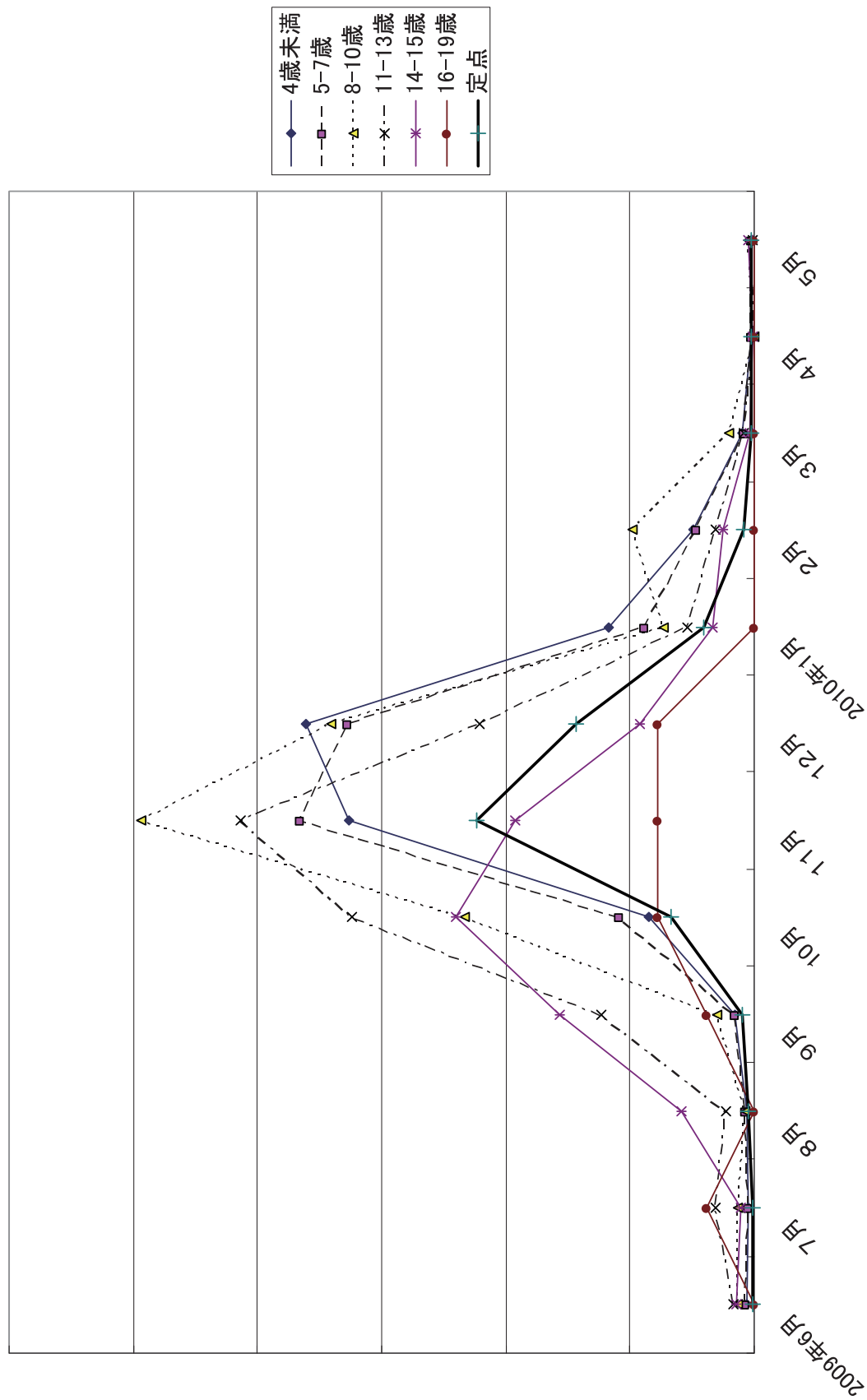
年齢別流行の傾向



コメント

- 回答のあった40,661件のうち、13,795件33.9%の者が新型インフルエンザと診断されていた。
- 7月に16-19歳以上の小さなピークがあった後、9月から上昇している。(16-19歳のデータはまだ、少ないので、今後の解析で整理する。)
- 年齢ごとにピークがずれている。15歳が10月にピークとなるなど年齢が高いほど流行が早い状況がうかがえる。
- 地域別では、広島西地区及び広島市・安芸郡地区の流行が先行して始まっている。

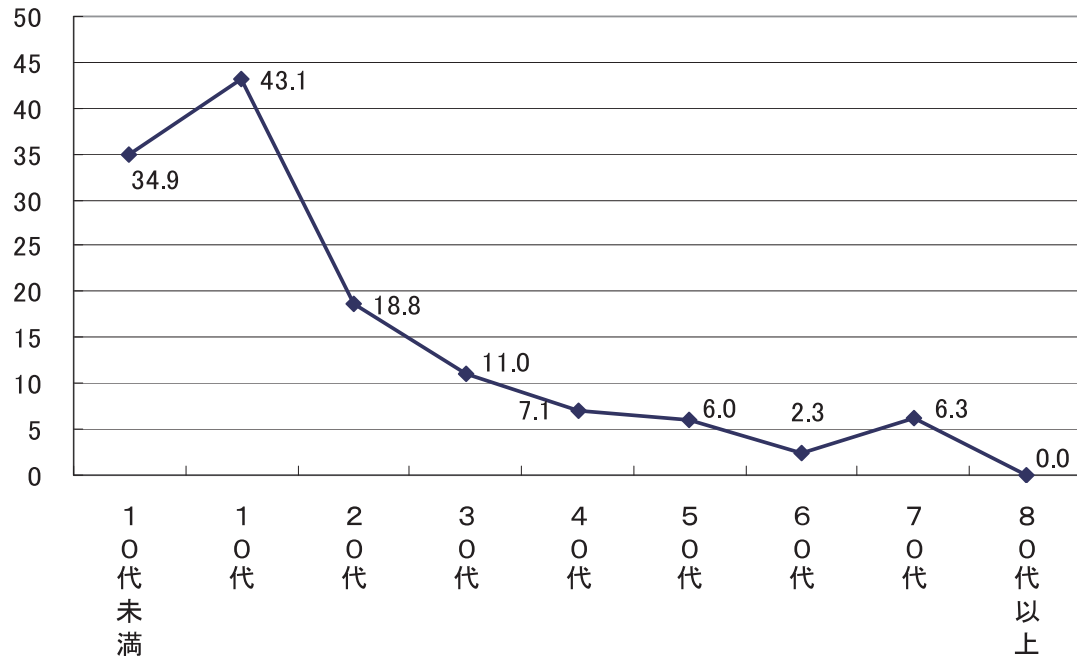
年齢区分別・月別の罹患発生傾向(0-19歳)



※ 新型インフルエンザと診断された者／(該当する年齢の有効回答者数／全有効回答者数)×年齢階層因子
 年齢階層因子：4歳未満は5, 5-7歳から11-13歳は3, 14-15歳は2, 16-19歳は1

アンケート調査からの罹患率・患者数の推計

【年代ごとの罹患率】



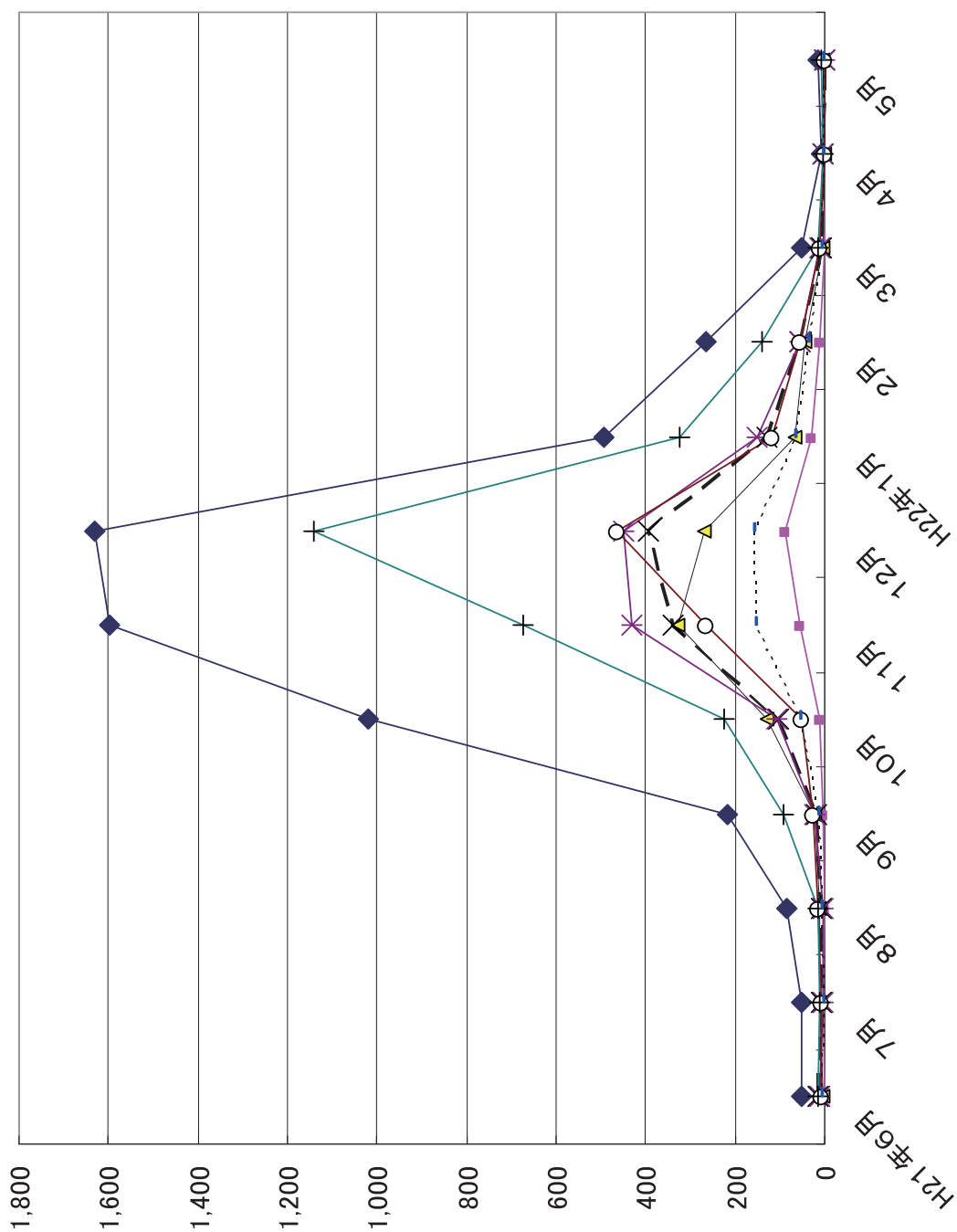
【推計患者数】

年代	推計患者数(人)
10代未満	92,480
10代	123,713
20代	62,511
30代	44,259
40代	24,127
50代	25,869
60代	8,407
70代	17,131
80代以上	0
	398,497

コメント

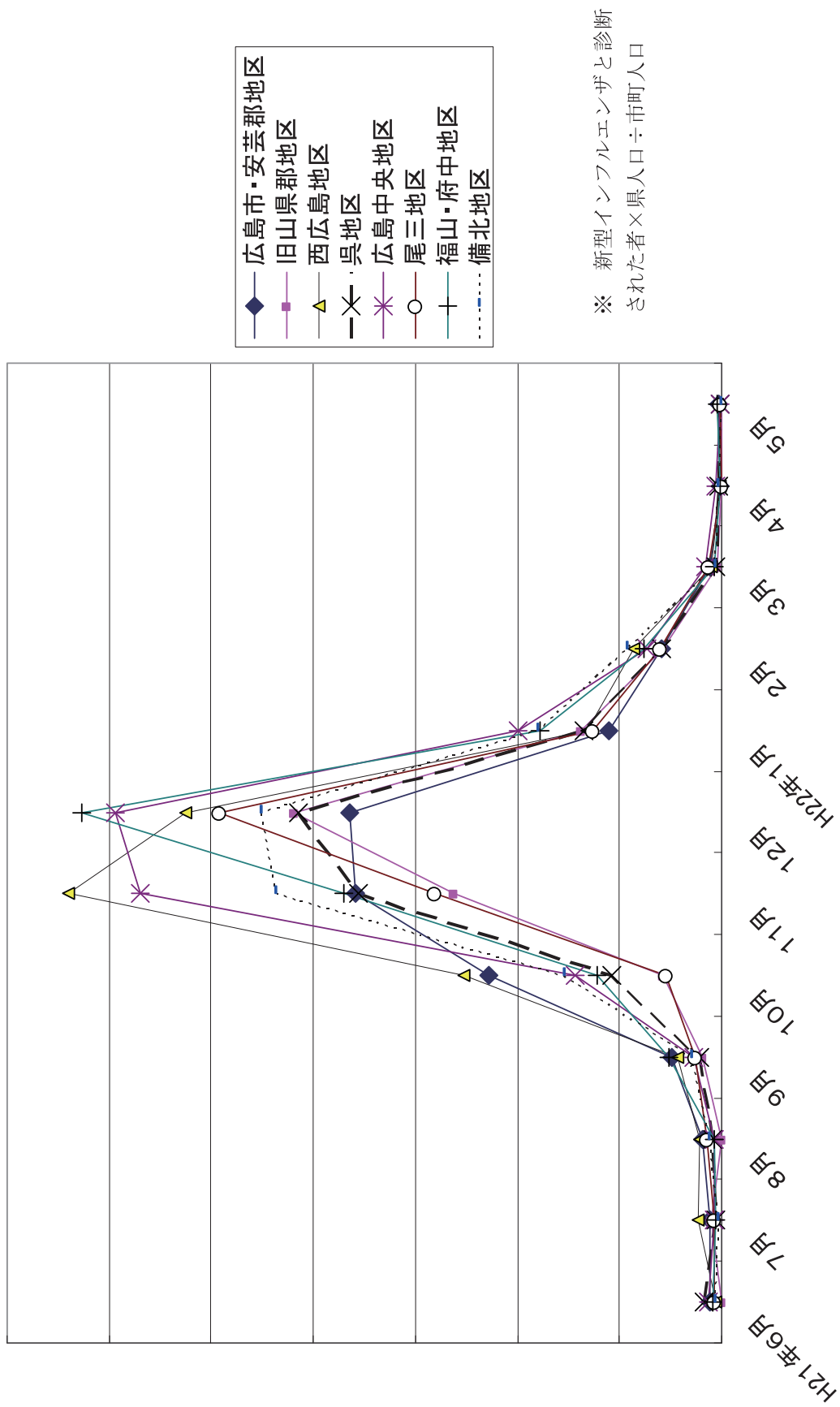
- 広島県における推定患者数は 398,497 人、罹患率 14.4%であった。
- 年代別の罹患率では、10代がもっとも高く、43.1%、次いで10代未満が34.9%であった。
- 40代以上の年代ではいずれも10%を切っていた。80代以上の年代については、回答数が少ないため統計的に誤差が大きいことが想定される。

地区別・月別の罹患者数(10代未満-80代以上)



※ 新型インフルエンザと診断されたと回答のあった者(実数)

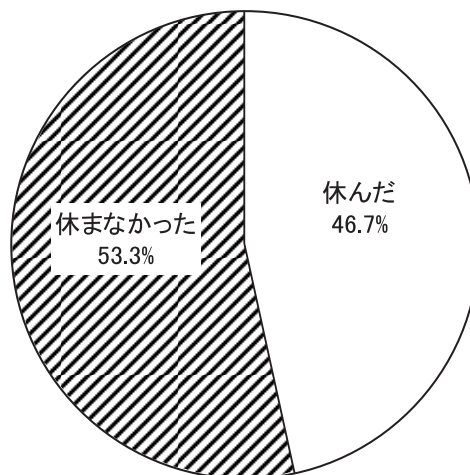
地区別・月別の罹患者発生傾向(10代未満-80代以上)



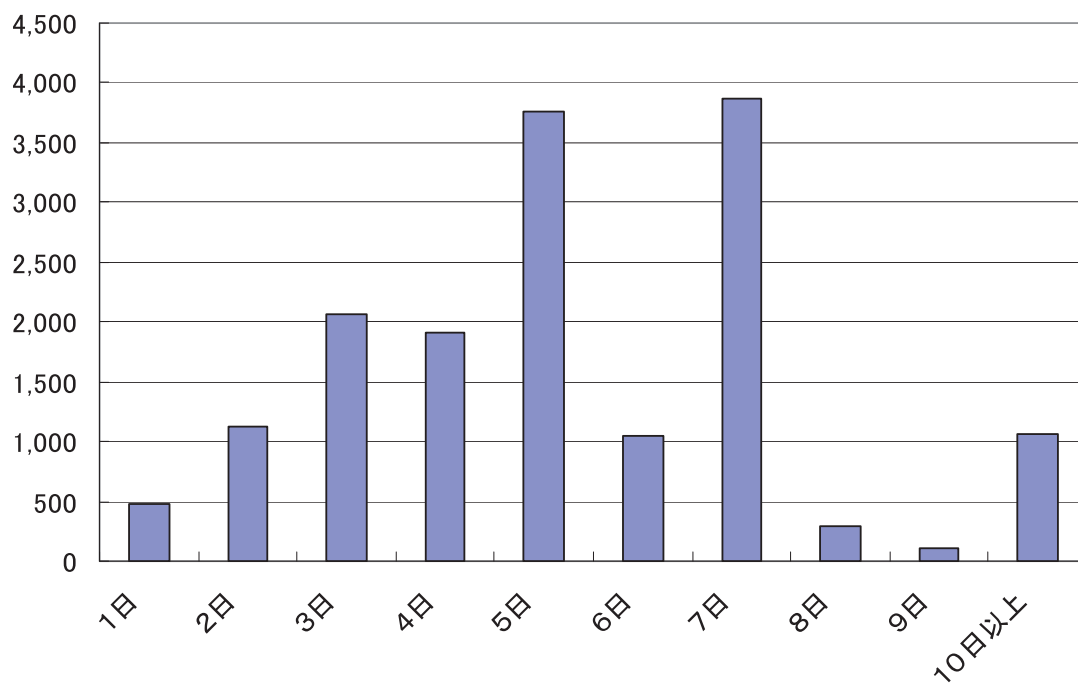
問7 新型インフルエンザに関連して、お子様は学校（保育所・幼稚園）・仕事を休まれましたか？
また、お子様が休まれた方にお聞きます。休まれた日数と理由はなんですか？

【保護者用】

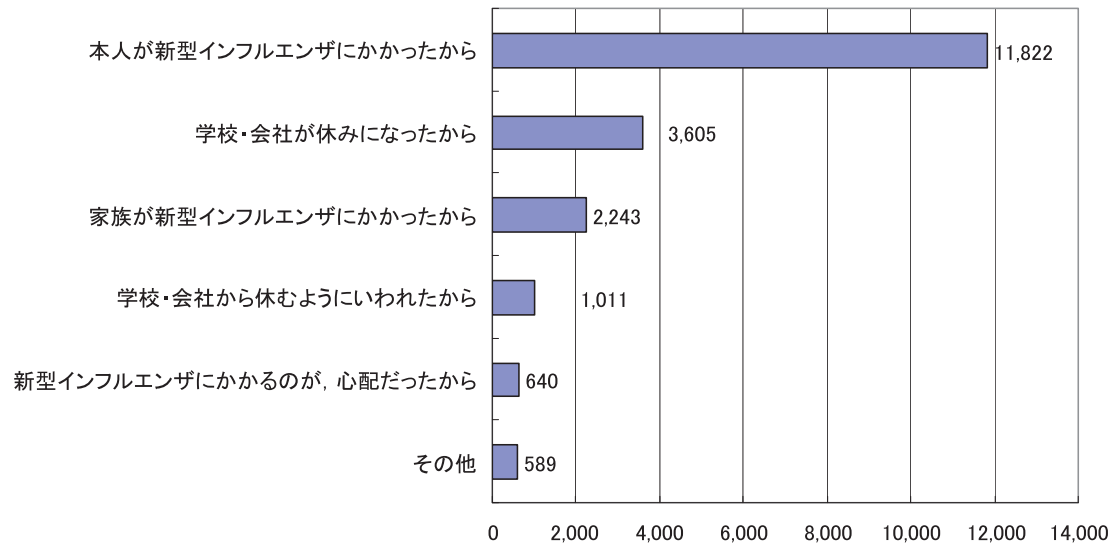
有効回答数:36,908 件



休んだ日数



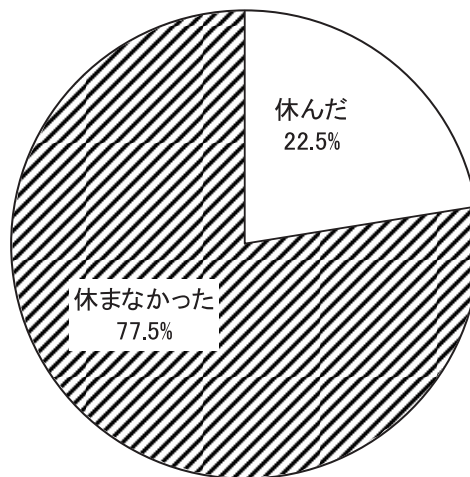
休んだ理由



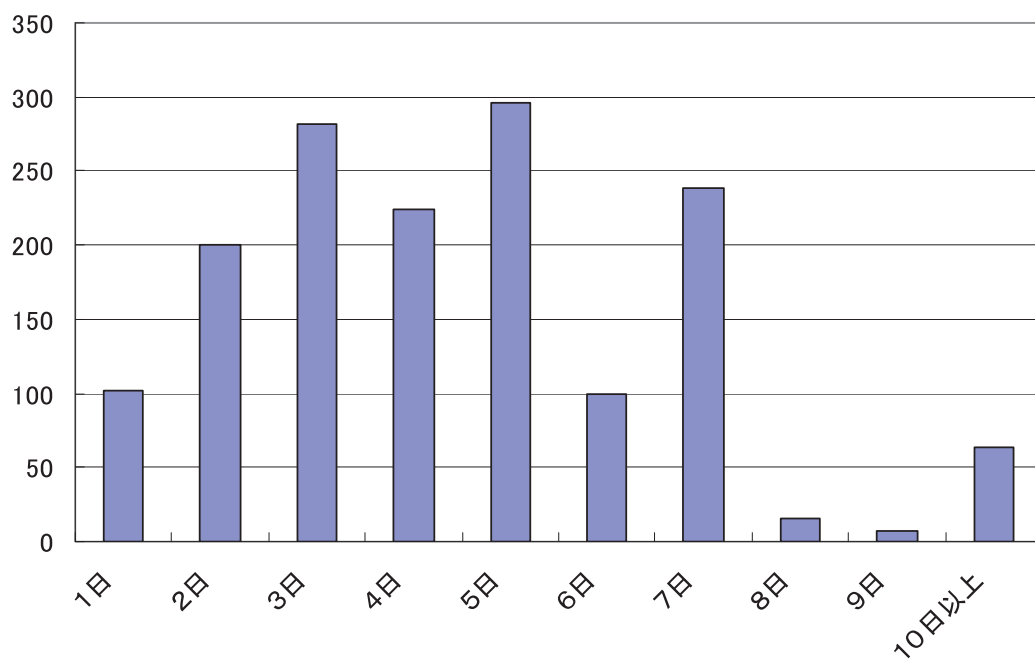
問7 新型インフルエンザに関連して、学校・仕事等を休まれましたか？また、休まれた方にお聞きします。休まれた日数と理由はなんですか？

【一般用】

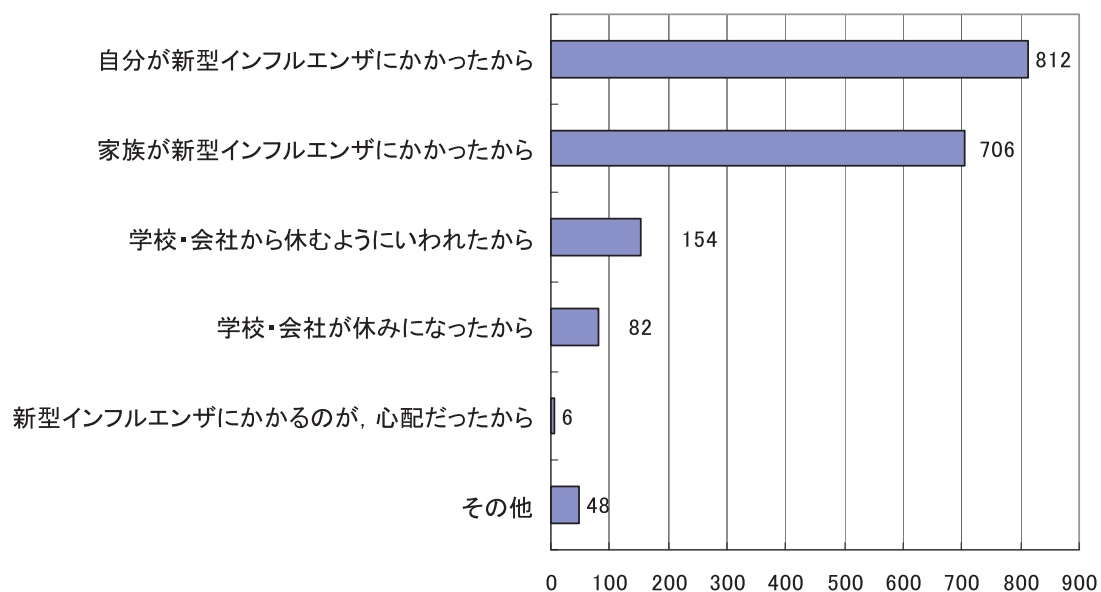
有効回答数:7,061 件



休んだ日数



休んだ理由



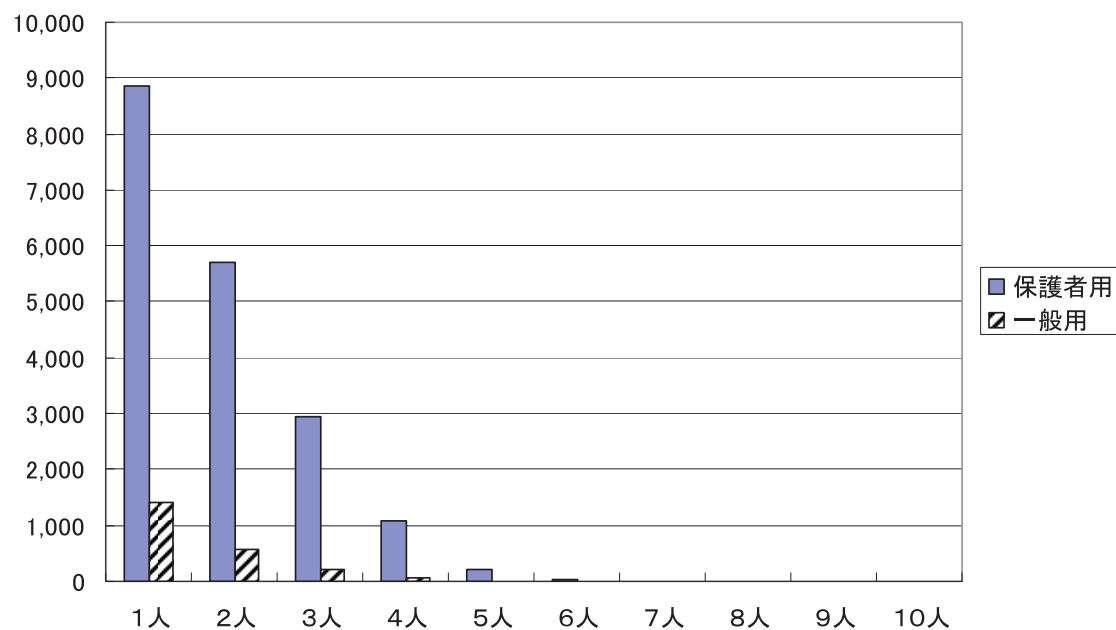
コメント

- 新型インフルエンザのために学校・仕事を休んだ者は保護者用で 17,239 件 46.7%、一般用で 1,592 件 22.5%と 15 歳までの者の休みが多かった。これはシステムティックに学校休校を実施したためと考えられる。
- 休んだ理由として一般用で「家族が新型インフルエンザにかかったから」(706 件)との回答が「自分が新型インフルエンザにかかったから」(812 件)に次いで多かった、学校休校等が保護者に大きな影響を与えていたことが伺える。

問8 同居している家族のうち何人の方が新型コロナウイルスと診断されましたか？

【一般用・保護者用】

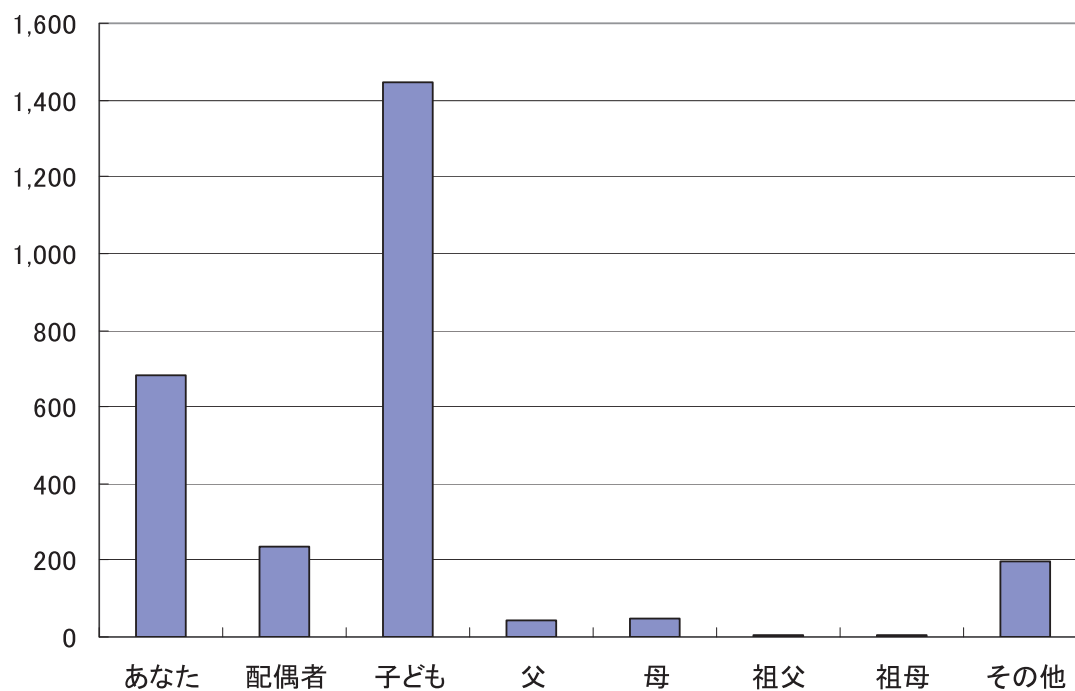
有効回答数：一般用 2,288 件 保護者用 18,845 件



問8-1 具体的に診断された方はどなたですか(あなたからみて)

【一般用】

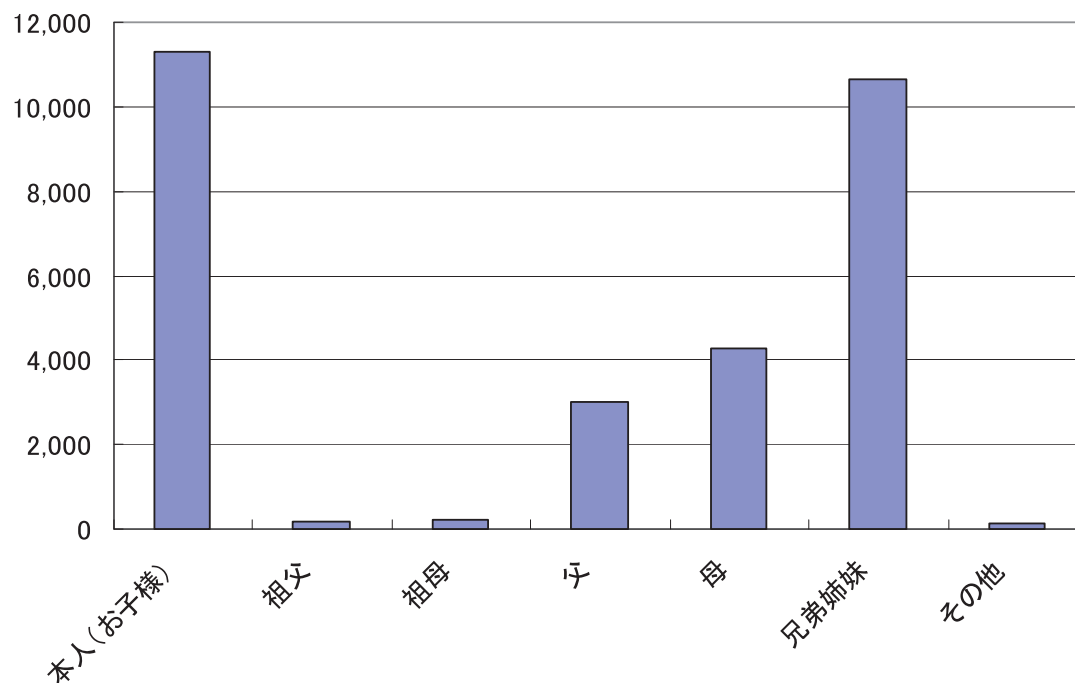
有効回答数：一般用 2,660 件



問 8－2 具体的に診断された方はどなたですか(お子様からからみて)

【保護者用】

有効回答数：29,718 件

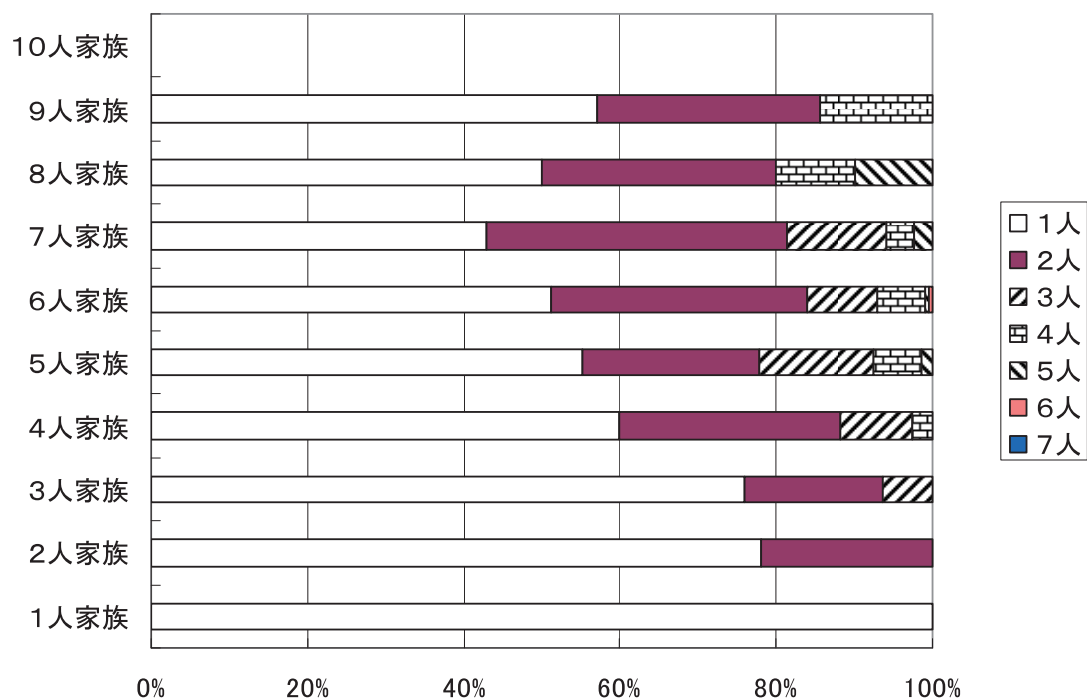


コメント

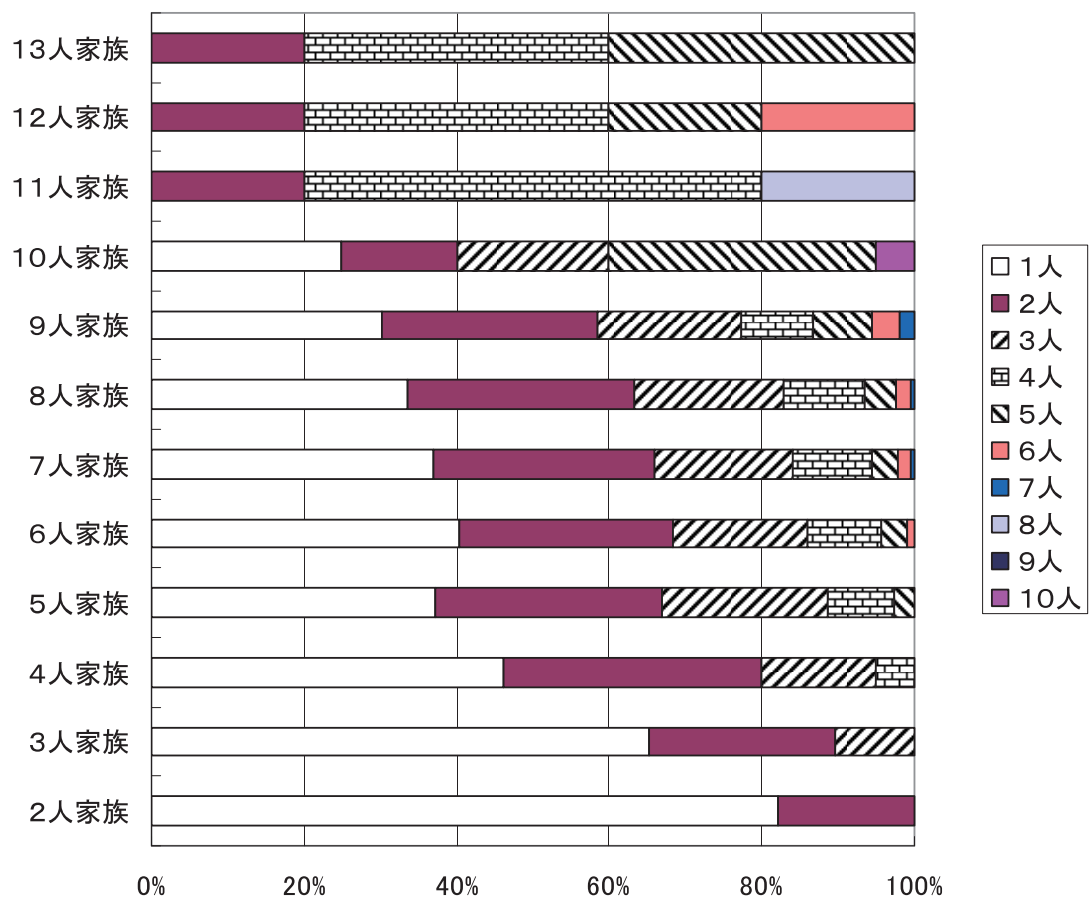
- 新型インフルエンザに罹患者は、圧倒的に子どもであり、父母、祖父母の順で低くなっている。
- 今回の新型インフルエンザの特徴として、成人に家族内感染がほとんど起こっていないことがわかった。
- 家族内に 10 代以下の子どもが複数いた場合には家族内感染が発生している状況にあったことが推察される。

家族人数別の罹患者の割合

【一般】



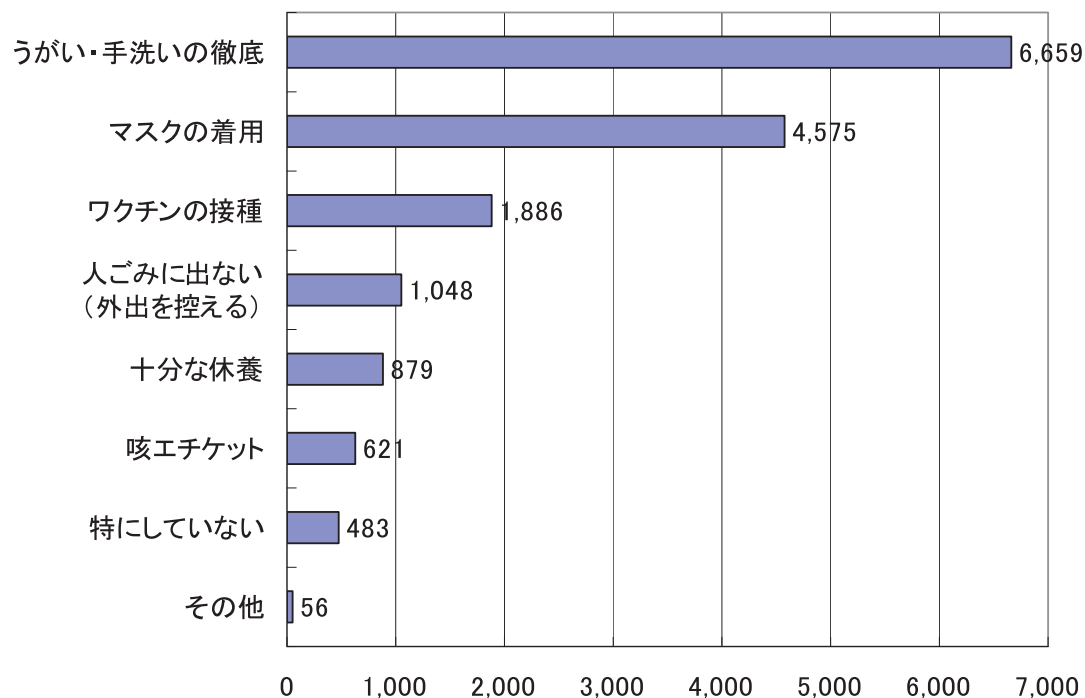
【保護者】



問9 新型インフルエンザの予防に関して注意したことはなんですか？
 (特に注意したことを2つまでお答えください。)

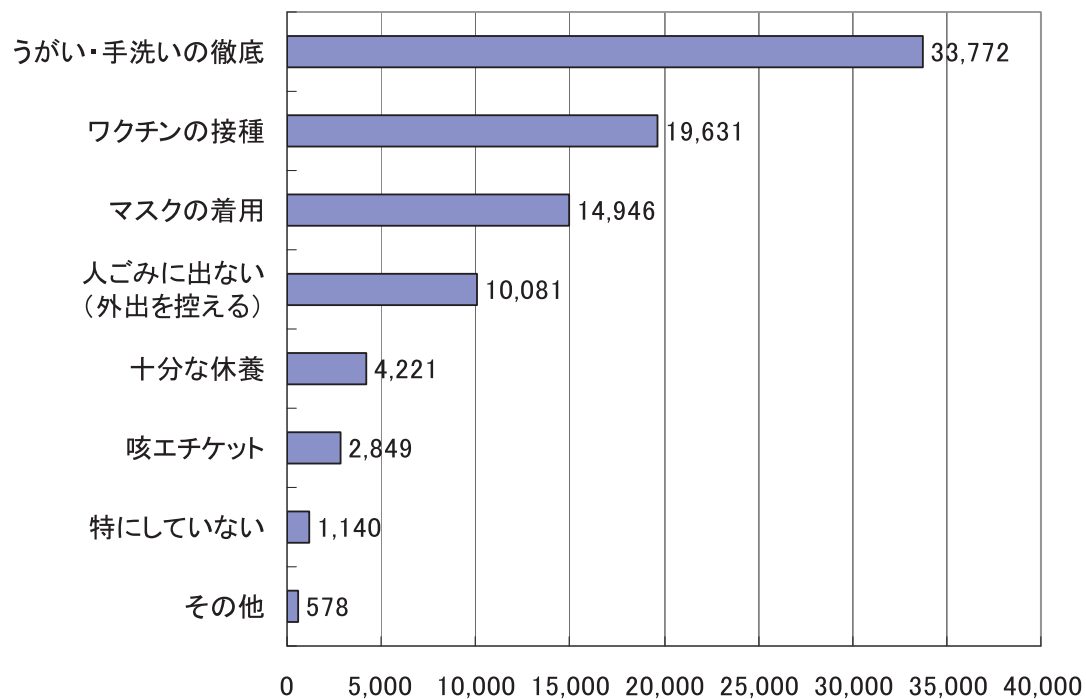
【一般用】

有効延回答数：16,207 件



【保護者用】

有効延回答数：87,218 件



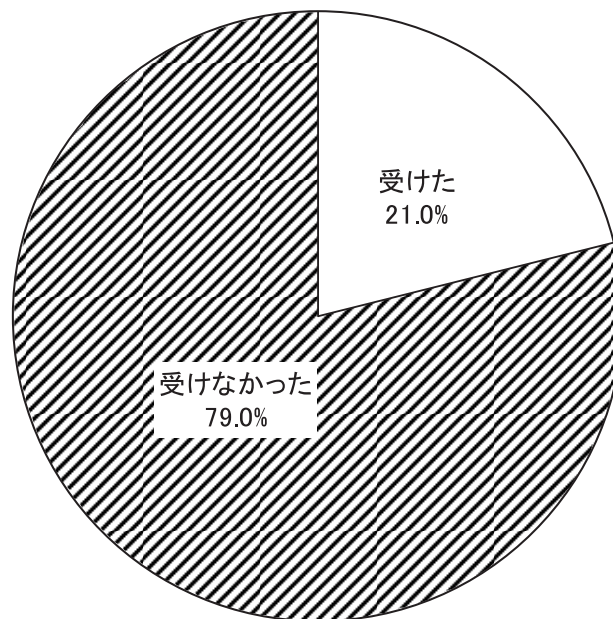
コメント

- 新型インフルエンザに関して注意したこととして「うがい・手洗いの徹底」が一般用で 6,659 件 保護者用で 38,772 件と一番多く、県民の感染予防に関する知識が高く、インフルエンザ予防対策をしっかりと実行していたことがわかる。
- 次に、二番目に多かった回答は、一般用で「マスクの着用」(4,575 件)、保護者用が「ワクチンの接種」(19,631 件)、三番目に多かった回答として、一般用で「ワクチンの接種」(1,886 件)、保護者用が「マスクの着用」(14,946 件)と逆になっていた。ただ、相対的には保護者用の「ワクチンの接種」の比率が高く、未成年に対する保護者のワクチン需要が高いことが伺える。
- マスクの着用は咳やくしゃみ等の症状がある場合に感染拡大防止策として有効であるが、この点も理解されていた。
- ただ、まん延防止対策である「咳エチケット」は一般用で 621 件、保護者用で 2,849 件と少ない回答数であった。有症者でない人がマスクを着用するとマスクの需要に供給が追いつかず、マスク不足が起こることもある。また、マスクをしていない場合であってもとっさの咳やくしゃみ等に咳エチケットで対応できることを考えると、今後習慣として行えるよう、「咳エチケット」の実践をしっかりと啓発していく必要がある。

問 10 あなたは新型インフルエンザワクチンの予防接種を受けましたか？

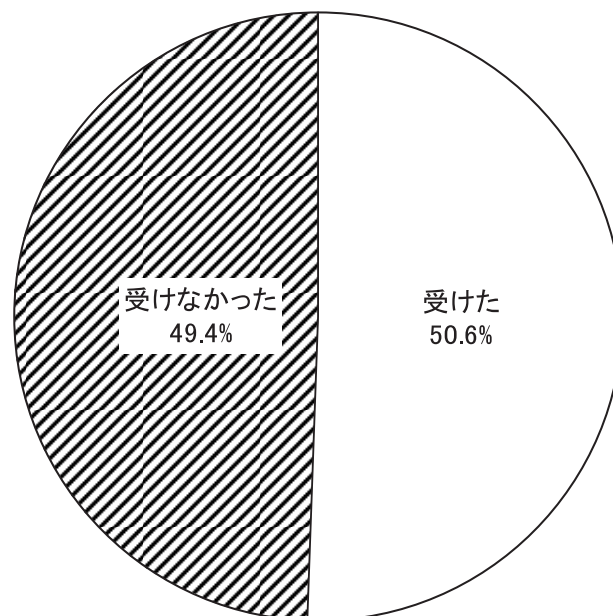
【一般用】

有効回答数：8,095 件



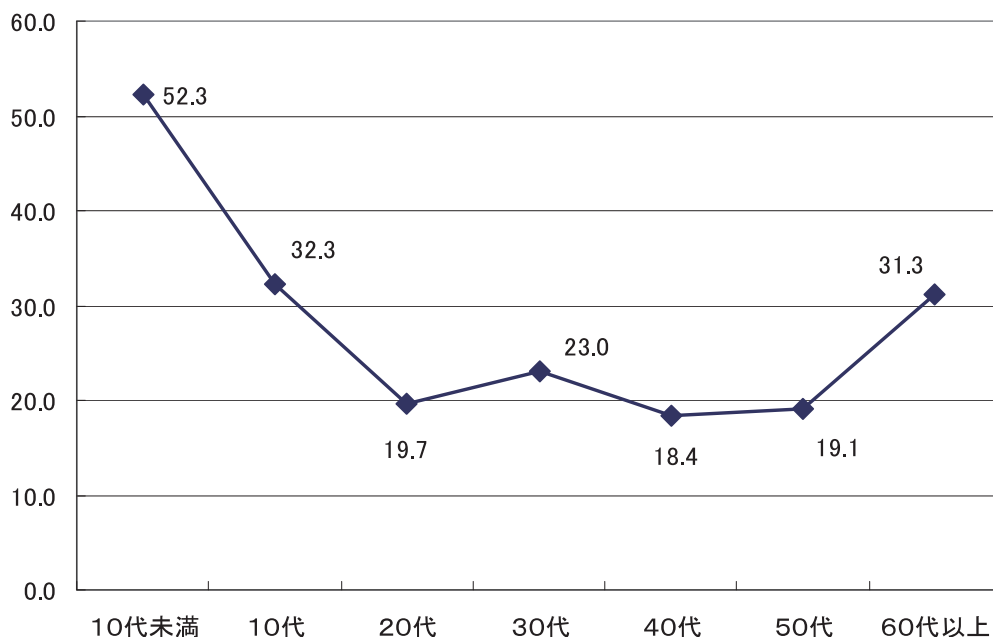
【保護者用】

有効回答数：41,139 件



接種率推計

有効回答数：49,234 件

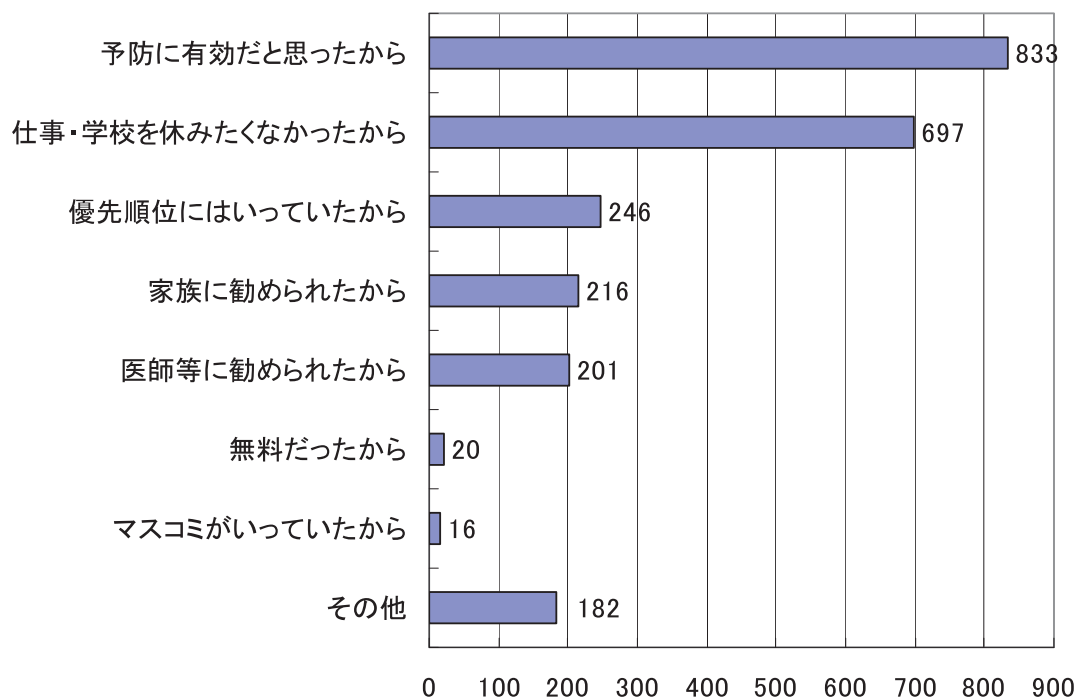


コメント

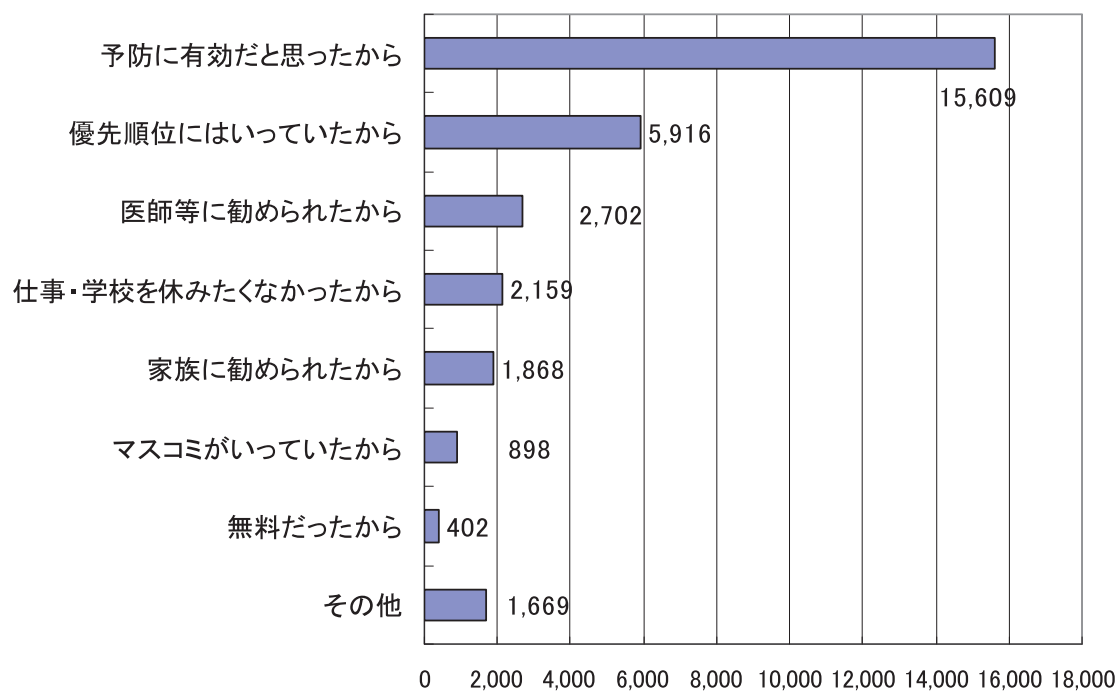
- 今回の調査（中間報告）では、予防接種を受けた者は一般用では 21.0%であったが、保護者用では 50.6%と高い値であった。年代別に見ても 10 代未満で 52.3%と高い値を示している。昨シーズンのインフルエンザ A/H1N1 が 10 代以下の子ども達を中心に流行したため、罹患していない子ども達の保護者が積極的に予防接種を受けたことが伺える。
- 予防接種の接種率の推計として 10 代未満で 52.3%で最も高く、次いで 10 代の 32.3%，60 代以上の 31.3%という順であった。
- 今回の調査では、保育所児童の保護者の回答が多かったため、比較的優先順位の早い者が積極的に予防接種をしたことも影響しているものと推察される。
- 20 代から 50 代では 20%前後と低いであった。これはワクチン接種スケジュールにより、一般成人のワクチン供給開始時期が、流行のピークを越えていたことが理由として考えられる。今シーズンのインフルエンザの流行の亜型は不明であるが、この年代は新型インフルエンザ A/H1N1 の罹患率も低いことから、今シーズンの予防接種の呼びかけが重要である。

問１１ 問１０で「①受けた」と回答された方にお聞きします。予防接種を受けた理由は何ですか？（受けた理由を２つまでお答えください。）

【一般用】有効延回答数：2,411

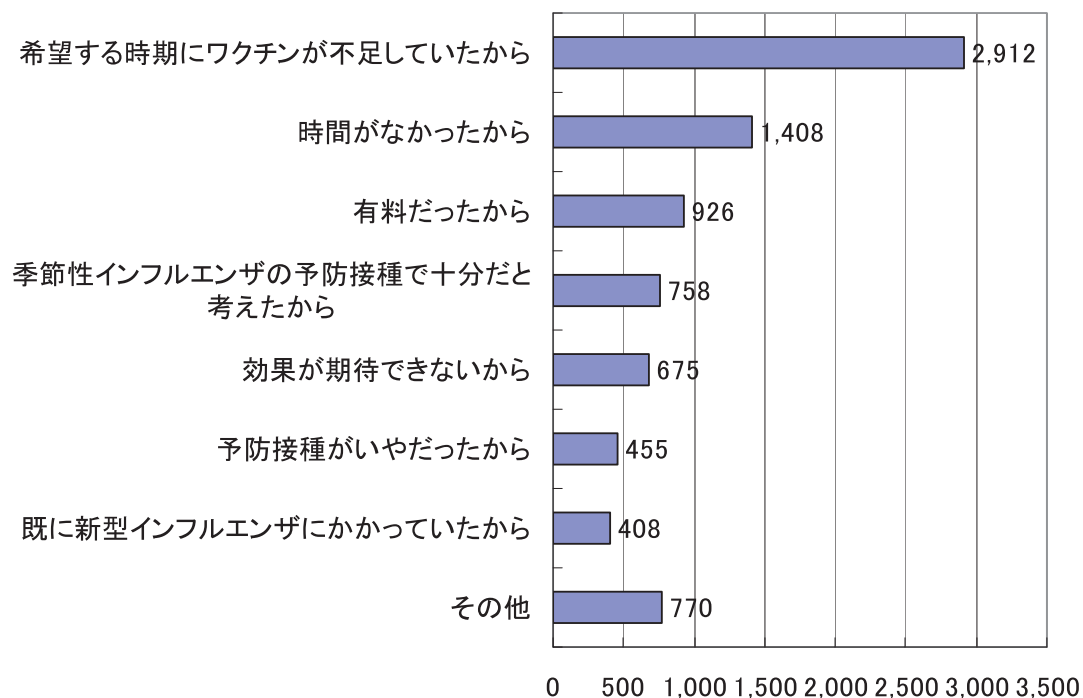


【保護者用】有効延回答数：29,071

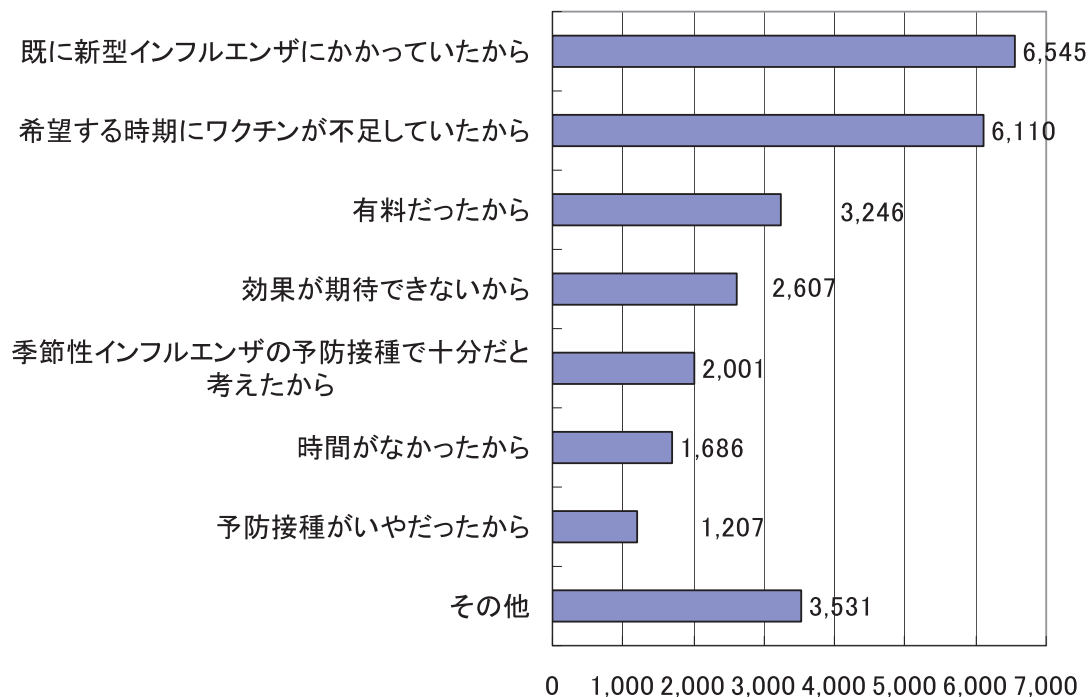


問１２ 問１０で「②受けていない」と回答された方にお聞きます。予防接種を受けなかった理由は何ですか？（受けた理由を２つまでお答えください。）

【一般用】有効延回答数：8,312



【保護者用】有効延回答数 23,408

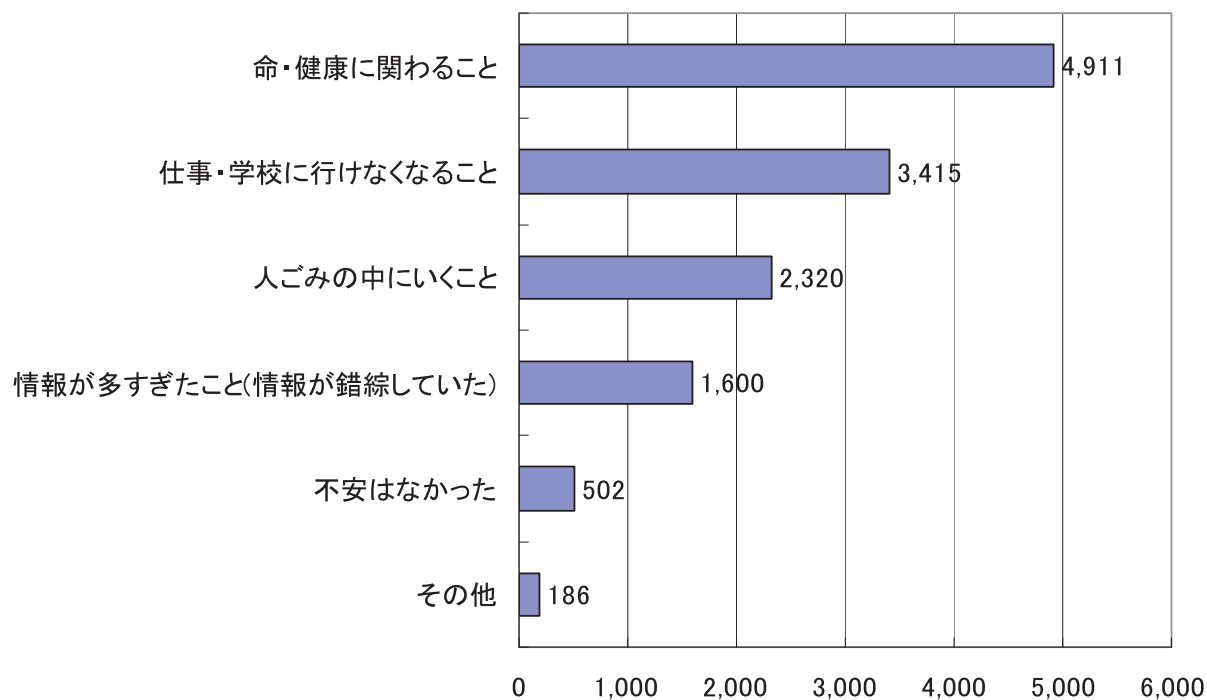


コメント

- 予防接種を受けた動機は、基本的にインフルエンザに対して有効であるという考えに基づくものであった。(一般 833 件, 保護者 15,609 件)
- 次いで、仕事・学校を休みたくなかったなどの社会的な理由が大きかった。特に一般ではその傾向が強く現れている。(一般 697 件, 保護者 5,916 件)これは、受けなかった理由として、一般の「時間がなかったから」。(一般 1,408 件)からも読み取ることができる。一般成人に関しては、昨シーズンの罹患率・接種率とも低いため、今シーズンの予防接種の呼びかけは非常に重要であると考えられる。
- 保護者アンケートの結果から、「既に新型インフルエンザにかかっていたから」、「希望する時期にワクチンが不足していたから」が上位を占めた(それぞれ 6, 545 件, 6,110 件)
- 「効果が期待できないから」、「季節性インフルエンザの予防接種で十分だと考えたから」との回答もあった。季節性インフルエンザワクチンは、新型インフルエンザには有効ではないという広報が県民に届いておらず、予防接種の必要性・重要性について、引き続きしっかりと県民に対して広報していく必要がある。
- 保護者アンケートの結果から、保護者の時間がないため、子ども達に予防接種が受けられなかったとの回答もあった。パンデミックに係る予防接種時には、保護者の負担が軽減される集団接種も推進する必要がある。

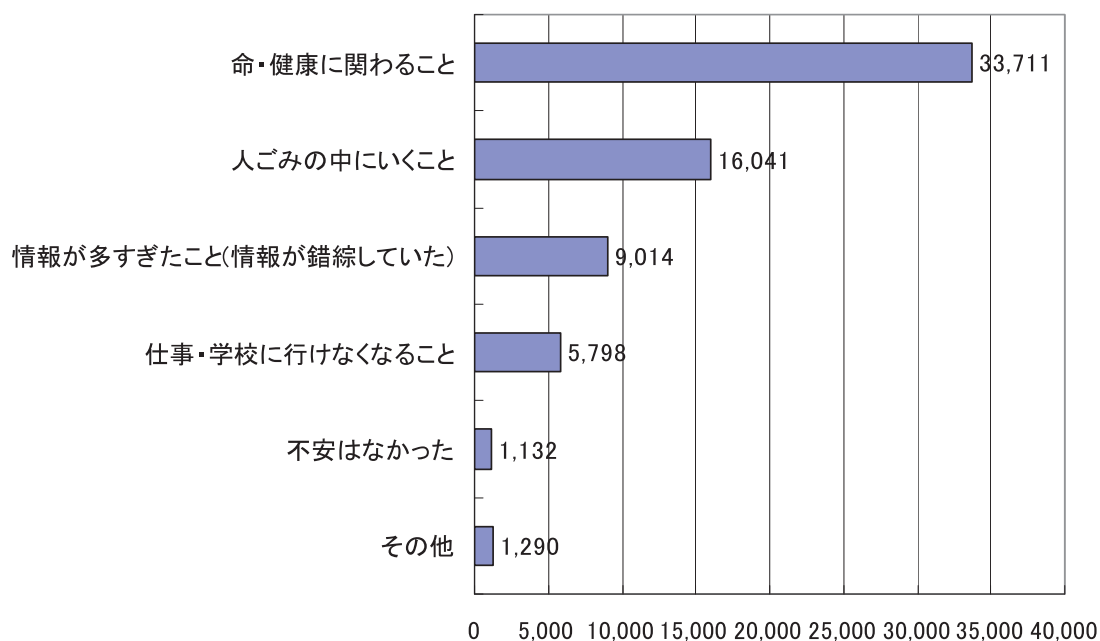
問 1 3 お子様について、新型インフルエンザに関して不安に思ったことはどんなことですか？
 (特に不安に思ったことを2つまでお答えください)

【一般用】有効延回答数：12,934



問 1 3 新型インフルエンザに関して不安に思ったことはどんなことですか？
 (特に不安に思ったことを2つまでお答えください)

【保護者用】有効延回答数：60,306



新型インフルエンザについてのアンケートにご協力をお願いします。(一般用)

昨年に発生した新型インフルエンザについて、みなさまの意見をお聞きしています。
該当する番号を○で囲んでください。また、枠の中にご記入ください。

問1 あなたはどちらにお住まいですか？

市・町

(記入例 市, 市, 町)

問2 あなたは何歳ですか？

- ①10代 ②20代 ③30代 ④40代 ⑤50代 ⑥60代 ⑦70代
⑧80代以上

問3 あなたの性別はどちらですか？

- ①男性 ②女性

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

- ①テレビ ②新聞 ③パンフレット(折込みちらし含む) ④インターネット
⑤その他 ()

問5 あなたは、新型インフルエンザにかかったと思ったことがありますか？

- ①ある ②ない



新型インフルエンザにかかったと思ったとき、どうされましたか？

- i かかりつけの医療機関を受診した
ii かかりつけ以外の医療機関を受診した
iii 保健所等(発熱相談センター)に相談して、指定された医療機関で受診した
iv 保健所等(発熱相談センター)に相談して、自宅で療養した
v 受診しなかった
vi その他 ()

問6 あなたは、平成21年6月から平成22年5月の間に新型インフルエンザと医師に診断されましたか？それはいつ頃でしたか？

- ①診断された ②診断されなかった



- ①6月 ②7月 ③8月 ④9月 ⑤10月 ⑥11月 ⑦12月
⑧1月 ⑨2月 ⑩3月 ⑪4月 ⑫5月

問7 新型インフルエンザに関連して、学校・仕事等を休まれましたか？また、休まれた方にお聞きします。休まれた日数と理由はなんですか？

- ①休んだ 日 ②休まなかった



休んだ理由はなんですか？

- i 自分が新型インフルエンザにかかったから
ii 家族が新型インフルエンザにかかったから
iii 学校・会社から休むようにいわれたから
iv 学校・会社が休みになったから
v 新型インフルエンザにかかるのが、心配だったから
vi その他 ()

問 8 あなたの同居している家族は何人ですか？そのうち何人の方が新型インフルエンザと診断されましたか？

あなたを含めた家族 人

あなたを含めた家族のうち、新型インフルエンザと診断された家族 人

↓
具体的に診断された方はどなたですか？（あなたからみて）

- ①あなた ②配偶者 ③子ども（ 人中 人） ④父 ⑤母 ⑥祖父 ⑦祖母
⑧その他（ ）

問 9 あなたが新型インフルエンザの予防に関して、注意したことはなんですか？

（特に注意したことを2つまでお答えください）

- ①ワクチンの接種 ②うがい・手洗いの徹底 ③マスクの着用 ④咳エチケット
⑤人ごみに出さない（外出を控える） ⑥十分な休養 ⑦特にしていない
⑧その他（ ）

問 10 あなたは新型インフルエンザワクチンの予防接種を受けましたか？

- ①受けた（問 11 へ） ②受けていない（問 12 へ）

問 11 問 10 で「①受けた」と回答された方にお聞きます。予防接種を受けた理由は何ですか？（受けた理由を2つまでお答えください）

- ①医師等に勧められたから ②家族に勧められたから
③仕事・学校を休みたくなかったから ④優先順位にはいっていたから
⑤マスコミがいていたから ⑥無料だったから ⑦予防に有効だと思ったから
⑧その他（ ）

問 12 問 10 で「②受けていない」と回答された方にお聞きます。予防接種を受けなかった理由は何ですか？（受けなかった理由を2つまでお答えください）

- ①予防接種がいやだったから ②既に新型インフルエンザにかかっていたから
③季節性インフルエンザの予防接種で十分だと考えたから ④効果が期待できないから
⑤時間がなかったから ⑥希望する時期にワクチンが不足していたから
⑦有料だったから ⑧その他（ ）

問 13 新型インフルエンザに関して不安に思ったことはどんなことですか？

（特に不安に思ったことを2つまでお答えください）

- ①命・健康に関わること ②仕事・学校に行けなくなること
③情報が多すぎたこと（情報が錯綜していた） ④人ごみの中に行くこと ⑤不安はなかった
⑥その他（ ）

問 14 その他、新型インフルエンザへの行政機関および医療関係者の対応について

ご意見がありましたらお書きください

ご協力ありがとうございました。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

※ 県民の健康保持増進に寄与する目的で設置された広島県地域保健対策協議会は、広島大学・広島県・広島市・広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っています。

新型インフルエンザについてのアンケートにご協力をお願いします。(保護者用)

既にアンケートをお答えの方はご遠慮ください。

昨年に発生した新型インフルエンザについてみなさまの意見をお聞きしています。

よろしければ、お子様のことに関して保護者の方がお答えください。

※複数のお子様がおられましたら、どなたかお一人に関して、
該当する番号を○で囲んでください。また、枠の中にご記入ください。

問1 あなたはどちらにお住まいですか？

市・町

(記入例 広島市, 呉市, 世羅町)

問2 あなたのお子様は何歳ですか？(平成22年3月31日現在の年齢をご記入ください。)

歳

(記入例 0歳, 14歳)

問3 あなたのお子様の性別はどちらですか？

①男性

②女性

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

①テレビ

②新聞

③パンフレット(折込みちらし含む)

④インターネット

⑤その他 (

)

問5 あなたのお子様が、新型インフルエンザにかかったと覚えたことがありますか？

①ある

②ない



→ 新型インフルエンザにかかったと覚えたとき、どうされましたか？

i かかりつけの医療機関を受診した

ii かかりつけ以外の医療機関を受診した

iii 保健所等(発熱相談センター)に相談して、指定された医療機関で受診した

iv 保健所等(発熱相談センター)に相談して、自宅で療養した

v 受診しなかった

vi その他 (

)

問6 あなたのお子様は、平成21年6月から平成22年5月の間に新型インフルエンザと医師に診断されましたか？それはいつ頃でしたか？

①診断された

②診断されなかった



① 6月

② 7月

③ 8月

④ 9月

⑤ 10月

⑥ 11月

⑦ 12月

⑧ 1月

⑨ 2月

⑩ 3月

⑪ 4月

⑫ 5月

問7 新型インフルエンザに関連して、お子様は学校(保育所・幼稚園)を休まれましたか？また、お子様が休まれた方にお聞きします。休まれた日数と理由はなんですか？

①休んだ

日

②休まなかった



→ 休んだ理由はなんですか？

i 本人が新型インフルエンザにかかったから

ii 家族が新型インフルエンザにかかったから

iii 学校(保育所・幼稚園)から休むようにいわれたから

iv 学校(保育所・幼稚園)が休みになったから

v 新型インフルエンザにかかるのが、心配だったから

vi その他 (

)

問 8 お子様と同居している家族は何人ですか？そのうち何人の方が新型インフルエンザと診断されましたか？

お子様を含めた家族

お子様を含めた家族のうち、新型インフルエンザと診断された家族

↓
具体的に診断された方はどなたですか？（お子様からみて）

- ①本人（お子様） ②祖父 ③祖母 ④父 ⑤母 ⑥兄弟姉妹（ 人中 人）
⑦その他（ ）

問 9 あなたのお子様に対し、新型インフルエンザの予防に関して注意したことはなんですか？
（特に注意したことを2つまでお答えください）

- ①ワクチンの接種 ②うがい・手洗いの徹底 ③マスクの着用 ④咳エチケット
⑤人ごみに出さない（外出を控える） ⑥十分な休養 ⑦特にしていない
⑧その他（ ）

問 10 あなたのお子様は新型インフルエンザワクチンの予防接種を受けましたか？

- ①受けた（問 11 へ） ②受けていない（問 12 へ）

問 11 問 10 で「①受けた」と回答された方にお聞きします。予防接種を受けた理由は何ですか？（受けた理由を2つまでお答えください）

- ①医師等に勧められたから ②家族に勧められたから
③仕事・学校を休みたくなかったから ④優先順位にはいっていたから
⑤マスコミがいっていたから ⑥無料だったから ⑦予防に有効だと思ったから
⑧その他（ ）

問 12 問 10 で「②受けていない」と回答された方にお聞きします。予防接種を受けさせなかった理由は何ですか？（受けなかった理由を2つまでお答えください）

- ①予防接種がいやだったから ②既に新型インフルエンザにかかっていたから
③季節性インフルエンザの予防接種で十分だと思ったから ④効果が期待できないから
⑤時間がなかったから ⑥希望する時期にワクチンが不足していたから
⑦有料だったから ⑧その他（ ）

問 13 お子様について、新型インフルエンザに関して不安に思ったことはどんなことですか？
（特に不安に思ったことを2つまでお答えください）

- ①命・健康に関わること ②学校（保育所・幼稚園）に行けなくなること
③情報が多すぎたこと（情報が錯綜していた） ④人ごみの中に行くこと ⑤不安はなかった
⑥その他（ ）

問 14 その他、新型インフルエンザへの行政機関および医療関係者の対応について
ご意見がありましたらお書きください

ご協力ありがとうございました。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

※ 県民の健康保持増進に寄与する目的で設置された**広島県地域保健対策協議会**は、広島大学・広島県・広島市・広島県医師会の四者で構成され、目的ごとに設置された委員会が、保健・医療・福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を行っています。

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	広島市医師会運営安芸市民病院
委員	市川	徹	広島市立舟入病院
	大毛	宏喜	広島大学病院感染症科
	吉川	正哉	広島県医師会
	岸本	益実	広島県健康福祉局保健医療部健康対策課
	桑原	正雄	県立広島病院長
	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
	坂口	浩章	広島市健康福祉局保健部保健医療課
	下江	俊成	福山市医師会
	近末	文彦	広島県保健所長会
	内藤	雅夫	呉市保健所
	中島浩一郎		庄原赤十字病院
	永田	忠	広島市医師会
	新田	康郎	新田小児科医院
	檜谷	義美	広島県医師会
	藤上	良寛	広島県臨床検査技師会
	堀江	正憲	広島県医師会
	松尾	健	広島県立総合技術研究所保健環境センター保健研究部
	松岡	俊彦	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
	柳田	実郎	広島県医師会
	横崎	典哉	広島大学病院検査部
	渡邊	弘司	呉市医師会

あ と が き

平成 22 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 22 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・福祉環境に対しの確に対応するため，効率的で機動性のある組織にする。
- (2) 相互に関連する課題に対し，一体的・総合的に対応するため，可能な限り委員会・部会を統合し，簡素な組織とする。
- (3) 限られた人材・予算・時間を有効に活用するため，関係委員会内に WG を設置し，弾力的な運用とタイムリーな問題に対し，迅速に対応できる体制とする。
- (4) 設置する WG は年度当初それぞれの委員会で協議し，決定する。

に基づいて行いました。

その結果，平成 22 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，10 特別委員会，1 小部会という組織構成で事業を推進してまいりました。

本年度は，子宮がん検診の受診率向上および精度管理に取り組むため子宮がん検診推進特別委員会を新たに設置いたしました。

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

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

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

平成 23 年 12 月

広島県医師会（地対協担当理事）

副会長	檜	谷	義	美
副会長	吉	川	正	哉
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 42 号

平成23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