

地对協コーナー

ご挨拶

広島県医師会常任理事 中西 敏夫

本年6月8日に広島県医師会常任理事に再任され、地域医療担当を担当している。広島県地域保健対策協議会に設置の委員会担当理事も務めている立場より、一言ご挨拶申し上げます。

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目標に医療提供体制の改革、地域包括ケアシステムの構築を目指して、19本もの法改定を伴う医療・介護総合推進法「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が参議院本会議で6月18日に成立した。今回の法改正に伴い病床機能報告制度の導入、地域医療構想(ビジョン)の策定、消費税増税による新たな基金の創設など改革は急ピッチで進んでいる。

病床機能報告制度は医療法の一部改正により本年10月1日より創設され、各医療機関(有床診療所を含む)は病棟単位を基本とし医療機能(高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれか1つ)に係わる「現状」と「今後の方向」等を都道府県に報告することとなる。

地域医療ビジョンの策定は平成27年度からで、地域の医療需要の将来設計や病床機能報告制度により報告された情報等を活用し、二次医療圏ごとに、医療機能の必要量(2025年時点)を含む医療提供体制を策定することとなっている。

県医師会はこれまで病院協会と共同で情報収集や有識者と協議を行って来た。

地域医療ビジョン策定に当たっては県、二次医療圏での「協議の場」が必要であり、広島県医師会は「地对協」を中心に国のガイドラインを参考にしながら地域の実情を十分考慮したビジョン策定に積極的に関わっていきたいと考えている。

今号では7月に開催した委員会報告です。県地对協活動へのご意見ご要望などがあれば、事務局までお寄せください。過去の委員会活動などは、地对協ホームページ(<http://www.citaiky.jp/>)へ掲載しているので、アクセスをぜひお願いします。

○産科医療提供体制検討WG

日時：平成26年7月3日(木) 19時00分

場所：広島医師会館6階 第2会議室

WG長：工藤 美樹

4月に実施した産科医療提供体制に係るアンケート調査の結果を踏まえ、各圏域の抱える課題を整理し、今後の産科医療提供体制について協議した。

報告・協議事項

1) アンケート調査の結果について

県内の産科・産婦人科標榜医療機関を対象に、分娩取扱の有無および件数、産科・産婦人科医師数とその勤務体制、助産師数等について、アンケート調査を実施した。

県医療政策課より、アンケート調査結果について説明があり、その後、広島大学より、日本産婦人科学会の提唱した「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」について説明があった。グランドデザインは、少子化による20年後

(2030年)の90万分娩に対応するため、リスクの少ない分娩(全体の1/2~2/3程度)を診療所等が担い、高リスクの分娩を取り扱う病院を集約化・大規模化して勤務環境の改善を目指すものであるが、その大前提として、地域で分娩場所が確保されていることが必要である。また、特に大都市圏において集約化・大規模化を推進することが求められる。本県では、広島市などが当てはまると考えられるのではないかとのことだった。これらの状況を踏まえ、調査結果から本県の状況を鑑みると、公立病院等勤務医一人当たりの分娩件数は各圏域によってやや偏りがあることなどが示唆された。

2) 各圏域の現状について

各圏域から出席の委員より、各圏域の現状やアンケートの調査結果に対する意見等が報告された。

開業医との連携により、病院での分娩件数をコントロールしている圏域や地元の基幹病院を中心に対応している圏域とそれぞれの工夫が見

られた。しかし、いずれの圏域でも医療資源に余裕がないことや開業医の高齢化問題も将来的には大きな課題として挙げられた。

また、広島市では以前から集約化の話が出ており、マツダ病院に続き、広島記念病院が分娩を中止した。広島大学・行政・地区医師会などの理解を得ながら、今後は広島市内にある総合母子周産期医療センターへの分娩集約化などを検討する必要があるとの意見があった。

○特定健診受診率向上WG

日 時：平成26年7月23日(水) 19時00分

場 所：広島医師会館3階 第2会議室

委員長：木原 康樹

今年度の各市町の取組について委員から現状や課題を報告いただいた。また、昨年度実施の「特定健診に関するアンケート」結果を報告後、行政・医師会それぞれで取り組む方策について協議した。

報告・協議事項

1) 広島県市町国保の特定健診等実施状況について

平成24年度の実診率についてはまず広島県から報告があった。広島県の市町国保実診率は21.9%で4年連続最下位。広島県の実診率の伸び幅は全国3番目と高いものであったが、他都道府県でもほとんど実診率がプラスに変化しているため依然として最下位である。

広島近郊の県は実診率が芳しくないため地域性や実診率の低さが医療費の高さと相関関係があるのではないかと指摘があった。

2) 平成26年度市町国保特定健診実施体制について

今年度の各市町国保の実施体制・取組状況について報告があった。今年度から無料化や自己負担の引き下げを行った市町は、9市町に上る。がん検診との同時実施は全23市町で行われている。また、治療中の者の情報提供（みなし健診）を行っているのは12市町で、健診項目の追加を行っているのが20市町であった。

WG委員として参画いただいている広島市・呉市・福山市からそれぞれの取り組み状況や現状などの報告があった。

3) アンケート調査結果について

広島市・呉市・福山市・廿日市市・大竹市の特定健診実施医療機関を対象に実診率の低迷理由についてアンケート調査を実施した。回収率は1,051件中531件の50.3%で、対象となった各市から約半数の回答があった。

全体として、会員が特定健診の必要性に懐疑的であること、健診の認知度が低く広報の不足や検査項目に魅力がないという意見が目立った。また健診の事務や請求が煩雑という意見も多く見られ、この点を改善することで受診率が向上するのかが議論した。制度開始以来、改善できる点は既に変更されており、さらなる改善の余地があるのか検討することとした。

今後は、①健診の事務・請求等の煩雑さを解消し、負担を少なく簡素化するためにはどうするか、②医師会の先生方にどのように健診の意義を理解していただくか、を中心にWGとしての方策を検討することとした。加えて、各医師会には、引き続き市町と調整をし、両輪となって検討していただきたい旨、要望があった。

また、医師向けの広報として、健診の重要性を医師会速報等で周知する、市郡地区医師会等で要望があれば、県内の成果等を発表する講師を派遣する、市民公開講座やラッピング電車など一般向けの広報についても検討することとした。

○健康危機管理対策専門委員会

日 時：平成26年7月24日(木) 19時00分

場 所：広島医師会館3階 健康教室

委員長：桑原 正雄

感染症における情報提供体制や症候群サーベイランスの構築、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく診療継続計画についての検討状況の報告後、中東呼吸器症候群（MERS）対策や水痘・高齢者肺炎球菌ワクチンの定期化などについて協議した。

報告・協議事項

1) 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく診療継続計画（BCP）について

新たな申請やすでに策定したBCPの修正等の際に活用いただくため、本WGでも、厚生労働省の中小規模病院向けBCP案をもとに広島県版BCP（案）を作成した。

広島県から、7月24日時点の特定接種の登録状況として、県内の167病院（全体の70%）と980診療所（全体の41%）から登録申請があった旨報告があった。

日本医師会がすべての医療機関の申請を推奨していることから、さらなる医療機関の登録を望む意見や診療科ごとの登録状況を明示して欲しいとの要望が出た。

2) 感染症情報提供体制について

広島県医師会内の感染症情報提供体制が整理されたことを受け、広島県感染症疾病管理センターより行政側の体制案が示された。国からの文書は、広島県と保健所設置市である広島市・福山市・呉市に届くが、地区医師会への通達も広島県医師会に一本化し、保健所設置市からは原則、関連地区医師会へは発出しなすこととして、各保健所に提案しているとのことだった。各委員からは、最も混乱が想定されるパンデミック時にも同様の対応でよいのか、また広島市医師会からは各方面から届く同様の文書を整理・要約の上会員へ送っており、より早く情報が欲しいため情報源が一本化されると不安であるといった意見があった。今後は各地区での対応状況も考慮し、より内容を詰め、次回委員会で報告することとなった。

3) 症候群サーベイランスについて

広島県が各市町を対象に実施した調査によると、保育園サーベイランスは5市町、学校欠席者サーベイランスは7市町で導入されていた。未導入の理由としては、現場の教職員に入力する時間的余裕がない、インターネット環境が未整備等の意見があった。広島県では、県立学校を対象とした導入説明会や、私立学校へのシステム概要の説明を実施予定とのことだった。

また、今年度より本システムを全市立学校・幼稚園・保育園で導入した広島市からは、導入スケジュールやシステムの活用状況等の説明、広島市医師会インフルエンザ動向調査のデータとの比較検証結果が報告された。

4) 医療従事者等における体液曝露事故後のHIV感染防止マニュアル改訂について

平成25年3月に改訂した同マニュアルの「予防内服用に処方される抗HIV薬」として推奨される薬剤の変更や「HIV曝露後予防対応協力医療機関」の責任者に変更が生じたことなどから記述を変更することとした。

変更にあたっては、広島大学病院エイズ医療対策室の藤井輝久先生に執筆協力を依頼する。

5) その他

今年度公費で実施されている風しん抗体検査の現状報告、中東呼吸器症候群(MERS)に対する国の動き、今年10月から定期接種化される水痘・高齢者肺炎球菌ワクチンについての情報提供があった。

風しんの抗体検査は、今年度末まで国の1/2補助事業として全県下で実施中。

MERSは、死亡率が30~40%と非常に高い疾

病であるにも関わらず、今後の具体的対応について、国でも何も決まていない状況。この7月に指定感染症として定められ、2類感染症相当として扱うこととされている。

水痘ワクチンについては、ワクチン不足を懸念する意見があり、高齢者肺炎球菌ワクチンについては、定期接種の対象条件についての質問が相次いだ。

○精神疾患専門委員会 認知症医療検討WG

日時：平成26年7月29日(火) 19時00分

場所：広島県庁本館1階102会議室

委員長：瀬川 芳久

認知症患者の身体合併症対応状況について、県内の認知症疾患医療センター(8施設)を対象に実施したアンケート結果を踏まえ、同センター内の全認知症入院患者を対象とした身体合併症の調査(3ヶ月間)を行うこととした。

報告・協議事項

1) 認知症患者の身体合併症対応に関する調査結果について

認知症患者の身体合併症等への対応状況を把握するため、県内の認知症疾患医療センター(8施設)を対象に①入院患者数、②入院の主たる理由、③治療している常勤医師の有無、④代表的な疾患ごとの受入れ状況、⑤入院中に発生した身体合併症への対応状況、⑥一般病院への転院状況、⑦実情や苦慮する事例などについて、実態調査を実施した。

調査結果からは、いずれのセンターにおいても概ね均一な対応が取れていることが確認できた。専門的治療が必要ない場合・保存的治療の場合・積極的治療が必要ない場合、治療後経過観察の状態が安定しているなど、急性期ではない患者の対応を可能とすることが分かった。

委員からは、調査項目について、患者の状態像が骨折・脳血管疾患・循環器系疾患・呼吸器系疾患・消化器系疾患と、項目が大きくまとまっているため、大まかな病気の分類が必要となるのではといった意見が出た。

2) 今後の活動について

本調査結果を補足するデータとして、入院患者の身体合併症の病名や、入院中に身体合併症を発症した件数、病名や転院・受入れ状況、胃腸などの経口摂取が困難なケースがどの程度あるかなどの調査をしてはとの意見があり、さら

なる調査を実施することとなった。今後のスケジュールとして、8月～9月中旬に調査票案を確定、9月中旬に各センター内で対応の周知を行い、10月1日から12月31日までの3ヶ月間で調査を行う方針とした。来年の1月または2月頃に再度WGを開催し、調査結果の分析を行うこととした。

○がん対策専門委員会

日時：平成26年7月30日(水) 19時00分

場所：広島医師会館6階 第1会議室

委員長：杉山 一彦

本委員会のもとに設置のWGの活動状況や県内のがん検診の受診率、さらには広島県行政が進めるがん対策について報告があった。また、現在、国が指定するがん診療連携拠点病院は、今年10月末までに新要件に基づき推薦する必要があるため、あらかじめ実施した医療機能調査の結果について意見交換した。

報告事項

1) 肺がん早期発見体制構築WGについて

「低線量CTにおける肺がん検診のための講習会」と放射線技師向けに企画した「CT技術支援ワークショップ」の開催状況と三次市と三原市で実施予定の低線量CT検診の実施体制の状況について報告があった。

2) 胃がん・大腸がん検診推進WGについて

がん検診・精密検査の精度の均てん化、市町における検診結果の把握・データ管理の利便性の向上等を目的として、WGを設置し、両検診に係る1次検診及び精密検査結果報告に係る県標準様式の作成を目指す旨報告があった。

3) がん検診受診率について

厚生労働省から、本年7月15日に「平成25年

国民生活基礎調査」結果が公表された。その結果から得られる数値により、広島県が独自に算出したがん検診受診率の報告があった。受診率の高い県の取組状況などを参考に、受診率向上に努める施策を検討するよう提案があった。

4) 「Teamがん対策ひろしま」登録企業について

広島県から、全国初の取組である「Teamがん対策ひろしま」について報告があった。大手から中小企業まで14社の申請を受理し、先般、企業登録式を開催。今後、登録企業は予防・検診・就労支援及びがんに係る社会活動に至るまでの総合的ながん対策に積極的かつ主体的に取り組み、県内企業におけるがん対策の先導的な役割を担っていくこととなる。出席の委員からは、がんに限らず病気に罹患した際の相談窓口の設置や、がん患者団体の支援は均一に実施されるよう求める意見があった。

協議事項

1) がん診療連携拠点病院の指定更新について

国から、がん診療連携拠点病院の新たな指定要件が示された。現在、指定を受けている医療機関は、本年10月末までに新要件で国へ申請する必要がある。

まずは、新要件に基づいた病院医療機能調査(平成26年6月1日現在)を実施したので、その結果について報告後、今後の対応について協議した。

要件の解釈が受け取る病院によって異なる点多々見受けられたため、個別ヒアリング(現地調査等)を8月中に実施し、10月の推薦提出に向けて対策を講じることとした。また、県指定の要件は現在国の要件に準じているが、新要件下では要件を満たせない可能性のある病院もあるため、県独自の項目等を設けて救済措置を講じるかどうかを次回委員会にて検討することとした。

分娩機関の新設をご予定の先生へ

「産科医療補償制度」加入手続きのご案内

「産科医療補償制度」へのご加入につきましては、下記「産科医療補償制度お問合せ窓口」宛にご連絡下さい。お電話をいただき次第、加入手続き書類をお送りいたします。

<産科医療補償制度お問合せ窓口>

TEL 03-5800-2231 (午前9時～午後5時、土日祝日除く)

(財)日本医療機能評価機構(本制度運営組織)

県地对協では、平成25年度から「終末期医療のあり方検討特別委員会」を設置し、医療選択にあたって本人の意思をできるだけ反映させることができるようアドバンス・ケア・プランニング(以下、ACP)のツール『ACPの「手引き」』や『私の心づもり』などを作成いたしました。

広島県医師会の会員の先生方にも、ACPについてもっとご理解をいただきたく考えておりますので、ACPを題材とした文章などを掲載していきます。

先生方のご意見等ございましたらお聞かせいただけますと幸いです。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及に向けて

一人ひとりの問題として

終末期医療のあり方検討特別委員会委員 有田 健一

学会のポスター会場。今、まさに発表し始めたのは東北にある急性期病院の医師で、演題名には“事前指示書”の文字が見える。入院時に終末期医療に関する意向を調査する取り組みを始めたという報告である。「患者の意思を医療に反映したい」彼らの思いは僕たちがアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を始めた時の思いと同じだった。

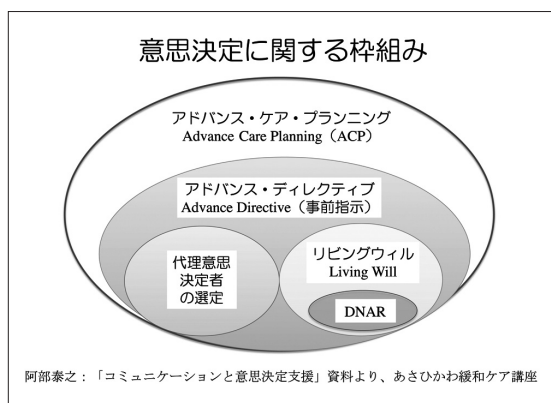
僕たちの勧めるACPは、“もしもの時に備えて”元気なうちから“医療について希望や思いを家族やかかりつけ医に伝え、話し合う中でこれをまとめて字に残そうとする試み”である。少なくともその人の価値観や人生観をつかむことができれば、医療者として将来の医療の選択に役立つだろう、と始めた事業である。特定の医療に対する希望として、時には一方的に患者から医療者に渡される事前指示書に対して、ACPは具体的な医療に限ることなく患者が医療者と話し合う過程を重視している。

再び学会ポスター会場。「患者全員に終末期医療への意向を書いてもらうのか」と問う司会

者に、「患者から自分の意思を示したいという表明があって初めて、事前指示書を渡すことにしている。医療者からこれを要請することはない」との答え。さらに事前の指示内容は病状や家族の思い、主治医との関係などで時間が経つと変わる可能性があることから、「事前指示に従うかどうかは最終的には医師の裁量に委ねられるだろう」と北国の医師は述べた。終末期などは考えたくないと思う人への配慮や、個人情報を取り扱いなど、臨床現場での手さぐりの実践が俎上に乗ったのだった。

事前指示にしてもACPにしても、目的を明確にして具体的に動いてみる必要がありそうだが、そう思いながら学会会場を出ると、すでに夕闇が辺りを覆っていた。無表情で足早に通り過ぎる人々の流れを前にして、僕は無意識に「ガンバレみんなガンバレ、月は流れて東へ西へ」と井上陽水を口ずさんだ。一人ひとりの考え方が異なっていたとしても、右往左往することなく、彼らにACPを届けるのは僕たちの役割であることは間違いなかった。

ACPに関連した意思決定の枠組みとされるそれぞれの文言について下図によって一つずつご紹介していきます。今回は「DNR」と「DNAR」について紹介します



【DNR (Do Not Resuscitate) とDNAR (Do Not Attempt Resuscitation)】

以前は「DNR (Do Not Resuscitate)：蘇生しない」という言葉が用いられてきたが、DNRが「患者や家族の意向」というより「医療者の方針」という意味合いが強かったことや、「蘇生できる可能性が高いのに、蘇生治療は施行しない」との印象を持たれやすいという問題があった。

最近ではDNRに「Attempt」を加えることで、本人や家族の意向をくんで、蘇生できる可能性が低い状況では「蘇生を試みることをしない」という意味で、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) が用いられている。特に終末期がん患者では蘇生が成功する可能性がほとんどない状況で、蘇生する試み自体を控えるために用いられることが多い。