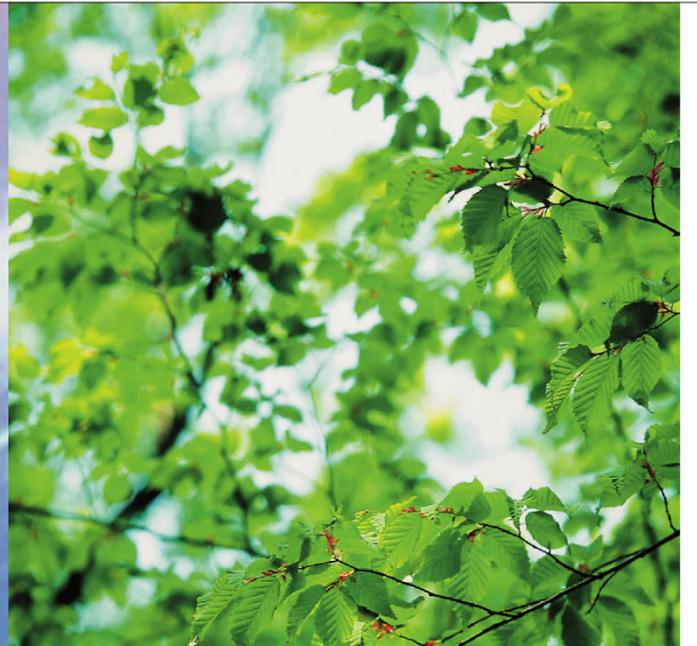


平成19年度地域保健総合推進事業費補助金



平成19年度地域保健総合推進事業費補助金
医師臨床研修「地域保健・医療」

保健所研修ノート

改訂版

平成20年3月

医師臨床研修「地域保健・医療」の戦略的方法の開発に関する研究
事業者 伊藤善信（秋田県秋田中央保健所長）



医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート 改訂版

平成20年3月

平成19年度地域保健総合推進事業費補助金

医師臨床研修「地域保健・医療」

保健所研修ノート

改訂版

平成20年3月

医師臨床研修「地域保健・医療」の戦略的方法の開発に関する研究
事業者 伊藤善信（秋田県秋田中央保健所長）

改訂に当たって

平成 16 年度から、「診療に従事しようとする医師は、医師免許を取得した後に、2 年間の臨床研修を受けなければならないこと」とされ、必修科目として「地域保健・医療」が指定されました。地域保健の第一線機関である保健所が医師臨床研修を行う意義は高く、毎年 400 前後の保健所で約 3500 人の研修医を受け入れています。

医師臨床研修が開始されるにあたり、それまで研修医を受け入れた経験のない保健所が多かったことから、全国保健所長会「地域保健の推進に関する委員会」では、平成 15 年度地域保健総合推進事業・全国保健所長会協力事業のひとつとして「新医師臨床研修『地域保健・医療』の効果的な研修の在り方に関する研究」（班長 一色学）を立ちあげて「保健所研修ノート」を作成し、平成 16 年 6 月に全国の保健所及び都道府県・指定都市保健医療担当課へ配布しました。「保健所研修ノート」は、保健所で行う業務及びその関連事項がコンパクトに網羅されていたため、保健所研修プログラム作成の指針及びマニュアルとして活用され、研修医用テキストとして用いられるなど、保健所での研修を一定の水準に保つことにつながったと評価されています。

しかしながら、「保健所研修ノート」が発行されてから 4 年が経過し地域保健をとりまく状況が変化し、大幅な法改正もあったことから、全面的な改訂が必要となり、アンケート等で寄せられた意見を参考に全国保健所長会「地域保健の充実強化に関する委員会」で内容を見直し、新たに「医師臨床研修『地域保健・医療』の戦略的方法の開発に関する研究班」（班長 伊藤善信）を立ち上げ、「保健所研修ノート改訂版」として発行することとしました。

「保健所研修ノート」は本書の他に、CD-ROM 版等を配布しております。研修医用テキストとして、また指導者用参考書として大いにご活用頂きたいと存じます。

平成 20 年 3 月

医師臨床研修「地域保健・医療」の戦略的方法の開発に関する研究班
班 長 伊藤 善信
(秋田県秋田中央保健所長)

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会
委員長 廣田 洋子
(北海道岩見沢保健所長)

医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート改訂作業班
班 長 竹内 徳男
(北海道渡島保健所長)

はじめに

平成16年度から、診療に従事しようとする医師は、医師免許を取得した後に、二年間の臨床研修を受けなければならないことになりました。この研修理念は「医師としての人格を涵養し、将来の専門性にかかわらず、医学・医療の社会的ニーズを認識しつつ、日常診療で頻繁に遭遇する病気や病態に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を身につける」というものです。

この制度においては「特定の医療現場の経験」として、「地域保健・医療」が研修の必修科目に指定されており、必修項目として、「保健所、診療所、社会福祉施設、介護老人保健施設、へき地・離島診療所等の地域保健・医療の現場を経験すること」となっており、地域保健に関しては保健所での研修を受ける機会ができました。

研修医が保健所における多様な業務を理解し体験することは、医師として必要な地域保健、公衆衛生活動に対する基本的な態度、考え方を身につけることができる絶好の機会といえます。将来、臨床医として地域で活躍することになっても、確実に理解し実践しなければならないこと、地域保健における臨床医の役割を体得する必要があります。

全国保健所長会では、全国各地の保健所で研修を行うにあたり、研修や指導内容などが公平、効果的なものとなるよう、標準的なカリキュラムや研修ハンドブックについて検討を進め、このたび地域保健総合推進事業として「新医師臨床研修「地域保健・医療」の効果的な研修の在り方に関する研究」において保健所研修ノートとして初版を発行しました。

臨床の現場がそうであるように、地域保健は大勢のスタッフ、マンパワーによって推進されるチーム事業です。保健所長や保健所医師の業務だけではなく、大勢の保健所技術職、事務職の業務を学び、地域保健における医師の役割を理解していただきたいと思います。

平成16年4月

新医師臨床研修「地域保健・医療」の
効果的な研修の在り方に関する研究班

代 表 一 色 学
(北海道北見保健所長)

目 次

保健所における研修目標（一覧）	2
1 .「地域保健・医療」保健所	6
2 .母子保健対策	16
3 .成人・高齢者保健対策	28
4 .精神保健福祉対策	36
5 .エイズ・感染症対策	52
6 .結核対策	76
7 .難病対策	96
8 .健康づくり	108
9 .医療安全対策	118
10.介護保険	128
11.食中毒防止対策	138
12.生活環境衛生対策	148
13.人口動態統計	156
14.健康危機管理	162
* 15.死体検案	

本書の性格と構成

本書は、保健所で行う地域保健の全領域をコンパクトに網羅するため、各領域については代表的な事項に絞って掲載し、大学教育で学んだ公衆衛生学等の基本知識は概ね省いている。また、保健所研修全般及び地域保健の13領域について、ほぼ同じ構成で記載している。

本書の構成は、冒頭に全般を通じた一般目標を掲げ、その目標を達成するために必要な事項を行動目標として具体的に示した上で、保健所で経験可能な事務事業を列挙し、必要な用語解説や保健所事務に必要な手引き書などを参考図書として記載している。

限られた研修期間では、本書で記載した事項の一部分しか経験できないが、一般目標や行動目標を念頭に置きながら積極的な姿勢で研修に臨み公衆衛生活動の基本を身につけ、臨床と地域保健の連携の要として役割を果たせる医師になっていただきたい。

1. 用語の説明

(1) 一般目標 (GIO)

一般目標 GIO (General Instructional Objective) とは、研修医が何を目的に、どのような能力を習得すべきかを明示したものである。

(2) 行動目標 (SBOs)

行動目標 SBOs (Specific Behavioral Objectives) とは、研修医が一般目標 (GIO) を達成するために、何が必要かを具体的に明示したものである。

ただし、研修期間や事件、事故の発生頻度から、行動目標の達成が困難な項目については、先頭番号の前に*印を付した。

(3) 経験事項チェックリスト

研修医が、保健所で実際に経験することが可能と思われる事務、事業、討論の場などを列挙したものである。

(4) 自己評価票

研修医が、各行動目標の達成状況を自己評価するための判断基準を4段階評価法で示したものである。

2. 本書の構成と使い方

本書は、保健所研修全般を記載した「地域保健・医療」保健所（総論）と地域保健の13領域（各論）について、ユニット単位で記載されている。

各ユニットでは、冒頭に「一般目標」「行動目標」「経験事項チェックリスト」「自己評価票」を示し、その後保健所で行う地域保健の代表的な事項について「解説」として記載した。

保健所で行う事務事業は膨大であり、実際には「解説」に記載されていない事項のほうが多い。必要に応じて保健所の資料とあわせて利用するなど、本書の「行動目標」の達成をめざし、保健所ごとに工夫していただきたい。

3. 保健所研修のあり方

保健所は公衆衛生を実践する行政機関であり、基本的には地域保健法等の各種法令に基づいた業務を行っている。しかしながら、健康危機への対応など法令では十分想定されていない事件についても、専門的・技術的な判断を行うなど、保健所は科学的な根拠に基づいた行政的判断を行っている。

保健所が法令に従いつつ専門的な判断を行っている様子を実感として理解するためには、健康危機事例を実際に体験することが早道であるが、健康危機はめったに起こるものではない。また、通常業務についても大変幅が広いので、各論に示した事業の一部しか経験することはできない。

そのため、保健所研修においては、保健所が行っている事業を学ぶという姿勢ではなく、どの事業にも共通する公衆衛生向上の考え方、基本的技術及び実践能力を身につけていただきたい。

医師法において「公衆衛生の向上及び増進に寄与する」ことが医師の責務として規定されており、臨床医の道を選んだ場合でも、本研修で身につけた公衆衛生学的な発想が日常診療で活かされることを期待する。

なお、「地域保健・医療」分野では公衆衛生活動の主体である「地域保健」とそれを支える「地域医療」の両者を研修する必要があるが、保健所においては主として「地域保健」分野の研修を行う。

保健所における研修目標（一覧）

1. 「地域保健・医療」保健所

【一般目標】

医師として、地域住民の健康の保持及び増進に全人的に対応するために、ヘルスプロモーションを基盤とした地域保健、健康増進、プライマリーヘルスケア、リハビリテーション、福祉サービスに至る連続した包括的保健医療を理解し実践できる能力を身につける。

【行動目標】

1. 保健所の業務を説明できる。
2. 地域保健と医療との関連について説明できる。
3. 医療計画及び医療機能情報提供制度について説明できる。

2. 母子保健対策

【一般目標】

地域母子保健の持つ社会的意義と、関連事業や地域システムについて理解するために、保健所および市町村母子保健事業を経験し、乳幼児についても全人的な対応ができるよう適切な態度を身につける。

【行動目標】

1. 乳幼児健診ができる。
2. 小児慢性特定疾患等医療給付の申請書の記載ができる。
- * 3. 虐待防止のネットワークに参加できる。
- * 4. 予防接種の適切な問診ができる。

3. 成人・高齢者保健対策

【一般目標】

住民が住みなれた地域で安心して生活するために、医師として、地域における成人・高齢者保健システムを理解し、活用できる能力を身に付ける。

【行動目標】

1. 健康診査ができる。
2. 健康相談ができる。
3. 健康教育ができる。
4. 健康診査・検診の結果説明会に参加する。
- * 5. 地域住民の集団としての特徴を述べることができる。
6. 高齢者の保健医療システムを述べることができる。

4. 精神保健福祉対策

【一般目標】

精神障害者が住み慣れた地域で安心して暮らせるために、医師として精神保健福祉法および障害者自立支援法の主旨を理解するとともに、各種制度及び社会資源を活用して適正な対応ができる能力を身につける。

【行動目標】

1. 保健所等で行う地域精神保健福祉活動に参加する。
2. 精神障害者の相談を行うことができる。
3. 症例についてプレゼンテーションができる。

5. 感染症・エイズ対策

【一般目標】

医師として感染症の発生を予防し、感染拡大を防止するため、国及び地域の感染症対策を理解し、感染症発生時（診断時）及びその後の対応を身につける。

【行動目標】

1. 感染症法に基づく行政対応が理解でき、感染症の届出ができる。
2. 感染症に関する情報を収集し活用できる。
3. 患者・感染者の人権に配慮した対応ができる。
4. 感染症・HIV/AIDSに関する保健医療福祉制度が説明できる。
- * 5. エイズ相談・エイズカウンセリングができる。
- * 6. 感染症の集団発生に対して適切に対応できる。

6. 結核対策

【一般目標】

医師として、地域における結核の蔓延を防止するために、感染症法に基づいて、患者・家族・地域住民の人権に配慮しつつ、住民の結核予防と、結核患者が適切な療養を受けられる環境を提供する能力を身につける。

【行動目標】

1. 感染症法に基づき結核の届出や公費負担申請書が記入できる。
2. 結核健康診断ができる。
3. 結核の標準治療を理解する。
4. 患者家族・接触者の感染不安に配慮することができる。
- * 5. 結核管理図や結核サーベイランス等の情報を活用できる。
- * 6. 服薬支援事業(DOTS)、病院訪問、家庭訪問等の地域における患者支援に参加する。
- * 7. 定期的予防接種(BCG)事業に参加する。

7. 難病対策

【一般目標】

地域で生活している難病患者及び家族が安心して暮らせるために、難病に係る制度・サービスを理解し、家族会や関係機関との連携の中で、支援システム・ネットワークにおける医師の役割を身につける。

【行動目標】

1. 地域での難病対策事業に参加する。
2. 臨床調査個人票の作成ができる。
3. 担当症例のプレゼンテーションができる。
- * 4. 患者会等の意義を理解し、支援することができる。
- * 5. 難病患者の在宅支援事業に参加する。

8. 健康づくり

【一般目標】

地域とともに健康づくり活動を実践できるようになるために、医師として、ヘルスプロモーションの理念に基づいた「健康日本21」および、「健康増進法」「高齢者医療確保法」を理解し、実践する技術を習得する。

【行動目標】

1. 地域における健康づくり活動を支援できる。

- 2. 生活習慣病予防のための健康教育ができる。
- * 3. 喫煙対策を実践できる。
- * 4. 保健統計を利用して、地域の健康課題を述べることができる。

9. 医療安全対策

【一般目標】

地域で安全、安心な医療サービスが提供できるように、医師として、医療機関の適正な運営ができる能力を身につける。

【行動目標】

- 1. 立ち入り検査に同行する。
- 2. 立ち入り検査で、麻薬等の管理状況を判断する。
- 3. 医療相談・苦情の対応に立ち会う。

10. 介護保険

【一般目標】

要介護高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するため、医師として、介護保険に係る制度・サービスを理解し、関係機関・関係者との連携の中で、適正な対応ができる能力を身につける。

【行動目標】

- 1. 介護認定システムを理解し、介護認定審査会等に参加する。
- 2. 適切な主治医意見書が作成できる。
- 3. 地域における介護サービスに参加する。
- 4. 介護予防事業について理解し、市町村の介護予防事業に参加する

11. 食中毒防止対策

【一般目標】

食品に起因する疾病に対応するために、関連する法・制度に基づき、医師として適正に対応できる能力を身につける。

【行動目標】

- 1. 食中毒が疑われる場合に、医師として適切な公衆衛生学的対応ができる。
- 2. 食中毒発生時の対策会議に参加する。
- 3. 食中毒の原因、症状、現状、予防について理解する。

12. 生活環境衛生対策

【一般目標】

環境に起因する疾病に対して、環境衛生行政を理解し、医師として適正に対応できる能力を身につける。

【行動目標】

- 1. アレルギーや化学物質過敏症の対策としての室内環境整備の方法を身に付ける。
- 2. 生活衛生の相談・苦情の対応に立ち会う。
- * 3. 飲料水など環境に起因する健康危機管理に参加する。

13. 人口動態統計

【一般目標】

人口動態統計（出生の動向、死亡の現状、婚姻、離婚及び死産の実態）の基礎となる死亡診断書等の正しい書き方を習得するとともに、人口動態統計を用いて地域特性を把握することができる

【行動目標】

1. 死亡診断書を正しく書くことができる。
- * 2. 地域の人口動態統計を用いて地域特性を説明できる。

14. 健康危機管理

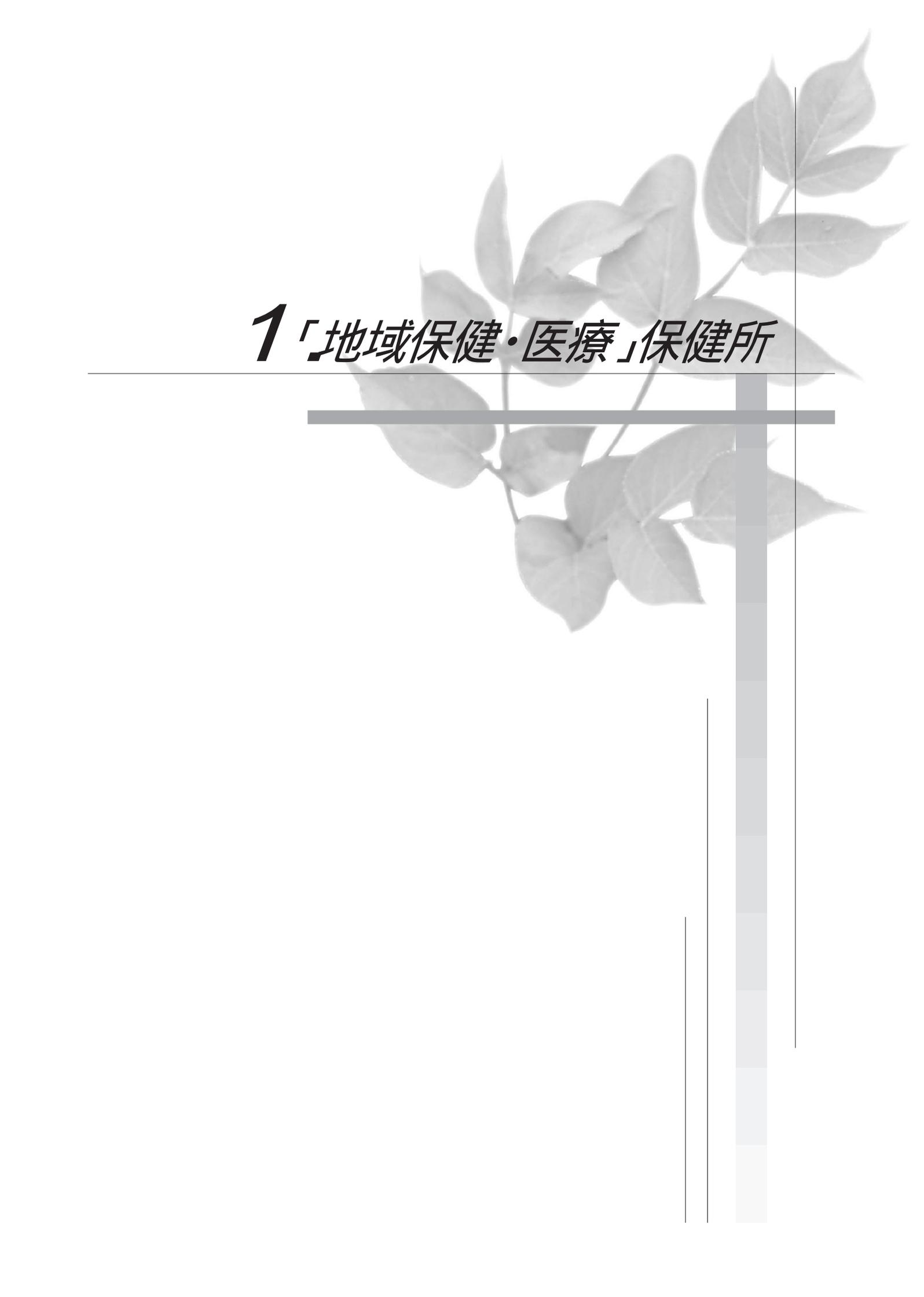
【一般目標】

地域における健康危機管理の拠点である保健所や関係機関の役割を理解するとともに、医師の視点から健康危機管理の方法を学ぶ。

【行動目標】

1. 健康危機管理の拠点としての保健所の役割を説明できる。
2. 地域における健康危機管理の対応を説明できる。
3. 新型インフルエンザ対策について説明できる。
4. 各健康危機事例を分類し、評価することができる。
5. 健康危機に際し、的確に判断や指示ができる。（シミュレーション）

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目



1 「地域保健・医療」保健所

1. 「地域保健・医療」保健所

【一般目標】

医師として、地域の住民の健康の保持及び増進に全人的に対応するために、ヘルスプロモーションを基盤とした地域保健、健康増進、プライマリーヘルスケア、リハビリテーション、福祉サービスに至る連続した包括的保健医療を理解し実践できる能力を身につける。

【行動目標】

1. 保健所の業務を説明できる。
2. 地域保健と医療との関連について説明できる。
3. 医療計画及び医療機能情報提供制度について説明できる。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|---------------------|----|----|
| 1. 保健所が行う連携会議へ参加する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 保健所が行う研修会へ参加する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 医療制度改革について説明する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 保健所の業務を説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 地域保健と医療との関連について説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 医療計画及び医療機能情報提供制度について説明できる。 | A | B | C | D | E |

【解説】

1. 医師と地域保健

憲法第 25 条、医師法第 1 条により、医師は国民の生存権を保障するために公衆衛生の向上及び増進に寄与することが務めであると解釈される。今日の複雑な社会においては、さらに、医療の社会性や予防医療に関連した基本的な態度、技能、知識を身に付ける事が求められている。

日本国憲法第 25 条【国民の生存権と国の社会的義務】

すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

医師法第 1 条【医師の任務】

医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、国民の健康な生活を確保するものとする。

2. 保健所と根拠法令

保健所は「地域保健法」において、都道府県、指定都市、中核市、政令市、特別区が設置することとされ、平成 19 年 4 月 1 日現在で 518 保健所がある。

47 都道府県(394 保健所)、17 指定都市(58 保健所)、35 中核市 (35 保健所)、8 政令市 (8 保健所)、23 特別区 (23 保健所)

地域保健法では、保健所は、地域保健に関する思想の普及・向上、統計、栄養改善及び食品衛生、環境衛生、医事及び薬事、保健師に関する事項、公共医療事業の向上・増進、母子保健・老人保健、歯科保健、精神保健、難病、感染症、衛生上の試験及び検査などの企画、調整、指導及び必要な事業を行うことが規定されている。また、所管区域に係る地域保健に関する情報の収集・整理・活用や調査・研究、さらに都道府県保健所には所管区域内の市町村相互間の連絡調整や必要な援助が規定されている。

各分野ごとに多くの法令（感染症法、検疫法、予防接種法、学校保健法、精神保健福祉法、母子保健法、児童福祉法、老人福祉法、介護保険法、健康増進法、食品衛生法、旅館業法、公衆浴場法、理容師法、美容師法、狂犬病予防法、医療法、死体解剖保存法、薬事法、麻薬及び向精神薬取締法、覚せい剤取締法、毒物劇物取締法、保健師助産師看護師法、歯科衛生士法など）が整備されている。法律条文に保健所ないし保健所長が規定されているもののほか、地方自治体において知事権限が保健所長に事務委任されているものが多い。

3. 臨床医の義務や責務

各種法令において臨床医には届出義務、守秘義務のほか様々な責務を課している場合が多い。保健所における研修においては、保健所の事務事業だけではなく、行政や地域保健の現場の視点で臨床医を見つめる絶好のよい機会であろう。

§ 医師の届出義務

項目	届出先	届出事項	罰則	根拠法
食中毒	最寄の保健所長	食中毒患者（疑い者含む、死体検案含む）について直ちに届出；58条	1年以下の懲役又は100万円以下の罰金	食品衛生法
感染症	最寄の保健所長	新感染症、一類～四類感染症の患者について直ちに届出、五類感染症の患者については7日以内に届出；12条 結核患者の入院及び退院は7日以内に届出；53条の十一	50万円以下の罰金（12条違反）	感染症法
精神	最寄の保健所長	入院中の精神障害者で措置入院要件に該当すると認められるものから退院の申出があったときは直ちに届出；26条の二 医療保護入院を行ったとき及び退院させたときは10日以内に届出；33条7、33条の二 措置入院及び医療保護入院患者について定期的に報告；38条の二	10万円以下の過料（38条の二違反）	精神保健福祉法
不妊手術 人工妊娠中絶	都道府県知事	その月中の手術の結果を取りまとめて翌月10日までに理由を記して届出；25条	10万円以下の罰金	母体保護法
麻薬 向精神薬	都道府県知事	受診者が麻薬中毒者であると診断したときは速やかに届出；58条の二 麻薬取扱者が滅失、盗取、所在不明その他の事故が生じたときは速やかに届出；35条 麻薬診療施設の開設者が調剤麻薬を廃棄したときは30日以内に届出；35条2 麻薬管理者が毎年11月30日まで届出（所有した品名、数量）；48条 向精神薬取扱者が滅失、盗取、所在不明その他の事故が生じたときは速やかに届出；50条の二十二	6ヵ月以下の懲役又は20万円以下の罰金（58条の二違反、35条違反）、1年以下の懲役又は20万円以下の罰金（35条虚偽届出）、20万円以下の罰金（48条違反、50条の二十二違反）	麻薬及び向精神薬取締法
覚せい剤原料	都道府県知事	覚せい剤原料の喪失・盗難・所在不明のときに速やかに届出（品名、数量、その他）；30条の十四	1年以下の懲役又は20万円以下の罰金	覚せい剤取締法
医事	都道府県知事	病院等の開設許可（病床数・種別その他の変更含む）；7条 診療所を開設したとき（8条）、病院・診療所の休止、再開（8条の二）、廃止、開設者死亡したとき（9条）は10日以内に届出 診療用のX線装置を備えたとき等に届出；15条3	6ヵ月以下の懲役又は30万円以下の罰金（7条違反）、20万円以下の罰金（8条、8条の二、9条違反）	医療法
医籍登録	都道府県知事	2年ごとに年末現在の氏名、住所、その他について翌年1月15日までに届出；6条3	50万円以下の罰金	医師法
異状死体	所轄警察署	死体又は死産児（妊娠四ヵ月以上）を検案して異状があると認めた場合は24時間以内に届出；医師法21条 死体解剖した者がその死体について犯罪と関係のある異状があると認めたときは24時間以内に届出；死体解	50万円以下の罰金（医師法21条違反）	医師法 死体解剖保存法

		剖保存法 11 条		
治験	厚生労働大臣 (医薬品医療機器審査センター)	治験の依頼又は実施しようとする者は予め治験計画を届出(緊急やむを得ない場合は治験開始後 30 日以内に届出); 80 条の二 2 治験の依頼・実施者が副作用によると疑われる疾病・障害・死亡・感染症の発生その他を知ったときに報告; 80 条の二 6	30 万円以下の罰金 (80 条の二 2 違反)	薬事法
副作用	厚生労働大臣	医薬品又は医療機器の副作用等によると疑われる疾病・障害・死亡又は感染症の発生に関する事項を知った場合に保健衛生上の危害の発生又は拡大を防止するため必要があると認めるときに報告; 77 条の四の二 2		薬事法
児童虐待	市町村、福祉事務所もしくは児童相談所又は児童委員	児童虐待を受けた児童を発見した場合に通告; 6 条		児童虐待防止法
高齢者虐待	市町村	虐待を受けたと思われる高齢者を発見した場合に通報; 7 条		高齢者虐待防止法

※知事への届出は保健所長に委任されているものもある

3. 市町村保健センター

身近で利用頻度の高い保健サービス(健康相談、保健指導、健康診査、健康増進事業など)を実施する施設として市町村保健センターが地域保健法に規定され、保健師や管理栄養士等が配置されている。市町村保健事業は直営で実施されるだけでなく、医療機関委託で行われている場合が少なくない(予防接種事業、健康診査事業など)。市町村保健事業を実施するにあたっては、児童福祉、高齢者福祉・介護保険、障害者福祉等の市町村福祉部門や保健所、学校、医療機関、福祉施設その他関係機関との連携が重要である。また、平成 20 年度から、高齢者医療確保法に基づき、医療保険者(国民健康保険、組合健康保険、政府管掌健康保健など)に 40~74 歳を対象に「特定健診・保健指導」の実施が義務付けられたが、特定健診・保健指導と市町村事業(がん検診や高齢者の生活機能評価等)との連携がますます重要になっている。

4. 医療計画

都道府県による医療計画の策定が医療法に規定されている。従来の医療計画では、医療圏の設定、基準病床数の算定、地域医療支援病院の整備目標、医療機関施設相互の機能分担、救急医療の確保、へき地医療の確保、医療従事者の確保等が記載されてきたが、新医療計画においては、「住民・患者」、「医療提供者」、「都道府県」の 3 つの視点から、4 疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び 5 事業(救急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療)の目標・医療連携体制・医療圏の設定、医療機能に関する情報提供の推進、居宅における医療の提供、医療安全の確保についても記載しなければならない。

新医療計画によって、「医療機関完結型医療」から「地域完結型医療」への転換が図られ、そのツールの一つとして「地域連携クリティカルパス」の活用が期待されている。なお、圏域における医療連携体制の構築にあたっては、保健所が圏域連携会議等を通じ、医師会等と協同して調整することになっている。

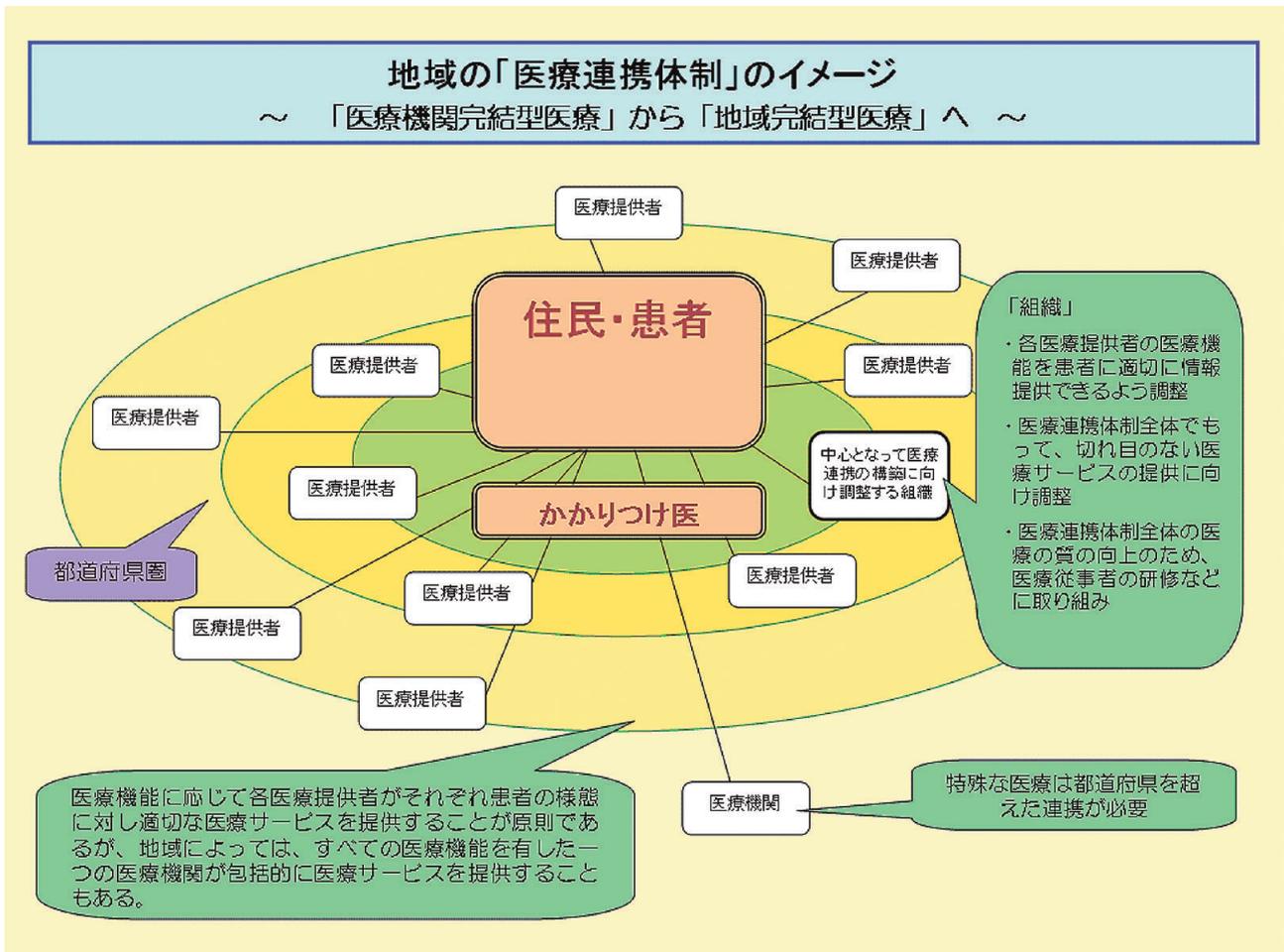
5. 医療機能情報提供制度

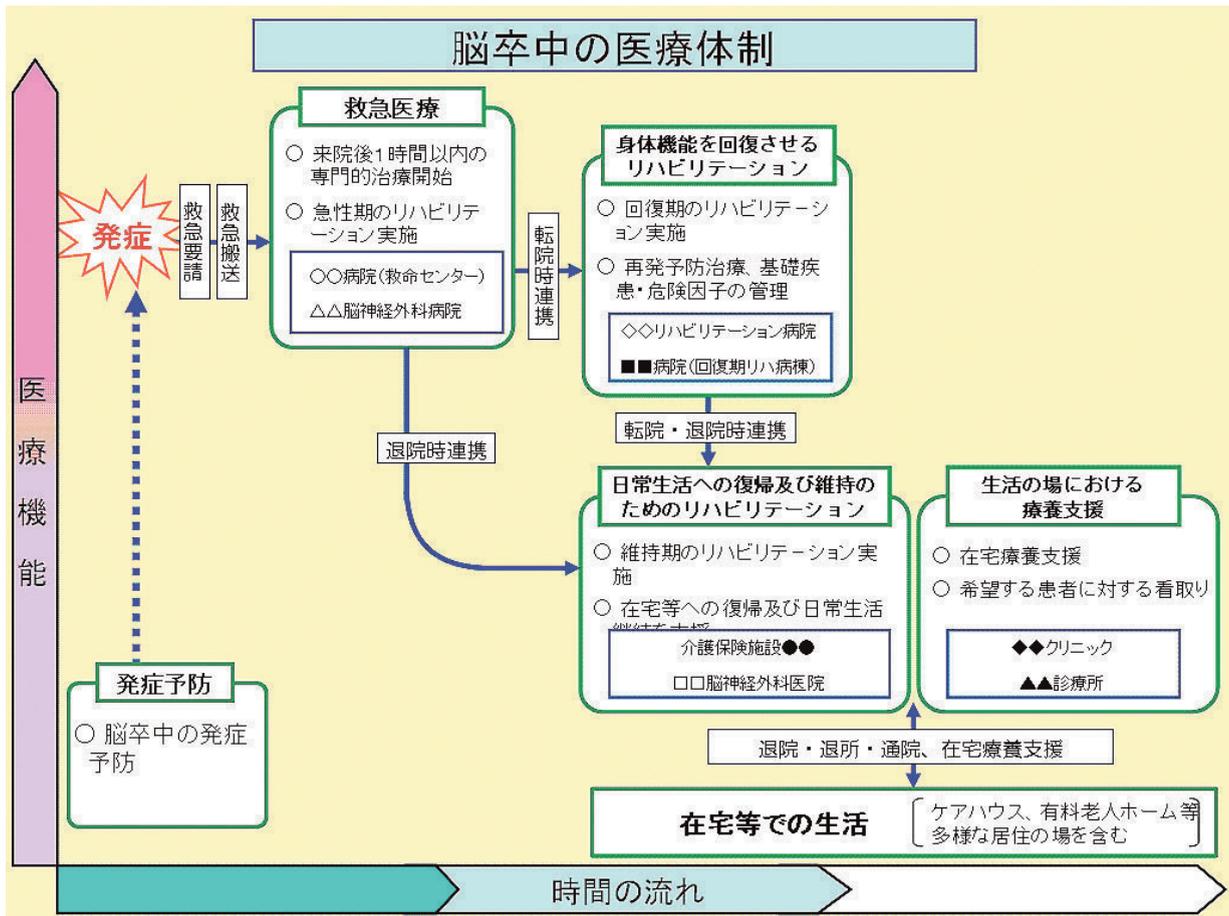
改正医療法に基づき、医療機関の管理者は毎年、一定の医療機能情報を都道府県知事に報告するとともに、医療機関において閲覧に供しなければならない。都道府県知事は報告された事項についてインターネット等で公表するとともに、医療安全支援センターにおいて住民・患者の相談・助言に対応しなければならない。また、報告された医療機能情報は、4疾病及び5事業の医療連携体制の構築等に活用される。

医療広告の見直しにより広告できる事項が拡大されているが、各医療機関では、国の医療広告ガイドラインに基づき対応する必要がある。保健所は医療機関の立入検査等を通じ、必要な指導を行っている。

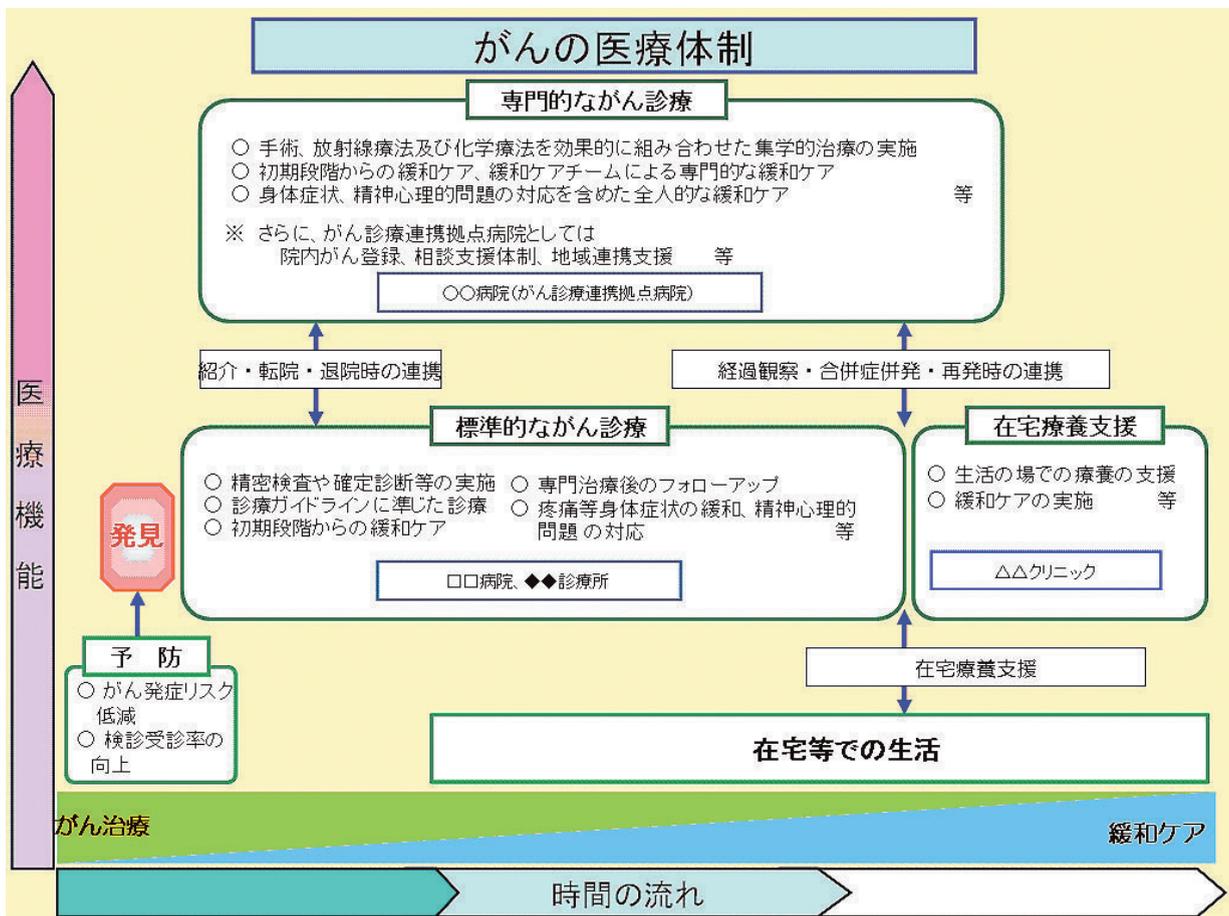
(担当 大江 浩)

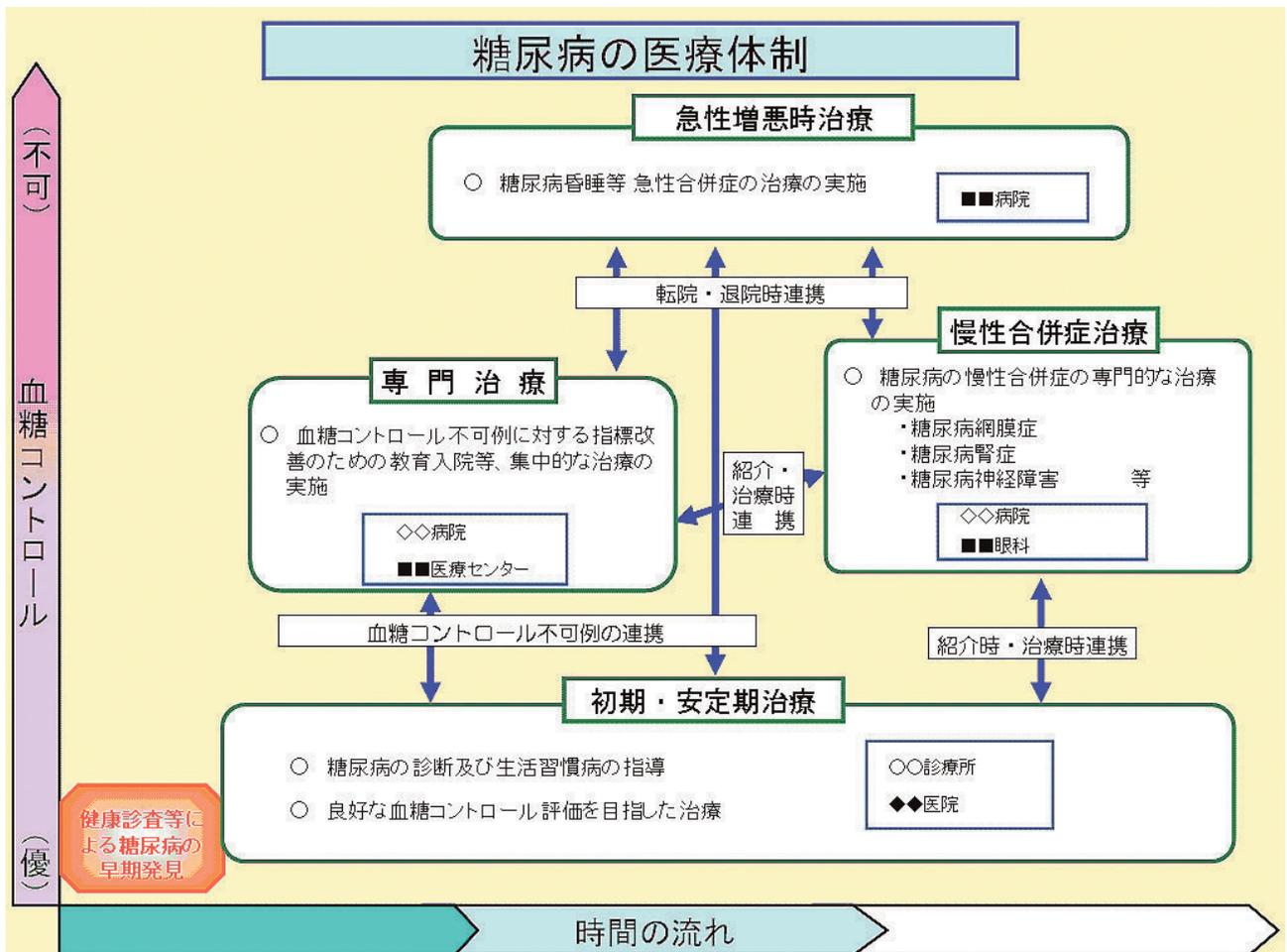
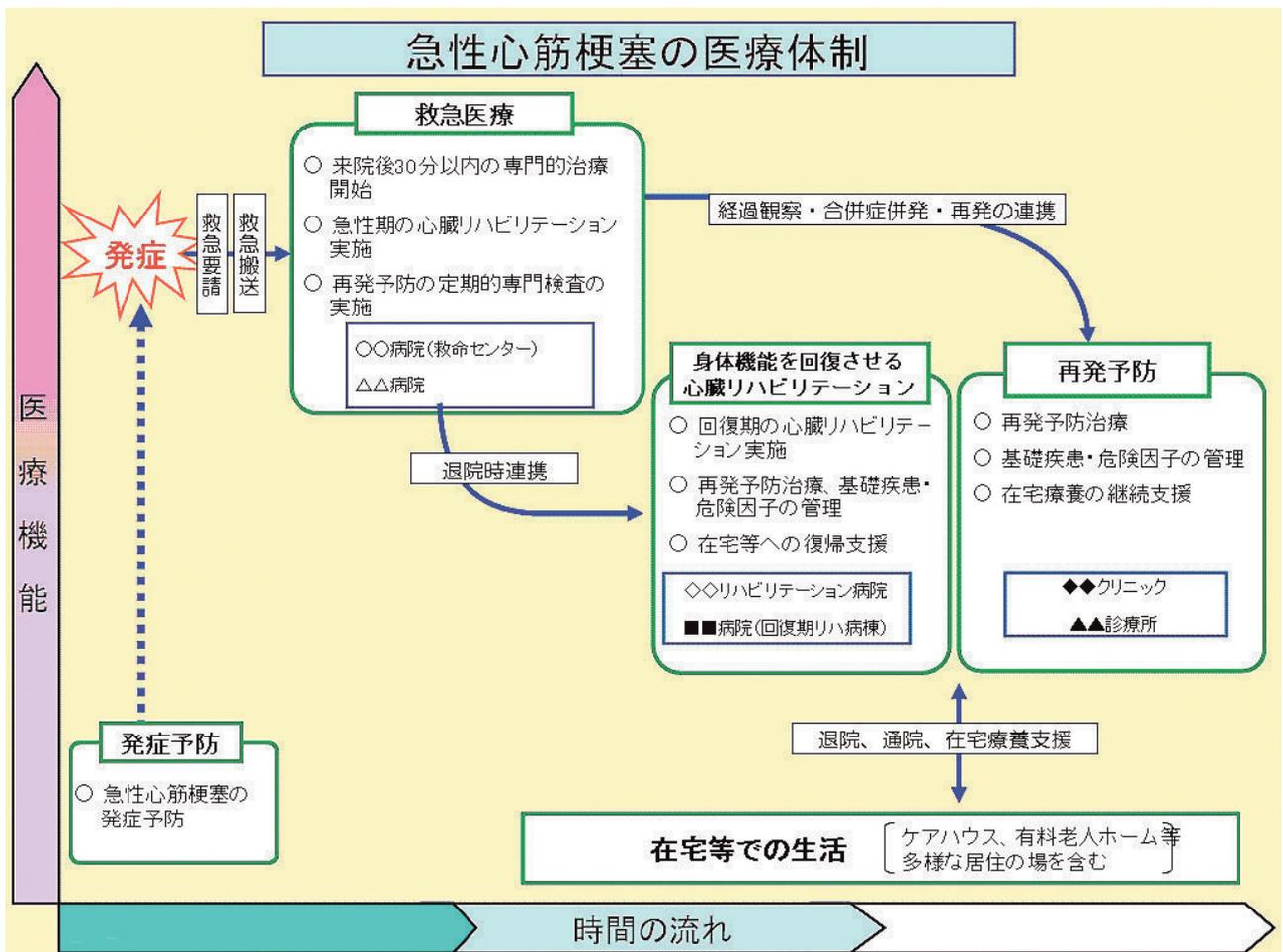
【資料】 厚生労働省資料より



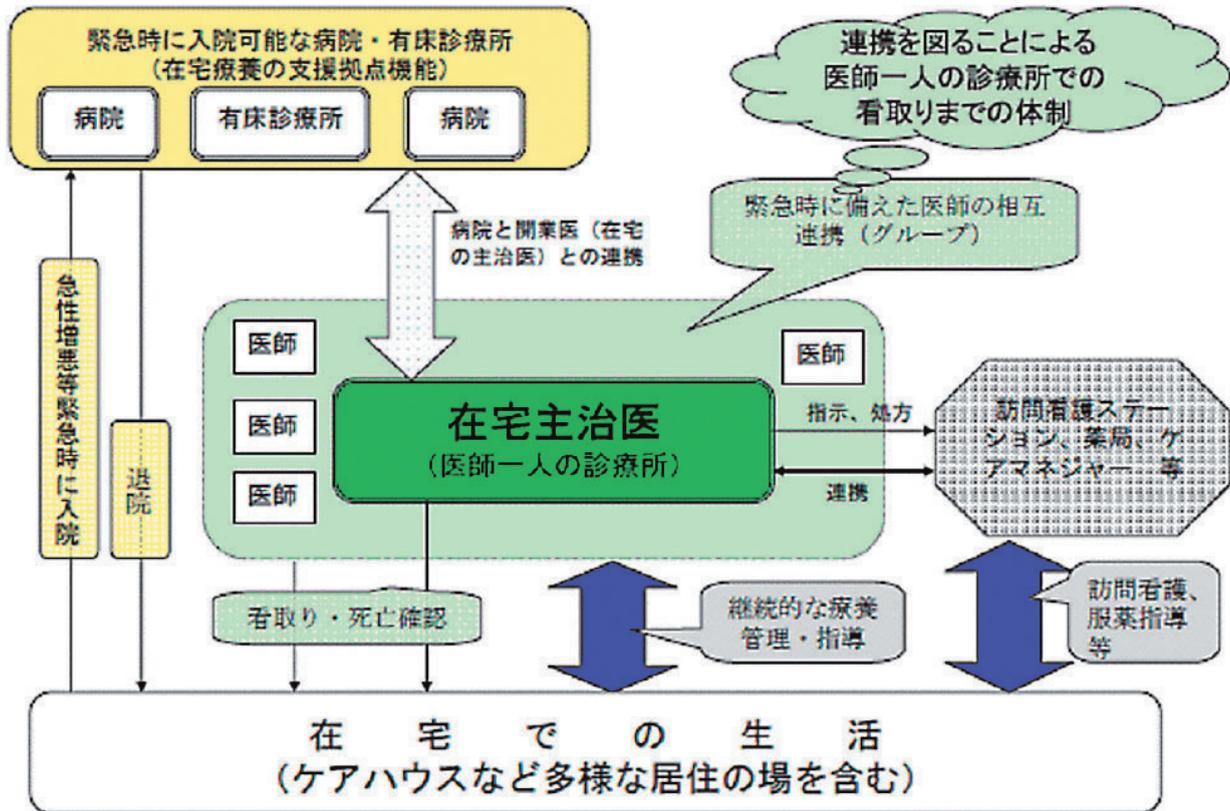


<http://www.rhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1031-5e.pdf> より





在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



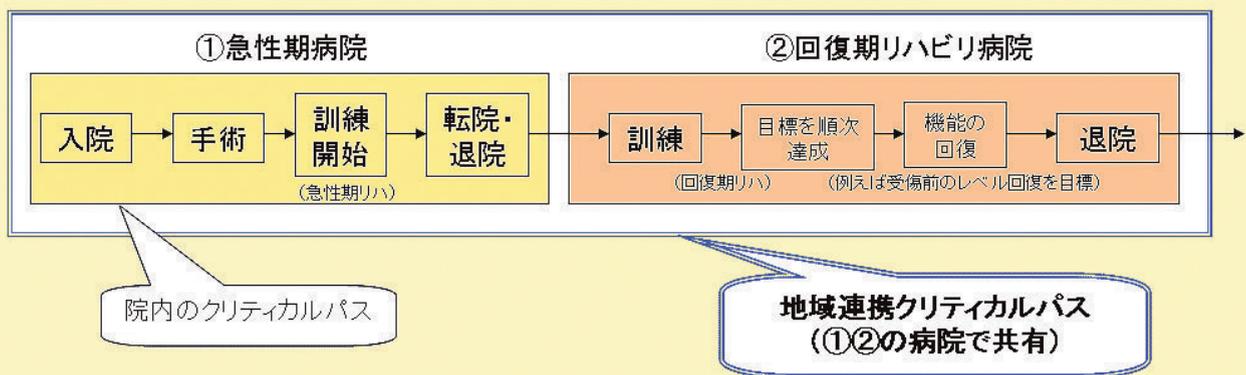
地域連携クリティカルパス

《クリティカルパスとは》

- 良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。

《地域連携クリティカルパスとは》

- 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
 - 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
 - 内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示。
 - 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすむなど、転院早々から効果的なリハビリを開始可能。



医療連携の取組(青森県)

脳梗塞(患者用)パターン1 60日パス
(むつ総合病院・大間病院→むつリハビリテーション病院→在宅)

施設名	むつ総合病院・大間病院					むつリハビリテーション病院				在宅		
	入院日 (ア)	3日目 (イ)	6日目 (ウ)	7日目 (エ)	退院日(14日目) (オ)	4週(28日目) (カ)	8週(56日目) (キ)	8週～ (ク)	退院(60日目) (ケ)	2週間後 (コ)	1ヵ月後 (ク)	6ヵ月後 (コ)
目標	○新たな症状が出ないようになる。 					○リハビリに積極的に参加できる ○身の回りのことが自分でできる ○自宅に帰ることができる				○自宅で生活できる 		
検査	○脳梗塞の状態を調べる検査があります。 ○検査については、直日の夕方看護士が説明します。					○状態に応じて脳梗塞の検査があります				○検査については看護士が説明します。		
治療	○医師の指示により、点滴や薬による治療を行います。 ○他院の薬をお持ちの方はお申し出下さい。 (医師の指示により中止又は変更になることにもあります) ○聴覚減入で薬の服用不足をすることがあります。					○必要時薬がでます。 ○状態に応じて薬による治療が継続します				○検査結果の説明があります ○検査については看護士が説明します。		
状態のチェック	○1日1～2回血圧測定をします。 ○朝と夜に体温測定をします。					○毎日血圧測定をします。○外泊します				○定期的に血圧を測定します。 		
移動法	○ベッド上で過ごします。 ○ベッド上で少しずつ起き上がります。					○回復状態に応じて車椅子に移ります。○多歩行する準備をのびます				○多歩行します。 		
食事	○食事内容は状態に応じて変わります。おから湯まで管を入れて栄養をとることもあります。 ○状態に応じて身体を清潔に保ちます。入浴できない場合は看護士が身体を拭きます。					○食事をとる練習をします。○お湯でシャワー浴ができます。				○自分で食事がとれます。 ○入浴できます。 		
排泄	○ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します。おしっこのお管を入れることもあります。○状態に応じてベッドからトイレまで歩行します。					○トイレの練習をします。○機能回復の訓練をします。 ○退院前に自宅を訪問し、状況を把握します。 ○自宅を歩いたリハビリを行います ○自宅での生活方法を指導します				○必要な場合は自宅改修の指導をします。 ○(必要時)退院前訪問があります。 ○(必要時)訪問リハビリがあります。 		
ご本人・ご家族への説明	○医師から病気や入院中の治療計画について説明があります。 ○看護士から入院生活について説明があります。 ○入院中は定期的に薬剤師からお薬についての説明があります。					○検査結果の説明があります ○転院の準備について説明があります。				○医師から入院中の治療計画について説明があります。 ○外泊についての留意点について説明があります。 ○退院後の生活について説明があります。		
相談	○次の事項を確認します。 - 介護保険を申請しているかどうか。 - 入院について介護支援専門員に連絡が通っているかどうか。					○必要時、医師・看護士・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと相談後のことについて相談します。 ○必要な書類がそろっていない場合は、お早めにご準備下さい。(介護保険見直し、その他) ○介護保険の申請をします。				○必要時、医師・看護士・ケアマネジャー・リハビリ担当者などと相談します。 ○必要時、住宅改修などの相談をします。 ○必要な書類がそろっていない場合は、お早めにご準備下さい。 ○必要に応じて住宅改修の指導をします。 ○ケアマネジャーが在宅でケアプランを作ります		
窓口	○病棟看護士長にご相談ください。					○病棟看護士長にご相談ください。				○ケアマネジャーにご相談ください。		

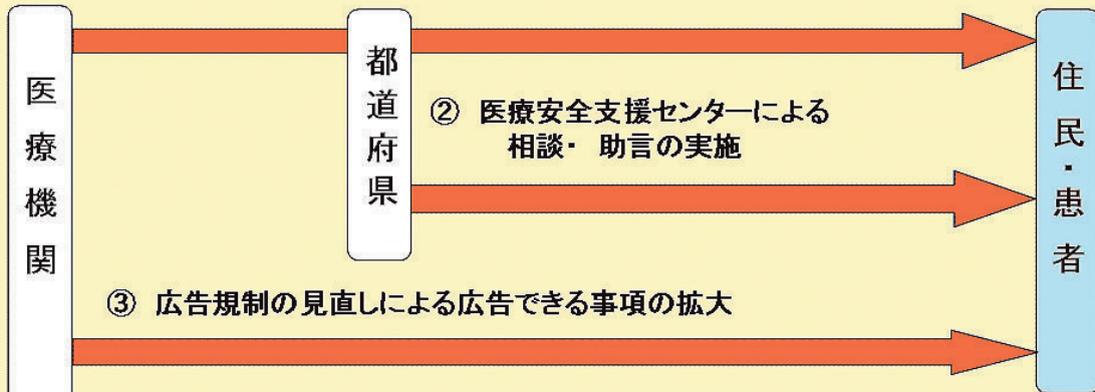
* 状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談ください。

地域連携バス(下北圏域)

患者等への医療に関する情報提供の推進

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。

① 都道府県による医療機関情報の集約と公表



④ 入退院時における治療計画等の文書による説明の義務付け等

⑤ インターネット等による広報についてガイドライン作成による信頼性の確保(運用)

医療機関の医療機能に関する情報【病院】（抜粋）

1.管理・運営・サービス・アメニティに関する事項	
(1) 基本情報	
1	病院の名称 正式名称(フリガナ)、英語表記(ローマ字表記)
2	病院の開設者
6	診療科目
(3) 院内サービス等	
18	医療に関する相談に対する体制の状況 医療に関する相談窓口の設置の有無、相談員の人数
25	受動喫煙を防止するための措置
(4) 費用負担等	
30	クレジットカードによる料金の支払いの可否
2.提供サービスや医療連携体制に関する事項	
34	対応することができる可能な疾患・治療内容
37	健康診断、健康相談の実施 健康診断実施の有無及び内容、健康相談実施の有無及び内容
41	セカンド・オピニオンに関する状況 セカンド・オピニオンのための診療情報提供の有無、セカンド・オピニオンのための診療の有無及び料金
42	地域医療連携体制 医療連携体制に対する窓口設置の有無、地域連携クリティカルパスの有無
3.医療の実績、結果に関する事項	
48	入院診療計画策定時における院内の連携体制の有無
54	平均在院日数 前年度〇/〇～〇/〇の日数

The background features a faint, light gray illustration of a plant branch with several leaves, extending from the top right towards the center. A thick, dark gray horizontal bar is positioned below the text. On the right side, there are several vertical lines: a thin black line, a thicker gray line, and a thin black line, all extending from the top of the page down towards the bottom.

2. 母子保健対策

2. 母子保健対策

【一般目標】

地域母子保健の持つ社会的意義と、関連事業や地域システムについて理解するために、保健所および市町村母子保健事業を経験し、乳幼児についても全人的な対応ができるよう適切な態度を身につける。

【行動目標】

1. 乳幼児健診ができる。
2. 小児慢性特定疾患等医療給付の申請書の記載ができる。
- * 3. 虐待防止のネットワークに参加できる。
- * 4. 予防接種の適切な問診ができる。

【経験事項チェックリスト】

1. 乳児健診に参加する。	実施	見学
2. 1歳6か月児健診に参加する。	実施	見学
3. 3歳児健診に参加する。	実施	見学
4. 子育て支援サークルに参加する。	実施	見学
5. 両親学級・妊産婦教室に参加する。	実施	見学
6. 思春期健康教育に参加する。	実施	見学
7. 未熟児家庭訪問に同行する。	実施	見学
8. 低体重児訪問指導に同行する。	実施	見学
9. その他家庭訪問に同行する。	実施	見学
10. 療育相談に参加する。	実施	見学
11. 障害児ネットワーク会議に参加する。	実施	見学
12. 虐待防止ネットワーク会議に参加する。	実施	見学
13. 医療給付事務の受付に参加する。	実施	見学
14. 医療給付審査会に参加する。	実施	見学
15. 予防接種に参加する。	実施	見学
16. 母子保健関連施設を見学する。	実施	見学

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

1. 乳幼児健診の意義を理解し実施できる。	A	B	C	D	E
2. 小児慢性特定疾患等医療給付の申請書の記載ができる。	A	B	C	D	E
* 3. 子どもの虐待防止のネットワークを理解し適切な対応ができる。	A	B	C	D	E
* 4. 予防接種の意義を理解し適切な問診ができる。	A	B	C	D	E

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解 説】

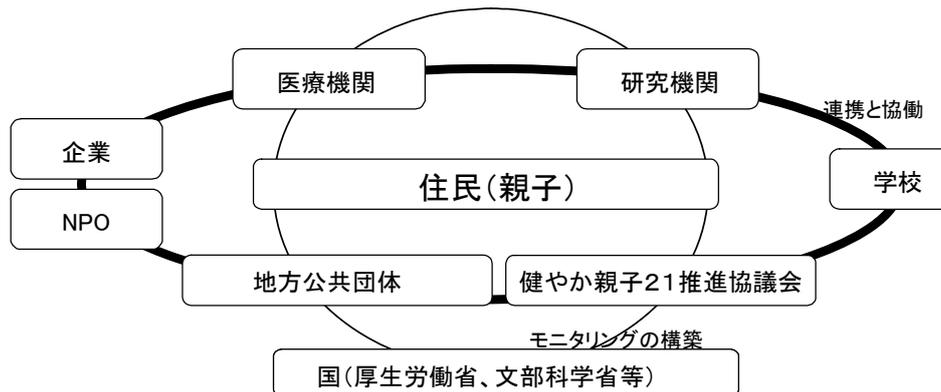
1. 母子保健事業の実際

育児支援は親のみならず社会全体の重要な課題であり、地域母子保健事業の多くは、育児支援の視点を持っている。母子保健事業はライフステージに沿って展開されており、相互に関連を持ってその情報が継続されていることを理解することが大切である。住民参加によるヘルスプロモーションの理念で推進されている「健やか親子21計画」（図2-1）、「次世代育成支援行動計画」（表2-1）が保健福祉施策にどのように反映されているかを確認する必要がある。

図2-1 「健やか親子21」について

21世紀における母子保健の国民運動
(2001～2010年)

課題	①思春期の保健対策の強化と健康教育の推進	②妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と赴任への支援	③小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備	④子どもの心の安らかな発達への促進と育児不安の軽減
主な目標 (2010年) ●: 中間評価により新たに追加した指標	○十代の自殺率(減少) ○十代の性感染症罹患率(減少) ●児童・生徒における肥満児の割合(減少)	○妊産婦死亡率(半減) ○産後うつ病の発生率(減少) ○産婦人科医、助産師の数(増加)	○全出生数中の低出生体重児の割合(減少) ○不慮の事故死亡率(減少) ●う歯のない3歳児の割合(80%以上)	○虐待による死亡数(減少) ○出産後1か月時の母乳育児の割合(増加) ●食育の取組を推進している地方公共団体の割合(100%)
親子	応援期 思春期	妊産婦期～産褥期 胎児期～新生児期	育児期 新生児期～乳幼児期～小児期	育児期 新生児期～乳幼児期～小児期



「国民衛生の動向 2007年」より (p94 図1)

地域の母子保健施策は、平成12年の母子保健の国民運動計画「健やか親子21計画」、平成15年の「次世代育成支援行動計画」の背景としてある少子化対策、特に育児支援の視点が重要である。市町村ではその地域特性を盛り込んだ保健計画を作成、具体的な事業を展開しており、保健所はその推進支援をすると同時に、広域の周産期医療体制の整備や小児救急の充実など、都道府県の地域医療計画（医療法）に基づき推進していることを確認してみる。

主な母子保健事業には、母子健康手帳の交付、両親（妊婦）教室、低出生体重児訪問や未熟児訪問、乳幼児健診などがあるが、保健情報が母子健康手帳や訪問記録、健診カルテなどで継続的に活用されている。

実際に母子健康手帳の記録は様々な場面で活用されているので積極的に使用する。またその記述は、母性保護や父親の育児参加の観点から、産業保健分野、男女共同参画社会の推進との関連が盛り込まれている（図2-2）。

図 2-2 母子健康手帳（1 歳児に関する部分の抜粋）

保護者の記録【1歳の頃】（ 年 月 日記録）

年 月 日で1歳になりました。

○つたい歩きをしますか。 はい いいえ
（できるようになった時: 月 日頃）

○バイバイ、コンニチハなどの身振りを
 しますか。 はい いいえ

○テレビなどの音楽に合わせて、からだを
 楽しそうに動かしますか。 はい いいえ

○大人の言う簡単なことば（おいで、
 ちょうだいなど）がわかりますか。 はい いいえ

○相手になって遊んでやると喜びますか。 はい いいえ

○食事を3回、喜んで食べていますか。はい/いいえ はい いいえ
（食欲をなくさぬよう、また、むし歯予防のために、砂糖の多い
 飲食物を控えましょう。）

○どんな遊びが好きですか。（遊びの例: _____）

○育児の心配、かかった病気、感想などを自由に記入しましょう。

-24-

1 歳健康診査
 （ 年 月 日実施・ 歳 か 月）

体重 g	身長 . cm
胸囲 . cm	頭囲 . cm
栄養状態: 良・要指導	母乳: 飲んでいない・飲んでいる
1日に食事()回、おやつ()回	目線の位異(なし・あり・疑い) (眼位・その他)・()

健康・要観察

歯 の 状 態	E D C B A A B C D E	要治療のむし歯: なし・あり(本) 歯の汚れ: きれい・ふつ・きたない 歯肉の粘膜: 粘膜なし・あり() 不正咬合: なし・要注意 (年 月 日診査)
	E D C B A A B C D E	

指導事項

施設名又は・
 担当者名・

-25-

「母子保健法施行規則の別紙様式」より

表 2-1 次世代育成支援行動計画に盛り込む内容

- ①地域における子育て支援サービスの充実
- ②母性並びに乳児及び幼児等の健康の確保及び増進
- ③子供の心身の健やかな成長に資する教育環境の整備
- ④子育てを支援する生活環境の整備
- ⑤職業生活と家庭生活との両立の推進
- ⑥子供等の安全の確保
- ⑦要保護児童への対応などきめ細かな取り組みの推進

行動計画策定指針より（平成 15 年 8 月）

2. 母子保健事業の体系

母子保健事業は主に市町村が実施主体となって、保健指導・相談等、健康診査・検査、教室及び医療給付等が、妊産期から思春期にかけての親子を対象に系統的に行われている（表 2-2）。都道府県は市町村の連絡調整・指導・助言を行ったり、専門的なサービスを提供することとされている。これら母子保健事業の体系を理解した上で、各保健事業の果たしている役割等を考える必要がある。

表 2-2 母子保健事業の体系（神戸市の例、平成 18 年度）

	保健指導・相談等	健康診査・検査	教室	医療給付
妊婦	母子健康手帳交付 妊婦相談	妊婦健診	両親教室	妊娠中毒症等療養援護費支給
新生児	新生児訪問指導 産後ホームヘルプサービス	先天性代謝異常等検査	異常なし (5~6か月児) ずくずく赤ちゃんセミナー (乳幼児) 母子健康づくりグループ支援事業	未熟児養育医療給付
4か月	赤ちゃん安心ダイヤル 子育て支援室 母子訪問指導	乳幼児健診 (4か月児・9か月児・1歳6か月児・3歳児)	多胎児 多胎児の子育て教室	
9か月			極小未熟児子育て教室 ブックスタート グループカウンセリング 要観察 再健診 (フォロー健診)	
1歳6か月			未受診児対策 フッ化物塗布 要フォロー児の子育て教室 要精検 要医療	
3歳~	思春期ほっとダイヤル		障害児の子育て教室 2歳児虫歯予防教室 専門職によるデリバリー授業 思春期ピアカウンセリング 思春期アレルギー相談会	特定不妊治療費助成

※母子保健事業は、市町村によって内容が一部異なる

3. 療育相談・発達相談

療育相談・発達相談または家庭訪問では、母子の観察・問診を通じて必要な社会資源を想定でき、家族の障害に対する受け入れの状況に応じて、その支援ができなければならない。

乳幼児を疾病や障害で捉えるのではなく、家庭・育児環境とともに、社会の一員として全人的な対応が求められる。

ケース検討会やネットワーク会議などで、保健・医療・福祉・教育の円滑な連携のための医師の役割を理解する。

4. 乳幼児健診

乳幼児健診の目的を確認し、健診データの評価を行い、母子保健事業の改善に反映させる一連の流れを理解することが大切である。医師の他、保健師、栄養士、臨床心理・精神保健相談員、歯科医師・歯科衛生士などの他職種のチームワークが乳幼児健診では重要である。

乳幼児健診は乳児（多くは3～4か月）、1歳6か月児健診、3歳児健診が市町村で実施されており、発達や発育、疾病の発見の節目となる時期に設定され、月齢によって健診のポイントがある。

特に発育は、乳児期は体重増加を目安に、幼児期では発育のバランス（肥満、やせ）に注意する。発達は、乳児期では姿勢と運動に、幼児期ではさらに言語発達や社会性の芽生えに注目する。また最近では、育児環境の確認や健康の確認の機会としての乳幼児健診の意義も大きい（表2-3）。保護者の育児姿勢の観察や、幼児とのコミュニケーションを図り、健診従事者それぞれの専門の立場からの意見を尊重し、経過観察の必要性和方法を検討していく（表2-4）。

表2-3 乳幼児健診の意義

- | | | |
|------------------|---|---------------------|
| ①疾病や問題の早期発見、早期療育 | － | 健診事後管理体制の充実 |
| ②「健康」であることの確認 | － | 生涯にわたる健康習慣・生活リズムづくり |
| ③「発育・発達」の確認 | － | 保護者と共感する保健相談体制の整備 |
| ④「育児環境」の確認 | － | 育児支援の充実と虐待防止 |
| ⑤地域母子保健の現状を評価 | － | 健診情報の分析・施策への反映 |

表 2-4 母子保健法に基づいて行われる乳幼児健康診査の概要

<p>母子保健法に基づく乳幼児健康診査の実施</p> <p>第十二条 市町村は、次に掲げる者に対し、厚生労働省令の定めるところにより、健康診査を行わなければならない。</p> <p>一 満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児</p> <p>二 満三歳を超え満四歳に達しない幼児</p> <p>.....略.....</p> <p>第十三条 前条の健康診査のほか、市町村は、必要に応じ、妊産婦又は乳児若しくは幼児に対して、健康診査を行い、又は健康診査を受けることを勧奨しなければならない。</p> <p>① 1歳6か月児健康診査の項目</p> <p>母子保健法施行規則</p> <p>第二条 母子保健法（昭和四十年法律第百四十一号。以下「法」という。）第十二条の規定による満一歳六か月を超え満二歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。</p> <p>一 身体発育状況</p> <p>二 栄養状態</p> <p>三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無</p> <p>四 皮膚の疾病の有無</p> <p>五 歯及び口腔の疾病及び異常の有無</p> <p>六 四肢運動障害の有無</p> <p>七 精神発達の状況</p> <p>八 言語障害の有無</p> <p>九 予防接種の実施状況</p> <p>十 育児上問題となる事項</p> <p>十一 その他の疾病及び異常の有無</p> <p>② 3歳児健康診査の項目</p> <p>母子保健法施行規則</p> <p>第二条の2 法第十二条の規定による満三歳を超え満四歳に達しない幼児に対する健康診査は、次の各号に掲げる項目について行うものとする。</p> <p>一 身体発育状況</p> <p>二 栄養状態</p> <p>三 脊柱及び胸郭の疾病及び異常の有無</p> <p>四 皮膚の疾病の有無</p> <p>五 眼の疾病及び異常の有無</p> <p>六 耳、鼻及び咽頭の疾病及び異常の有無</p> <p>七 歯及び口腔の疾病及び異常の有無</p> <p>八 四肢運動障害の有無</p> <p>九 精神発達の状況</p> <p>十 言語障害の有無</p> <p>十一 予防接種の実施状況</p> <p>十二 育児上問題となる事項</p> <p>十三 その他の疾病及び異常の有無</p>

5. 母子保健関係給付事業

医療の持つ社会的側面を考えると、公費負担制度の意義を理解し適正な運用を図ることが重要である（表2-5）。小児慢性特定疾患、育成医療、未熟児療育医療などの母子保健関連の給付事業はその申請に際し正確な情報の記載が求められ、特に小児慢性特定疾患では、診査に必要な検査データや今後の治療方針などが問われる（図2-3）。

記載が不十分であると、診査会で追加の情報提供を求められたり、給付の遅れ、不承認など患者の不利益に直結するので、正しく記載されなければならない。

表2-5 乳幼児を対象とする公費負担医療

	未熟児	小児慢性特定疾患	障害児	結核
事業名	未熟児養育医療	小児慢性特定疾患治療研究事業	自立支援医療（育成医療）	結核児童療育医療
実施主体	都道府県・指定都市・その他の保健所設置市・特別区	都道府県・指定都市・中核市	都道府県・指定都市・中核市	都道府県・指定都市・中核市
事業の趣旨	未熟児に対する入院医療費についての医療保険の自己負担分を給付	小児がん等小児慢性特定疾患に罹患している児童に対し、治療の普及促進を図り、併せて医療保険の自己負担分を給付	身体に障害のある児童に対し、必要な医療について医療保険の自己負担分を給付	結核の児童に対し、学習品、日用品を支給するとともに、医療保険の自己負担分を給付
対象者	出生児の体重が2000グラム以下の者や生活力が特に薄弱な者など	11疾患群514疾病の小児慢性特定疾患に罹患している児童	身体に障害のある児童または将来において障害児となるおそれのある児童のうち確実に治療効果が期待される児童	長期の入院治療を要する結核児童
給付内容	・入院医療費について医療保険の自己負担分	・対象疾病の治療研究に係る医療費について医療保険の自己負担分	・対象の機能障害の除去、軽減のために必要な医療費について医療保険の自己負担分	・入院医療費について医療保険の自己負担分 ・学用品、日用品の支給
対象年齢	1歳未満	18歳未満（引き続き治療が必要な場合には、20歳未満）	18歳未満	18歳未満
給付人員（17年度）	32,866人	123,804人	69,137人	22人
予算（19年度）	36億円	108億円	26億円	800万円

国民衛生の動向2007年」より（p98表5）

図2-3 小児慢性特定疾患医療意見書の例

小児慢性特定疾患（慢性心疾患）医療意見書（平成 年度）

受給者番号（ ）		新規（新規診断、転入 ^{注1)} （ ）、継続、再開					
患者	ふりがな 氏名	男女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳)
発症	昭・平 年 月 日		初診日	昭・平 年 月 日			
疾患 群	04 慢性心疾患	疾患名 ^{注2)}	ICD(、 、)				
該当する項目に○をつけ、()に記入して下さい。							
現在の症状 体重増加不良：有、無 体重(kg) 多呼吸：有、無 チアノーゼ：有、無 哺乳力低下(食欲不振)：有、無 易感染性：有、無 易疲労性(運動制限)：有、無 (小学生以上 NYHA：I、II、III、IV)							
現在の治療：強心薬、利尿薬、抗不整脈薬、抗血小板薬、抗凝固薬、 末梢血管拡張薬、βブロッカー、人工呼吸管理、酸素療法、その他()							
診断の根拠となった主な検査結果 (数値等を用いて具体的に記載、継続の場合は現在の状況) 心電図：正常、右室肥大、左室肥大、両室肥大、右房肥大、左房肥大 不整脈：無、有(診断名) 多源性：無、有 ^{注3)} 胸部X線：心胸郭比(%)、肺血流：正常、増加、減少 心エコー：未実施、実施(主な所見) 心臓カテーテル検査：未実施、実施(動脈血酸素飽和度 % 肺動脈圧 / (平均圧 mmHg)、右室圧 / 、左室圧 / 大動脈圧 / (平均圧 mmHg)、Qp/Qs= 、Rp/Rs=							
術後の残遺症、合併症または続発症 無、有： ※術後の残遺症、合併症、続発症が有の場合は必ずa～hの該当を記入して下さい。(該当するものに○) a. 肺動脈狭窄(右室-肺動脈圧較差20mmHg以上) b. 大動脈狭窄(左室-大動脈圧較差20mmHg以上) c. 大動脈再縮窄(圧差20mmHg以上) d. 房室弁逆流(2度以上) e. 半月弁逆流(2度以上：肺動脈弁、大動脈弁) f. 肺高血圧症(収縮期血圧40mmHg以上) g. 心筋障害 左室/体心室駆出率0.6以下(.) h. 不整脈(心室性期外収縮、上室性頻拍、心室性頻拍、心房粗細動、 高度房室ブロック) その他の特記すべき所見							
経過(これまでに行われた治療、その他の検査結果) 手術：未実施；不要、経過により必要、予定あり 実施；短絡手術、その他の姑息術() 2心室修復術、フォンタン手術 根治術不能 カテーテル治療：無、有(術式) 治癒、改善、不変、悪化、死亡、判定不能							
今後の治療方針 学校生活管理指導表の指導区分：A、B、C、D、E (幼児も同様の基準に準じる)							
治療見込 期間	入院	平成 年 月 日から平成 年 月 日					
	通院	平成 年 月 日から平成 年 月 日(回)					
上記の通り診断する 平成 年 月 日 医療機関所在地 名称 科 医師氏名 印							

注1) 転入の場合は、転入前の都道府県・指定都市・中核市名を記入して下さい。
注2) 疾患名は3つまで登録可能です。ただし、主となる疾患名を最も左側に
記入して下さい。この疾患名で対象の可否が判定されます。
注3) 心室性期外収縮の場合は、多源性の有無を記入して下さい。

6. 子どもの虐待予防

子どもの虐待（表2-6）については、その予防が重要であり、特に支援を要する家庭のケース検討会では、様々な専門職種や社会資源がその予防と家族の支援を行っている。情報の共有をし、関係者の役割を明確にすることが重要である。育児・家庭環境、予防接種未受診、発育不良など保健事業からそのサインを見つけることもある。出産後の母親のメンタルヘルスや育児不安に着目し、産科医療機関からの診療情報提供により保健所が訪問などを行なうシステムもある。

また、臨床の場では、外傷、火傷、硬膜下血腫、網膜出血や繰り返す救急外来受診ケースや、著しく発育が悪い児などに注意し、虐待の疑いがあれば児童相談所等に通告しなければならない（表2-7）。

各種母子保健事業から虐待防止、早期発見の視点を学び、医師の役割、医療機関の役割を地域の視点で捉えるとともに、虐待について防止のネットワークを理解し、適切な処置ができる必要がある。

表2-6 児童虐待の定義（児童虐待の防止等に関する法律第二条より）

この法律において、「児童虐待」とは、保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、児童を現に監護するものをいう。以下同じ。）がその監護する児童（十八歳に満たない者をいう。以下同じ。）について行う次に掲げる行為をいう。

- 一 児童の身体に外傷が生じ、又は生じるおそれのある暴行を加えること。
- 二 児童にわいせつな行為をすること又は児童をしてわいせつな行為をさせること。
- 三 児童の心身の正常な発達を妨げるような著しい減食又は長時間の放置、保護者以外の同居人による前二号又は次号に掲げる行為と同様の行為の放置その他の保護者としての監護を著しく怠ること。
- 四 児童に対する著しい暴言又は著しく拒絶的な対応、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力（配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）の身体に対する不法な攻撃であつて生命又は身体に危害を及ぼすもの及びこれに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動をいう。）その他の児童に著しい心理的外傷を与える言動を行うこと。

表2-7 児童虐待防止に係る医師等のかかわり（児童虐待の防止等に関する法律より）

①医師を対象とした研修等の実施

第四条の2 国及び地方公共団体は、児童相談所等関係機関の職員及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者が児童虐待を早期に発見し、その他児童虐待の防止に寄与することができるよう、研修等必要な措置を講ずるものとする。

②虐待早期発見の努力義務

第五条 学校、児童福祉施設、病院その他児童の福祉に業務上関係のある団体及び学校の教職員、児童福祉施設の職員、医師、保健師、弁護士その他児童の福祉に職務上関係のある者は、児童虐待を発見しやすい立場にあることを自覚し、児童虐待の早期発見に努めなければならない。

③国等への協力の努力義務

第五条の2 前項に規定する者は、児童虐待の予防その他の児童虐待の防止並びに児童虐待を受けた児童の保護及び自立の支援に関する国及び地方公共団体の施策に協力するよう努めなければならない。

④児童虐待に係る通告の義務

第六条 児童虐待を受けたと思われる児童を発見した者は、速やかに、これを市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所又は児童委員を介して市町村、都道府県の設置する福祉事務所若しくは児童相談所に通告しなければならない。

子どもを虐待から守る5か条

- その1 「おかしい」と感じたら迷わず連絡(通告)を
- その2 「しつけのつもり・・・」は言い訳
- その3 ひとりで抱え込まない
- その4 親の立場より子どもの立場
- その5 虐待はあなたの周りでも起こりうる

子どものこんなサインを見落としていませんか？

- ・ 不自然な傷や打撲のあと。
- ・ 着衣や髪の毛がいつも汚れている。
- ・ 表情が乏しい。
- ・ おどおどしている。
- ・ 落ちつきがなく、乱暴になる。
- ・ 親をさげようとする。
- ・ 夜遅くまで一人で遊んでいる。

7. 予防接種

市町村が実施する定期予防接種は、保健センター等で行う集団接種と医療機関で行う個別接種があり市町村ごとに扱いが異なっているが、近年は個別接種化の傾向にある（図2-4）。予防接種健康被害発生防止や医療過誤を防止するため、予防接種の問診は重要である（図2-5）。

接種に際しては、接種液及び接種量の確認、被接種者の確認、母子健康手帳の記録の確認、問診内容の確認が必要である。

図2-4 定期の予防接種

	対象疾病 (ワクチン)		接種		回数
			対象年齢等	標準的な接種年齢等	
一 類 疾 病	ジフテリア 百日せき 破傷風	沈降精製 DPT 混合 ワクチン	1 期初回 生後 3～90 月未満	生後 3～12 月	3 回
			1 期追加 生後 3～90 月未満 (1 期初回接種(3 回)終了後、6 ヶ月以上の 間隔をおく)	1 期初回接種(3 回)終了後、 12～18 月	1 回
		沈降 DT 混合 ワクチン	2 期 11～13 歳	11～12 歳	1 回
	ポリオ		生後 3～90 月未満	生後 3～18 月	2 回
	※麻しん ※風しん	乾燥弱毒生麻 しん風しん混合 ワクチン、 乾燥弱毒生麻 しんワクチン、 乾燥弱毒生風 しんワクチン	第 1 期(1 回目):生後 12～24 月	/	1 回
			第 2 期(2 回目):5 歳以上 7 歳未満であ って小学校就学の始期に達する日の 1 年前の日から当該始期に達する日の 前日までの間にあるもの		1 回
	日本脳炎		1 期初回 生後 6～90 月未満	3～4 歳	2 回
			1 期追加 生後 6～90 月未満 (1 期初回接種終了後、おおむね 1 年おく)	4～5 歳	1 回
			2 期 9～13 歳未満	9～10 歳	1 回
	結核	BCG ワクチン	生後 6 月未満 (地理的条件、交通事情、災害の発生そ 他の特別な事情によりやむを得ないと認め られる場合においては、1 歳未満)	/	1 回
二 類 疾 患	インフルエンザ		・65 歳以上の者 ・60 歳以上 65 歳未満であって、心臓、 腎臓もしくは呼吸器の機能または人免 疫不全ウイルスによる免疫機能に障害 を有する者として厚生労働省令に定め る者 (地理的条件、交通事情、災害の発生そ 他の特別な事情によりやむを得ないと認め られる場合においては、1 歳未満)	インフルエンザの流行シー ズンに間に合うよう通常、12 月中旬まで	毎年度 1 回

※麻しんと風しんについては、2008 年 4 月 1 日から 5 年間定期予防接種対象が、現在の第 1 期、第 2 期に加え、第 3 期（中学 1 年生相当世代）、第 4 期（高校 3 年生相当世代）に拡大される。

「国民衛生の動向 2007 年」より

図 2 - 5 予防接種予診表

様式第二

[予防接種予診票]

		診察前の体温		度 分	
住 所					
受ける人の氏名	男	生 年	平成	年	月 日生
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳 カ月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名 ()	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、 医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師署名又は記名押印			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
接種を希望しますか (接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所
Lot No.	m l	医師名 接種年月日 平成 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

※ワクチンのラベル色に合わせ、予診票の用紙色についても色分けされている。(BCG:青色、DPT:黄色、DT:若草色、破傷風:緑色、ポリオ:白色、麻疹:オレンジ色、風疹:桃色、日本脳炎:藤色)

【資料】

母子保健行政のあゆみ

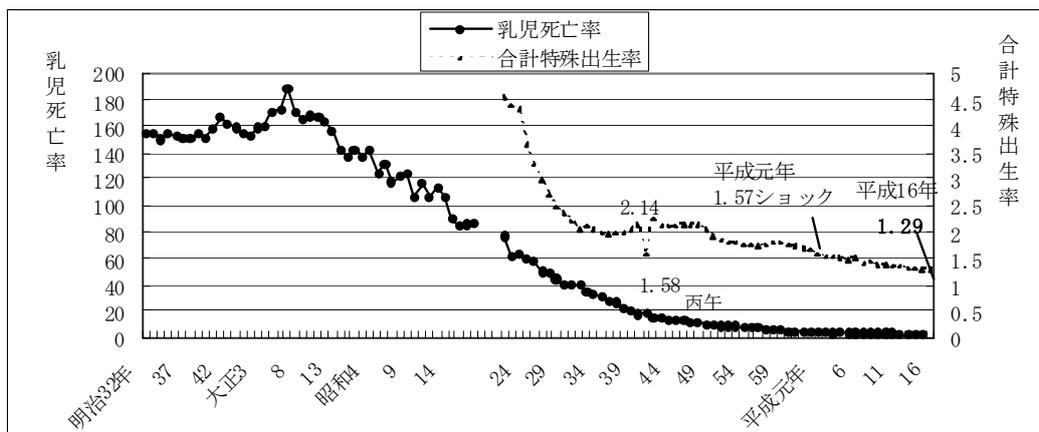
乳児死亡率は、明治、大正期には出生千対 150～160、昭和 15 年には 100 であった。戦前戦後とも母子保健を取り巻く状況は、乳児死亡、周産期死亡、妊産婦死亡など改善しなければいけない問題が多くあり、昭和 22 年には児童福祉法公布、23 年 9 月に母子衛生対策要綱の決定により、母子保健と福祉対策が進められていった。昭和 40 年 8 月に新たに母子保健法が制定され、それまで、児童と妊産婦を対象とする母子保健からさらに対象を広げ、妊産婦になる前段階から女性の一貫した総合的な母子保健対策として推進されることとなった。乳児死亡率は、昭和 40 年には 20 を割り、昭和 50 年には 10.0 となり以後毎年改善され、一桁台となり平成 14 年には、3.0 と世界最低率国となっている。妊産婦死亡率は平成 14 年には出産 10 万対 7.1 である。

平成 6 年 6 月には、住民により身近な母子保健サービスの提供を目指して、母子保健法が改正され、平成 9 年 4 月から 3 歳児健診等基本的な母子保健サービスは区市町村で実施されることになった。

平成 6 年 12 月にはおおむね 10 年間をめぐりに「今後の子育て支援のための施策の基本方向について」(エンゼルプラン) を策定した。平成 12 年 11 月には、これまでの母子保健の取り組みを踏まえ、妊産婦死亡や乳幼児の事故死の予防対策、思春期における健康問題、児童虐待などの親子の心の問題、小児医療や地域母子保健活動水準の低下防止等の課題を整理し、「健やか親子 2 1」が策定された。主要な課題は①思春期の保健対策強化と健康教育の推進、②妊娠出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援、③小児保健医療水準の維持向上、④子どもの心の安らかな発達の推進と育児不安の軽減が設定されている。

平成 15 年 3 月、少子化対策推進関係閣僚会議で政府は「次世代育成支援に関する当面の指針」を取りまとめ、同年 7 月に次世代育成支援対策推進法が成立した。すべての都道府県、市町村はこの法律に基づき、平成 16 年度末までに「行動計画」¹を策定することとされた。今後は、保健、医療、福祉、教育の各分野間での連携を図りながら、母子保健対策の推進を図ることとなった。

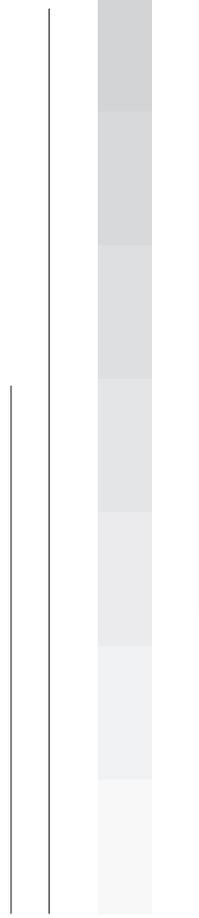
乳児死亡率と合計特殊出生率の推移



【参考資料】

1. 各都道府県の乳幼児健康診査マニュアル、母子健康診査マニュアル
2. 各地域の母子健康手帳、乳幼児健康診査票、小児慢性特定疾患申請要領、予防接種問診票
3. 関係法令等（母子保健法、予防接種法、児童虐待防止法、結核予防法、健やか親子 2 1 計画、市町村母子保健計画、次世代育成支援行動計画）
(担当 廣田洋子)

3 成人・高齢者保健対策



3. 成人・高齢者保健対策

【一般目標】

住民が住みなれた地域で安心して生活するために、医師として、地域における成人・高齢者保健システムを理解し、活用できる能力を身に付ける。

【行動目標】

1. 健康診査ができる。
2. 健康相談ができる。
3. 健康教育ができる。
4. 健康診査・検診の結果説明会に参加する。
- * 5. 地域住民の集団としての特徴を述べることができる。
6. 高齢者の保健医療システムを述べることができる。

【経験事項チェックリスト】

1. 特定健康診査に参加する。	実施	見学
2. 特定保健指導に参加する。	実施	見学
3. 電話による健康相談に参加する。	実施	見学
4. 面接による健康相談に参加する。	実施	見学
5. 生活習慣病予防のための健康教育を実施する。	実施	見学
6. 地域で行われている機能訓練(リハビリ)に参加する。	実施	見学
* 7. 歯周疾患検診に参加する。	実施	見学
* 8. 骨粗鬆症検診に参加する。	実施	見学
* 9. 地域での健康診査の結果を整理する。	実施	見学

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

1. 健康診査の意義を理解し実施できる。	A	B	C	D	E
2. 健康相談の意義を理解し実施できる。	A	B	C	D	E
3. 健康教育の意義を理解し実施できる。	A	B	C	D	E
4. 保健指導の意義を理解し実施できる。	A	B	C	D	E
5. 地域住民の集団としての特徴を述べることができる。	A	B	C	D	E
6. 高齢者の保健医療システムについて説明できる。	A	B	C	D	E

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

1. 地域における成人・高齢者保健

一次予防、二次予防、三次予防の基本的な考え方(表3-1)をもとに、地域における各種保健事業がどのようなしくみで実施されているのかを理解する。

また、高齢者を支える地域の仕組みとして、医療面だけでなく、住居や環境、ボランティア、NPO等が役割を果たし、社会全体で高齢者をサポートしていることを理解する。

表3-1 疾病予防の考え方

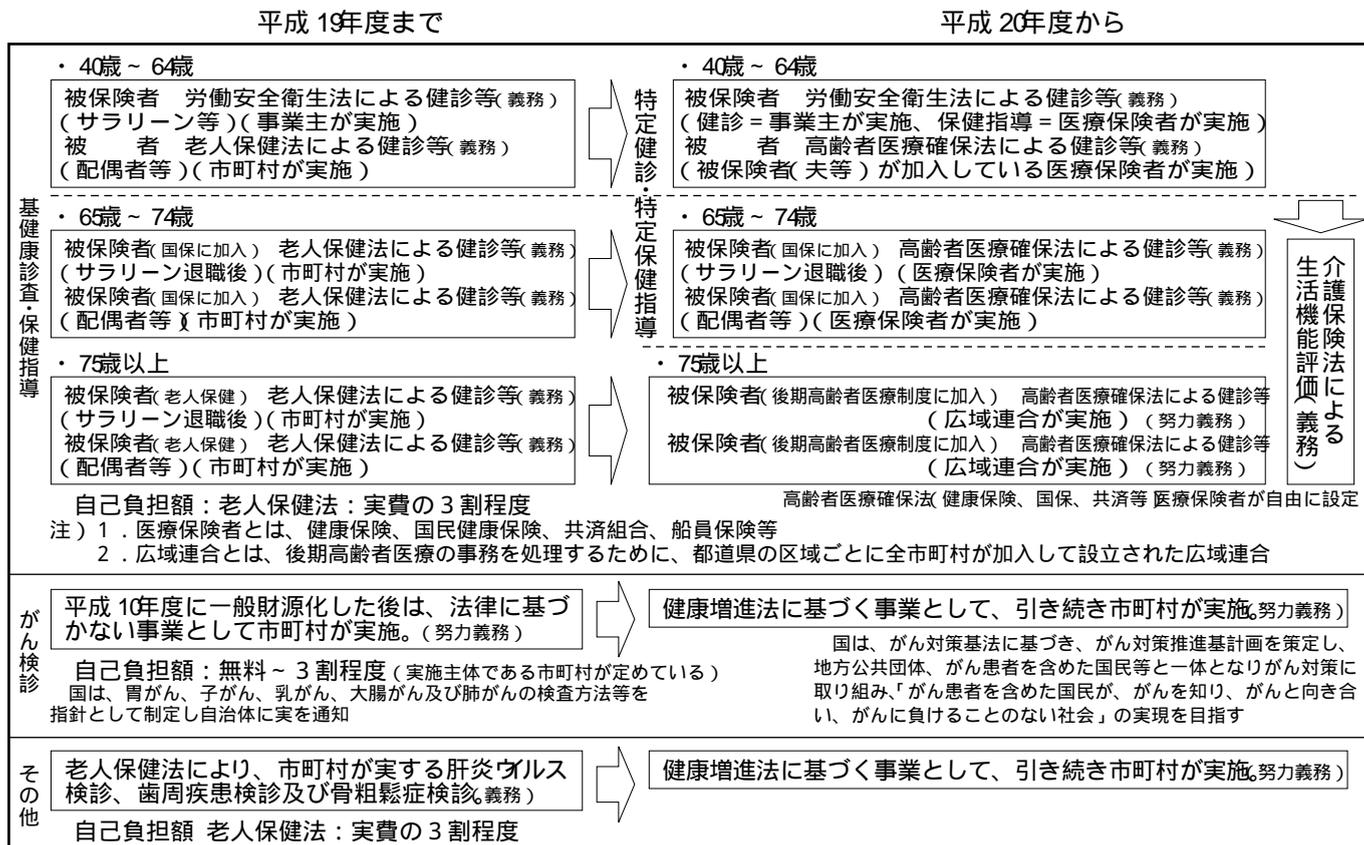
	1次予防	2次予防	3次予防
概念	健康な段階で行う予防	疾病の早期発見・早期治療	疾病の悪化防止と社会復帰
例	健康教育、栄養指導、食生活、環境、健康相談、施設の整備、運動指導、禁煙教室	健康診査、がん検診、適切な治療	機能訓練(リハビリテーション)
目標	罹患率の低下	死亡率、生存期間の延長	

(1) 老人保健法で導入された老人医療及び保健事業

日本における高齢化率が10%に達しようとしていた昭和57年に、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ること」を目的とした老人保健法が制定された。

老人保健法において導入された保健事業は、成人・高齢者保健の基本的な枠組みであるが、平成20年4月からは医療制度改革に伴い、特定健診・特定保健指導は高齢者医療確保法に、その他の保健事業は概ね健康増進法に基づいて実施される。(図3-1)。

図3-1 平成20年度からの保健事業体系



(2) 急速に進む高齢社会への対応 ～ゴールドプランから医療制度改革へ～

高齢社会に備えて、平成元年に高齢者対策強化を目的に高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）が策定された。ゴールドプランでは、市町村における在宅福祉対策の緊急実施、施設の緊急整備が図られた。

ところが予想以上に高齢化が進んだため、計画半ばの平成6年に全面的に改定され高齢者保健福祉計画（新ゴールドプラン）が策定された。新ゴールドプランでは、平成12年4月からの介護保険制度で生じる新たな需要に対応するため在宅介護の充実に重点を置き、「ヘルパーの数17万人の確保」、「訪問看護ステーション5,000箇所を設置」等为目标とした。その後、平成12年度から5年間の高齢者保健福祉計画（ゴールドプラン21）が策定され、①活力ある高齢者像の構築、②高齢者の尊厳の確保と自立支援、③支え合う地域社会の形成、④利用者から信頼される介護サービスの確立を基本的な目標として、「介護サービス基盤の整備」、「認知症高齢者支援対策」、「元気高齢者づくり対策」、「地域生活支援体制の整備」、「利用者保護と信頼できる介護サービスの育成」、「高齢者の保健福祉を支える社会的基礎の確立」等の施策が掲げられた。

その後、「介護保険制度の持続可能性」、「明るく活力のある超高年齢社会の構築」、「社会保障の総合化」を目指し、平成17年に介護保険法が改正され、新予防給付や地域支援事業などの予防重視の施策が推進されてきた。さらに、2006年には医療制度改革関連法が成立し（表3-2）、「メタボリック・シンドロームの概念を導入した生活習慣病対策の推進」、「健康診査や保健指導の医療保険者への義務づけ」、「療養病床の削減」、「後期高齢者医療制度の創設」等が行われている。

表3-2 医療制度改革大綱の基本的考え方

- | |
|---------------------------|
| ①安心・信頼の医療の確保と予防の重視 |
| ②医療費適正化の総合的な推進 |
| ③超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現 |

(3) 地域における成人・高齢者保健対策（健診については、後段にて解説）

①健康手帳の交付

健康手帳は、従来は老人保健法に基づき、平成20年4月からは健康増進法に基づき、市町村が40歳以上の住民に交付するものである。目的は健康診査の記録、医療の記録、健康の保持増進に必要な事項の記録をすることにより、住民自らの健康管理と適切な医療の確保を行うことである。

65歳以上の者に対しては、介護保険法に基づき、地域支援事業の介護予防事業として介護予防手帳が交付される。

②地域特性の把握

健康診査の結果をデータとして整理することで、地域特性を把握し、地域保健対策に活用することが可能となる。

③健康相談

住民が保健所、市町村保健センターへ直接来所して相談に来る場合と、家族が相談に来る場合とがあり、電話による相談も同様である。

④健康教育

生活習慣病、禁煙などについて、個別または集団に対して、1次、2次、3次予防の具体についての講話の他、グループディスカッションなど、工夫して行われている。

⑤行動変容に向けた取組

生活習慣病の要指導の対象者は、知識としては高血圧、高脂血症、糖尿病等が健康に良くないと認識しているものの、食事、運動改善などの「行動変容」までには至らないケースが非常に多いことが問題となっている。「行動変容」するために様々な取り組みがなされている。

→ 8. 健康づくり 健康行動理論参照

2. 特定健康診査・特定保健指導の導入に伴う健診・保健指導体制

(1) 特定健康診査

健康診査は、従来から老人保健法に基づき、市町村が実施主体となって、40歳以上の住民を対象に年1回の基本健康診査を行っていたが、平成18年に医療制度改革関連法が成立し、平成20年からは生活習慣病予防のための特定健康診査として、医療保険者が実施するよう義務づけられた。

特定健康診査では、全ての対象者が受診する基本的な項目（表3-3）と、医師の判断により一部が受診する詳細な項目が定められている（表3-4）。

特定健康診査を始め地域における健康診査事業は、次に示す観点から検討し、受診者の利益、不利益を考慮しながら企画することが必要である。

- ①実施計画の作成 ②未受診者対策 ③周知徹底 ④結果通知 ⑤事後管理
⑥健診記録の整理 ⑦精度管理（スクリーニング検査の役割、妥当性） ⑧評価

表3-3 特定健康診査における基本的な健診の項目

項目	備考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体検査）
身長、体重及び腹囲の測定	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の者、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は、省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMIの測定	$BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身長 (m)}^2$ の2乗
血圧の測定	
肝機能検査	血清グルタミンオキサロアセチクトランスアミノナーゼ（GOT） 血清グルタミンピルビクトランスアミノナーゼ（GPT） ガンマ-グルタミルトランスペプチターゼ（ γ -GTP）
血中脂質検査	血清トリグリセライド（中性脂肪）の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDLコレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDLコレステロール）の量
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビンA1c
尿検査	尿中の等及び蛋白の有無

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省資料2007年7月）」より

表 3-4 特定健康診査における詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）

追加項目	実施できる条件（判断基準）
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者
心電図検査（12誘導心電図） 眼底検査	前年度の特定健康診査の結果等において、血糖、脂質、血圧及び肥満の全てについて、次の基準に該当した者 ①血糖：空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1cが5.2%以上 ②脂質：中性脂肪150mg/dl以上、 またはHDLコレステロール40mg/dl未満 ③血圧：収縮期130mmHg、または拡張期85mmHg以上 ④肥満：腹囲が85cm以上（男性）・90cm以上（女性）の者 （内臓脂肪面積の測定ができる場合には、内臓脂肪面積が100平方cm以上）、 または腹囲が85cm未満（男性）・90cm未満（女性）の者でBMIが25以上の者

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省資料2007年7月）」より

「検診」と「健診」の使い分け

検診とは、病気かどうかを調べることで、何か特定の疾患の早期発見を目的としている。一方、**健診**は、健康診査（診断）の略で、体の健康状態全般を調べることで、特定の疾患を発見する事を目的としたものではない。健康のチェックともいえる。

(2) 特定保健指導

平成20年4月から、医療保険者（国保・被用者保険）が特定保健指導を行うよう義務づけられた。特定保健指導においては、メタボリック・シンドロームの概念を導入し、特定健康診査の結果を基に、必要に応じて、積極的支援や動機付け支援を行うこととなっている（表3-5）。

表 3-5 特定保健指導の対象者

腹囲	追加リスク	④喫煙歴	対象	
	①血糖 ②脂質 ③血圧		40~64歳	65~74歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当			
上記以外で BMI ≥25	3つ該当	あり なし	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当			
	1つ該当			

判断基準

- ①血糖：空腹時血糖 100 以上、HbA1c 5.2%以上
- ②脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上、HDL コレステロール 40mg/dl 以下
- ③血圧：収縮期 130mmHg 以上、拡張期 85mmHg 以上

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（厚生労働省資料2007年7月）」より

(3) 特定健康診査以外の健診・保健指導

①歯周疾患

歯周病（歯周炎と歯肉炎）も生活習慣病の一つであり、中高年以降においては、う蝕と共に歯の喪失原因となる。歯周病に自然治癒はなく、初期には自覚症状がないため、放置されがちである。50歳代では有病者率が50%を超える現状があるため、高齢期に自分の歯を十分に保有し健康な生活を保つためにも早期に適切な歯科保健指導が行われる必要がある。従来、老人保健法に基づいて行われていたが、平成20年度からは健康増進法に基づいて行われる。

②骨粗鬆症

要介護の高齢者は近年増加しているが、その原因のなかでも多いのが骨粗鬆症による骨折である。また、日本人のカルシウム摂取量は栄養所要量と比較して例年低いことが、国民栄養調査で指摘されている。平成17年の一人1日あたりのカルシウム摂取量は546mgで、厚生労働省「日本人の食事摂取基準（2005年版）」に基づく推奨量（例、30～49歳男性で650mg、30～49歳女性で600mg）に達していない。このような状況のもと、健康増進法に基づき、各市町村が実施主体となって骨粗鬆症検診を行っている。

検診の対象者の選定（女性だけ？年齢は？）、測定方法の選択（DXA法、MD法、SXA法等）、検診後の保健指導の実施等は各市町村ごとに決定するため、実際に行われている方法等を確認し、なぜその方法が採用されているかを確認する。

③がん検診

悪性新生物は、昭和56年から我が国の死亡原因の第1位となり、現在に至っている。国は昭和59年度から「対がん10か年総合戦略」を、平成6年度から「がん克服新10か年戦略」を策定しがん対策に取り組んできた。平成15年7月に「第3次対がん10か年戦略」を策定し、「がん研究の推進」、「がん予防の推進」及び「がん医療の向上とそれを支える社会環境の整備」を三本柱として、がん対策を推進している。さらに、平成19年4月からは「がん対策基本法」が施行され、「がん予防及び早期発見の推進」、「がん医療の均てん化の促進等」、「研究の推進等」を推進している。健康増進法に基づいて市町村が行う「がん検診」についても、質の向上等が求められている。

各種がん検診を効果的に行うためには、検診受診率の向上とともに、検診で要精検となった場合に確実に精密検査を受診することが重要となる。要精検者が必ず精密健診を受診するよう勧奨し、その結果も把握することが望ましい。

がん検診は種々の方法で行われるが（表3-6）、疾患の自然史（検査値の意味、症状、経過、予後）、検査法の受診者への受け入れやすさ（被曝の問題、簡便さなど）、費用対効果、他国での実施状況などを知っておくとよい。

表 3-6 市町村事業として行われるがん検診項目と主な検査方法

胃がん	バリウム造影法
大腸がん	便潜血法
乳がん	マンモグラフィー
子宮頸がん	細胞診
肺がん	胸部レントゲン、喀痰細胞診

※上記の推奨法に加え、独自に胃がん検診としてペプシノーゲン法、前立腺がん検診としてPSA法等を導入している市町村もある。

「市町村事業におけるがん検診の事業評価の手法について（胃がん・子宮がん・乳がん・大腸がん検診）がん検診に関する検討会中間報告」（厚生労働省資料平成19年6月）では、市町村事業におけるがん検診の事業評価については次の3つの指標で行うことが適当としている。

ア) 技術・体制的指標

- ・ 検診実施機関の体制の確保（設備、医師・技師等の要件等）
- ・ 実施手順の確立 等

イ) プロセス指標

- ・ がん検診受診率
- ・ 要精検率
- ・ 精検受診率
- ・ 陽性反応適中度
- ・ がん発見率 等

ウ) アウトカム指標

- ・ 死亡率

3. 高齢者を支える地域の仕組み

地域の限られた保健医療福祉資源を効率的・効果的に活用し、急性期から回復期及び在宅ケアまでの一連のサービスを、関係機関が一体となって提供する地域連携クリティカルパスの取り組みが進められている。例えば脳梗塞を発症した患者が急性期の病院を受診した場合に、回復期及び維持期の医療や地域ケアを含めて患者に示すことができると、患者は明確な見通しをもって治療に専念でき、入院期間の短縮にもつながる。

このような連携を進めるにあたって、医師の役割は大きい。脳卒中後遺症等でADLが低下した患者が、地域において歩行訓練、日常生活動作訓練、手工芸などの訓練、レクリエーション、スポーツ等を行っている場面に立会い、患者の訴えを直接聞くことで、現状の問題点や改善事項が明らかになり、臨床現場と地域保健との連携のあり方を考えることができる。

また、ボランティアによる高齢者に対するサービスが、地域において高齢者の日常生活を支えるさまざまなサービスの担い手として活躍する場面も増えてきている。

バリアフリー、遊歩道の整備など、地域の健康を守るためには地域社会として環境を整備することも重要である。

4. 高齢者医療制度

従来、高齢者の医療は老人保健法第25条に基づき実施されていたが、平成20年からは、75歳以上の高齢者を対象とする独立した保険制度である「後期高齢者医療制度」が創設され、65～74歳については「前期高齢者医療制度」として改正された。

(1) 後期高齢者医療制度

従来より、国民はいずれかの医療保険に加入していたが、平成20年から75歳以上の高齢者を被保険者とする独立した保険制度が創設された(図3-2)。

都道府県区域毎に全市町村が広域連合を創設し、後期高齢者医療制度の保険者となる。

医療給付費の財源としては、公費(約5割)、高齢者の保険料(1割)、後期高齢者支援金(約4割)となっている。従来、医療保険の被扶養者であった後期高齢者の保険料負担はなかったが、後期高齢者医療制度では新たな負担となった。

また、窓口負担については、平成18年10月1日から現役並所得者が2割、それ以外は1割負担であったが、後期高齢者医療制度では、現役並所得者の窓口負担が3割に引き上げられた。

(2) 前期高齢者医療制度

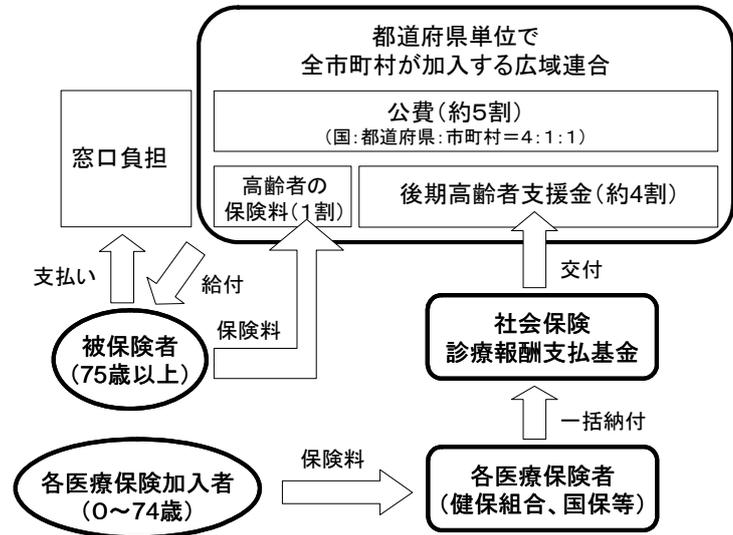
事業所を退職後に被用者保険から国民健康保険に加入するなど、国民健康保険において65歳から74歳の前期高齢者割合が高くなり、制度間で医療費と保険料の不均衡が生じる。その不均衡を是正するために、前期高齢者に必要な医療費について、各医療保険者は0～74歳の加入数に応じた調整金を負担している。

また、窓口負担については、老人保健制度に基づき、65～69歳が3割、70～74歳が1割負担(現役並所得者は3割)であったが、前期高齢者医療制度では70～74歳が2割負担に引き上げられた(現役並所得者は3割のまま)。

(3) 高齢者医療制度の一部凍結・軽減

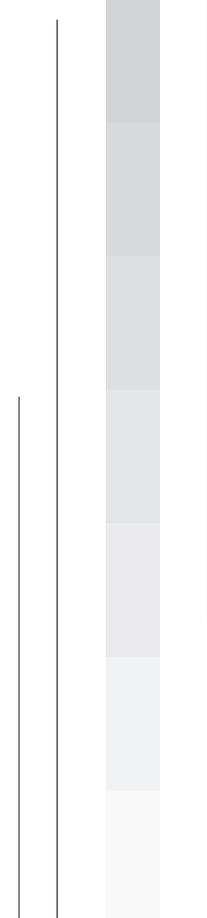
前期高齢者医療制度において、70～74歳の窓口負担が1割から2割に引き上げることになったが、平成21年3月まで1割に据え置くこととなった。また、後期高齢者医療制度において、新たに生じる被扶養高齢者の保険料負担を平成20年9月まで無料に、平成20年10月から平成21年3月までは被保険者均等割が9割軽減されることとなる等、高齢者医療制度の一部凍結・軽減が行われている。

図3-2 後期高齢者医療制度の概要



(担当 竹内 徳男)

4 精神保健福祉対策



4. 精神保健福祉対策

【一般目標】

精神障害者が住み慣れた地域で安心して暮らせるために、医師として精神保健福祉法および障害者自立支援法の主旨を理解するとともに、各種制度及び社会資源を活用して適正な対応ができる能力を身につける。

【行動目標】

1. 保健所等で行う地域精神保健福祉活動に参加する。
2. 精神障害者の相談を行うことができる。
3. 症例についてプレゼンテーションができる。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|--------------------------|----|----|
| 1. 保健師の家庭訪問に同行する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 面接による精神保健相談に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 電話による精神保健相談を実施する。 | 実施 | 見学 |
| 4. 担当症例についてプレゼンテーションを行う。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 保健所等で行う地域精神保健福祉活動に参加する。 | A | B | C | D | E |
| 2. 精神保健相談の意義を理解し実施できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 精神障害者の特徴を理解しプレゼンテーションができる。 | A | B | C | D | E |

【解 説】

1. 精神保健医療福祉制度の概要

日本の精神障害者施策は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下「精神保健福祉法」という。）に基づいて行われ、適正な医療の確保、地域精神保健福祉施策、社会復帰・福祉施策を3本柱として行われている。また、精神障害の診断または治療に従事した知識と経験が一定以上にある者を精神保健指定医に指定する制度がある。

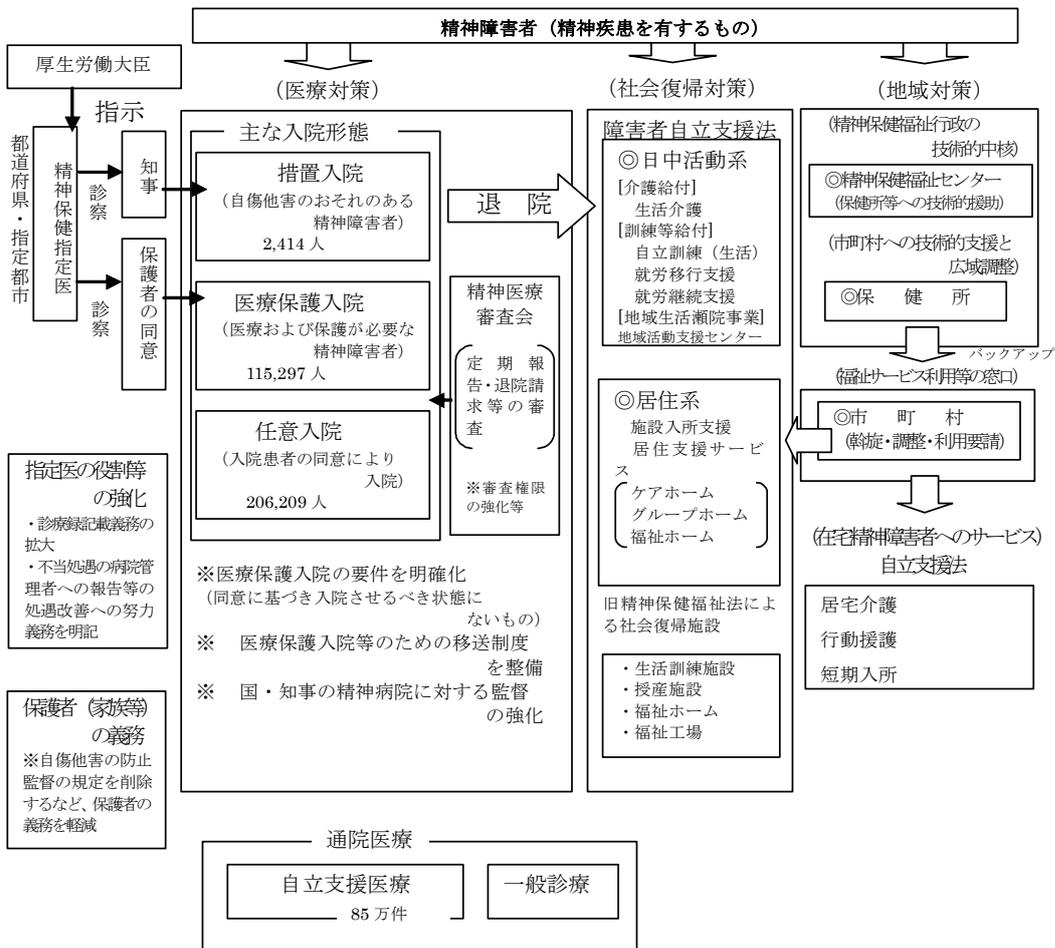
2. 精神医療施策（入院種別、公費医療等）（図4-1）

(1) 精神科病院

医療の提供については、精神科病院（精神病床を有する病院を含む）及び精神科診療所が中心的な役割を担っているが、前者は平成19年9月末で1076施設（医療施設動態調査）、後者は平成17年10月1日で5144施設（医療施設（静態・動態）調査）となっている。日本の精神科病院は、歴史的な経緯もあり、私的医療機関が多いのが特徴であるが、国は精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成17年9月）のなかで、10年でいわゆる「社会的入院」約7万人の退院を目指すとしている。

都道府県は、法によって精神科病院の設置を義務づけられている（第19条の7「都道府県立精神科病院」）が、措置入院患者を入院させるために必要な病床数を確保できない場合などがあるため、都道府県立精神科病院に代わる施設として、指定病院（第19条の8「指定病院」）の制度がある。

図4-1 精神医療保健福祉体系図



入院患者数は平成16年6月末、自立支援医療（通院医療公費負担）は平成16年度月当たり平均レセプト件数

(2) 精神障害者の入院形態

①任意入院（本人の同意に基づく入院：第22条の3、第22条の4）

患者本人が、医師の説明、説得により自らの入院について同意して行う入院であり、基本的には身体的な疾患の場合と変わらない。しかし、退院については、精神保健指定医の判断により72時間を限度とする退院制限を行うことができる。この場合、精神科病院の管理者は、その入院患者に対して書面で通知しなければならない。

②措置入院（都道府県知事による入院措置：第29条）（図4-2）

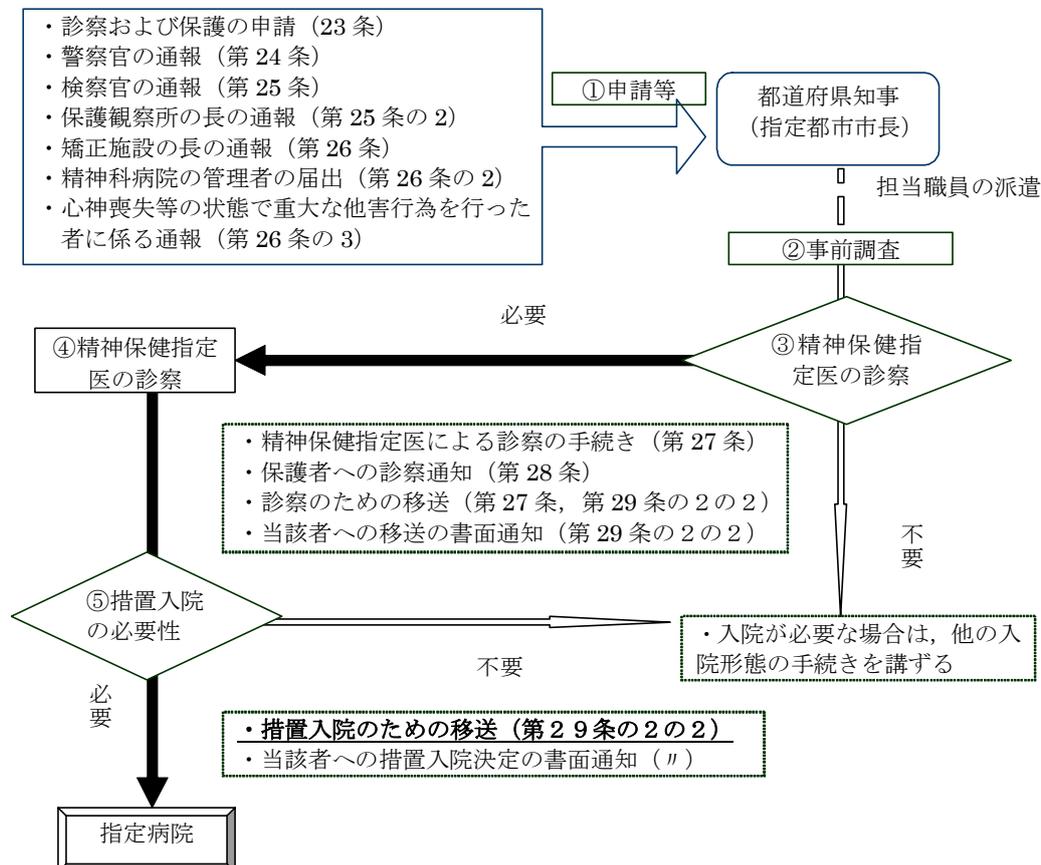
都道府県知事は、一般人の申請や警察官等からの通報等により、2人以上の精神保健指定医による診察の結果、その者が精神障害者であり、かつ入院させなければその精神障害のため自身を傷つけ又は他人を害する（「自傷他害」）のおそれがあると判断した場合に、国もしくは都道府県立精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

* 急速を要し、通常の手続を採ることができない場合において、1人の指定医の診察の結果、自傷他害の疑いが著しいと判断したときは、72時間を超えない範囲で入院させることができる。（「緊急措置入院」：第29条の2）

③医療保護入院（保護者の同意による入院：第33条）（図4-3）

精神科病院の管理者は、指定医による診察の結果、医療及び保護のため入院の必要がある者であって、任意入院が行われる状態にないと判定された精神障害者について、保護者の同意があるときは、本人の同意がなくても入院させることができる。

図4-2 措置入院のための移送の流れ（第29条の2の2）



精神障害者の通報等に関する条文

第23条（診察及び保護の申請）

精神障害者又はその疑いのある者を知った者は、誰でも、申請者の住所・氏名・生年月日、対象者の現在場所・居住地・氏名・性別及び生年月日、病状の概要等を記載した申請書をもよりの保健所に提出して指定医の診察及び保護を求めることができる。

第24条（警察官の通報）

第25条（検察官の通報）

第25条の2（保護観察所の長の通報）

第26条（矯正施設の長の通報）

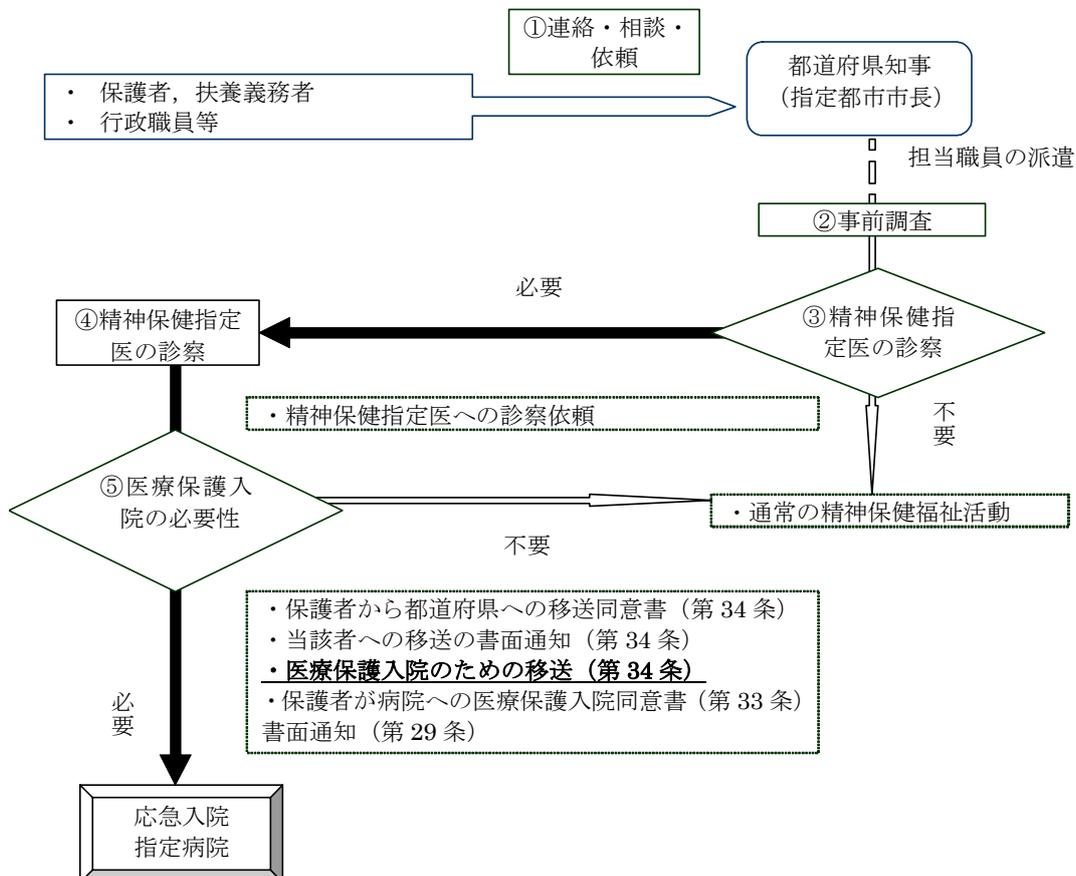
第26条の2（精神科病院の管理者の届出）

第26条の3（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に係る通報）

第40条（仮退院）

精神科病院又は指定病院の管理者は指定医による診察の結果、措置入院者を一時退院させて経過を見ることが適当と認められるときは都道府県知事の許可を得て6か月を超えない期間に限り仮退院させることができる。

図4-3 医療保護入院のための移送の流れ（第29条の2の2）



④応急入院(第33条の4)

都道府県知事が指定する精神科病院の管理者は、医療及び保護の依頼があった者について、急速を要し、保護者の同意が得られない場合において、指定医の診察の結果、直ちに入院させる必要がある者であって、任意入院が行われる状態にないと判断されたときは、本人の同意がなくても72時間以内に限り入院させることができる。

用語解説

精神保健指定医(第18条、19条、19条の2、19条の4)

厚生労働大臣は、その申請に基づき、精神障害の診断治療に従事した経験が一定水準以上にある者を精神保健指定医に指定する。一定水準とは、「5年以上診断又は治療に従事した経験を有すること」、「3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有すること」などである。

精神保健指定医の職務(第19条の4)

指定医は、措置入院、医療保護入院及び応急入院を必要とするかどうか、これらの入院を継続する必要があるか、医療または保護のために入院患者の行動を制限する必要があるかなどの判定の職務を行う。

その職務の内容により公務員としての職務となる。そのほか、5年ごとの研修の義務や指定医の取り消しなどについて定めてある。

保護者(第20条、21条、22条、22条の2)

精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。しかし、1)行方の知れない者、2)破産者、3)成年被後見人、4)未成年者などは、保護者となることはできない。また、保護者がどうしても決まらないときは、その精神障害者の居住地を管轄するか又は現在地を管轄する市町村長が保護者となる。

(3) 医療費の公費負担等

①措置入院患者の入院に要する費用(第30条、30条の2、31条)

入院者本人が医療保険各法または老人保健などの規定により受けられる保険給付分を除いた額の1/4を都道府県が、3/4を国が負担する。また、所得に応じ、費用徴収がある。

②通院医療に要する費用(障害者自立支援法第58条)

精神科通院医療は、平成18年の障害者自立支援法の施行により、これまでの精神保健福祉法第32条から、自立支援法の自立支援医療となった。

利用者負担については、原則、1割の定率負担としているが、所得が少ない世帯の方だけでなく、一定の負担能力があっても継続的に相当額の医療費負担が生じる方(高額治療継続者、いわゆる「重度かつ継続」。)にも1月当たりの負担に上限額を設定するなどの負担軽減策を講じている。

(4) 精神医療審査会(第12条～第15条)

①都道府県知事は、措置入院者または医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者から、入院者の症状などについて定期報告や入院措置の届出があった場合に、入院の必要性があるかどうか、さらには措置入院者または医療保護入院者本人もしくは保護者から退院などの請求があった場合に審査するため、精神医療審査会を置く。

②精神医療審査会は審査を求められたときは、入院の必要があるかどうか、または入院者の処遇が適当であるかどうかについて審査を行い、その結果を都道府県知事に報告する。

③都道府県知事は、審査結果に基づき、退院または処遇改善に関し必要な措置を講じなければならない。

精神医療審査会の委員について

精神医療審査会の委員(第13条)

委員の構成は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者(精神保健指定医)、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者とし、都道府県知事が任命する。

審査の案件の取り扱い(第14条)

学識経験を有する者(精神保健指定医)2人以上、法律に関し学識経験を有する者1人以上及びその他の学識経験を有する者2人以上の計5名で構成する合議体で、審査の案件を取り扱う。

(5) 精神科救急

精神科救急医療は、「精神科救急医療システム整備事業の実施について」(平成7年10月27日付厚生省保健医療局長通知)及び「精神科救急情報センターにおける24時間精神医療相談事業の実施について」(平成14年3月27日付厚生労働省精神保健福祉課長通知)に基づき、都道府県または指定都市が、地域の実情に応じ病院群輪番制等の体制整備や相談体制の整備を行っている。

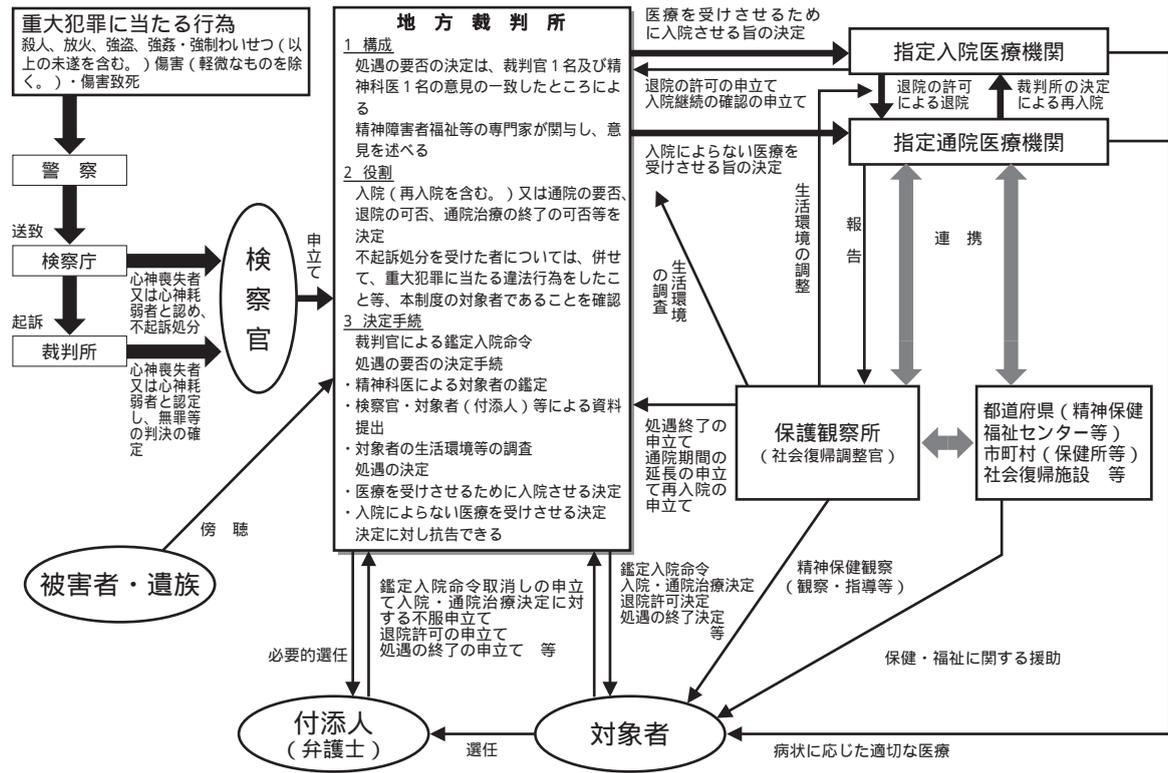
「精神科救急医療システム整備実施要綱」(抜粋)

精神科救急医療システム整備事業は、都道府県又は指定都市が地域の実情に応じて病院群輪番制等による精神科救急医療施設を整備し、緊急な医療を必要とする精神障害者等のための精神科救急医療体制を確保することを目的とする。

「精神科救急情報センターにおける24時間精神医療相談事業実施要領」(抜粋)

精神障害者及び家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応し、精神障害者の疾患の重篤化の軽減及び適切な医療との連携を図ることを目的とする。相談窓口は、原則24時間体制とし、相当程度の精神科診療経験を有する医師、精神保健福祉士等の精神保健福祉施策に精通した職種を配置する。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の概要



精神保健福祉に関連して ~医療観察制度について~

「医療観察制度」は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態のこと。）で、殺人、放火等の重大な他害行為を行った者の同様の行為の再発防止や社会復帰を促進することを目的として新たに創設された処遇制度である。

平成15年に成立し、平成17年7月に施行した「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下「医療観察法」という。）に基づき、適切な処遇を決定するための審判手続が設けられたほか、入院決定（医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定）を受けた者については、厚生労働省所管の指定入院医療機関による専門的な医療が提供され、その間、保護観察所は、その者について、退院後の生活環境の調整を行う。

また、通院決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた者及び退院を許可された者については、原則として3年間、厚生労働省所管の指定通院医療機関による医療が提供されるほか、保護観察所による精神保健観察に付され、必要な医療と援助の確保が図られる。

3. 地域における精神保健福祉関連機関

(1) 保健所（地域保健法 第3章保健所 第6条(事業)10号）

精神保健福祉法及び地域保健法を受けた「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」において、保健所は、地域における中心的な行政機関として、精神保健福祉活動の中心となり、精神保健福祉センター・市町村・医療機関・社会福祉関係機関・社会復帰施設等を含めた地域社会と緊密な連絡協調のもとに、精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰と社会参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持向上を図るための諸活動を行っている。保健所の精神保健福祉業務に従事する職員は、精神科嘱託医を含む医師、精神保健福祉士、精神保健福祉相談員、保健師等であるが、保健所業務の中に占める比重は年々大きくなる傾向にある。

さらに、平成18年には自立支援法が施行され、身体障害、知的障害及び精神障害に係る各種福祉サービス等の提供主体が市町村に一元化されたところであるが、保健所においても地域精神保健福祉の充実に向け、市町村への専門的、広域的支援など積極的な役割を果たしていくことが重要である。

(2) 精神保健福祉センター（第6条「精神保健福祉センター」）

精神保健福祉法に基づいて都道府県・指定都市における精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的技術センターとして、地域精神保健福祉活動の中核となる機関であり、精神保健及び精神障害者の福祉に関する知識の普及、調査研究並びに複雑困難な相談指導事業を行うとともに、保健所、市町村その他精神保健福祉関係機関に対し、技術指導、技術援助を行う施設である。精神科医をはじめ、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者、保健師等の専門技術職員が配置され、以下のような業務を行っている。

- ①精神保健福祉に関する知識の普及
- ②精神保健福祉に関する調査研究
- ③精神保健福祉に関する複雑困難な相談指導
- ④精神医療審査会の事務局の役割
- ⑤精神障害者保健福祉手帳の交付の際の判定
- ⑥通院医療費の公費負担の判定
- ⑦障害者自立支援法の規定により、市町村に対して意見を述べることや援助を行うこと

(3) 市町村（第46条「正しい知識の普及」、第47条「相談指導等」）

平成6年制定の地域保健法に基づく基本指針において、精神障害者の社会復帰対策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村保健センター等において、保健所の協力を得て実施することが望ましいとされた。このような施策の進展から、精神保健福祉法においても、正しい知識の普及、相談指導の実施及び社会復帰施設の整備等市町村における精神保健福祉活動の役割が盛り込まれたところである。

また、「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」（平成12年3月厚生労働省通知）において市町村は、精神保健福祉活動を実施するにあたり、保健所の協力と連携の下で、その実情に応じた精神障害者の早期治療の促進及び精神障害者の社会復帰及び自立と社会参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行うものとされている。

このような地域精神保健活動の拡がりの中で、住民に身近なサービスである下記の事業を保健所と協力して行い、各市町村の実情に応じた各種社会資源の整備等を行うことになった。

さらに、平成18年には障害者自立支援法が施行され、精神障害者居宅生活支援事業が同法に基

づく障害福祉サービスとして統合されるなど諸々の制度改正が行われたところであり、市町村が精神障害者に対する相談支援事業を行うこととなるなど、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に関与することが求められる。

- ①自立支援サービスの実施
- ②精神障害者社会復帰施設、精神障害者社会適応訓練事業、障害者自立支援法の障害福祉サービス等の利用に関する相談、助言。
- ③必要に応じて、上記の事業の斡旋、調整及び利用の要請。
- ④精神障害者保健福祉手帳に関する手続きの申請受理
- ⑤入院及び自立支援医療費（精神通院医療）に関する手続きの申請受理

（４）精神保健福祉に関する自助グループ・団体

精神障害者に関わる機関や団体は、行政機関以外にも多様なものがある。地域により団体の名称や活動内容は異なるが、その果たす役割は年々大きくなっている。保健所、精神保健福祉センターや市町村は、これらの団体を育成・支援する役目を担っている。

- ①精神障害者家族会
家族の悩みを語り、共感しあって共に成長していくために交流会・学習会を行う。地域家族会と病院家族会がある。
- ②断酒会
アルコール依存症からの回復をめざす自助グループ。定例会あり。
- ③Alcoholics Anonymous（アルコホーリクス・アノニマス）
1935年にアメリカ合衆国から世界に広がった飲酒問題を解決したいと願う相互援助の集まりで、略してAAと呼ばれる。メンバーになるために必要なことは、飲酒をやめたいという願望だけである。日本における断酒会のもとではあるが、AAは会員制ではないので入会手続きや会費もなく、組織化されない。名簿がないので正確なメンバーを知ることはできない。
- ④精神保健ボランティアグループ
精神障害者と同じ目線でのふれあいを大切に、地域の作業所やデイケア、地域生活支援センターなどで活動。
- ⑤精神保健福祉協会
精神保健福祉の啓発普及、精神障害に関する施策を促進するための活動、精神保健福祉関係者の知識及び技術の向上、調査研究等を目的とする団体。
その他、様々な自助グループや団体が活動しているので、地域の実情に合わせ把握しておくことが必要である。

4. 精神障害者の社会復帰施策と福祉施策

「精神障害者の社会復帰」とは、入院医療主体の現状を前提とすれば、「医療機関に入院していた精神障害者が退院して社会の中で暮らすようになること」である。昭和63年の精神保健法施行により「精神科病院から社会復帰施設へ」という流れがつかられ、精神障害者援護寮並びに精神障害者通所及び入所授産施設の整備・運営が開始された。さらに平成5年の精神保健法改正により、「社会復帰施設から地域社会へ」という新たな流れが形成され、グループホームが法定化された。平成11年の精神保健福祉法の改正において、グループホームに加え、ホームヘルプサービス、ショートステイが精神障害者居宅生活支援事業として充実が図られた。

さらに、平成 18 年には障害者自立支援法が施行され、精神保健福祉法に基づく「居宅生活支援事業」、
「精神障害者社会復帰施設」を「障害福祉サービス事業」に改めるなど、障害の種別（身体障害・知的障害・精神障害）にかかわらず、障害のある人々が必要とするサービスを利用できるよう、サービスを利用するための仕組みを一元化し、施設・事業が再編された。

（１）障害福祉サービス（障害者自立支援法）

①居宅介護（ホームヘルプ）

自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。

②行動援護

自己判断能力が制限されている人が行動する時に、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行う。

③重度障害者等包括支援

介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行う。

④短期入所（ショートステイ）

自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。

⑤生活介護

常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排泄、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。

⑥施設入所支援

施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排泄、食事の介護等を行う。

⑦共同生活介護（ケアホーム）

夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排泄、食事の介護等を行う。

⑧自立訓練（生活訓練）

自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の向上のために必要な訓練を行う。

⑨就労移行支援

一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。

⑩就労継続支援

一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。

⑪共同生活援助（グループホーム）

夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行う。

（２）地域生活支援事業（障害者自立支援法）

障害のある人が、その有する能力や適正に応じ自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、住民に最も身近な市町村を中心として事業を実施する。

①相談支援事業

障害のある人が、その保護者、介護者などからの相談に応じ、必要な情報提供等や権利擁護のために必要な援助を行う。

②移動支援事業

屋外での移動が困難な障害のある人について、外出のための支援を行う。

③地域活動支援センター

障害のある人が通い、創作的活動又は生産活動の提供、社会との交流の促進等の便宜を図る。

④その他の事業

(3) 精神障害者社会適応訓練事業 (第 50 条)

昭和 57 年度から「通院患者リハビリテーション事業実施要綱」として開始され、平成 7 年から法制化されたものである。通院中の精神障害者で、障害のために通常の雇用契約による就職が困難な者を対象に、都道府県が一般の事業所に委託して、生活指導、社会適応訓練等を行うものである。

(4) 精神障害者保健福祉手帳制度 (第 45 条)

平成 7 年度に創設されたもので、精神障害があるため、長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者を対象として精神障害者福祉の枠組みをつくり、社会復帰を促進し、その自立と社会参加の促進を図ることを目的としている。区分としては、1 級・2 級・3 級の 3 等級あり、手帳を受けた者は、2 年ごとに精神障害の状態の認定を受けなければならない。手帳に基づく具体的な支援施策としては、①各種税制の優遇措置、②生活保護の障害者加算等の申請及び認定手続きの簡素化、③公共交通機関の運賃割引や各種施設の利用料割引等がある。

5 保健所等で行う地域精神保健福祉活動

(1) 保健所が行う精神保健福祉行政の概要

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、精神保健福祉センター、福祉事務所、児童相談所、市町村、医療機関、精神障害者社会復帰施設等の諸機関及び当事者団体、事業所、教育機関等を含めた地域社会との緊密な連絡調整のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と社会経済活動への参加の促進を図るとともに、地域住民の精神的健康の保持増進を図るための諸活動を行っている。

(2) 企画調整

- ①現状把握及び情報提供
- ②保健医療福祉に係る計画の策定・実施・評価の推進

(3) 普及啓発

- ①心の健康づくりに関する知識の普及、啓発
- ②精神障害に対する正しい知識の普及
- ③家族や障害者本人に対する教室等

(4) 研修

(5) 組織育成

(6) 相談

保健所における精神障害当事者等の相談は、所内又は所外の面接相談あるいは電話相談の形で行い、相談には随時応じている。相談指導従事者としては、医師（精神科嘱託医を含む。）、精神保健福祉相談員、保健師、臨床心理技術者その他必要な職員を配置している。相談の内容は、心の健康相談から、診療を受けるに当たっての相談、社会復帰相談、アルコール、思春期、青年期、痴呆等の相談な

ど、保健、医療、福祉の広範にわたる。相談の結果に基づき、病院、診療所、自助グループ等への紹介、福祉事務所、児童相談所、職業安定所その他の関係機関への紹介、医学的指導、ケースワーク等を行う。また、複雑困難なケースについては、精神保健福祉センター等に紹介し、又はその協力を得て対応している。

対象としては、精神保健福祉に関する問題を抱えている障害者本人、家族等である。

事業内容としては、精神保健福祉相談日の開設、講演会の開催、訪問相談事業、保健師等による随時の相談（電話、来所）である。市町村における精神保健相談も行われているが、専門スタッフ等の確保が難しい状況もあり、保健所での相談件数は多い。今後、社会復帰に関する相談が増えていくと考えられる。

来所による精神保健相談の特徴

保健所に持ち込まれる事例は、多種多様である。相談の対象となる年齢は、幼児から老人まで及び、問題とされる行動は引きこもり・不眠・暴力・傷害・ひとりごと・ブラブラ生活・自殺企図・不可解な言動や“非常識なこと”の繰り返し、大量飲酒・食欲不振など幅広い。相談を持ち込んでくる人も本人・家族・近隣の住人・知人・友人・職場の上司・教師などで、それぞれの立場や利害が絡んでいる場合もある。

面接相談での留意点

1. 相手が困っている問題を安心して話してもらおう。

自己紹介や何気ない会話で相談者の緊張を和らげ、リラックスした雰囲気づくりを心がける。

2. 相談ニーズを確認する。

相談者が現実にとどんなことに悩み苦しんでいるか、どうなることを望んでいるかをイメージしながら相手の話に耳を傾ける。

3. 利用できるサービスを説明する。

相談者のニーズを満たすために提供できるサービスの内容を説明する。一方、対応できない要求については、その理由を誠心誠意伝え、問題解決のための別の方法を提案する。（医療機関等の治療を含む）

4. 今後の関わりを確認する。

相談者が取り組むべき具体的な課題や社会資源の活用をめどが立ったら、被相談者の支援が必要か判断する。継続支援が必要であれば、面接や訪問など具体的な方法と時期を決める。

電話による精神保健相談の特徴

電話での相談行動をおこしてくる人は、本人、家族、近隣の住民（家主・民生委員を含む）、本人が所属している学校・職場などの集団の構成員（教師・上司・友人など）、知人（と称する者を含む）などである。本人・家族以外の人からの相談は、本人あるいは家族の意向を代行している場合と、それとは関係なしに持ち込まれる場合がある。電話相談はその性質上匿名の比率も高く、相談者が比較的気軽に活用できるという利点がある。

しかし、相談相手の顔が見えない、内容の的確な把握が難しい、相談に対する責任が明確でないなど、相談事例に対する評価が難しい。本人・家族以外からの間接的な相談の場合は、本人や家族の直接的な相談を促すことも多く、時に面前での相談を勧める場合もある。

電話相談での留意点

面接相談と違って、相談者の属性が明らかにされず、相談の主導権が大幅に相談者側にある。受け手の対応次第で、相手側が心の奥底まで吐露され、場合によっては自殺の可能性が示唆されるなど、慎重な対応が求められる。

1. まずは傾聴する。

2. 相談してくれたことを支持し、そのきっかけを知る。

3. 問題を整理する。

4. 解決方法を提案する

<陥りやすい失敗>

1. 何か答えを出さなければと、思い込んでしまう。

2. 責任を自分一人で背負い込んでしまう。

3. 正しい方向に導かなければならないと気負ってしまう。

特定領域の精神保健相談

1. アルコール健康相談事業

飲酒に起因する健康障害には、アルコール精神病、アルコール依存症の他、肝疾患等の種々の疾患がある。この他アルコール関連問題として、自殺、労働災害、生産性の低下、交通事故、犯罪、家庭崩壊等多くの社会問題を含んでいる。

また、近年、未成年者の飲酒、妊婦の飲酒、キッチンドリンク、高齢者の飲酒問題等に対して新たな対応を迫られている。アルコールに起因する健康障害の早期発見・早期治療を図ることを目的に事業を行っている。

2. 高齢者精神保健相談事業

高齢者及びその家族に対し、認知症等に関する相談指導を行い、高齢者の精神保健の向上を図ると共に、高齢者の健康状態に対する家族の知識と理解を深めることを目的とする。対象は高齢期疾患等で問題を抱えている本人、家族等である。

(7) 訪問指導

医師（精神科嘱託医を含む）は、保健所における精神保健業務の企画及び総合調整を行うとともに管内における精神保健に関する適正な知識の普及、精神保健指導員等による相談及び訪問指導等を指導監督するほか、自ら相談、指導等を担当する。

保健師による家庭訪問について

- ①訪問指導は、本人の状況、家庭環境、社会環境等の実状を把握し、これらに適応した相談指導を行う。訪問指導は、原則として本人、家族に対する十分な説明と同意のもとに行うが、危機介入的な訪問など所長が必要と認めた場合にも行うことができる。
- ②訪問指導は、医療の継続又は受診についての相談援助や勧奨のほか、生活指導、職業に関する指導等の社会復帰援助や生活支援、家庭内暴力やいわゆる引きこもりの相談その他の家族が抱える問題等についての相談指導を行う。
- ③訪問指導の対象
 - ア) 法的な入院形態をとらなかった者や法的入院後に退院した者で、精神障害が続いているもの。
 - イ) 通院医療費の公費負担を受けているもの。
 - ウ) 公費負担によらないで通院医療を受けている者で、主治医等から訪問指導等の依頼があったもの。
 - エ) 仮退院中の者で、主治医等から訪問指導等の依頼があったもの。
 - オ) 前記以外の者で、家族等から訪問指導の依頼があったもの。

(8) 社会復帰及び自立と社会参加への支援

- ①保健所デイケアその他の訓練指導の実施
- ②精神障害者社会復帰施設の届出等
- ③精神障害者社会復帰施設の利用
- ④関係機関の紹介
- ⑤各種社会資源の整備促進及び運営支援
- ⑥精神障害者社会復帰施設等の指導監督
- ⑦精神障害者保健福祉手帳の普及

(9) 入院及び通院医療関係事務

- ①関係事務の実施
- ②移送に関する手続きへの参画
- ③関係機関との連携
- ④人権保護の推進
- ⑤精神科病院に対する指導監督

(10) ケース記録の整理及び秘密の保持等

(11) 市町村への協力及び連携

7 担当症例のプレゼンテーションについて

「保健所における精神保健福祉業務運営要領」に基づく重要な業務に、ケース記録の整理及び秘密の保持等がある。

- (1) 相談指導、訪問指導、社会復帰指導その他のケース対応に当たっては、対象者ごとに相談指導の記録を整理保管し、継続的な相談指導等のために活用する。このケースに対する情報は大変重要で、保健所の管轄が変われば新しく管轄する保健所と連絡を取りあう必要がある。臨床の場での患者紹介に似ている。
- (2) ケースの対応については、患者及び家族の秘密に関する事項の取り扱いに十分注意する。
- (3) なお、相談指導に当たっては、市町村、関係機関その他の関係者との連携に留意する。

以上の点に注意しながら症例についてまとめる必要があるが、参考となるものに、「精神保健指導基礎票」、「診断書（精神障害者保健福祉手帳用）」、「診断書（通院医療費公費負担用）」がある。

- (1) 病名（主たる精神障害、従たる精神障害、身体合併症）
- (2) 発病から現在までの病歴（病前性格、就学・就労状況、病歴及び治療内容）
- (3) 現在の病状、状態像など（これは細かく分類する必要がある）
- (4) (3)の病状・状態像の程度、症状など
- (5) 生活能力の状態（現在の生活環境、日常生活能力の判定、日常生活能力の程度）
- (6) 現在の治療内容（投薬内容、精神療法など）
- (7) 現在の精神保健福祉サービスの利用状況

(担当 宇田 英典)

【資料】

精神保健福祉行政のあゆみ

年	事 項
明治33年	○精神病者監護法の制定 *私宅監置制度
大正 8 年	○精神病院法の制定 *精神病者の精神病院への入所
昭和25年	○精神衛生法の制定 *精神障害者の医療・保護とその発生予防を通じて、国民の精神的健康の保持・向上を目的とする（戦後の精神保健対策の始まり）。 *都道府県に精神病院設置を義務づける。 *私宅監置の廃止、精神障害者は医療機関で治療 *精神衛生鑑定医制度、精神衛生相談所における相談制度の導入
昭和40年	○精神衛生法等の改正* ¹ *通院医療費公費負担制度の導入 *保健所業務に「精神衛生に関する事項」が追加 *精神衛生センターの新設 *精神保健相談員を任命制とする（保健婦の資格取得講習会修了者）。
昭和50年	○地方自治法の改正 保健所が〈都〉から〈区〉へ移管 *保健所の保健師が精神保健相談員として地域の精神障害者に対応 *精神病院の乱立、荒廃が問題となる。
昭和53年	○精神障害者への対応は保健所の保健師の対応に依存 ○精神病院入院に関して人権問題など起こる。* ²
昭和56年	○デイケアに対する社会の要求が高まる。 *東京都、特別区において精神衛生センターや保健所でデイケアを開始
昭和62年	○精神保健法の制定（昭和63.7.1 施行） *目的①精神障害者の人権に配慮した適正な医療・保健の確保 ②精神障害者の社会復帰の促進 ③国民の精神的健康の保持・向上 *5年ごとに見直しを行う。
平成 5 年	○精神保健法の一部改正 *精神障害者の定義規定を「精神疾患を有する者」と改める。 ○障害者基本法の制定 *心身障害者対策基本法を改正 *精神障害者が、身体障害者、精神薄弱者と並んで対象として明記される。 *社会参加明記（障害者手帳、生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム・福祉工場の4類型の法的位置付け 通院患者リハビリテーション事業の法定化、市町村の役割の明示、医療費保険優先化等の規定
平成 6 年	○地域保健法の制定 *地域保健対策の推進を目的とする。保健所と保健センターの役割分担の整備
平成 7 年	○精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）の制定 *概要 (1)精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実 ①法体系全体における福祉施策の位置づけの強化 ②精神障害者の手帳制度の創設

*¹ ライシャワー事件：昭和 39(1964)年 3 月 アメリカ大使ライシャワー-Edwin Oldfather Reischauer(1910-90)が統合失調症の少年に刺され負傷した。この事件により昭和 40 年精神衛生法が一部改正され通院医療費公費負担制度が開始された。また、大使がこの事件で受傷し、輸血後肝炎 (HCV) に罹患したことにより、(26 年後に肝硬変のため死去(享年 79))、それまでほとんど売血に頼っていた民間の血液銀行制度から日赤の献血制度へと大きく転換した契機となった。

*² 宇都宮病院事件：昭和 59 (1984) 年 3 月 14 日栃木県宇都宮市の私立報徳会宇都宮病院で入院患者が看護者から暴行を受け死亡、無資格医療などが発覚した。この事件は精神病院の劣悪な環境や患者の人権無視など精神医療のさまざまな問題点が浮き彫りにされ、国際的にも非難された。この事件を契機に人権擁護や適正な医療の確保を推進するために、精神保健福祉法が改正された。しかし、その後も大阪大和川病院（平成 5 年）、高知県栗田病院（平成 8 年）患者の暴行死等が報道されている。

	③正しい知識の普及、相談指導等の地域精神保健福祉施策の充実 ④市町村の役割の明示 ⑤社会復帰施設、事業の充実 (2)よりよい精神医療の確保等 ①精神保健指定医制度の充実 ②医療保護入院の際の告知義務の徹底 ③通院公費負担医療の事務等の合理化 (3)公費負担医療の公費優先の見直し（保険優先化）
平成 9年	○精神保健福祉士法制定—国家資格化
平成11年	○精神保健福祉法の一部改正 精神医療審査会の機能強化、移送制度の創設、保護者の自傷他害防止義務の廃止
平成14年	○新障害者基本計画及び重点計画施策実施5か年計画 ・「共生社会の実現」を目指し、障害者の社会参加する力の向上を図る。 ・自立に向けた地域の基盤整備を図る。 在宅サービスの充実（ホームヘルパーの確保、ショートステイ等） グループホームや通所授産施設の整備 条件が整えば、退院可能な72,000人の入院患者について10年のうちに退院、社会復帰を目指す。
平成15年	○心神喪失者等医療観察法公布（平成17年7月15日施行）
平成17年	障害者自立支援法 身体、知的障害と同様に地域福祉の推進、自立を図るために、就労、在宅サービス、施設サービスを体系化。自立支援医療：平成18年4月施行

精神疾患の種類（国際疾病分類 ICD10 を元にしてている。）

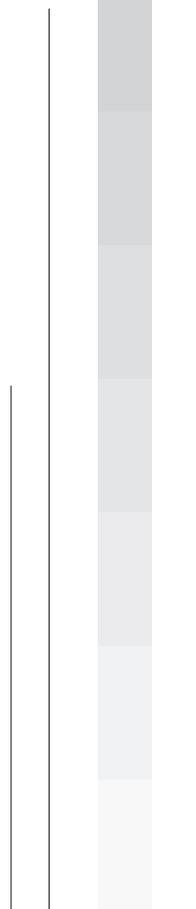
	分類	主な内容
ア	統合失調症（精神分裂病）、分裂病型障害及び妄想障害	精神分裂病、分裂感情障害
イ	気分(感情)障害	躁うつ病、躁病、うつ病
ウ	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現障害	恐怖症性不安障害、強迫性障害
エ	生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	摂食障害
オ	成人の人格及び行動の障害	特定の人格障害
カ	精神作用物質使用による精神及び行動の障害	アルコール依存症、薬物依存症
キ	症状性を含む器質性精神病	認知症 ³ その他
ク	心理的発達の障害	自閉症、アスペルガー症候群
ケ	小児期に診断される障害	多動性障害
コ	その他の神経系疾患	てんかん

【参考文献】

1. わが国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成 18 年度版 監修 精神保健福祉研究会
2. 衛生行政大要 改訂第 20 版（財）日本公衆衛生協会
3. 厚生指針 臨時増刊 国民衛生の動向 2007 年第 54 巻第 9 号（財）厚生統計協会
4. 三訂精神保健福祉法詳解 精神保健福祉研究会 中央法規出版株式会社
5. 社会福祉の動向 2002 社会福祉の動向編集委員会編集 中央法規
6. 保健福祉行政論 保健学講座 9 メジカルフレンド社 第 2 版第 2 刷
7. 関係法規 新体系看護学 15 メジカルフレンド社 第 1 版第 2 刷
8. 保健師業務要覧 第 9 版 日本看護協会編 日本看護協会出版会
9. 厚生労働省医療施設動態調査 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m07/is0709.html>

*3 認知症：1908（明治 41）年頃から dementia の訳語として「痴呆」という言葉があり、愚かなこと、阿呆など蔑視的な響きがあり、「何もわからず、何もできない」というイメージがあり早期診断を妨げる要因となっていた。国の検討会で検討され、国民からの意見も取り入れ、平成 16 年 12 月から「認知症」と呼称を変更した。

5 エイズ・感染症対策



5. 感染症・エイズ対策

【一般目標】

医師として感染症の発生を予防し、感染拡大を防止するため、国及び地域の感染症対策を理解し、感染症発生時（診断時）及びその後の対応を身につける。

【行動目標】

1. 感染症法に基づく行政対応が理解でき、感染症の届出ができる。
2. 感染症に関する情報を収集し活用できる。
3. 患者・感染者の人権に配慮した対応ができる。
4. 感染症・HIV/AIDSに関する保健医療福祉制度が説明できる。
- * 5. エイズ相談・エイズカウンセリングができる。
- * 6. 感染症の集団発生に対して適切に対応できる。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|---|----|----|
| 1. 感染症法に基づく届出書を正しく記載する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 感染症サーベイランスのデータを用いて地域概況を説明する。 | 実施 | 見学 |
| * 3. 感染症啓発事業に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 4. HIV及び性感染症予防啓発事業に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 5. エイズ相談・検査事業に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 6. 感染症発生時の疫学調査・分析を行う。 | 実施 | 見学 |
| * 7. 感染症(新型インフルエンザ等)対応のための実地・図上訓練に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 8. 感染症発生時の対策会議に参加する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 感染症法に基づく届出ができる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 感染症に関する情報を収集し活用できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 患者・感染者の人権に配慮した対応ができる。 | A | B | C | D | E |
| 4. エイズ相談・エイズカウンセリングができる。 | A | B | C | D | E |
| * 5. 感染症の集団発生に対して適切に対応できる。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】 I 感染症対策について

有効な感染症対策を行うためには臨床と保健医療行政の連携はもとより、住民をはじめとした多くの関係者との情報交換、対応が必要となる。そのためには臨床医も感染症法に基づく行政措置の概略を充分理解しておかなければならない。

1. 感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律

(1) 制定の経緯

医学の進歩、人権保障の概念、新興・再興感染症の発生や発生様式の変化（大規模化、世界的伝播等）等、伝染病予防法が制定された1897(明治30)年当時に比べると、社会的状況は大きく変化してきた。このため、伝染病予防法、性病予防法、後天性免疫不全症候群の予防に関する法律を廃止し、これらを包括し、新しい体系とした「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、感染症法）が1999(平成11)年に施行された。その後、SARSの世界的発生もあり、重篤な感染症における国の役割の強化、検疫体制の強化、動物由来感染症への対応の強化、また、感染症法の対象疾患の追加、人材育成を盛り込んだ法改正が2003(平成15)年11月に行われた。2007(平成19)年の法改正では、結核予防法を廃止して、感染症法に統合するとともに、南米出血熱を1類感染症に、SARS、結核を2類感染症法に、コレラ等を3類感染症に位置づけ、病原体等の管理体制を強化した。

2008(平成20)年には、新型インフルエンザの発生およびまん延の影響を考慮し、鳥インフルエンザ(H5N1)を2類感染症に追加すること、新型インフルエンザ等が発生した場合における蔓延防止のために、入院や検疫等の措置対象とできるよう法改正が行われた。

(2) 感染症法の基本的方向性

感染症法では、国や都道府県、市区町村の責務、医師や獣医師の責務等が規定され、感染症の発生を探知するために医師に届出義務を課している。

①事前対応型行政の構築

従来は感染症が発生してから防疫措置を講じる事後対応型行政であったが、感染症の発生・拡大を防止する観点から感染症発生動向調査(サーベイランス)や国による予防指針の策定、都道府県による予防計画策定等が規定された。

②感染症類型と医療体制

法律の対象とする感染症を、その感染力や罹患した場合の症状の重篤性等に基づいて1類から5類に分類し、別個に指定感染症と新感染症の制度を設けている。一方、類型に応じた適切な医療提供を目的として、特定/第1種/第2種感染症指定医療機関を法定化している。

この類型化に伴い学校保健法で規定されていた学校において予防すべき伝染病も改正された。

③感染症に関する情報の収集及び公表

感染症の発生動向を調査収集し、分析結果を還元するために感染症情報センター網(国、都道府県、地域)とサーベイランス体制が整備された。

④患者等の人権に配慮した健康診断、就業制限、入院及び退院手続きの整備

感染症のまん延防止にとって必要な健康診断や就業制限等に際して、患者等へ説明と同意に基づく対応(書面による通知を併用)が規定された。感染症法に基づく勧告や措置による入院に際して、感染症の専門家及び有識者等からなる感染症診査協議会を保健所に設置し、人権に配慮した適切な医療が提供される制度が導入された。

参考資料：学校において予防すべき伝染病（学校保健法施行規則）とその対応

	病名	出席停止期間	考え方
第1種	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう 南米出血熱【新たに追加】、ペスト、マールブルグ病、 ラッサ熱、急性灰白髄炎、重症急性呼吸器症候群 （原体がコロナウイルス属SARSコロナウイルスによるものに限る）	治癒するまで	感染症法一類感染症 及び二類感染症 （結核を除く）
第2種	インフルエンザ	解熱後2日を経過するまで	飛沫感染する伝染病 で児童生徒の罹患が 多く、学校において 流行を広げる可能性 が高いもの
	百日咳	特有の咳が消失するまで	
	麻疹	解熱後3日を経過するまで	
	流行性耳下腺炎	耳下腺の腫脹が消失するまで	
	風疹	発疹が消失するまで	
	水痘	全ての発疹がか皮化するまで	
	咽頭結膜熱	症状消退後2日を経過するまで	
第3種	結核	病状により学校医その他の医師が伝染の恐れがないと認めるまで	学校教育活動を通じ、 学校において流行を 広げる可能性がある もの
	コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス以上、第一種より移行】、腸管出血性大腸菌感染症、流行性角結膜炎、急性出血性結膜炎、その他の伝染病	病状により学校医その他の医師が伝染の恐れがないと認めるまで	
2	指定感染症	第一種とみなす	

下線は平成19年4月変更点

動物由来感染症対策の充実

動物由来感染症の重要性が認識され、動物検疫体制の強化、獣医師や動物取扱業者等の責務規定の充実、動物由来感染症に関する媒介動物の駆除等が規定された。

重篤で蔓延のおそれのある感染症等に対する対策の強化（国の役割の強化等）

新興感染症等において自治体のみでは対応が困難な場合があるため、従来の自治体の責務に加えて、必要な場合は国が積極的に対策に関与することが規定された。

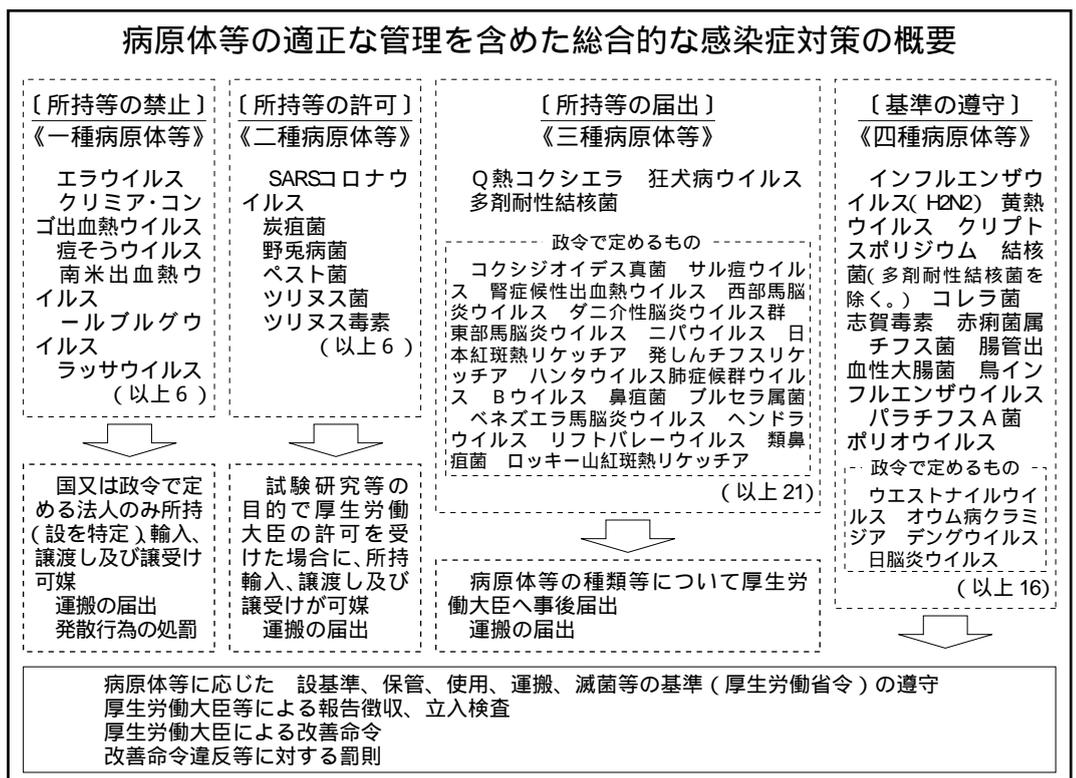
検疫体制の強化

動物検疫体制の強化に加え、人に対しても入国時の診察や検査体制、その後の自治体との連携等が規定され、輸入感染症対策が強化された。

感染症に関する人材育成

生物テロや事故による感染症の発生・まん延を防止するための病原体等の管理体制の確立

病原性、国民の生命及び健康に対する影響に応じて一種病原体等から四種病原体等までに四分類し、所持、輸入等の禁止、許可、届出、基準の遵守等の規制をした。



(3) 感染症法に規定されている医師の義務等

- ①国や自治体に協力し感染症の予防に努め、良質かつ適切な医療を行う
- ②感染症診断時の届出（死体検案時も準ずる）
- ③勧告または措置による入院患者が当該病原体を保有していないことが確認できた時の保健所長への届出

(4) 感染症発生時の届出方法

感染症の発生を第一番目に把握するのは、多くの場合は臨床医であり、医師からの迅速な発生届はきわめて重要である。感染症法に規定されている感染症は患者個人に対する医療と同時に感染拡大の防止が重要であり、届出医師（医療機関）は保健所等と協働しその対応に当たらなければならない。

感染症診断時の届出（死体検案時も以下に準ずる）（届け出先は最寄りの保健所）

感染症類型	届出義務	届出期限
1類～4類感染症 新型インフルエンザ等感染症	全ての医師	直ちに
5類感染症（全数把握）	全ての医師	7日以内
5類感染症（定点把握）	指定届出機関の管理者	翌週の月曜日 あるいは翌月の初日※

※性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症については翌月の初日

感染症法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について 獣医師が届出を行う感染症と動物について

届出基準および届出様式等の最新の情報は下記のページを参照のこと
厚生労働省のページ；<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/index.html>
国立感染症研究所 感染症情報センター <http://idsc.nih.go.jp/idwr/index.html>
東京都感染症情報センター <http://idsc.tokyo-eiken.go.jp/survey/form/menu.html>
地方衛生研究所：<https://www.chieiken.gr.jp/survey/index.html>

届出様式の例

腸管出血性大腸菌感染症発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長）殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第2条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規程により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

従事する病院・診療所の名称 _____
上記病院・診療所の所在地 _____

電話番号() () - _____
(病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所電話番号を記載)

1 診断(検案)した者死体)の類型 ・患者確定例)・無症状病原体保有者・感染症死亡者の死体・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 歳 か月)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話() -					
8 当該者所在地 電話() -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話() -				

11 症状	<ul style="list-style-type: none"> ・腹痛 ・嘔吐 ・急性腎不全 ・痙攣 ・その他() ・なし 	18 感染原因・感染経路・感染地域 感染原因・感染経路(確定・推定) 1 経口感染(飲食物の種類・状況:) 2 接触感染(接触した人・物の種類・状況:) 3 動物・蚊・昆虫等からの感染(動物・蚊・昆虫等の種類・状況:) 4 その他()
12 診断方法	<ul style="list-style-type: none"> ・分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の、いずれかによるベロ毒素の確認(毒素産生 PCR法による毒素遺伝子) 検体:便・その他() O血清群: O()・不明 H血清群: H()・不明 ベロ毒素: VT1/VT2・VT1・VT2・VT(型不明) ・便でのベロ毒素の検出(HUS発症例に限る) ・血清でのO抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出(HUS発症例に限る) ・その他の方法() 検体() 結果() 	感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県 市区町村) 2 国外(国 詳細地域)
13 初診年月日	平成 年 月 日	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
14 診断(検案)年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日(*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日()	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1、3、11、12、18欄は該当する番号等を で囲み、4、5、13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
() 欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(*) 欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
11、12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

(5) 分類別の主な措置

感染症法による疾病類型、行政的対応・措置 下線は平成19年改正、波線は平成20年新型インフルエンザ部分法改正

類型	感染症名等	性格	主な対応・措置	医療体制	公費負担医療
一類 (法律)	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう(天然痘) ペスト、マールブルグ病 ラッサ熱、 <u>南米出血熱</u>	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性がきわめて高い感染症	・原則入院 ・消毒等の対物措置(例外的に、建物への措置、通行制限等の措置も適用対象とする。)	第一種感染症指定医療機関	公費負担あり
二類 (法律)	急性灰白髄炎(ポリオ) ジフテリア、 <u>重症急性呼吸器症候群(SARS)</u> 、 <u>結核</u> 、 <u>鳥インフルエンザ(H5N1)*</u>	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が高い感染症	・状況に応じて入院 ・消毒等の対物措置	第二種感染症指定医療機関	公費負担あり (結核は外来も95%公費負担)
三類 (法律)	腸管出血性大腸菌感染症 <u>コレラ</u> <u>細菌性赤痢</u> <u>腸チフス</u> <u>パラチフス</u>	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性は高くないが、特定の職業への就業によって感染症の集団発生を起こしうる感染症	・特定職種への就業制限 ・消毒等の対物措置	一般医療機関	公費負担なし (医療保険の適応のみ)
四類 (政令)	E型肝炎、A型肝炎 黄熱、Q熱、狂犬病、マラリア ウエストナイル熱 その他の感染症	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄などの措置が必要となる感染症	・動物の措置を含む消毒等の対物措置		
五類 (省令)	ウイルス性肝炎(E、A型除く) クリプトスポリジウム症、後天性免疫不全症候群、性器クラミジア感染症、梅毒、RSウイルス感染症 その他の感染症	国が感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことにより発生・拡大を防止すべき感染症	・感染症発生状況の収集・分析とその結果の公開、提供		
<u>新型インフルエンザ等感染症</u>	①新型インフルエンザ ②再興型インフルエンザ(かつて世界的規模で流行) 一般に現在の国民の大部分が免疫を獲得もっていないため、全国かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがあるもの 平成20年法改正	国民の大部分が免疫を持っておらず、蔓延し健康影響のみならず社会的な損失がみこまれるため蔓延防止の措置をとる。 ・大臣の公表(発生時及び国民の大部分が免疫を獲得し新型インフルエンザ等感染症等と認められなくなったとき)	・感染を防止するための協力、感染疑いの人への体温等報告の協力及び外出しないよう協力要請及びそれらのものへ知事は食事の提供日用品の支給等の規定 ・健康診断、就業制限、入院、消毒、物件の措置、死体の移動制限	特定感染症指定医療機関 <u>第一種</u> <u>第二種</u>	公費負担あり
指定感染症	政令で一年限定で指定された感染症	既知の感染症のうち上記一～三類に分類されない感染症において、一～三類に準じた対応の必要が生じた感染症	・一～三類感染症に準じた入院対応や消毒等の対物措置を実施(適用する規定は政令で定める)	政令により一～三類感染症に準じた措置	
新感染症	(当初：所見不明) 都道府県知事が厚生労働大臣の技術的指導、助言を得て個別に急急対応する感染症	人から人に伝染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状等が明らかに異なり、その伝染力及び罹患した場合の重篤度から判断した危険性が極めて高い感染症	(当初) 都道府県知事が厚生労働大臣の技術的指導・助言を得て個別に急急対応(緊急時は厚生労働大臣が都道府県知事に指示)	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数か所)	全額公費負担 (医療保険の適用なし)
	(要件指定後：所見特定) 政令で症状などの要件を指定した後に、一類感染症と同様の扱いをする感染症		(政令指定後) 政令で症状等の要件指定した後に、一類感染症に準じた対応		

四類・五類感染症疾患

四類感染症（全数把握）	五類感染症（全数把握）	五類感染症（定点把握）
E型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎も含む）、A型肝炎、エキノコックス症、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、サル痘、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ(H5N1を除く)、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱、	アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、急性脳炎*（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介性脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリストベレー熱を除く）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群、ジアルジア症、髄膜炎菌性髄膜炎、先天性風しん症候群、梅毒、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、麻しん、風しん	RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、インフルエンザ（鳥インフルエンザを除く）、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、クラミジア肺炎（オウム病を除く）、急性出血性結膜炎、細菌性髄膜炎、水痘、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、百日咳、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、無菌性髄膜炎、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症
医師はただちに届出全数届	医師は7日以内届出（全数届）	定点把握

感染症法で規定されている対応

a. 疑似症患者

感染症の疑似症を呈している者をいい、一類感染症、二類感染症のうち結核、重症急性呼吸器症候群、鳥インフルエンザ（H5N1）および**新型インフルエンザ等感染症**の疑似症の患者はそれぞれの感染症とみなす。

b. 無症状病原体保有者

感染症の病原体を保有している者であって当該感染症の症状を呈していない者をいい、一類感染症および**新型インフルエンザ等感染症**の無症状病原体保有者については、一類感染症の患者とみなされる。

c. 届出が必要な動物の感染症

獣医師は、一類感染症、二類感染症、三類感染症又は四類感染症又は**新型インフルエンザ等感染症**のうちエボラ出血熱など政令で定める感染症及び動物ごとに、当該動物が当該感染症にかかっている（疑いを含む。）と診断したときは、直ちに、必要事項を最寄りの保健所に届け出る必要がある。その届け出る疾病と動物は次のとおり。

サルのエボラ出血熱／イタチアナグマ、タヌキ及びハクビシンの重症急性呼吸器症候群／プレーリードックのペスト／サルのマールブルグ病／サルの細菌性赤痢／鳥類のウエストナイル熱／犬のエキノコックス症／サルの結核／鳥類に属する動物のインフルエンザ（H5N1）／鳥類に属する動物の**新型インフルエンザ等感染症**

* スギヒラタケが原因と思われる東北北陸等で多発した脳症：平成15年感染症法改正により急性脳炎が全数把握となった。平成16年9月～11月にかけて、秋田県、山形県、新潟県で計54例の脳症の多発があった。広域的な調査を県と研究者、FETPが行い、病原体検索陰性、スギヒラタケ摂食者50例（89%）、腎障害合併者47例（87%）、死亡18例（致死率32%）と判明。スギヒラタケ摂食の注意をよびかけた。全数届出により急性脳炎のような重篤な疾患を把握できるようになり広域的な疫学調査ができた好事例。

患者の人権に配慮した対応

1. 入院

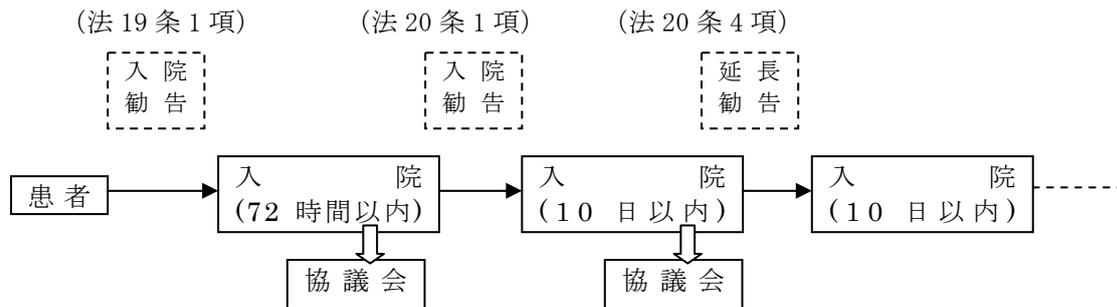
一類又は二類感染症患者が感染症法に基づいて入院する場合は、手続き保障のため、多くの規定が設けられている。

①十分な説明と同意を得て行う「入院勧告制度」。(この場合も公費適応)

勧告に従わないもののみ、入院措置が講じられる。

②応急入院制度：都道府県知事（保健所長）が72時間に限って入院勧告を行うとする入院制度。

③72時間を越えた入院の必要性やさらに10日ごとに入院継続の必要性を判断する場合は、「感染症の診査に関する協議会」の意見を聴いた上で行わなければならない。



(なお、新感染症患者については入院期間を継続する場合においても協議会開催は要しない。)

(結核は、入院勧告延長30日以内)

④30日を超える長期入院患者から行政不服審査請求に対しては、厚生労働大臣が疾病・障害認定審査会の意見を聴いた上で5日以内に裁決を行わなければいけない行政不服審査法の特例を設けている。

⑤入院中の行動制限 法律上の規定はなく主治医の判断による

自己退院や感染症のまん延のおそれがないければ、一時的な外泊も可能

2. 就業制限

①就業制限とは特定の業務に従事することを制限するもの

・（一～三類および新型インフルエンザ等感染症）飲食物の製造・販売・調整又は取扱いの際に飲食物に直接接触する業務

・（エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、マールブルグ病、ラッサ熱）①に加えて他者の身体に直接接触する業務

・（ジフテリア、SARS、痘そう、ペスト）多数の者に接触する業務

②就業制限の通知は法により必ず行わなければならない

③行政不服審査請求の対象にならない

④就業制限が解除されるには「病原体を保有しないこと」の確認が必要

解除には文書の通知は行わない

(6) 関連法規

予防接種法、検疫法、家畜伝染病予防法

→定期予防接種については母子保健の項参照

2. 保健所における感染症対応の実際

保健所における感染症に対する対応の基本は①当該患者等への適切な医療の提供（医療機関との連携、指定医療機関への入院、感染症診査協議会への諮問等）、②感染拡大の防止（原因・疫学・接触者調査等）、③情報の収集と提供（当該患者等や住民一般への説明責任等）である。

（1）事前対応

①感染症発生動向調査／病原体情報の収集と情報還元（サーベイランス）

感染症発生動向調査等をもとに、地域における感染症発生傾向の把握や全国の発生動向との比較等から異常を事前にとらえ、また、これらの情報を医療機関、学校関係組織等へ還元する。

4類、5類感染症においても、インフルエンザや麻疹等の流行状況、レジオネラや肝炎等では集団感染の有無等を確認する必要がある。

②感染症予防の啓発

保健所のホームページ、広報、各種メディア等を通じて感染症に関する一般的知識や地域における感染症発生状況に関する情報提供や注意喚起等を行う。

また、感染症に関する健康教育を実施するためには、臨床的特徴のほか、感染源や感染経路などについて住民にもわかりやすく説明できることが大切である。

③感染症対応の体制（健康危機管理体制）整備

感染症の発生に備え、特に集団発生等では患者への医療提供と共に感染拡大防止対策として、

- （a）保健所内及び自治体全体の対応組織の整備
- （b）他の自治体や国との連携体制の整備
- （c）対応マニュアルの整備等を行う

④感染症担当職員の専門的知識修得

保健所では、医師のみでなく食品衛生監視員等種々の職種が感染症対策に関わっているが、これらの職員は、常時、最新情報の収集、専門的知識の修得に努めている。感染症の予防・発生時の対策を検討するには、感染症の疫学、臨床的特徴、診断法、治療方法などを理解しておかなければならない。

（2）感染症発生時における対応の実際

①医師からの届出受理

届出票に従い、届出医師に対し患者の症状・経過、推定感染経路、治療内容、検査方法、接触者、集団発生の可能性の有無等を聞き取る。

②疫学調査・健康調査・防疫措置

- ・感染症法第15条に基づき、保健所は、感染症の発生状況、動向及び原因を明らかにするため調査を行う。日ごろから、地域での感染症発生動向に注意を払い、調査対象の感染症が発生した場合は迅速に対応する。
- ・患者、家族等から疫学調査票に基づき、喫食及び行動状況（集団生活の有無、海外渡航歴、動物との接触歴等）、衛生環境（井戸水の使用等）、患者周囲の者の発病の有無等を聞き取る。
- ・聞き取り調査等から調査対象者（接触者等）や調査施設の範囲を決定する。
- ・患者家庭だけでなく、該当する場合は集団施設（学校、高齢者介護・保健・福祉施設、病院等）、飲食店等の施設環境の立入調査を行い、感染症発生との関連を検討する。

- ・集団発生等の場合は、感染症発生要因について統計学的に検討する。
聞き取りや立入調査等において、必要な場合は施設の消毒や使用制限を行う。
調査対象が管轄外の場合、居住地を管轄する保健所に調査を依頼する。
調査を行う場合は、対象者のプライバシー保護に留意する。

③検体検査

必要に応じ、患者等の臨床検体及び環境からの検体検査（施設設備のふき取り検査等）行う。

④入院・退院、患者搬送

- ・感染症類型や患者等の症状に基づき、入院の勧告・措置を行う。
- ・1、2類感染症の入院に際しては、感染症診査協議会に諮問する。
- ・患者搬送が必要な場合は、基本的には保健所が行なう。

⑤患者等への就業制限、健康保健指導

- ・感染症法では、他者への感染防止の観点から1類、2類、3類感染症患者等においては就業制限が規定されており、これらに当てはまる場合は就業制限を課す。
- ・医療対応とは別に、患者・接触者等に対して治療期間中の健康管理や感染予防方法の指導等も保健所の重要な仕事である。

⑥その他

情報公開、注意喚起等の観点から適切な情報提供や報道対応を行なう。

(3) 集団発生時の対応

集団感染の場合の対応は、基本的に上記と同じであるが、患者や接触者等健康調査の対象者が多いこと、保育所・学校・特別養護老人ホーム等の入所施設、通所施設等集団生活施設が関与している場合が多いこと、一自治体のみでなく広域発生が認められる場合があること、また、社会的にも関心が集中すること等から、より計画的な調査・対応が必要となる。

- ・対策本部の設置等、保健所及び自治体本庁や関係機関が連携した対応を行なう。
- ・他の自治体、都道府県、国等との情報の共有化や、連携を行なう。
- ・一般住民への情報提供等の観点から、適切な報道対応を行なう。

集団発生の定義

1. 同一感染経路によることが明らかな場合（同一家族を除く）

- (1) 町村においては1週間に2例以上
- (2) 市又は特別区については、市区内町で1週間に2例以上の発生
- (3) 同一施設において1週間に2例以上

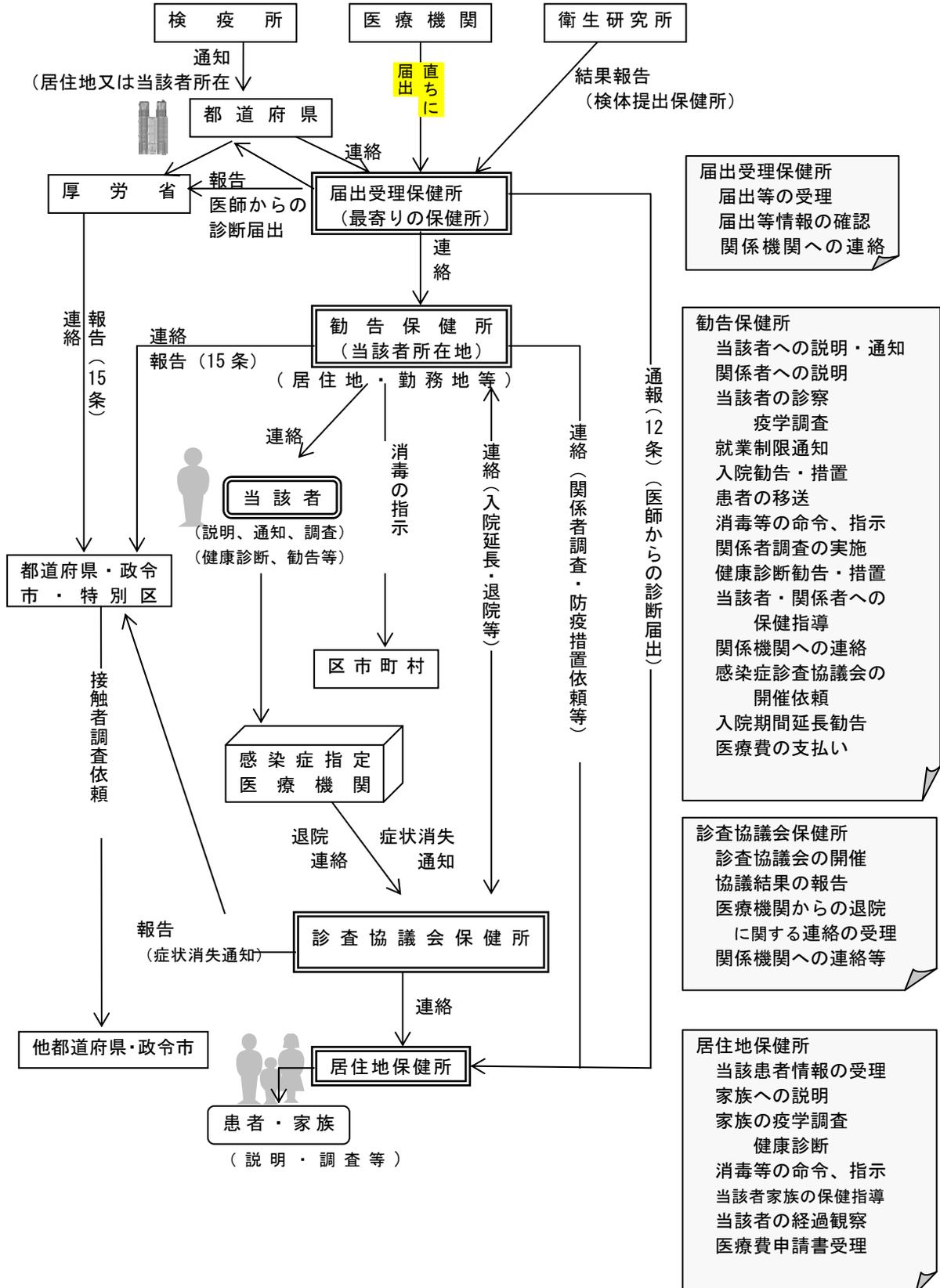
2. 同一感染経路によることが明らかでない場合（同一家族を除く）

- (1) 前記地区又は施設において、1週間以内に概ね10人以上の発生の場合

感染症発生時の対応フローチャート（新、一、二、三類感染症）

- 1類：エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱、痘そう、南米出血熱
- 2類：急性灰白髄炎、ジフテリア（結核は別に記載）
- 3類：腸管出血性大腸菌感染症、コレラ、細菌性赤痢、腸チフス、パラチフス
（3類は、入院の勧告、措置、移送は無）

東京都における対応の流れ



3. 感染症サーベイランスシステム

現行の感染症サーベイランスシステムの体系、運用方法等について知り、感染症対策の中で日常サーベイランスの重要性を理解する。地域及び全国のデータを利用し地域の診断を行うとともに、その結果を地域医療機関や住民等へ還元する。

疾病の発生状況を把握し、現状の分析から必要な対応を検討することが重要であるが、特に感染症においては異常な発生状況の有無や新たな感染症の発生を早期に把握し、迅速に対応することが必要である。

(1) 感染症サーベイランスシステム

(NESID: National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases)

感染症法では、感染症の発生を迅速に把握することによって、感染症の予防と拡大防止、そして国民に正確な情報を提供することを目的として、日常的に感染症の発生動向を監視している。これは、感染症を診断した医師、医療機関からの発生報告を基本としているが、これらを効率的に収集解析するために中央感染症情報センター（国立感染症研究所）と地方感染症情報センター（都道府県の地方衛生研究所等）や保健所をネットワーク、あるいはインターネットをベースに電子的なシステムを構築している。

(2) サーベイランスシステムの実際

①患者発生情報（医師からの感染症患者発生届）

- ・感染症法で規定する全数把握疾患（1類～4類、5類の一部）

医師から届出を受けた保健所（または保健所から情報を受けた衛生研究所等）はオンラインシステムで中央感染症情報センターへ報告する。

- ・定点把握疾患（5類の一部）

内科、小児科、眼科、性感染症関係科、総合的な病院等の中から都道府県知事により医療機関が指定され（定点医療機関）、保健所（または保健所から情報を受けた衛生研究所等）はこれらから定点把握疾患の発生届を週1回（一部の疾患では月1回）受け、オンラインシステムで中央感染症情報センターへ報告する。

- ・これら保健所等から中央感染症情報センターへ報告された情報は、同センターが整理し全国の発生状況として地域感染症情報センターへ還元される。

②病原体情報（病原体定点からの報告）

- ・患者発生情報とは別に細菌/ウイルス学的検査結果を報告する定点医療機関が設定され、検出された病原体結果が中央感染症情報センターへ集約される。

③情報還元

- ・患者発生及び病原体情報は国立感染症研究所感染症情報センターのホームページで公開されている。
- ・基幹及び地域感染症情報センターでも地域の医療機関等へ収集情報を提供している。

(3) 地域の感染症発生動向分析

①4類及び5類感染症への対応

4類及び5類感染症においても、地域でレジオネラ、その他の重要な動物由来感染症、耐性菌感染症等の発生を探知した場合は、1～3類感染症発生時と同様の疫学調査等保健所の迅速な対応が

必要となる場合もある。

② 定点把握疾患への対応

全数把握疾患だけでなく、地域における定点把握疾患の発生状況を把握し異常な発生状況を認められた場合には臨時の予防接種実施やその他のまん延防止対策等必要な行政対応を行うことも必要となる。

③ 小児のウイルス性疾患への対応

小児のウイルス性疾患については、地域の予防接種率との関連についても検討する必要がある。

4. 主な感染症の特徴

(症状、潜伏期間、病原微生物、感染経路、予後、感染予防策、検査方法等)

保健所の活動においても、各感染症の病態（潜伏期・感染性、感染経路、症状等）、治療方法、検査方法等を理解しておくことは以下の点等から非常に重要である。

- ・ 個別患者に対する医療だけでなく原因病原体や感染経路を推定し迅速に感染拡大防止対策の立案
- ・ 啓発活動（一般住民や学校関係・入所施設等に対する講話等）や相談

* 各論については成書を参照

「東京都感染症マニュアル」東京都福祉保健局平成 17 年 3 月発行

「感染症の診断・治療ガイドライン 2004」日本医師会発行

「最新感染症ガイド R-Book2006 編集米国小児科学会 日本版 RedBook」日本小児医事出版社発行

国立感染症情報センター <http://idsc.nih.gov.jp/index-j.html>

感染症に関する基本的事項

1. 潜伏期と感染性

各感染症により潜伏期間、感染性を持つ時期が異なるため、感染源の検索や感染拡大防止対策の際にこれらの点を考慮し検討することが必要である。

2. 感染経路

感染経路を特定することは、個人の予防だけでなく感染拡大防止対策を立てるうえで重要である。

① 空気感染（飛沫核感染）；結核、麻疹、水痘、レジオネラ症、炭疽 等

粒径 $5 \mu\text{m}$ 以下の粒子に付着した微生物による感染経路。長時間空気中に浮遊しており、空調的対策が必要である。

② 飛沫感染：インフルエンザウイルス、ジフテリア、マイコプラズマ肺炎、百日咳、流行性耳下腺炎、溶連菌性咽頭炎、アデノウイルス、風疹など

咳、くしゃみなどによって生じる $5 \mu\text{m}$ 以上の飛沫によっておこる感染経路。短い距離を飛び、宿主の結膜、鼻腔粘膜、口腔粘膜に沈着して感染する。飛沫は空中に浮遊し続けることはないので空調的対策は必要とせず、空気感染とは一線を画する。

③ 接触感染

・ 病原体と直接接触することで感染する。

ここでは、経口感染、経皮感染、血液等を介した感染も含めた。

・ 経口感染：食中毒菌による食中毒、クリプトスポリジウム、ジアルジア 等

・ 血液等を介した感染：HIV、B・C 型肝炎 等

・ 経皮感染（昆虫、動物等の咬傷）：マラリア、デング熱、ツツガムシ病 等

・ 経胎盤感染：先天性トキソプラズマ症、先天性風疹症候群 等

3. 感染症の検査

① 細菌、ウイルス、寄生虫、真菌等の病原体に対して、従来の形態学的検査や培養検査に加え、近年では PCR 法等の分子生物学的手法を利用した各種の検査が開発されている。

② 事例によりどのような検査が適切で、検査結果がどの程度の時間で判明するか等を理解しておくことは、患者個人の診断や治療のみでなく、迅速な対応（行政措置を含む感染拡大防止対策）をとる上で重要である。

動物由来感染症

動物から人へ、あるいは人から動物へ伝染する病気。獣類（家畜）から感染することが多いため人獣共通感染症、人畜共通感染症、ズーノーシスとも言われる。日本では主なものとして30種類以上が、また世界中では数百種類が知られている。代表例として、狂犬病、日本脳炎、オウム病、トキソプラズマ症などがある。肉骨粉の利用などによるBSE（牛海綿状脳症）やハクビシンなどの野生動物が感染源と疑われるSARS（重症急性呼吸器症候群）、高病原性鳥インフルエンザなど新たな人畜共通感染症が続発している。

動物由来感染症の伝播経路

伝播経路		具体例	動物由来感染症の例
直接伝播		咬傷 なめられる 引っ掻き傷 排泄物 咳・くしゃみ	狂犬病 パスツレラ症 ネコ引っ掻き病 トキソプラズマ症 結核
間接伝播	環境媒介	水系汚染 土壌汚染	クリプトスポリジウム症 炭疽
	ベクター	ダニ カ ノミ 巻き貝	回帰熱 ウエストナイル熱 日本脳炎 ペスト 日本住血吸虫
	動物性食品	肉 魚肉	有鉤条虫症、サルモネラ症 アニサキス症

動物由来感染症の病原体分類

病原体の分類	動物由来感染症の例
ウイルス	狂犬病、日本脳炎、インフルエンザなど
リケッチア・クラミジア	Q熱、紅斑熱、オウム病など
細菌	ペスト、サルモネラ症、レプトスピラ症など
真菌	皮膚糸状菌症、クリプトコックス症など
原虫	バベシア症、トキソプラズマ症、アメーバ症など
寄生虫	イヌ・ネコ回虫症、エキノコックス症、吸虫症など

5. 院内・施設内感染対策

院内感染の予防と発生時の対応を適切に行うためには、医療機関が組織的に、また、組織の一員としてどのような事項に留意すべきかを理解し、日常臨床の場で院内感染予防に努めなければならない。

(1) 院内感染対策の基本

院内感染対策は基本的には医療機関が自主管理すべきものであるが、保健所も医療機関がより安全で上質な医療提供体制を構築・維持するための支援を行う必要がある。

①院内感染対策における基本的留意点

- ・院内感染対策委員会等の対策組織の整備と有効な運営
- ・医療従事者を対象とした感染防止に関する教育と防止策の実行
- ・感染症に関連する設備の維持管理
- ・医療従事職員への感染防止対策（健康診断、予防接種等）の実施
- ・関連組織（保健所、感染症専門機関）との連携、協働 等

②院内感染対策マニュアルの主な記載事項

- ・院内感染対策委員会等の対策組織と運営方法
- ・院内感染発生時の報告体制と対応
- ・職員への感染症防止策（定期健康診断、予防接種等）
- ・スタンダードプリコーションの実行（手洗い方法等）
- ・空調／給水設備の維持管理方法、感染性廃棄物の処理方法
- ・個別感染症に対する具体的対応策
- ・個々の医療処置における感染防止策、器材の処理方法 等

③院内感染発生時の保健所への報告

院内感染が発生したこと自体に対して、保健所等への届出義務はないが、重大な結果を生じた（あるいは、その可能性がある）事例等、必要な場合は報告し協働して問題解決にあたる必要がある。

参考文献等

- ・Prevent Antimicrobial Resistance in Healthcare Settings, 2003年11月, CDC ホームページ
http://www.cdc.gov/drugresistance/healthcare/ha/12steps_HA.htm
- ・東京都院内感染マニュアル(平成17年5月改訂版)
<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryu/kanri/yobou/index.html>
- ・国立国際医療センター院内感染マニュアル等 <http://www.imcj.go.jp/kansen/topmenu.htm>

(2) 立入検査時における院内感染対策の評価

保健所が医療機関の院内感染対策に直接かかわる仕事として、医療法に基づく立入検査があり、この機会を利用し各医療機関の感染症に対する日常の対策について聞き取りや、必要な場合は指導等を行う。

① 医療機関への立入検査時に確認することが望ましい事項

- ・院内感染対策委員会等の対策組織の設置の有無と有効な運営方法
感染制御医師、感染管理看護師の設置、報告体制等
- ・院内感染対策マニュアルの整備の有無
院内感染対策マニュアルへの主な記載事項参照

- ・ 院内感染サーベイランスの実施、抗菌薬使用ガイドラインの整備の有無

② 医療機関以外の高齢者入所施設等への情報提供、指導

- ・ 医療機関以外の入所施設では独自で施設の感染症対策を実施することは難しいため、保健所は、日頃から連携をとり、感染症に関する情報提供や必要な場合は指導を行う。

参考文献等

- ・ 東京都福祉保健局院内感染予防対策立入調査
(http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/kensakekka/index.html)
- ・ 透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル
平成 11 年度報告書 (http://www1.mhlw.go.jp/topics/touseki/tp0225-1_11.html)
改訂版第 2 刷 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/10/tp1005-1.html>)
- ・ 介護保険施設に対する感染症等予防指導マニュアル全国保健所長会 ;
(<http://www.phcd.jp/manual/kaigoshisestukansenyobo.html>)

II. エイズ対策

1. AIDS/HIVの現状

地域のエイズに関する保健医療福祉体制を理解し、一般臨床や行政の医師として遭遇したエイズ患者/HIV感染者に対し適切な対応を行うことができないといけない。

(1) 我が国における AIDS/HIV の現状

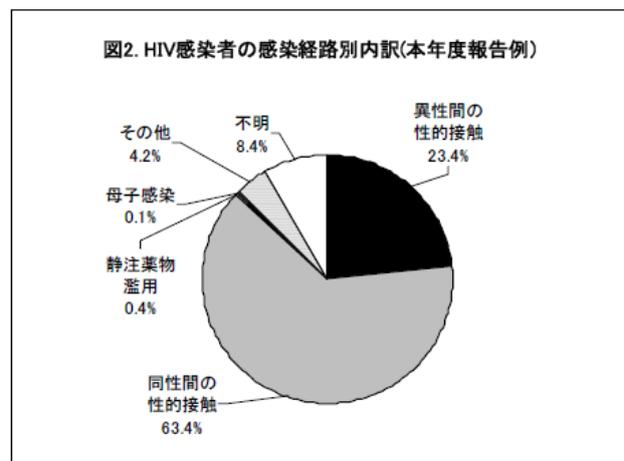
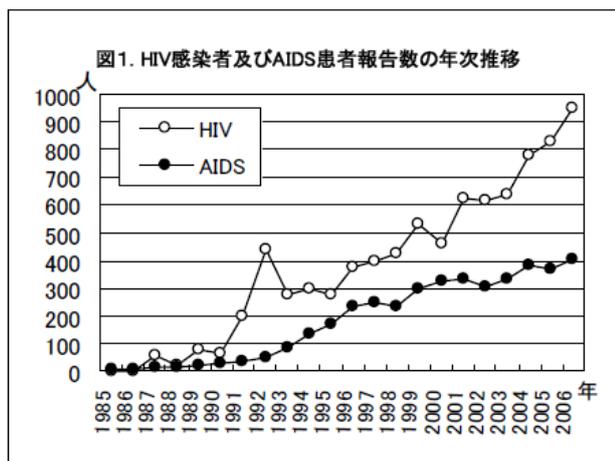
毎年公表されるエイズ発生動向年報*によると、我が国におけるHIV感染者(以下、HIV)／AIDS患者(以下、AIDS)報告数は増加傾向にある。凝固因子製剤による感染例を除くと、2007年1年間の新規HIV感染者報告数は初めて1,000件を超え1,082件、新規AIDS患者報告数は418件であった。2007年末までの累積報告数はHIV9,426名、AIDS4,468名であった。

国籍・性別では日本国籍男性の占める割合は上昇し、HIV及びAIDSの増加は、主に日本国籍男性の増加によるものである。

感染経路は、HIV、AIDSともに性的接触による感染が大半であり、静注薬物濫用や母子感染によるものはいずれも1%以下である。日本国籍男性のHIVでは同性間性的接触**によるものの増加傾向が著しい。

年齢分布は、日本国籍男性の同性間性的接触によるHIVでは20歳代で増加が見られており、異性間性的接触によるHIVでは25-34歳で増加傾向にある。日本国籍女性も若年化の傾向にあり、感染経路として異性間性的接触による割合は15-24歳では男性を上回っている。

献血者のHIV抗体陽性率は年々増加を続け、2007年は献血10万件当たり2.0を超えた。



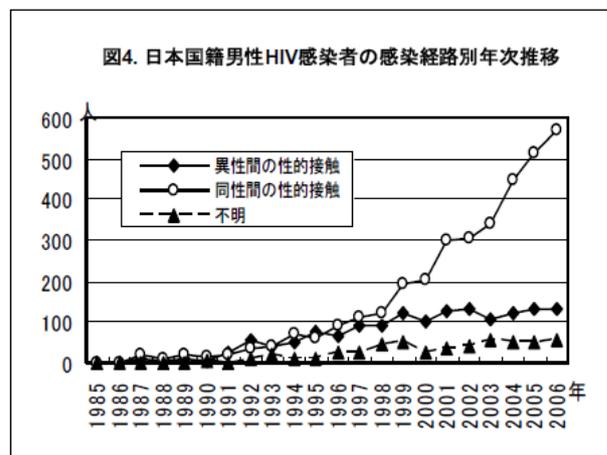
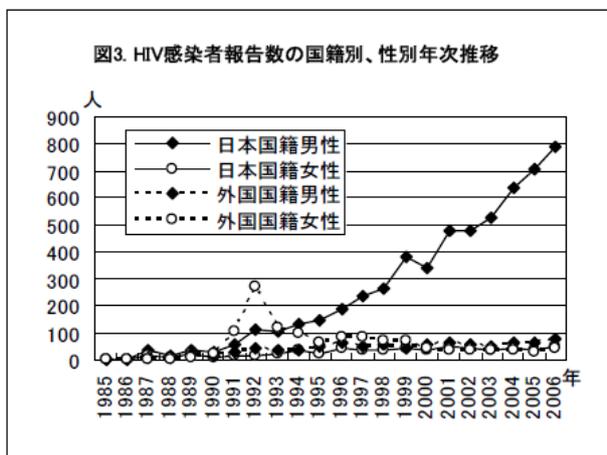
* エイズ発生動向調査

1984年に開始され、1989年～1999年3月までは「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律(エイズ予防法)」に基づいて実施されていた。1999年4月からは「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)」に基づく感染症発生動向調査として行われてきたが、2003年11月の感染症法改正で全数把握の5類感染症となった。(報告基準は<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-07.html>)。

AIDS患者報告：診断時点で既にAIDS指標疾患を発症しているHIV感染者の報告である。つまり、AIDS発症までHIV感染に気づいていない人数である。

HIV感染者報告：HIVに感染後AIDS指標疾患を発症する前の期間(平均10年)内に何らかの機会(血液検査、病院受診、献血等)で感染が判明した人数。いったんHIV感染者として報告されると、AIDS指標疾患を発症してもAIDS患者としては報告されない。病変AIDS、病変死亡は別途、医師が任意に報告する。

** 同性間性的接触 MSM 同性愛者 両性愛者；同性愛 homosexual、両性愛 bisexual、異性愛 heterosexual は性的指向を示す言葉である。MSM (men who have sex with men) は、男性と性行為をする男性のことを指す。つまり同性愛者であっても性行為をしない者もあるし、異性愛者である男性でも(売買春目的や本人が望まない場合にも)男性と性行為をすることもある。無防備なMSMはリスクが高い。同性愛は、英語の homosexual を略してホモと言うことがあるが蔑称的な響きがあり、ゲイという言葉を使うことが多い。



* 詳細は厚生労働省エイズ動向委員会 <http://api-net.jfap.or.jp/> 参照

(2) 世界におけるAIDS/HIVの現状

世界的に見て HIV/AIDS は増加している。HIV/AIDS 患者の 2/3 はサハラ砂漠以南のアフリカであり深刻な国家問題となっている。また、増加率の高い地域は、東アジア、東ヨーロッパ及び中央アジアである。2006 年末における世界の HIV 感染者数は 3,950 万人で、2006 年の AIDS による死亡数は 290 万人であった。

2. エイズに関する保健医療福祉対策

(1) AIDS対策の経緯

AIDS 対策は、昭和 62 年の「エイズ問題総合対策大綱」、平成元年の「後天性免疫不全症候群の予防に関する法律」（以下、エイズ予防法）に基づき進められてきたが、血液製剤による HIV 感染被害問題等を契機に、国はさらに医療・研究体制の整備を促進した。

平成 11 年にエイズ予防法を廃止し、HIV/AIDS を「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、感染症法）」の 4 類感染症に位置づけ、特に対策を講じる必要のある感染症として指定し、「後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針」を策定した。

平成 15 年の感染症法改正時に、HIV/AIDS を全数報告義務のある 5 類感染症に再分類した。

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針のポイント

- ①原因の究明：医学的及び社会的調査研究
- ②発生予防及び蔓延防止：検査・相談体制（保健所等で実施）
- ③医療提供：良質かつ適切な医療の提供と保健福祉サービスの充実
- ④研究開発：治療薬・ワクチン・診断方法等
- ⑤国際的連携
- ⑥人権尊重：個人を尊重した医療保健福祉サービスの提供
- ⑦普及啓発及び教育
- ⑧関係機関の連携：国関係省庁、地方自治体、保健所、民間団体等

(2) 医療対策

①国の中核的医療機関として国立国際医療センター（エイズ治療・研究開発センター）、地方ブロック拠点病院（国立仙台病院、国立名古屋病院、国立大阪病院、国立病院九州医療センター）、各都道府県に複数のエイズ治療拠点病院が整備されている。これらの医療機関では、治療・研究の促進を目的として患者情報等を「HIV 診療支援ネットワークシステム」を通じて共有化している。

② エイズ対策研究事業 HIV 治療に関する研究班からは毎年、欧米の成績を考慮しつつ日本の現状に見合った治療方法について「抗 HIV 治療ガイドライン」が出され、EBM に基づいた治療の標準化等を図っている。

(3) 保健福祉対策等

①発生動向調査

エイズ発生動向調査は 1984 年から開始され、現在は感染症法に基づき保健所等を介して感染症発生動向調査(全数把握 5 類感染症)として行われ、3 か月毎の集計及び 1 年毎のエイズ発生動向年報が公表されている(1. AIDS/HIV の現状参照)。性感染症についても定点把握 5 類感染症として、発生動向調査が行われている。

②保健対策

AIDS/HIV は最近の多剤併用療法等による治療方法の進歩により死亡率の減少が見られ、慢性疾患にひとつであるが、長期の治療継続が必要であることや社会的偏見もいまだ強いこと等から一般の感染症とは異なり、患者・感染者に対して医療対応と連携した保健・福祉対応、さらに民間団体等も一体となったケアが重要である。

③医療制度

治療費はその人の身体の状態や治療方針などによって異なるので、一概に数字を示すことは難しいが、現在標準的な治療である抗 HIV 薬の多剤併用療法では、全額自己負担として、毎月 15 万～20 万円程度かかると言われている。健康保険を使うと、国民健康保険も健康保険（被用者保険）も、共に 3 割の自己負担（3～69 歳）であるので、抗 HIV 薬だけで毎月数万円の費用がかかる計算となる。

実際は、これに再診料や定期的な血液検査などの諸検査料などが加わる。もし、ほかに何か予防しなければならぬ日和見感染症などで、治療を必要とする病気があれば、さらに費用はかかる。

ただ、一般の病気と同様、例えば高額療養費制度などの医療費助成制度や、傷病手当金や生活保護などを利用することが可能である。

血友病 A、B 及び血液凝固因子製剤に起因する HIV 感染症の患者については、高額療養費制度の特定疾患にかかる特例により自己負担額が 1 万円になっているが、さらに先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（難病等医療費助成と同様）に申請すれば、この 1 万円も助成している。

AIDS/HIV の医療制度

1. 健康保険が使える。
2. 身体障害者手帳の交付を受ければ、自立支援法による医療費の助成を受けることができる。
3. 高額療養費制度等
4. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

④福祉対策

ア) 身体障害者手帳の交付

エイズを発症すると免疫機能障害として、身体障害者手帳の対象となっている。身体障害者手帳が交付されると、自立支援法による自立支援医療費の助成の対象となる。その他各種手当の給付や税金の軽減、公共料金の割引、運賃等の割引などのサービスを受けることができる。しかし、身体障害者手帳の等級や所得の制限を設けているものもあり、都道府県や区市町村によっても受けられるサービスに違いがある。

イ) 血液製剤による HIV 感染者、二次、三次感染者に対する救済制度

医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構（医薬品機構）が財団法人友愛福祉財団の委託を受けて行っている事業で、血液製剤による HIV 感染者、二次感染者及び三次感染者の方々に対し、健康管理費用等を支給する調査研究事業と健康管理支援事業がある。医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構のホームページ

（<http://www.pmda.go.jp/operations/higaikyusai/outline.html>）を参照。

ウ) HIV 感染者の障害年金

公的年金に加入していれば、病気・けがで障害の状態になったときには、障害の程度に応じた障害年金を受けることができる。国民年金からは障害等級 1 級・2 級の障害基礎年金が、厚生年金に加入していれば、障害基礎年金に上乗せして 1 級・2 級の障害厚生年金が支給される。ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による疾病及び障害についても、障害認定を行い、障害の程度に応じた障害基礎年金、障害厚生年金が支給される。

⑤民間団体の活動

全国には数多くの民間団体が患者支援やエイズ予防普及活動のための種々の活動している。

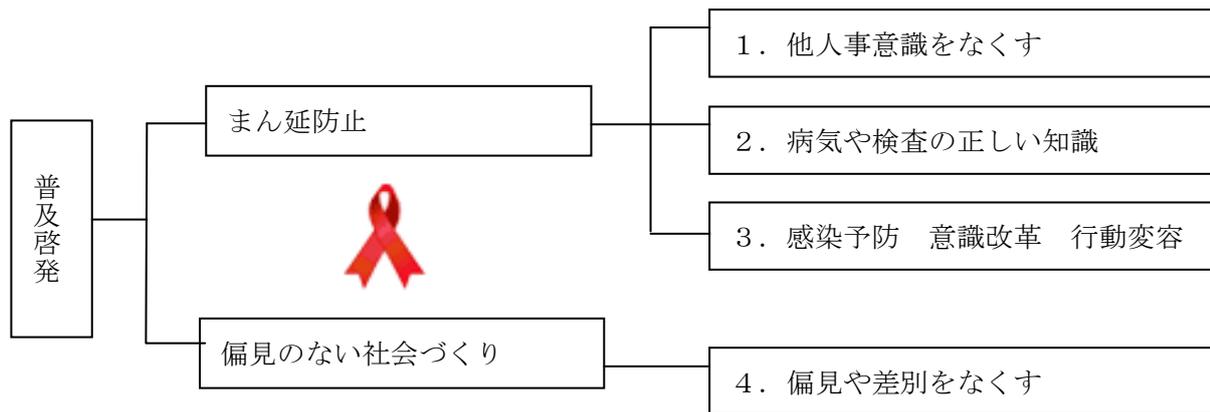
3. 保健所のエイズ相談・カウンセリング・普及啓発

(1) エイズ及び性感染症に関する健康教育

正しい知識の普及啓発がまん延防止と HIV 感染者に対する偏見差別をなくすために大切なことである。あらゆる年齢層に対して多くの機会を捕らえ実施する必要があるが、それぞれの対象にあったアプローチをしていく。特に感染者が増加している、若者、同性間性的接触者 (MSM) に対しては重点的に普及啓発を行っていき、行動変容に結び付けていくことが必要である。小中高校生などへのエイズ教育及び性教育は、学校関係者と十分連携をとり年齢発達に合わせて行うことが大切である。

健康教育の基本的事項

1. エイズ及び性感染症に関する健康教育に必要な知識と態度等
 - ①エイズ及び性感染症の発生動向
 - ②エイズ及び性感染症の臨床的特徴と治療及び予防方法
 - ③エイズ対策の現状と問題点
 - ④偏見と差別の存在、人権尊重
2. 健康教育の進め方の基本
 - ①健康教育の対象者により重点を置く内容を考える。
年齢、職種や立場（一般市民、学校関係指導者、企業管理者等）
個別施策層（外国人、同性愛者等）
 - ②理解しやすいプレゼンテーションを考える。
使用する資料（ホワイトボード、プリント、スライドの使用等）
 - ③グループワーク等参加型の方式も考慮する。



(2) 相談体制

保健所、保健センター窓口には HIV に関わるさまざまな相談が寄せられる。

特に来所相談を実施していないところでも、電話による相談は少なくない。HIV の相談は、必ずしもエイズ患者／HIV 感染者自身から寄せられるとは限らない。家族、パートナー、友人、会社関係の人たちをはじめとして、感染を心配する人からも寄せられる。

相談者にとっては、初めてのエイズの相談のこともある。

相談内容は病気そのものの医学的な相談から、社会保障制度やエイズNGOの情報、セクシュアリティについての相談など、極めて広範囲である。常に新しい知識を身につけていくことが必要である。*

カウンセリングについて

1. カウンセリングの基本的考え方

エイズ相談・カウンセリングは、i) 予防啓発カウンセリング、ii) 検査前後のカウンセリング、iii) 感染者／患者、そのパートナー等へのカウンセリング、に分けて考えることができる。

それぞれの対象者との関係づくりから始まり、検査を受けるかどうかの自己決定や感染を知った上での今後の生活等、カウンセリングにより対象者自らの意思に基づいた行動変容へ結びつけて行くことが重要である。

2. エイズにおいて特に相談・カウンセリングが重要な理由

- ①長い潜伏期があり、発病への不安が強く、治療が開始されれば種々の副作用もあり、精神的身体面から日常生活に支障を来すことが多い。
- ②多剤併用療法で治療は格段に進歩してきているが、服薬を中断することなく治療を継続していく必要がある。
- ③性感染症でもあり、妊娠・出産を含めたパートナーや家族への対応も必要である。
- ④エイズへの偏見が強く、就労等社会的生活にも支障を来すことも多い。

*気をつけたい言葉

- × エイズ撲滅、エイズ殲滅、エイズ根絶、エイズ汚染、エイズ禍、忍び寄るエイズ、インバーダーエイズ、人類を破滅させるなど：いたずらに恐怖心をあおることとなり、HIV 感染者や AIDS 患者を排除しようとする響きがある。
- × エイズになったら死ぬ、発病すれば死ぬ：人間誰しもなにかでいつかは死ぬ。エイズは最近の多剤療法で非常に治療効果が上がっており、いまや慢性疾患のひとつである。感染者、患者が前向きに生きられるよう支援することが大切である。
- × 性的な蔑称に注意（ホモ、おかまなど）：ゲイというほうがよい。
- × ハイリスクな人：ハイリスクなのは人ではなく、行動である。

(3) 保健所における HIV 抗体検査

保健所における HIV 抗体検査については、匿名で、無料で行っているが、①感染の早期発見による発病予防、②二次感染の防止、③感染不安の解消、④有効なエイズ教育の機会 などの意義がある。プライバシーに配慮し、安心して相談を受けられるよう、個室対応とすることや動線に配慮することが大切である。

HIV 感染者が増加しているが、保健所の HIV 抗体検査受検者数は伸びていない。また、検査目的と思われる献血をする人は一向に減っておらず、献血者からの陽性者も多く、より検査を受けやすいような体制整備が求められている。

検査結果は1～2週間後に行っているところが多い。迅速検査を行い、即日結果返しなど行い始めた保健所もある。迅速検査のみで結果を返すときには、偽陽性を示す事例があり、精密検査をさらに行うため、再来所をお願いすることがある。

抗体検査の実施にあたっては、感染経路について詳細に聞きすぎたり、また何も聞かずに採血するといったことがないよう、検査前、そして後には受容的態度で相談者の自己決定を尊重しながら、カウンセリングする。

AIDS/HIV カウンセリングの心得

1. 検査前カウンセリング

- ①相談者の HIV 感染の可能性についてエイズを正しく理解しているかの情報提供をする。
- ②受検者に対して検査の意味、陰性であった場合、陽性であった場合の情報提供をする。

2. 検査後カウンセリング

- ①陰性の場合は今後確実な予防行動をとるように援助指導する。
- ②陽性告知の場合は医療機関の紹介とともに社会心理的な援助を行う。今後の病気についての説明、発病予防、感染予防、患者支援団体、NPO などの紹介、など十分な時間をとってカウンセリングを行うのが望ましい。
- ③他の受検者との関係など、所内の全体の相談体制の流れ、相談室の配置など事前に十分配慮する。受検者にとっては告知は大きな衝撃であり、多くは感染の事実以外に何をはなされたか覚えていないことが多いので、後で参考になるように、パンフレット等印刷物や相談者の電話番号を記したカードなどを提供する。
- ④検査前カウンセリングを行った職員が検査後カウンセリングに立ち会う、検査後カウンセリングも行うなど同一職員が受検者に継続してかかわるなどの工夫をしていくことも必要である。

(担当 中西 好子)

エイズの歴史

1. 1982年にエイズという病気の定義が確立

1981年6月5日発行の、米国厚生省のCDC (Centers for Disease Control and Prevention: 疾病管理・予防センター) 発行のMMWR(「罹病および死亡週報」)に、ロサンゼルス1の若い同性愛の男性5名がカリニ肺炎を起こしたと報告されたのが最初の報告。

カリニ肺炎やカポジ肉腫にかかる患者の報告などが続き、男性同性愛者¹または両性愛者続いて、静脈注射による麻薬の使用や血友病患者、輸血を受けたことのある男女、異性愛者の男女などで、免疫力の低下という共通点が見られた。1982年9月に後天性免疫不全を基礎とする疾患として、後天性免疫不全症候群 (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) の定義が確立した。

2. HIV (Human Immunodeficiency Virus) の命名

1983年にフランスのパスツール研究所のウイルス学者モンタニエ博士らがレトロウイルスの一種を分離し、1986年にこのウイルスは、エイズを引き起こすウイルスとしてHIV (ヒト免疫不全ウイルス) と命名された。その後の研究で、保存されていた古い血液をさかのぼって調べた結果、1970年代の人間の血清からもHIV抗体が発見されているので、それよりも前にエイズという病気自体は存在したと考えられている。

なお、HIVのウイルス発見は、アメリカNIHのロバート・C・ギャロ博士 (米国) とフランスのモンタニエが競い、名誉と利益をかけて国家間の問題ともなった。

3. HIVの起源

アフリカの奥地の風土病だったと考えられている。それが長距離を高速移動できる交通手段の発達など様々な要因により、世界的に流行するようになったのではないかとされている。

HIVはサル2の免疫不全ウイルス (SIV: simian immunodeficiency virus) と近い関係にあり、100年ぐらいの間に進化したものだだろうと推測されている。しかし、SIVはヒトに感染することはあっても、病原性はない。いつ、どのようにSIVがHIVに進化したかは不明である。

4. 日本の場合

わが国で初めて確認されたAIDS患者は、30歳代の同性間性的接触によって感染した日本人男性同性愛者で1985年3月に報告された。性的接触感染、母子感染、静脈薬物濫用などそれぞれに増加しているが、特に同性間性的接触感染によるものの増加が著しい。

一方、わが国では、血友病患者に治療で使用する血液凝固因子製剤を介したHIV感染が1980年代半ばにかけて広がった。わが国には5000人程度の血友病患者がいると推定されている。血友病の治療は、以前は出血時に輸血等で対応していたが、凝固因子製剤が安定供給可能となったため、この定期的予防的な注射が可能となり、1983年10月からは自己注射も許可された。ところが、この製剤にHIV混入したものがあつた。1985~6年まで製剤の国産化が間に合わず、必要量のほとんどを輸入に頼り、また加熱処理の認可も遅れたため、HIV感染が広がった。1985年7月から加熱処理したものが使用開始、続いて原材料もHIV陰性のものに限定されるようになり、その後は感染の恐れはほとんどなくなった。しかし、凝固因子製剤による感染は、2006年5月末でHIV1,435人 (死亡者606人を含む) が確認されており (血液凝固異常症全国調査) で、実際は約2000人程度が感染したと推計されている。またそのHIV二次感染者もあること、さらにC型肝炎を重複感染している人も多く、薬害被害として問題となっている。

ハンセン病

ハンセン病は、かつては「らい病」と呼ばれ、らい菌によっておこる感染力の弱い感染症である。日本では新規患者も認められるが極少数*。乳幼児期の反復性皮膚接触または鼻粘膜からの飛沫感染ともいわれているが、感染から発病まで長期間を要し、慢性に経過し、末梢神経がまひしたり、皮膚がただれたような状態になるのが特徴で、病気が進むと後遺症として、容姿の変貌や手足が変形する。プロミンに始まる化学療法によって治るようになった。現在では、いくつかの薬剤を組み合わせた多剤併用療法が広く行われ、早期発見と適切な治療で、確実に治癒する。

明治まで 古くは「日本書紀」や「今昔物語集」にも「らい」の記述がある。患者は仕事ができなくなったりして、奥座敷や、農家の離れ小屋で、ひっそりと世の中から隠れて暮らし、ある者は家族への迷惑を心配し、放浪の旅に出る、いわゆる「放浪癩」と呼ばれる人がたくさんいた。

1873 (明 6) 年 ノルウェーのハンセン、らい菌を発見。

1907 (明 40) 年 「癩予防に関する件」制定。放浪患者を隔離。患者救済を図ろうとしたものだが、強制隔離方針は、国民の偏見差別を助長した。

1931 (昭 6) 年 「癩予防法」制定。隔離の対象となる患者の範囲が広まった。この法律に前後して行われた「無らい県運動」により、ハンセン病をすべてなくそうという「強制隔離によるハンセン病絶滅政策」が広まる。

1943 (昭 18) 年 アメリカでファジニー、プロミンの効果を発表

1953 (昭 28) 年 「らい予防法」制定。「癩予防法」を一部作り直した法律。「強制隔離」「懲戒検束権」などはそのまま残った。患者の働くことの禁止、療養所入所者の外出禁止などを規定。

1996 (平 8) 年 「らい予防法」廃止。「らい」という病名も「ハンセン病」に。

1998 (平 10) 年 熊本地裁に、星塚敬愛園、菊池恵楓園の入所者ら 13 人、「らい予防法」違憲国家賠償 請求訴訟を提起。

2001 (平 13) 年 「らい予防法」違憲国家賠償請求訴訟で、熊本地裁は原告勝訴の判決。国は控訴せず。内閣総理大臣談話。

2002 (平 14) 年 厚労省「ハンセン病問題に関する検証会議」を設置 (座長金子輝子 元東京都副知事)

2005 (平 17) 年 「ハンセン病問題に関する検証会議」最終報告書を厚生労働大臣に提出

2005 年 7 月で全国 13 の国立療養所に 3254 人の元患者がおられ、平均年齢は 77.85 歳に達している。元患者らには国家賠償請求訴訟の勝訴・和解を経て一時金が支払われた。長期の隔離政策の結果、一般病院ではほとんど診断できる医師がおらず、元患者の治療は療養所の中でしかできないことが、社会復帰の壁のひとつとなっている。

「ハンセン病問題に関する検証会議」最終報告書の骨子 (平成 17 年 3 月 1 日)

1. 1931 年の「らい予防法」公布のときからの「無らい県運動」が偏見と差別の根源だと指摘。
2. 戦後、諸外国では隔離制度の廃止に向かったにもかかわらず、日本ではハンセン病の権威とされた療養所長の意向もあって、強制隔離を明文化した新法が 1953 年に成立。
3. 保健所が地域から患者をなくす運動の一线を担い、周辺の「善意」が全患者収容を推進
4. 同法が 1996 年まで延命したのは医学的な理由ではなく、旧厚生省が、入所者処遇改善の予算獲得に隔離政策を利用した経緯を批判。*
5. 再発防止策として、患者の権利を保護する法律の整備や、科学的知見に基づいた公衆衛生政策を国に提言。
6. 正しい医学的知識の普及と、人権教育の徹底が必要。
7. 法曹界、福祉界、教育界、宗教界、報道機関は隔離政策の維持・拡大をそれぞれに支えた。

http://www.jlf.or.jp/work/hansen_report.shtml#saisyu 全 886 ページ、20 項目で構成

*報告書は感染症医療等の予算編成に対して、以下のような提言をしている。「財務省に対し、次のような新しい予算編成上の原則の樹立を求めるべきである。感染症医療、精神医療等に関連する、予防、検査、スクリーニング、治療、リハビリテーション、入通院等の各場面において、法律上の強制の要素がない限り予算措置を講じないとの、これまでに見られた予算編成上の慣行ないし方針が人間の尊厳および人権の尊重に照らし最早破綻していることを認識し、公共保健 (パブリック・ヘルス) の目的が存在する場合には強制の要素がなくとも予算措置を講ずるよう努力するとの原則である。」

平成 17 年 4 月改正施行されたばかりの結核予防法は、命令入所等の規定が従前どおりに残っており、この報告書を受け、人権に配慮した入院手続き等を規定した感染症法へ統合改正され、平成 19 年 4 月施行された。

6 結核対策



6. 結核対策

【一般目標】

医師として、地域における結核の蔓延を防止するために、感染症法に基づいて、患者・家族・地域住民の人権に配慮しつつ、住民の結核予防と、結核患者が適切な療養を受けられる環境を提供する能力を身につける。

【行動目標】

1. 感染症法に基づき結核の届出や公費負担申請書が記入できる。
2. 結核健康診断ができる。
3. 結核の標準治療を理解する。
4. 患者家族・接触者の感染不安に配慮することができる。
- * 5. 結核管理図や結核サーベイランス等の情報を活用できる。
- * 6. 服薬支援事業(DOTS)、病院訪問、家庭訪問等の地域における患者支援に参加する。
- * 7. 定期的予防接種(BCG)事業に参加する。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|--|----|----|
| 1. 結核患者届出書、結核患者入退院届書、結核医療費公費負担申請書を正しく記載する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 定期病状報告書を記載する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 胸部X線写真を読影し説明する。 | 実施 | 見学 |
| 4. 感染症診査協議会で症例のプレゼンテーションをする。 | 実施 | 見学 |
| * 5. 結核管理図を用いて地域の結核対策の課題を述べる。 | 実施 | 見学 |
| * 6. 結核サーベイランスのデータを用いて地域概況を説明する。 | 実施 | 見学 |
| * 7. 服薬確認事業(DOTS)、病院訪問、家庭訪問等の地域支援に同行する。 | 実施 | 見学 |
| * 8. BCG接種を実施する。 | 実施 | 見学 |
| * 9. 結核患者発生時の対策会議に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 10. 結核の院内感染事例について討議する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 感染症法に基づく結核の届出や公費負担申請書の記入ができる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 結核健康診断ができる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 患者家族・接触者の感染不安に配慮することができる。 | A | B | C | D | E |
| * 4. 結核に関する情報を収集し活用できる。 | A | B | C | D | E |
| * 5. 結核患者の長期服薬継続の困難性に配慮することができる。 | A | B | C | D | E |
| * 6. 服薬確認事業(DOTS)、病院訪問、家庭訪問に参加する。 | A | B | C | D | E |
| * 7. 予防接種(BCG)の意義を理解し適切に実施できる。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

有効な感染症対策を行うためには臨床と保健医療行政の連携はもとより、住民をはじめとした多くの関係者との情報交換、対応が必要となる。そのためには臨床医も感染症法に基づく行政措置の概略を充分理解しておかなければならない。

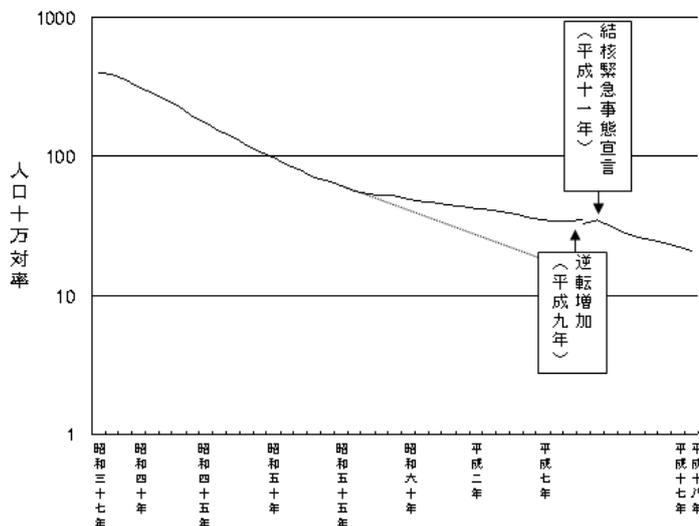
1. わが国の結核の状況

結核はかつては「国民病」ともよばれ、昭和26年までは結核の年間死亡は10万人を越え、死亡原因の第一位であったが、生活水準の向上、環境改善、医学・医療の進歩や結核対策の推進等により、結核の罹患者、死亡数とも激減してきたが、最近では結核の減少が鈍化し、平成18年統計では、年間の新登録結核患者数は2万6千人を越え、結核での死亡は2,000人を越え、結核はいまなおわが国最大の感染症といえる。また、近年、多剤耐性結核の発生や学校、医療機関、高齢者施設等で集団感染等の事例が報告されている。

日本の罹患者率は先進諸外国と比し高く、特に大阪市、名古屋市、東京23区等の大都市で罹患者率が特に高い。

患者の年齢は高齢化に偏り、60歳以上が6割以上である一方、20歳代、30歳代の若い成人の発症が4500人を占めている。高齢者の結核の多くは、結核の高蔓延時代の感染が高齢にいたって内因的な要因から結核を発症したものと考えられるが、若い成人期の結核のほとんどが最近の感染によるものと考えられている。

結核罹患率の推移(全結核)



統計指標にみる日本の結核の特徴(平成19年結核発生動向調査年報より)

- ①新登録結核患者数・罹患率は過去7年連続で減少している。
新登録結核患者数 26,384人 罹患率(人口10万人対の新登録患者数) 20.6(対前年比1.6減)
- ②20歳代の結核罹患率は前後の年齢層より罹患率が高く、減少も遅い。
20歳代の罹患率 13.5(15-19歳 3.3、30-39歳 12.8)
- ③外国籍結核患者の割合は増加している。特に20歳代で著しい。
全年齢外国籍患者の割合 3.5%(H17 3.3%、H16 3.1%、H15 2.9%)
20-29歳外国籍患者の割合 19.8%(H17 16.4%、H16 15.9%、H15 14.3%)
- ④働き盛りの感染性の強い結核患者では、発見の遅れが依然大きい。
発病～登録までの期間が3カ月以上の割合:全年齢有症状肺結核 20.7%(前年19.7%) 30-59歳 29.5%(前年28.7%)
- ⑤新登録結核患者における高齢者の割合は、増加傾向にある。
70歳以上の新登録結核患者の占める割合 47.0%(対前年比2.1増)
- ⑥大都市部の結核罹患率の格差はやや縮小したものの、国内の地域間格差は依然大きい。
大阪市の罹患率(57.0)、神戸市の罹患率(32.3)、東京都特別区の罹患率(29.8)はそれぞれ長野県(11.8)の4.8倍(対前年比0.7減)、2.7倍(対前年比0.5減)、2.5倍(対前年比0.7減)
- ⑦世界的に見て、日本は依然として結核中まん延国である。
日本の罹患率(20.6)は、カナダ(4.6)の4.5倍、米国(4.7)の4.4倍、オーストラリア(5.1)の4.0倍

2. 結核対策の概要

わが国の結核対策は昭和26年に制定された結核予防法に基づいて、健康診断、予防接種、患者管理、結核医療を根幹として一貫した対策を行っていたが、平成19年4月結核予防法は廃止され、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下、感染症法)に統合された。結核は感染症法の2類感染症に追加され、発生届もただちに行うことされた。改正された感染症法下での結核対策は、基本理念に人権の尊重が明記され就業制限や入院勧告などの手続きにより結核予防対策や結核医療を行うこととなった。

結核対策の概要

1. 健康診断
 - 定期 一般住民(市町村長が実施)
事業所・学校・施設(長が実施)
 - 定期外 患者家族等結核感染の
リスクが高い者等(知事が実施)
2. 予防接種 — 6か月未満(市町村長が実施)
3. 患者管理
 - 結核登録票、家庭訪問指導等
DOTS服薬確認 } (保健所)
4. 結核医療
 - 一般患者に対する医療費公費負担
 - 感染源対策—就業制限、入院勧告(措置)
医療費公費負担
 - 結核医療の基準(短期化学療法等)
5. 結核発生動向調査
6. 結核対策特別促進事業

*結核集団感染の定義

結核集団感染の定義は、便宜上「同一の感染源が、2家族以上にまたがり、20人以上に結核を感染させた場合をいう。ただし、発病者1人は6人が感染したものとして感染者数を計算する。」とする。発病者を多く出した事例として、平成7年の新潟県の単独型老人施設で入所者、職員24人(うち3人死亡)、平成11年高知県の中学校32人、平成13年宮崎県の障害者施設38人、平成17年東京都の塾の62人が報告されている。

感染症法における結核に関連する規定

1. 目的(公衆衛生の向上・増進)(第1条)
2. 基本指針・都道府県計画のほか 特定感染症予防指針(結核等)(第3条)
3. 医師・獣医師の届出(第12条)(直ちに)
死体検案での診断例も届出の対象(第12条の6)、獣医師(サル)(第13条)
4. 積極的疫学調査(感染経路把握)(知事に調査権)(第15条)
5. 発生状況公表
6. 健康診断(勧告・措置);接触者健診(第17条)
7. 就業制限(協議会の意見聴取)(第18条)
8. 入院勧告、入院措置(まん延防止のため必要と認めた場合、同居者要件無し)(第19条)
 - ①勧告及び措置の協議会への事後報告(72時間以内)
 - ②結核は30日毎の特例(第26条の2)(措置の場合は10日毎)
 - ③入院延長の際の意見陳述の機会付与 入院患者からの苦情の申し出
9. 消毒その他措置(第27条)
10. 医療
 - ①入院患者の医療(結核を含む)(第37条)
 - ②結核患者に対する医療(通院医療)(第37条の2)
 - ③療養費(緊急時の特例)(第42条)
 - ④感染症指定医療機関(第38条)
 - ⑤結核指定医療機関(通院医療を担当)
11. 定期健康診断(第53条の2~9)
12. 病院管理者の届出(第53条の11)
13. 結核登録票(第53条の12)
14. 精密検査(第53条の13)
15. 家庭訪問指導(第53条の14)
16. 医師の指示(第53条の15)
17. 一般患者への医療(第37条の2)

※下線は結核予防法から感染症法へ統合改正されたときに変更・追加された事項

予防接種法における結核に関連する規定

1. 定期予防接種(BCG等9疾患)
 - ①予防接種を受ける努力義務
 - ②健康被害の救済措置

(1) 健康診断

感染源対策として、患者の早期発見、早期治療の観点から健康診断を実施する。

定期健康診断は、事業所、施設においてはその長が、生徒(高校生)、学生、教職員は学校長が、それ以外の一般住民については市町村長が実施義務者となり実施されている。高齢者などの結核を発病しやすい集団や集団感染防止の観点から、高校・大学の入学時や高齢者施設の入所者など、また、結核を発病した場合に周囲に感染を広げるおそれのある職種に就くものに対する健診を定期接種に位置付けられている。なお小中学校の健診については大きく改正*された。

定期健康診断(感染症法第53条の2~9)

項目	対象・時期	実施主体	目的
学校	高校・大学・各種学校入学時	学校長	集団感染防止の観点
施設	刑務所(20歳以上毎年度) 社会福祉施設(65歳以上毎年度)	施設長	
事業所	学校・病院・診療所・助産所・老健施設・社会福祉施設の従事者(毎年度)	事業所長 施設長	発症すると二次感染を起こす可能性の高い職業
市町村	65歳以上(毎年度) 市町村が地域の罹患率、定期健診の患者発見率に照らして特に必要と認めた者(市町村が定める定期) 平成17年4月からの改正法施行により、市町村長が「必要と認める者」を独自に対象とすることができる。ホームレスや外国人学校(文部省の所管にない)なども対象とすることができる。	市町村長	地域の実情に合わせ結核ハイリスクの人対象

*社会福祉施設:救護施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、知的障害者更正施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、知的障害者授産施設、知的障害者福祉ホーム、知的障害者通勤寮、婦人保護施設
(定期の健康診断)第五十三条の二の二 保健所長は、事業者、学校、施設の長に対し、定期の健康診断の期日又は期間の指定に関して指示することができる。

(2) 予防接種

BCGについては結核予防法廃止に伴い予防接種法の中の定期予防接種の一類疾病として結核が位置付けられた。BCGは、生後6か月に達するまでに乳児期に市町村長が実施する。平成17年からBCG接種前のツベルクリン反応検査を廃止し、直接接種を行っている。

※直接接種の実施に伴い、頻度は低いですが結核の既感染の児に接種する可能性がある。その未然の防止のために、接種前の予診における感染の可能性の慎重な問診と、接種後のコッホ現象の発見とそれに対する適切な対処(精密検査と予防投薬)が重要である。

***学校健診の改正** 1962(昭和37)年の0~14歳の結核罹患率は205.1であったが、2000(平成12)年には1.2に減少した。結核が高蔓延していた時代に行っていた定期健診一辺倒のやり方から順次学校保健法が改正され、平成4年には小・中学生の胸部間接X線撮影を廃止し、次に平成15年4月から、小中学校でのツベルクリン反応検査、BCG再接種を廃止とした。BCG再接種廃止の背景は、①BCG接種が乳幼児の重症結核予防効果しか認められていないこと、②BCGの再接種の効果が不明であり、③BCGを再接種したことによりツ反陽転が結核感染の診断の妨げとなっていること、④ツ反検査を行うことによる不要な精検や予防内服による不利益、④結核低危険群に対するの定期健診は発見率も極わずかである。その代わり平成15年4月から小中学校の結核対策は、「最近の結核感染が強く疑われる」事項を問診によりチェックし、内科検診を行い、対象を絞って健診を行う方式になった。教育委員会には、結核対策委員会をおき、教育委員会、学校長、校医、地区医師会、保健所もメンバーに加わり検診対象者の協議を行っている。

(3) 患者管理

結核患者を適正な医療と適正な生活指導によって早期に社会復帰できるように指導するとともに、家族やその他の者への感染防止を図るのが患者管理で保健所が行っている。

患者管理の前提として、患者の病状、受療状況及び生活環境等の十分な把握が必要であることから、保健所では結核登録票(いわゆるビジブルカード)を整備し、保健師による家庭訪問指導や定期外健診等を計画的に進めている。

(4) 接触者健診(感染症法第17条)

結核患者の接触者健康診断として都道府県知事・保健所を設置する市・特別区長が実施する。この健診の目的は、潜在性結核感染症の発見と進展阻止、新たな結核患者の早期発見、感染源および感染経路の探求のためである。健診対象者には勧告書を交付して行うが、勧告に従わない場合は即時強制措置が可能となっている。

(5) 結核発生動向調査の実施

保健所の結核登録者情報システムは、菌情報、治療状況等なども含めた発生届出から登録除外まで一貫したもので、また接触者管理システムも電子化しており、これらは結核患者の管理や健診等に有効に活用されている。保健所の把握した患者の情報は、個人情報を除いて、National Epidemiological Surveillance of Infectious Diseases (NESID)を通じて、厚生労働省に送られ、結核・感染症発生動向調査事業いわゆるサーベイランスとして統計処理されている。この情報は月報(速報)として公表されている。

(6) 結核対策特別促進事業の実施

「DOTS と患者管理事業」「高齢者等対策事業」「老健施設等モデル的健診事業」などが実施されている。

DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) とは

DOTS は WHO がはじめて提唱した概念で Directly Observed Treatment, Short-course (直接服薬確認、短期化学療法) の略であるが、結核総合戦略のキーワードとなっている。

DOTS の5つの戦略

- D** 感染性の最も高い塗抹陽性患者の発見と治療を重点目標とする。
- O** 患者が治療薬を内服するのを責任のある第三者が毎回確認する。特に最初の2か月が重要で、患者が脱落しそうになったら、医療保健関係者は、直ちに患者との接触を図り治療再開を促す。
- T** 治療を完全に行い、治癒を確認する。塗抹陽性患者の場合には、治療開始2か月目と終了時に塗抹検査を行い、結核菌の陰性化を確認する。治療完了率が85%に至らない地域については、重点的に対策を定める。治療記録と登録制度を確立する。
- S** 治療薬を適切に供給する。
治療のプロトコルを確立する。
- !** 政府の決意。政府はDOTS戦略を維持し、結核対策を重点目標とする。

わが国DOTSの取り組み

わが国では、1997(平成9)年9月に、東京都衛生局が城北福祉センター(台東区、荒川区にまたがる通称山谷地区)で日本初のDOTS事業をはじめ、以後、横浜国療と寿地区、大阪あいりん地区などに広がっていった。

日本版21世紀型DOTS戦略

- H12. 10 厚生省結核感染症科長通知 大都市における治癒率向上(DOTS)事業要領
- H15. 2 厚生労働省結核感染症科長通知 結核患者に対するDOTS事業の推進
- H17. 4 改正結核予防法(25条)保健所によるDOTSの実施(26条)主治医によるDOTSの実施
- H19. 4 改正感染症法(53条の14)保健所によるDOTSの実施(53条の15)主治医によるDOTSの実施

(7) 都道府県 結核予防計画

法改正により、平成17年4月から、都道府県は、国が定めた「結核の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針」に即して、結核の予防のための施策の実施に関する計画を定めることとされた。

予防計画においては

- ① 結核の予防の推進の基本的な方向
- ② 定期外健康診断やBCG接種等の施策に関する事項
- ③ DOTS等の適正な医療の提供のための施策に関する事項

等について記載することとされている。

(8) 病原体微生物等の適正管理

- ①結核菌：第4種病原体に分類；施設基準等の遵守で管理可能
- ②多剤耐性菌：第3種病原体に分類；検査・研究施設等が継続的に所持する場合は、施設基準の遵守と共に構成労働大臣への届出が必要。外部施設に運搬する場合は、都道府県公安委員会への届出が必要

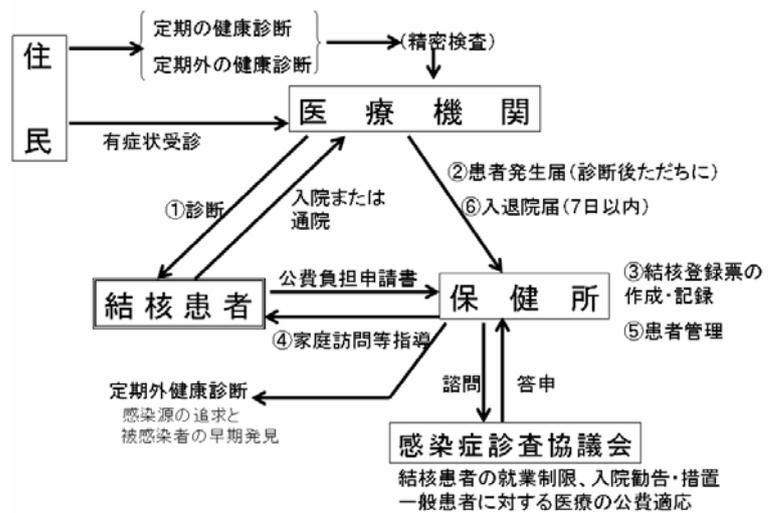
3. 保健所における結核対策

地域における結核対策は保健所が担っている。保健所の結核患者管理や支援は、まず医師の保健所への結核患者の届出からはじまる。これをもとに、保健所は、患者や接触者への接触者健康診断や支援を開始する。保健師が病院や家庭に訪問し、病状の経過などを調査し、今後の療養生活に関する相談や助言、服薬の支援、服薬終了後の検診を行う。また、定期外健康診断(接触者健康診断)を行い、新たな結核患者の早期発見、感染源および感染経路の探求をしている。

(1) 結核患者届出

- ①医師は、結核患者と診断したら、直ちにもよりの保健所長に届出義務(法12条)。
- ②死体検案(疑いを含む)も届出義務(法12条の6)
- ③獣医師は、サルの結核届出義務(法13条)
- ④慢性の感染症の患者を治療する医師は、毎年度届出義務(法12条の4)
- ⑤病院管理者は、結核患者が入院したときは7日以内届出義務(法53条の11)
- ⑥(法77条で法12条、13条違反は罰金規定あり)

結核患者・感染者が発見されたときのフロー図



結核届出基準（平成19年6月8日通知 6月15日から適応）

(1) 定義

結核菌群(Mycobacterium tuberculosis complex、ただしMycobacterium bovis BCGを除く)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染は主に気道を介した飛沫核感染による。感染源の大半は喀痰塗抹陽性の肺結核患者であるが、ときに培養のみ陽性の患者、まれに菌陰性の患者や肺外結核患者が感染源になることもある。感染後数週間から一生涯にわたり臨床的に発病の可能性はあるが、発病するのは通常30%程度である。若い患者の場合、発病に先立つ数ヶ月～数年以内に結核患者と接触歴を有することがある。

感染後の発病のリスクは感染後間もない時期(とくに1年以内)に高く、年齢的には乳幼児期、思春期に高い。また、特定の疾患(糖尿病、慢性腎不全、エイズ、じん肺等)を合併している者、胃切除の既往歴を持つ者、免疫抑制剤(副腎皮質ホルモン剤、TNF α 阻害薬等)治療中の者等においても高くなる。

多くの場合、最も一般的な侵入門戸である肺の病変として発症する(肺結核)が、肺外臓器にも起こりうる。肺外罹患臓器として多いのは胸膜、リンパ節、脊椎・その他の骨・関節、腎・尿路生殖器、中枢神経系、喉頭等であり、全身に播種した場合には粟粒結核となる。

肺結核の症状は咳、喀痰、微熱が典型的とされており、胸痛、呼吸困難、血痰、全身倦怠感、食欲不振等を伴うこともあるが、初期には無症状のことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

ただし、病原体及び病原体遺伝子の検出検査方法以外による検査方法については、当該検査所見に加え、問診等により医師が結核患者であると診断するに足る判断がなされる場合に限り届出を行うものである。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他の原因による肺炎、非結核性抗酸菌症、肺癌、気管支拡張症、良性腫瘍等である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の画像検査方法以外の左欄に掲げる検査方法により、結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とする認められる場合(潜在性結核感染症)に限り、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

5歳未満の者においては、この検査方法で病原体保有の確認ができない場合であっても、患者の飛沫のかかる範囲での反復、継続した接触等の疫学的状況から感染に高度の蓋然性が認められる者に限り、届出を行うこと。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、結核の疑似症患者と診断するに足る高度の蓋然性が認められる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、集団発生状況、疫学的関連性なども考慮し判断する。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
塗抹検査による病原体の検出	喀痰、胃液、咽頭・喉頭ぬぐい液、気管支肺胞洗浄液、胸水、膿汁・分泌液、尿、便、脳脊髄液、組織材料
分離・同定による病原体の検出	
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
病理検査における特異的所見の確認	病理組織
ツベルクリン反応検査(発赤、硬結、水疱、壊死の有無)	皮膚所見
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン γ 試験(QFT等)	血液
画像検査における所見の確認	胸部エックス線画像、CT等検査画像

結核に関連する届出様式の例

結核発生届

都道府県知事（保健所設置市・特別区長）殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

医師の氏名 報告年月日 平成 年 月 日
印
(署名又は記名押印のこと)

発症する病院・診療所の名称
上記病院・診療所の所在地(※)
電話番号(※)
(※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載)

1 診断(検査)した者(死体)の類型 ・患者(確定例) ・無症状病原体保有者 ・疑似症患者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体	5 診断時の年齢(0歳は月齢) 6 当該者職業
2 当該者氏名	3 性別 4 生年月日 5 年齢(か月)
7 当該者住所	電話() -
8 当該者所在地	電話() -
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9.10は患者が未成年の場合のみ記入) 電話() -

11 症状 ・ せき ・ たん ・ 発熱 ・ 呼吸困難 ・ その他()	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路(確定・推定) 1 飛沫核・飛沫感染(感染源の種類・状況) 2 その他() ②感染地域(確定・推定) 1 日本国内(都道府県市区町村) 2 国外(詳細地域)
12 診断方法 ・ 塗抹検査による病原体の検出 ・ 培養検査による病原体の検出 ・ 分子生物学による病原体の検出 ・ 核酸増幅法による病原体遺伝子の検出 ・ 物理検査における特異的所見の確認 ・ ツェルケン反応検査(発赤・凝結・水疱・壊死) ・ リンパ球の獨特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験(QFT等) ・ 画像検査における所見の確認 ・ その他() ・ 検体() ・ 結果() ・ 臨床決定()	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13 初診年月日 平成 年 月 日	
14 診断(検査)(※)年月日 平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日 平成 年 月 日	
16 発症年月日(※) 平成 年 月 日	
17 死亡年月日(※) 平成 年 月 日	

(1. 3. 11. 12. 18欄は該当する番号等を○で囲み、4. 5. 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
(※)欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。(※)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。
11. 12. 欄は、該当するものすべてを記載すること。)

この届出は診断後直ちに行ってください

結核患者入退院届

保健所長 殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第53条の11により、結核患者の入退院について、次のとおり届け出ます。

患者氏名	男・女	生年月日	[大正・昭和・平成]	年 月 日	届出
患者住所					
患者が成人に達していない場合、保護者の氏名及び住所					
保護者氏名					
保護者住所					
病名	患者職業				

○入院の場合

入院年月日	年 月 日
-------	-------

○退院の場合

退院年月日	年 月 日	自己退院	結核死亡	結核外死亡	転院※
退院事由	感染性の消失	陽性(G号)	陰性	(月 日検査)	
	喀痰塗抹	培養	陽性	(月 日検査)	
退院時病状	学会分類	性状(0 I II III IV V)	(H Pl I b)		
	病期	拡がり(1 2 3)	病期(r l b)		
※ 転院の場合の転院先医療機関名					

届出病院名	病院管理者氏名
病院所在地	
記入者氏名	連絡先

(3) 家庭訪問指導 (法第53条の14)

保健所長は、結核登録票に登録されている者について、結核の予防又は医療上必要があるときには、保健師等に患者の家庭を訪問させ、処方された薬剤を確実に服用することその他必要な指導を行わせる。患者の接触者を把握する。

(4) 保健所内症例検討会

届出のあった患者、感染者に係る対応を個別に検討する。

(5) 感染症の診査に関する協議会

感染症の蔓延を防止する社会防衛的観点から、感染症法では知事が結核患者の入院勧告と措置や就業制限をすることができ、治療にかかる費用についても公費で負担することとされている。いわば感染症患者の行動を拘束し、公費を支出する決定であるため、その診査は法24条で各保健所におく知事の諮問機関である感染症の診査に関する協議会で行われ、知事(保健所長)へ答申をし、知事はその権限を行使することとなっている。

感染症診査協議会について

1. 委員の構成

感染症指定医療機関の医師、感染症の患者の医療に関し学識経験を有する者(感染症指定医療機関の医師を除く。)、法律に関し学識経験を有する者、医療及び法律以外の学識経験を有する者 のうち3名以上。(過半数は、医師)

2. 協議会の事務

18条 就業制限の通知 (必要な場合)

20条 入院勧告と措置 (72時間を超える入院の場合)

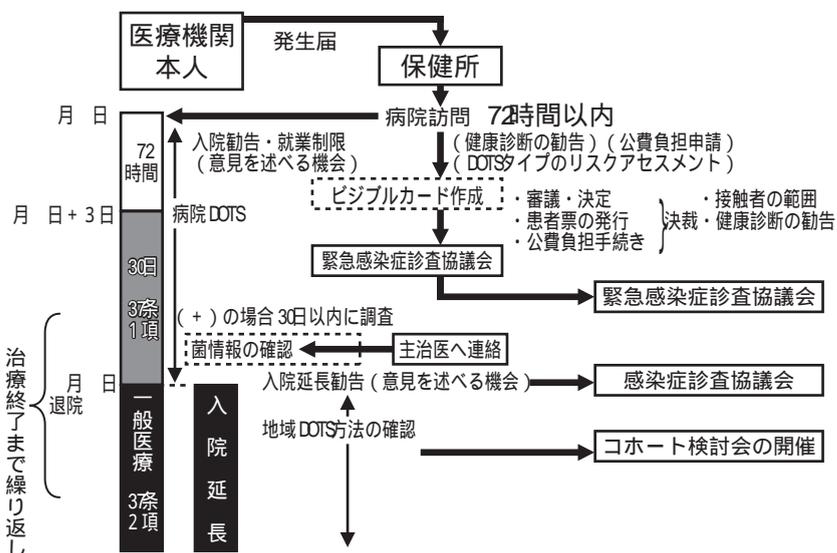
20条第4項 入院期間の延長

37条の2 申請に基づく費用負担に関して診査する。

18条第6項の報告 (就業制限通知で緊急の時)

19条第7項の報告 (72時間以内の入院勧告と措置の場合の報告) に関して意見を述べる。

感染症診査協議会と保健所の動き

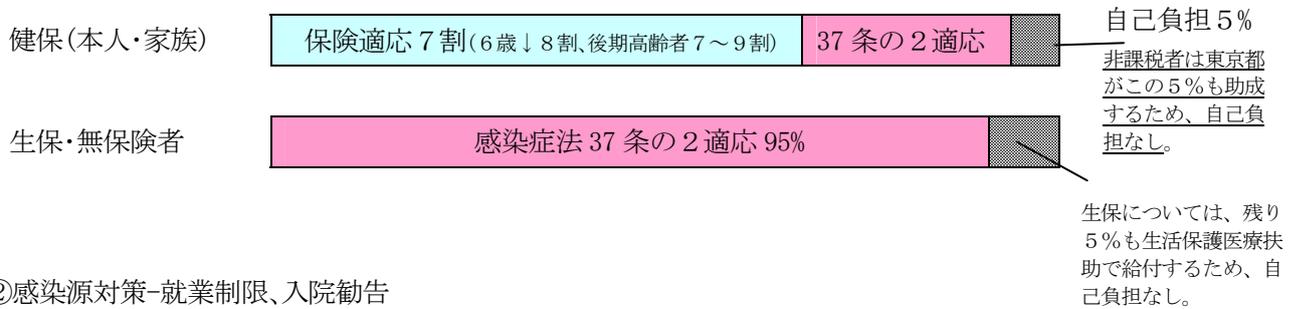


(6) 結核の医療費の公費負担

①一般患者に対する医療費公費負担(法 37 条の 2)

結核医学の進歩に基づいた適正な医療を普及するため、「結核医療の基準」に基づく医療が行われており、初診料、再診料、給食料等を除く化学療法等に対して、保険給付の残額を公費負担している(5%の自己負担がある)。

(公費負担割合:国補助金 1 / 2)



②感染源対策-就業制限、入院勧告

都道府県知事、保健所設置市市長、特別区区長は、期間を定めて、結核を感染させるおそれが著しいと認められる者に対して、多数の人と接触する機会の多い業務に就業することを制限し、また、感染症指定医療機関に入院することを勧告することができる(法 18 条および第 19 条)。これらの入院患者に対して、その医療に必要な費用を保険給付した残額を公費負担している(法 37 条)。



※ただし、所得税 150 万円以上は自己負担額 2 万円×公費負担期間/その月の日数の負担あり

(公費負担割合:国負担金 3/4)

③療養費(第 42 条)

緊急その他やむを得ない理由により、感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所に入院した患者の医療又は、結核指定医療機関以外の病院、診療所若しくは薬局で一般医療を受けた場合の費用について、第 37 条及び第 37 条の 2 の規定によって負担する額の療養費を支給することができる。

結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書

殿

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2の規定により医療費公費負担を申請します。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則第19条に基づき医療費助成(新規認定・更新)を申請します。患者との関係

フリガナ 氏名 性別 生年月日 年齢 住所

患者氏名 男・女 生年月日 年齢 住所

住 所 電話

保険種類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保一般 4 国保退職本人 5 国保退職家族

6 後期高齢 7 生保(受給中) 8 生保(申請中)

9 目費・その他() 10 不明

添付エックス線写真の枚数 枚 貴院カルテNo. 枚

診断書

I 病名 2 外来治療中

1 入院中

入院年月日 年 月 日

入院理由(結核・結核外())

合併症

1 じん肺 2 糖尿病 3 低肺機能 4 肝障害 5 高血圧症 6 その他()

2 無

3 非定型抗酸菌症 1 有

治療方針

1 化学療法のみでよい。

2 一応化学療法を実施した上で、その後の方針を決める。

3 外科的療法を実施する(化学療法では効果が期待できない)。

4 化学療法、外科的療法とも効果が期待できないが、悪化防止のため化学療法を実施する。

5 その他()

V 化学療法終了の時期

1 この申請を最後として化学療法を終了する。

2 治療をなお継続する必要がある。

3 次のように考えるが、感染症の診査に関する協議会の意見を聞きたい(終了・継続)。

化学療法開始日 (年 月 日)(中断又は再治療の場合は再開日)

VI ツベルクリン反応・QFT等

(1) ツベルクリン反応(最新のもの) X X (X)

(判明日 年 月 日)

(2) ツベルクリン反応陽転時期 年 月

(3) BCG接種歴 1 有(年 月 日) 2 無 3 不明

(4) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロニンγ試験(QFT等)

1 陽性 2 判定保留 3 陰性 (実施日 年 月 日)

1 陽性 2 判定保留 3 陰性 4 判定不可 5 結果不明 6 未実施

年 月 日

保健所向調査コード

保険の種類

診断名

11 肺結核

12 結核性胸膜炎

13 結核性膿(のう)胸

14 肺門リンパ節結核

15 粟(ご)粒結核

21 結核性髄膜炎

22 脊椎(せきつい)結核

23 他の骨・関節結核

24 他のリンパ節結核

25 尿路結核

26 他の肺外結核

潜在性結核感染症

受療状況

1 入院中

2 外来治療中

3 治療なし

4 不明

合併症

非定型抗酸菌症

ツベルクリン反応

1-9mm以下

2+10mm以上

3++ 硬結

4++ 重赤赤水泡

5 不明 6 未実施

B C G

Q F T

1 陽性 2 判定保留

3 陰性 4 判定不可

5 結果不明 6 未実施

VII 結核に関する既往医療

(1) 今回の治療 ① 初回治療 ② 継続治療

(2) 再治療の場合、既往医療

年 月 年 月 年 月 年 月 年 月 年 月

INH RFP SM EB PZA PAS その他() : 医療機関名()

INH RFP SM EB PZA PAS その他() : 医療機関名()

INH RFP SM EB PZA PAS その他() : 医療機関名()

VIII 今回の治療内容

(1) 化学療法 年 月 日から 抗結核薬() 剤使用

1 INH 2 RFP 3 SM 4 EB 5 KM 6 TH 7 EVM 8 PZA 9 PAS

10 CS 11 その他() 1 から 11 までのうち局所療法に用いるもの()

(2) 副腎(じん)皮質ホルモン剤の使用の有無 1 有(薬品名) 2 無

(3) 外科的療法 1 肺結核 2 結核性膿(のう)胸 3 泌尿器結核 4 骨関節結核

5 その他()

方法等()

手術予定(実施)時期(年 月 日)

外科手術の為に入院 日間(術前 日から 術後 日まで)

検査

(1) 菌所見(検査中のものは、当該検査の欄へその旨を御記入ください。)

検体記号(1-(1)痰(たん) 1-(2)胃液 1-(3)喉(こう)頭粘液 2-(1)気管支洗浄液 2-(2)経気管支肺生検 3尿 4膿(うみ) 5穿(せん)刺液 6-(1)組織 6-(2)他)

検体採取年月日	塗抹	培養	病原体	同定の方法: PCR法等(検体記号)	検体採取	塗抹	培養	病原体	同定の方法: PCR法等(検体記号)
/ /	号	個	菌	法()	/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()	/ /	号	個	菌	法()
/ /	号	個	菌	法()	/ /	号	個	菌	法()

(2) 菌陰性化時期 年 月 日 (3) 血沈(1時間値) 年 月 日 ミリ

(4) 薬剤耐性試験成績

治療開始時/実施	年	月	最新(実施)	年	月
SM	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	
INH	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	
RFP	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	
EB	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	
	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	
	μg/ml	(耐性・感受性)	μg/ml	(耐性・感受性)	

X 最新のエックス線所見

(1) エックス線写真略図及びその他の所見(肺外結核の場合も同様)

撮影時期 年 月 日

学会分類

部位	①r	②I	③b	④pl	⑤H
性	①I	②II	③III	④IV	⑤V
拡がり	⑥Op	⑦IV	⑧V	⑨0	⑩該当なし
	①I	②2	③3	④3	⑤該当なし

備考

年 月 日 医機関所在地 医機関の名称 電話 () 印

注意1 該当する文字については、その文字(頭数があるときは、その数字とする。)を○で囲んでください。

2 生活保護を受けている患者その他これに準ずる者の場合は、この申請書を2部(1部は写し)提出してください。

3 継続申請する場合は、エックス線写真その他関係書類を添えて、患者票の有効期限の2週間前までに必ず住所地を所管する保健所長あて再申請してください。

感染症の診査に関する協議会意見

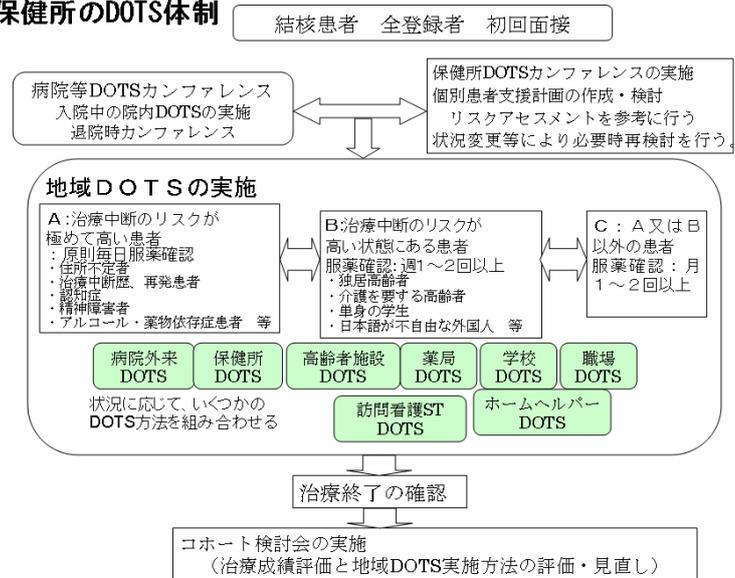
(7) 保健所における患者療養支援

結核の「感染の鎖」を断ち切る最も有効な手段は、結核患者にできるだけ早く治療を開始し、かつ規則的な治療を完了して治癒に導くことである。結核の治療期間は、昔に比べて大幅に短縮したが、最短でも6か月かかる。結核の治療が長期間となるため、通院受診や治療薬の内服を失念したり、仕事の都合で治療が中断されることがある。また同居人、職場の同僚や知人・友人による偏見や、そのおそれから結核治療を自己中断、放棄するケースも生じる。必要な治療が中断、中止された場合、再発や耐性結核の発生など、新たな結核蔓延という社会的危険が生じる。

法第53条の14により、保健所長は、結核登録票に登録されている者について、保健師等に患者の家庭を訪問させ、処方された薬剤を確実に服用すること、その他必要な指導を行わせることとなり、DOTS(直接服薬確認短期化学療法)が平成17年4月の結核予防改正法施行から法定化されている。

ちなみに、医師に対しても患者に確実に服薬することを指示することが法53条の15に義務付けられている。

保健所のDOTS体制



(8) 接触者健診 (感染症法第17条)

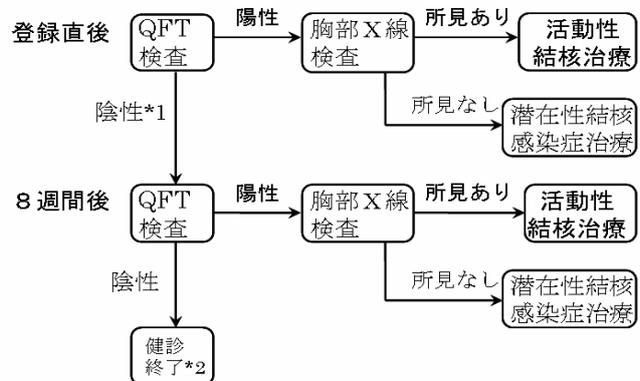
結核患者の接触者健康診断として都道府県知事・保健所を設置する市・特別区長が実施する。健診対象者には勧告書を交付して行うが、勧告に従わない場合は即時強制措置が可能となっている。

結核は空気感染(飛沫核感染)でヒトからヒトへ伝播する疾患であり、患者から排出された結核菌により感染・発病する過程を経て、新たな感染者・患者の発生が繰り返される。接触者健診は、①潜在性結核感染症の発見と進展阻止、②新たな結核患者の早期発見、感染源および③感染経路の探求のために行い、感染連鎖を断ち、まん延防止(結核の根絶)を目的として行う。

患者の周囲にいる者の健診は、初発患者への感染源、初発患者からの被感染者の発見と対応のため、特に重要である。特に対象を家族以外の社会的対人関係に拡大しての健診計画が必要である。

病院訪問は積極的に行い、病院との連携を推進し、患者に保健師に対して信頼感をもってもらう。

未治療や治療が始まったばかりの排菌患者との面接はN95マスクをし、また換気に注意するなど自らの感染予防にも努める。



*1登録直後のQFT検査を最終接触から8週間を経過した後に実施した場合は、再度の検査は省略して終了としてよい。

*2健診終了とするが、有症状(2週間以上続く咳など)時に医療機関受診することを勧奨する。また、集団内で感染率が高い場合などは経過観察を検討する。

結核患者および医療機関等から聞き取りする主な情報

「結核の接触者健康診断の手引きとその解説」（阿彦忠之、森亨編（財）結核予防会 2007 年 9 月）より

1. 患者(家族)からの情報

- ①呼吸器症状(特に咳)の出現(悪化)時期を正確に把握できたか
- ②症状出現後の社会活動(勤務状況,通勤方法,サークル活動,交友関係,趣味,娯楽等)に関する情報を漏れなく聴取したか(感染源の推定及び接触者の範囲と接触程度を把握できたか)
- ③診断までの受診状況(医療機関名,時期等)を確認できたか
- ④合併症,既往歴,胸部 X 線検査受診歴を把握したか
- ⑤結核患者あるいはそれと疑われる人との接触はないかを確認できたか
- ⑥ハイリスク接触者(乳幼児,HIV 感染者,治療管理不良の糖尿病患者,免疫抑制剤治療例等)がいないかを確認できたか

2. 医療機関(主治医等)からの情報

- ①化学療法開始前 3 回の菌検査結果(検体種類,塗抹および培養検査成績)が把握されているか。
- ②抗酸菌陽性の場合,結核菌か否かの同定検査(核酸増幅法)が行われ,その結果が確認されているか。
- ③結核菌陽性の場合,薬剤感受性試験(各薬剤の耐性判定濃度別)の結果連絡と「菌株の保存」(または「譲渡」)を依頼したか。
- ④症状出現時期や胸部 X 線所見(CT 等含む)及び菌所見等の経過を確認したか。(発病時期推定のために,必要に応じて X 線写真を借用)
- ⑤結核治療歴(時期,使用薬剤,指示完了/自己中止)を確認したか。
- ⑥主治医から患者への説明内容及び療養上の問題点を確認したか。

3. 患者・保護者の個人情報

感染症法に基づき医師、病院は保健所に法に基づき届けを出し、保健所はそれに基づき活動し、健康診断や法に基づく入院は法令上は勧告・措置となっているが、個人情報に敏感になっている住民も多くなっており、円滑に治療支援を行うためには、患者の結核の状況を病院と保健所が連絡をとりあうことを前もって本人(保護者)に十分了承してもらう。

接触者健診を優先的に行う対象者について

接触者における感染・発病の確率は個々の状況により異なり、同一ではない。そのため、個々の接触者の感染・発病の危険性を評価し、危険性の高い接触者をまず優先的に対象者として検査を実施する。その結果を評価して、低優先接触者の健診の必要性を判断する。

発病リスク評価		初発患者の感染性の評価感染	
		高感染性 肺結核及び咽喉頭結核 喀痰塗抹陽性*4、空洞性病変	低感染性
濃厚接触者	ハイリスク接触者*1	最優先接触者	最優先接触者
	同居者		
	同居者以外の濃厚接触者*2		優先接触者
非濃厚接触者	小中学生	優先接触者	低優先接触者
	優先すべき理由があるもの*3	低優先接触者	
	それ以外の接触者		

- *1 ハイリスク接触者；乳幼児（特に BCG 接種歴がない者）、免疫不全疾患（HIV 感染者など）、治療管理不良の糖尿病患者、人工透析患者、免疫抑制剤や副腎皮質ホルモン、リウマチ治療薬の TNF 阻害薬（インフリキシマブ）等の結核発病のリスクを高める薬剤治療を受けている者など。
- *2 同居者以外の濃厚接触者；・初発患者の感染性期間内に濃密な、高頻度の、または長期間の接触があった者。具体的には同居の家族、あるいは生活や仕事で毎日のように部屋を共有していた者など。
・感染リスクが高いと思われる接触があった者。具体的には患者が激しい咳をしていた、歌を歌っていたなど。また換気率が低く狭い閉鎖空間での接触があった者。
- *3 優先すべき理由があるもの；たとえば、医療関係者、教師など、発病した場合に多数の感染者を生じさせる危険性があるもの
- *4 喀痰塗抹検査の成績が陽性と判明した時点で「患者（確定例）」として医療機関から発生病を提出される場合があるが、後に非結核性抗酸菌症であることが判明する可能性もあるので、医療機関に同定検査の結果を確認する。非結核性抗酸菌症と診断され結核が否定された場合には接触者健診は必要ない。

接触者健診における QFT 検査の実施時期と判定基準

第一選択となる検査は QFT 検査であり、感染の有無を判断する。感染がなかったと判断されればその接触者の健康診断は原則として終了としてよいが、有症状（2 週間以上続く咳など）時の医療機関受診勧奨を忘れずに行う。逆に感染があったと判断された場合には発病の有無を検査し、発病があった場合には活動性結核としての治療を、なかった場合には潜在性結核感染症としての治療を実施する。また、必要であれば経過観察と再検査を行う。

健診の各段階において、接触者集団全体における感染の有無を評価し、必要であれば健診の対象を拡大する。接触者集団において、1 年以上二次発病者が出ないなど、今後新たに結核の感染・発病が発生しないと判断された時点で接触者健診を終了とする。

優先度別の QFT 検査実施時期

健診の実施時期	第一同心円		第二同心円
	最優先接触者	優先接触者	低優先接触者
登録直後	QFT 検査を実施	最終接触から 8 週間後に	
8 週間後	QFT 検査を実施	QFT 検査を実施	

QFT 検査判定における留意点

QFT 検査は BCG の影響を受けずに結核感染の有無を検査できるが、感染者の 10 人に 1 人程度において検査成績が陰性または判定保留となると考えられている。このため、同一初発患者の接触者集団において推測される既感染率を上回って陽性者が存在した場合には、判定保留者や陰性者の中にも感染者がいると考えて経過観察などの対応を検討する。
参考引用；東京都 結核の積極的疫学調査と接触者健診のためのマニュアル（2008 年暫定版）

QFT 検査結果の判定基準

		ESAT-6（数値の単位は IU/ml）		
		0.35 以上	0.1 以上 0.35 未満	0.1 未満
CFP-10	0.35 以上	陽性	陽性	陽性
	0.1 以上 0.35 未満	陽性	判定保留	判定保留
	0.1 未満	陽性	判定保留	陰性

4. 結核医療

結核の医療については、感染症法の規定を受けた結核の適正な医療の指針として、「結核医療の基準」を厚生労働大臣告示として定めている。結核医療の中核をなす化学療法については、平成16年6月、科学的知見を踏まえ、原則3剤または4剤の併用療法とすること、投与回数を原則として1日1回とする改正がおこなわれた。

初回治療例の標準的治療法

(A)法:RFP+INH+PZA に SM(or EB)の4剤併用で2か月間治療後、
RFP+INH(+EB)で4か月間治療する。

(B)法:RFP+INH+SM(or EB)で6か月間治療後、RFP+INH(+EB)で3か月間治療する。

原則として(A)法を用いる。PZA投与不可の場合に限り、(B)法を用いる。

(A)法は6か月(180日)間、(B)法は9か月(270日)間を標準的治療期間とする。

但し、粟粒結核や病型分類I型などの重症例、3か月を越える培養陽性例、糖尿病や塵肺合併例、全身的な副腎皮質ステロイド薬・免疫抑制剤併用例などでは各々3か月(90日)間延長することができる。なお、4か月を越える排菌持続例では菌の耐性を考慮して、直近の菌を用いた感受性検査を再検することが望ましい。

5. 結核の統計指標を活用して、地域の結核蔓延防止対策に活用する

(1) 結核発生動向調査(結核サーベイランス)システム

保健所で随時結核登録者の状況を入力し、個人情報を除いた情報が厚生労働省に送られる。厚生労働省へ伝送されたデータは結核研究所でより詳細な分析が行われている。月報、年報となって統計報告されている。

このシステムは世界で最も規模が大きく、また詳しい分析が行われており、国全体、あるいは地域の結核対策の改善に大きく寄与している。

(2) 結核管理図

地域の結核罹患状況等を、他の地域と比較、分析することにより、地域の結核の特徴、課題、解決策の具体を検討することができる。

結核管理図について

1. 結核管理図の項目

- | | |
|---------|-----------------------------------|
| ①まん延状況 | 全結核罹患率、菌陽性結核罹患率、塗抹陽性結核罹患率など |
| ②年齢の偏り | 30～59才の割合、60歳以上の割合など |
| ③肺外結核 | 肺外結核の割合 |
| ④発見の遅れ | 発病～初診2か月以上割合、初診～登録1か月以上割合など |
| ⑤発見方法 | 医療機関受診発見割合 |
| ⑥診断 | 菌陽性割合、塗抹陽性割合、再治療割合 |
| ⑦治療 | 初回治療を含む4剤処方割合、平均結核治療期間、2年以上治療割合など |
| ⑧入院 | 平均肺結核入院期間、登録時入院割合など |
| ⑨患者情報管理 | 情報不明者の割合、培養結果未把握割合、年末時病状不明者割合など |
| ⑩その他 | 生活保護割合 |

2. 結核管理図の種類

- ①保健所—全国比較版
- ②保健所—県内比較版
- ③保健所—県市内比較—指定都市別掲版
- ④都道府県—指定都市含む47都道府県版
- ⑤都道府県—指定都市別掲59都道府県市版

6. 結核の院内感染対策

近年、結核の院内感染が増加の傾向にある。病院は、多種多様な疾病を持った人が集まり、しかも結核は空気感染で感染するため、結核の院内感染防止は多方面から総合的に行わなければならない。

(1) 病院内での結核院内感線の要因

近年、結核の院内感染が増加の傾向にある。その主要な理由は以下のとおりである。

- ①若年者の大部分が結核未感染
- ②結核に対する油断(Patient's delay, Doctor's delay)
- ③病院建物は近代化した、空気感染防止策は不十分
- ④咳を誘発する処置の増加(気管支鏡検査、挿管、ネブライザーなど)

(2) 結核院内感染防止策

- ①結核菌の除去(早期発見、隔離、化学療法)
- ②菌の密度の低下(換気、紫外線照射、患者のマスク着用)
- ③吸入菌数の減少(職員のマスク着用-N95)
- ④発病の予防(BCG 接種、化学予防)
- ⑤発病の早期発見(定期検診、有症状時の受診)

(3) 結核院内感染防止策(一般病院用)

結核の院内感染防止策は広い範囲、多くの項目にわたる総合的な対策なので、全体像を理解し組織的に行う必要がある

- ①結核院内感染防止のための管理機構
 - ア) 結核院内感染防止委員会の設置
 - イ) 結核感染のリスクの大きさの評価
 - ウ) 対策の樹立と文書化
 - エ) 職員への教育と訓練
 - オ) 病院全体の感染防止状況の評価と改善の勧告
- ②物理的感染防止策の樹立と点検
 - ア) 換気システムの点検
 - イ) 部屋ごとの換気回数の決定
 - ウ) 換気システム中のフィルターの点検
 - エ) 紫外線照射設備の設定と点検
 - オ) 細菌検査室、剖検室などの安全性の確認
- ③個人的感染防止
 - ア) 必要な場合には「N95 マスク」を着用
 - イ) マスク着用の訓練、フィットネスの確認
- ④職員の結核に関する健康管理
 - ア) 採用時の健康診断
 - イ) 年1回の健康診断
 - ウ) 菌陽性患者に暴露したときの措置の計画立案、実施、評価

結核院内感染等 過去の大きな事例及び最近の記事等から抜粋

和歌山県有田地方の耳鼻科医院で患者から中耳結核患者 15 人、肺結核患者 4 人が発生

(肺結核患者には医院医師 1 人を含む)。平成 7 年 3 月 和歌山県報告書 医師および 8 人の中耳結核患者の結核菌 RFLP パターンは一致した。中耳結核患者の年齢は 5 歳から 74 歳、肺結核では 2 歳から 32 歳にわたる。肺結核患者は医師(塗抹陽性)からの感染が疑われるが、医師および中耳結核患者の感染源・感染経路は不明である。

特養で結核集団感染 24 人、うち 3 人が死亡 <http://www.jata.or.jp/rit/rj/rojin.htm>, 結核Vol. 77No. 5 Page 401-408 (2002)

100 床の単独型老人施設。平成 7 年 4 月入居者 A が塗抹陽性肺結核 b II 3G8。直後の定期外検診で患者 23 人発見(職員 3 人含)。RFLP 検査を行った 17 人はすべて同一パターン。3 人結核死(A を含)。

A は活動的で接触者が多く、平成 5 年頃より咳多く、B 協力病院をしばしば受診、平成 6 年 12 月には B 病院に「肺炎」で入院。平成 7 年 2 月退院後も呼吸器症状は持続していた。平成 7 年 4 月 C 協力病院で「塗抹陽性肺結核」と診断。従来は高齢者は結核既感染者が多く新たに感染を受けても問題は起こさないとされたが、今回の発病者の大部分は再感染によるものと考えられた。高齢者の全例に老人性痴呆があり、多くが低栄養、寝たきりであった。

帝京大病院で結核集団感染。看護婦ら 36 人「強陽性」発病医師、半年勤務 1999 年 6 月 27 日 読売新聞朝刊第一面

約半年間にわたり、男性医師が肺結核を発病していたのを知らずに診療。看護婦ら医療関係者 36 人が集団感染した可能性。患者約 100 人についても、胸部エックス線検査を実施。

結核に院内感染? 2 人死亡、福島県喜多方市の病院で 1999 年 5 月 29 日 JST

80 歳代の男性結核患者を看護していた看護婦ら 7 人と、この患者と同室の 70 歳代の男性、孫 2 人の計 10 人が結核に感染し、うち男性患者 2 人が死亡していた。県は、院内感染の可能性や結核予防法報告義務を病院側が怠った疑いから、医療法に基づく指導に乗り出す。

内科医も結核に感染か? 2000 年 2 月 23 日 JST

入院患者 8 人が結核に集団感染し、うち 5 人が死亡した新潟県立がんセンター新潟病院(新潟市)で、患者を担当していた内科医が結核に感染している疑いがあった。

医師が結核になり、22 人院内感染の疑い 埼玉 2000 年 9 月 4 日 asahi.com

埼玉県川島町の川島病院(238 床)で男性内科医(64)が結核になり、ほかの医師や看護婦、外来患者ら 22 人が院内感染した疑い。

結核届けぬ疑い、医師を書類送検へ 静岡・浜松労災病院勤務 2002 年 11 月 26 日静岡新聞

内科医師は来院した女性患者を肺結核と診断したが、7 年余り保健所に届け出なかったうえ、消毒や隔離など必要な伝染防止策を指示せず、昨年 11 月までの、通院させた疑いが持たれている。結核予防法違反(届け出義務違反など)の疑いで、静岡地検浜松支部に書類送検する。医師が結核患者の届け出を怠った例は各地であるが、同法違反容疑で立件されるのは異例。患者は結核と診断された後もそのまま同病院の外来に通ったが、容体は悪化していたという。厚生労働省結核感染症課は「この医師は長年にわたって患者を放置しており、結核がまん延する危険があった」と話している。

⇒発生届を怠ったこの医師はのちに厚生労働省医道審議会で医業停止 6 か月行政処分された。(2004 年 7 月 30 日)

結核医師:診察を受けた患者 2600 人を検診 神奈川の病院 2002 年 08 月 26 日毎日新聞

神奈川県「綾瀬厚生病院」の内科医師(48)が肺結核で 19 日に死亡していた。病院は患者約 2600 人に郵送で結核検診を受けるよう通知した。約 200 人の全職員について、レントゲンなどによる結核検診を実施したが、二次感染は確認されなかったという。病院関係者によると、死亡した医師は「交通事故の後遺症で呼吸器疾患があり、以前から何度も検査を受けていたが、肺結核の疑いはなかった」と話している。

多剤耐性肺結核患者院内集団感染事例 2003 年 11 月 <http://www.jata.or.jp/rit/rj/tuyuguchi0311.htm>

X 結核病院で診ていた 56 歳男性の多剤耐性肺結核患者が感染源となり、家族 1 人と看護師 2 人を含む 5 人に発病させた院内集団感染事例を国立療養所近畿中央病院が報告。RFLP で菌の一致を確認。

産婦人科で 10 人結核に院内感染・福井市 2003 年 06 月 08 日 日本経済新聞

福井市内の産婦人科医院に勤める 40 代の女性が 6 か月間、結核を発病したまま医療行為をしたため患者や同僚ら計 10 人が結核に院内感染した。女性は 5 年間、胸部のエックス線撮影を受けておらず、発病に気づくのが遅れたという。県は、医院側が職員の健康診断を怠るなど労働安全衛生法に抵触した疑いがあるとして、福井労働基準監督署に通報。患者ら約 3400 人を対象に感染の有無を調べている。

病院で職員 12 人が結核を発病 2005 年 5 月 27 日 西日本新聞

福岡市保健予防課は同市東区の病院で看護師 11 人を含む病院職員 12 人が結核を発病または感染の疑いがあると診断される集団院内感染があったと発表。今年 1 月、糖尿病治療のため同病院に入院していた 30 代の男性患者が微熱などの症状を訴えて肺結核と診断された。その後、同病院が 4 月から 5 月にかけて入院患者や医師、看護師ら計 36 人が胸部エックス線検査などを受けたところ、女性看護師 3 人が肺結核と診断されたほか、看護師 8 人と職員 1 人も感染の疑いがあることが分かったという。

医師、結核を「アレルギー性鼻炎」「風邪」と誤診 大阪 2007 年 6 月 20 日朝日新聞

大阪市は 20 日、西成区の高校で結核の集団感染が発生し、生徒 10 人と家族 6 人の計 16 人が感染したと発表

【参考資料】

抗結核薬の種類と投与方法

抗結核薬 (略号)	成人基準投与量・方法	主な副作用と対応	耐性判定薬 剤濃度
INH (H) イソニコチン酸ヒドラルジド	5mg/kg を 1 日 1 回内服。必要に応じ筋注、 静注、又は局所注射	肝障害、末梢神経障害、ループス様症状、過敏 症、反応薬剤相互作用(対応)肝障害は、年齢、ア ルコール障害などで増加する。末梢神経炎の危険性が 高い場合は必要に応じビロリドキシンを併用する。	0.2 mcg/ml
RFP (R) リファンピシ	10mg/kg を 1 日 1 回、原則として早朝 空腹時内服。必要に応じて局所注。	消化器障害、薬剤相互作用、肝炎、発疹、出血 傾向 (対応)多くの薬剤と相互作用がある。尿などの体 液を橙色にする。フトロンクトリスを着色することも	40 mcg/ml
PZA (Z) ピラジナミド	1 日 1.5~2.0g を分 1~2 を連日投与。	肝障害、痛風様関節炎、多発関節炎 (備考)病変部が酸性でないとは有効ではなく、主に 治療初期 2 か月に使用される。	-
SM (S) 硫酸ストレプトマイシン	1 日 1.0g を週 2 回投与。連日の場合は 0.5 ~0.75g/日。1 回/1 日筋肉注射。必要に応 じて局所注射	聴神経障害、前庭機能障害、難聴、腎毒性 (対応)腎機能障害のある人には特に量に注意。	10 mcg/ml
EB (E) エタンブトール	25mg/kg を 1 日 1 回内服	球後視神経炎、末梢神経炎(対応)定期的に眼 科で検査。視力検査のできない小児は特に注意。	2.5 mcg/ml
KM カナマイシン	15mg/kg 通常 1 日 1.0g を朝夕 2 回週 2 回 又は 1 日 1 回 1.0g を週 3 回筋注。必要に応 じ局所注射	聴力障害、腎障害、過敏症	20 mcg/ml
TH エチオナミド又はプロチ ナミド	始めは 1 日 0.3g を分 2~3 をして、その後漸 次増量して 0.5~0.75g を連日投与する。必 要に応じ座薬とする。	末梢神経障害	20 mcg/ml
EVM エンビオマイシン	1 日 1.0g を始めの 3 か月は連日、その後は 週 2 日又は 3 日投与。1 日 1 回筋肉注射。必 要に応じ局所注射	聴神経障害、過敏症、呼吸抑制、腎障害	20 mcg/ml
PAS パラアミノサリチル酸塩	1 日 10~15g を分 2~3 し内服。必要に応じ て局所注射	過敏症、無顆粒症、溶血性貧血、肝機能障害	0.5 mcg/ml
CS サイクレリン	1 日 0.5g 分 2 し連日投与	精神症状、痙攣、めまい、頭痛、振戦、末梢神 経障害	30 mcg/ml
Levofloxacin	300mg/日を内服。連日投与	ショック、けいれん	
Capleomycin	15mg/kg 通常 1.0g を一日 1 回連日注射(2 ヶ月)。その後週 2 回投与に変更	聴覚障害、めまい、腎障害	

※RFP または INH のアレルギー様の副作用(発疹・発熱など)が疑われる場合にはその投与を中止すると共に、副作用の回復後、
専門医と相談の上、速やかに「極少量より投与し、漸増する」減感作療法を試みることも必要である。RFP と INH の抗菌力か
ら考えて、これらの薬剤の安易な投与中止により治療の長期化は免れず、治療目標の達成が不完全となることも懸念され
る。

※標準治療に合致しない場合

結核菌の耐性状況等から RFP を使用することができない場合の治療期間は、概ね 2 年ないし 3 年とする。また、RFP を使用す
ることができる場合にあって、INH を使用することができない場合の治療期間は概ね 9 か月~12 か月とする。

※再治療

再治療においては、患者の従前の化学療法歴を把握し、原則として未使用の抗結核菌薬を 3 剤以上選んで併用療法を開始
し、薬剤感受性の結果が判明した時点で、必要に応じ使用薬剤を変更する。INH 及び RFP のいずれもが有効であれば初回治療
に順ずる。

※潜在性結核感染症; LTBI (latent tuberculosis infection) の治療; 従来の「化学予防」

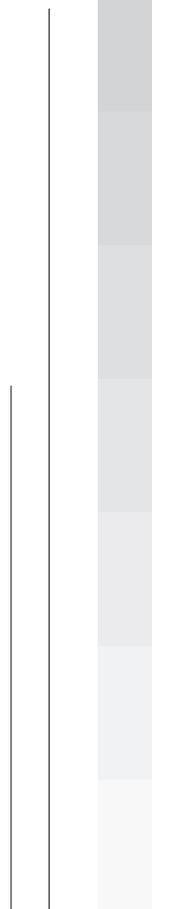
潜在性結核感染症とは、結核の感染があり、現在は症状がなく菌検査や画像検査でも異常を認めないが、今後発病す
る可能性がある状態で、早期に治療を行うことが望まれる。

通常 INH 単剤 6 か月服用。服薬中断・中止があった場合には発病抑制の効果が得られないばかりか、薬剤耐性結核を引
き起こす可能性を高くなるので、服薬遵守が必要。INH 服用時の肝障害は高齢になるとその発現率が高くなる。

潜在性結核感染症であると診断された接触者は、治療の有無にかかわらず発病するリスクがある。胸部 X 線検査はおお
むね 6 か月ごとに約 2 年後まで実施することを標準とするが、必要により変更する。

(担当 中西好子)

7 難病対策



7. 難病対策

【一般目標】

地域で生活している難病患者及び家族が安心して暮らせるために、難病に係る制度・サービスを理解し、家族会や関係機関との連携の中で、支援システム・ネットワークにおける医師の役割を身につける。

【行動目標】

1. 地域での難病対策事業に参加する。
2. 臨床調査個人票の作成ができる。
3. 担当症例のプレゼンテーションができる。
- * 4. 患者会等の意義を理解し、支援することができる。
- * 5. 難病患者の在宅支援事業に参加する。

【経験事項チェックリスト】

1. 難病相談に参加する。	実施	見学
2. 家庭訪問に同行する。	実施	見学
3. 患者・家族の会に参加する。	実施	見学
4. ボランティアの会に参加する。	実施	見学
5. 臨床調査個人票を作成する。	実施	見学
6. ネットワーク会議に参加する。	実施	見学
7. 事例検討会に参加する。	実施	見学
8. 担当症例のプレゼンテーションを行う。	実施	見学

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

1. 地域での難病対策事業に参加する。	A	B	C	D	E
2. 臨床調査個人票の作成できる。	A	B	C	D	E
3. 難病患者の特徴を理解しプレゼンテーションができる。	A	B	C	D	E
* 4. 患者会等の意義を理解し、支援することができる。	A	B	C	D	E
* 5. 難病患者の在宅支援事業に参加する。	A	B	C	D	E

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解 説】

1. 難病対策の概要

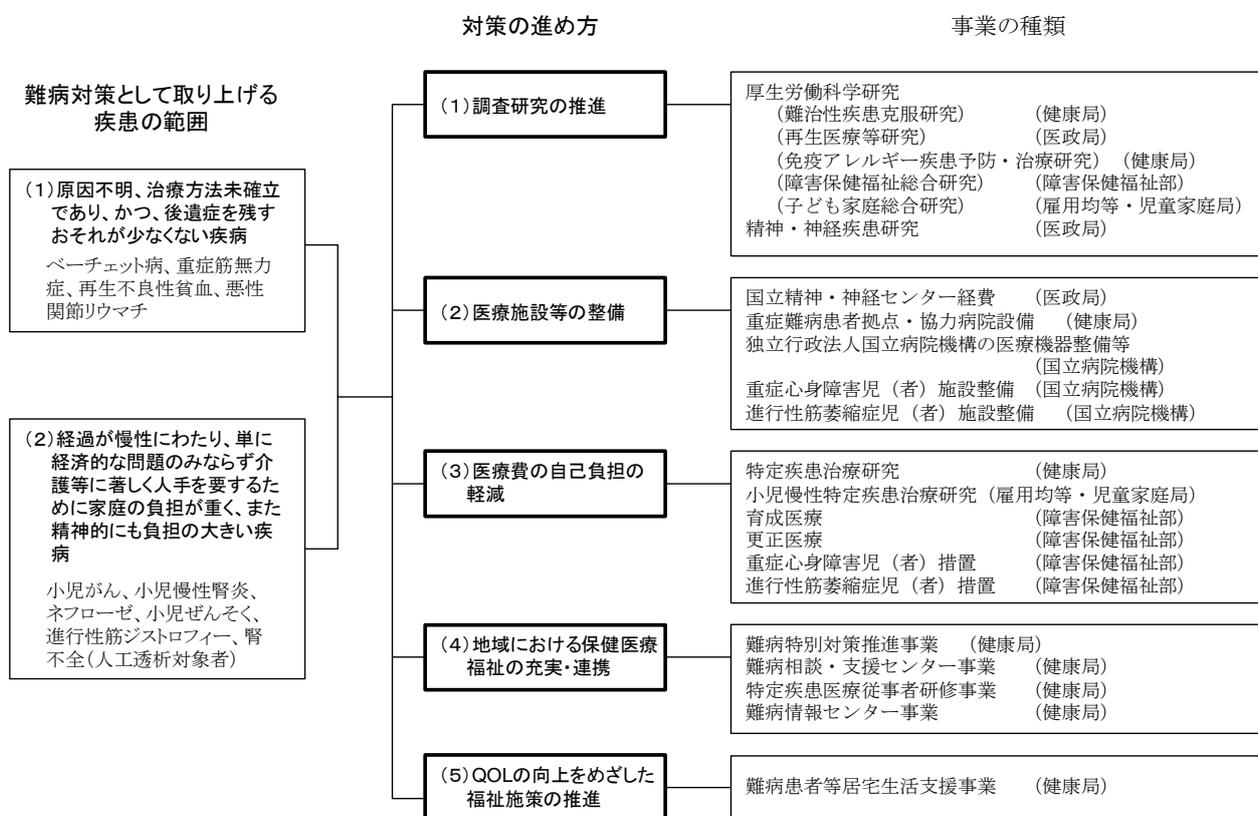
昭和 47 年 10 月に「難病対策要綱」が制定され、現在、難治性疾患克服研究事業及び特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、更生医療給付事業、育成医療給付事業等の各種の施策が推進されている。

難病対策要綱では、難病として行政施策の対象とする疾病の範囲を次の 2 項目に整理している。

- ①原因不明、治療法未確立であり、かつ 後遺症を残す恐れが少ない疾病
- ②経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また、精神的にも負担の大きい疾病

難病対策の概要を図 7-1 に示す。（小児慢性特定疾患等については、要綱等により学習する。）

図 7-1 難病対策の概要



「平成 19 年版 厚生労働白書」より

平成 10 年度に創設された「難病特別対策推進事業」は、次のような事業で構成されている。

- ①重症患者に対する適切な入院施設の確保を行うため、都道府県ごとに難病の拠点病院と協力病院を設置する重症難病患者入院施設確保事業
- ②支援を要する在宅患者の個々の実態に応じてきめ細やかな支援を行うため、保健所が中心になって行う在宅療養支援計画の策定・評価事業
- ③医療相談事業に参加できない在宅患者やその家族に対して訪問相談を行うため、各保健所毎に難病訪問相談員を配置する訪問相談事業
- ④患者や家族の療養上の不安の解消を図るため、医療相談班を編成し、会場を設けて行う医療相談

事業

- ⑤在宅療養に必要な医学的指導等を行うために、訪問指導（診療）班を派遣して行う訪問指導（診療）事業

平成7年度からは地域保健医療活動の推進を図るため、「特定疾患医療従事者研修事業」が開始され、保健師等に対し難病患者の看護及び生活指導等に必要な知識、技術を取得させている。

また、平成9年3月からは難病情報センターが、インターネット上で特定疾患調査研究事業の成果や特定難病専門医・専門医療機関の所在、公的サービス等について情報提供を行っている。さらに平成13年度から神経難病患者在宅医療支援事業、難病患者認定適正化事業が実施されている。

2. 保健所の事業

平成9年4月1日から施行された地域保健法において、保健所の事業に「治療法が確立していない疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項」が加えられ、難病対策に於ける保健所の役割が明確化された。保健所における難病対策は、地域保健の推進に関する基本指針における「広域的専門的業務の推進」として位置づけられ取り組まれている。

平成10年度からは、「難病特別対策推進事業」が都道府県事業として実施されており、保健所が中心となって多くの事業が取り組まれている。

また、平成5年12月に交付された障害者基本法の付帯決議において、「・・・難病に起因する身体又は精神症状を有する者であって長期にわたり生活上の支障があるもの」は、障害者基本法の障害者の範疇に含まれることとされ、きめ細かな施策の推進に努めることが要請された。このことから障害者計画に、身体障害者、知的障害者、精神障害者に加え難病患者に対する施策を包含している都道府県も多い。

3. 市町村の事業

平成9年から、在宅で療養している難病患者に対して難病患者居宅療養支援事業（ホームヘルプ事業、短期入所事業、日常生活給付事業）が市町村事業として開始された（表7-1）。

介護保険の在宅医療サービスとして訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導が対象とされ、ケアマネージャーを中心に在宅サービス計画が立てられている。また、40歳以上65歳未満の第2号被保険者において介護保険の対象として認められる特定疾病（15疾病）に、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、悪性関節リウマチ、パーキンソン病、後縦靭帯骨化症、シャイ・ドレーガー症候群、広範脊椎管狭窄症、クロイツフェルト・ヤコブ病の8疾病が含まれている。

地域における難病対策においては、保健所、市町村、医療機関、訪問看護ステーション、ホームヘルパー等、保健・医療・福祉の関係機関・関係者が連携して取り組むネットワークづくりがますます需要となっている。

難病患者等居宅生活支援事業

①難病患者ホームヘルプ事業

日常生活を営むのに支障がある患者の家庭を訪問し、食事、洗濯など身の回りの世話等を行うホームヘルプサービス

②難病患者等短期入所事業

家庭において患者を介護している者の疾病等によって、その患者の療養が困難となった場合、国立病院・療養所及び民間病院等の医療提供施設に一時的に収容するショートステイ

③難病患者等日常生活用具給付事業

日常生活を営むのに支障がある在宅の患者に対する日常生活用具の給付。なお、平成15年4月より、この事業による給付対象品目が従来の9品目に加え8品目が追加となり17品目となった。

表7-1 難病患者等日常生活用具給付事業

平成15年4月より、難病患者等日常生活用具給付事業における給付対象品目が、これまでの便器等に加え8品目が追加になった。

対 象 品 目 (従 来)	便器、特殊マット、特殊寝台、特殊尿器、体位変換器、車いす、歩行支援用具、電気式たん吸飲器
追 加 品 目	対 象 者
意 思 伝 達 装 置	言語機能を喪失した者又は言語機能が著しく低下している筋萎縮性側索硬化症等の患者であって、コミュニケーション手段として必要があると認められる者
ネ ブ ラ イ ザ ー	呼吸器機能に障害のある者
移 動 用 リ フ ト	下肢又は体幹機能に障害のある者
居 宅 生 活 動 作 補 助 用 具	下肢又は体幹機能に障害のある者
特 殊 便 器	上肢機能に障害のある者
訓 練 用 ベ ッ ド	上肢又は体幹機能に障害のある者
自 動 消 火 器	火災発生の感知及び非難が著しく困難な難病患者のみの世帯及びこれに準ずる世帯
動脈血中酸素飽和度測定 (パルスオキシメーター)	人工呼吸器の装着が必要な者

4. 公費負担制度

難病対策の柱の一つに「医療費の自己負担の軽減」があげられている。制度の内容は歴史的に変遷をたどっている。難病には種々の疾病が含まれ、それらに対する医療費の補助制度も多様である。また多科に関係するため、公費負担制度を理解しておく必要がある。

特定疾患治療研究対象疾患は、難治性疾患克服研究事業において取り扱っている疾患のうち、特定疾患対策懇話会の意見を聞いて選定されており、平成19年度は45疾患（表7-2）となっている。

これらの疾患に罹患した人には、申請により各種医療保険等を適用した医療費の自己負担部分及び介護保険の医療系サービスの利用者負担額について国と都道府県から補助がなされている。この特定疾患治療研究事業について、従来は、自己負担部分の全額が公費負担とされてきたが、平成10年5月から、患者の一部負担が導入された。

さらに、平成15年10月には自己負担限度額の変更を含め、以下の6点について制度改正が行われた。

- ①特定疾患医療受給者証の有効期間の変更（10月1日から9月31日までの1年間）
- ②治療研究事業の対象として3疾患の追加
- ③軽快者の区分の設定
- ④臨床調査個人票の提出が毎年必要
- ⑤転入転出時の再審査の省略
- ⑥患者の一部負担限度額が所得に応じた7階層区分に改正

この自己負担減度額の階層判別の対象は生計中心者（患者の生計を維持している人）であり、階層は市町村民税、所得税により表7-3のように7階層に区分されている。なお、重症患者、訪問看護、院外処方による薬剤費については、引き続き自己負担はないこととなっている。

表7-2 治療研究事業の対象疾患一覧（平成19年4月1日～）

番号	疾病名	軽快者基準のあるもの	番号	疾病名	軽快者基準のあるもの
1	ベーチェット病	○	24	モヤモヤ病(ウィリス動脈輪閉塞症)	○
2	多発性硬化症		25	ウェゲナー肉芽腫症	○
3	重症筋無力症	○	26	特発性拡張型(うっ血型)心筋症	
4	全身性エリテマトーデス	○	27	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)	
5	スモン		28	表皮水疱症	○
6	再生不良性貧血	○	29	膿疱性乾癬	○
7	サルコイドーシス	○	30	広範脊柱管狭窄症	○
8	筋萎縮性側索硬化症		31	原発性胆汁性肝硬変	
9	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	○	32	重症急性膵炎	
10	特発性血小板減少性紫斑病	○	33	特発性大腿骨頭壊死症	○
11	結筋性動脈周囲炎	○	34	混合性結合組織病	○
12	潰瘍性大腸炎	○	35	原発性免疫不全症候群	
13	大動脈炎症候群	○	36	特発性間質性肺炎	○
14	ピュルガー病	○	37	網膜色素変性症	
15	天疱瘡	○	38	プリオン病	
16	脊髄小脳変性症		39	原発性肺高血圧症	
17	クローン病	○	40	神経繊維腫症	
18	難治性の肝炎のうち劇症肝炎		41	亜急性硬化性全脳炎	
19	悪性関節リウマチ	○	42	バッド・キアリ症候群	○
20	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)		43	特発性慢性肺血栓塞栓症(肺高血圧型)	
21	アミロイドーシス		44	ライソゾーム病	
22	後縦靭帯骨化症	○	45	副腎白質ジストロフィー	
23	ハンチントン病				

- ①パーキンソン病に進行性核上性麻痺及び大脳皮質基底核変性症を加え「パーキンソン病関連疾患」とした。
- ②シャイ・ドレーガー症候群に線条体黒質変性症及びオリブ橋小脳萎縮症（脊髄小脳変性症から移行）を加え、「多系統萎縮症」とした。
- ③「軽快者」と判定されると医療費の公費負担は受けられないが、「特定疾患登録者証」が交付され、悪化したときの再申請時の手続きが簡略化され、悪化時まで遡って給付できる。（平成15年10月より）

表7 - 3 自己負担限度額表（平成19年10月1日～）

階層区分		対象者別自己負担の月額限度額		
		入院	外来等	生計中心者が患者本人の場合
A	生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0	0
B	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	4,500	2,250	対象患者が生計中心者であるときは、左欄により算出した額の1/2に該当する額をもって自己負担限度額とする。 同一生計内に2人以上の対象患者がいる場合の2人目以降の者については、左欄に定める額の1/10に該当する額をもって自己負担限度額とする。 10円未満の端数が生じた場合は、切り捨てるものとする。
C	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,000円以上の場合	6,900	3,450	
D	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,000円以上30,000円未満の場合	8,500	4,250	
E	生計中心者の前年の所得税課税年額が30,000円以上80,000円未満の場合	11,000	5,500	
F	生計中心者の前年の所得税課税年額が80,000円以上140,000円未満の場合	18,700	9,350	
G	生計中心者の前年の所得税課税年額が140,000円以上の場合	23,100	11,550	

5. 臨床調査個人票

平成19年10月1日現在特定疾患治療研究事業の対象疾患は49疾患であるが、ここでは最も頻度の高いパーキンソン病関連疾患の申請に必要な「臨床調査個人票」を示す（図7-2）。

難病情報センターホームページの紹介

難病情報センターでは、厚生労働省が難治性疾患克服研究事業（特定疾患調査研究分野）としている疾患を中心に、一般利用者及び医療従事者向けに情報を提供しています。

難病情報センター

Japan Intractable Diseases Information Center

[サイトマップ](#) [English](#)

難病情報センター

難病とは？

各特定疾患解説

診断・治療指針

行政
(厚生労働省)
の動き

担当窓口の
みなさまへ

各相談窓口
紹介

患者団体
一覧

各アイコンをクリックしてください

- 難病（特定疾患）とは？
- 各特定疾患解説
 - 50音順 索引
 - 医療群別 索引
- 各相談窓口紹介
- 患者団体一覧

- 診断・治療指針
 - 50音順 索引
 - 疾患群別索引
- 研究班報告
- 担当窓口のみなさまへ

[\(http://www.nanbyou.or.jp/\)](http://www.nanbyou.or.jp/)

図7-2 臨床調査個人票の例

20 パーキンソン病関連疾患 臨床調査個人票
 (1. パーキンソン病、2. 進行性核上性麻痺、3. 大脳皮質基底核変性症) (1. 新規)

ふりがな			性別	1.男 2.女	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成	年	月	日生 (満 歳)	
住所	〒 () 電話 ()			出生都道府県			発病時在住都道府県			
発病年月	1.昭和 2.平成	年 月 (満 歳)	初診年月日	1.昭和 2.平成	年 月 日	保険種別	1.政 4.共	2.組 5.国	3.船 6.老	
身体障害者 手帳	1.あり(等級____級) 2.なし		介護認定	1.要介護(要介護度____) 2.要支援 3.なし						
生活状況	社会活動(1.就労 2.就学 3.家事労働 4.在宅療養 5.入院 6.入所 7.その他(____)) 日常生活(1.正常 2.やや不自由であるが独力で可能 3.制限があり部分介助 4.全面介助)									
受診状況 (最近6か月)	1.主に入院 2.入院と通院半々 3.主に通院(____/月) 4.往診あり 5.入通院なし 6.その他(____)									
発症と経過(具体的に記述)										
【WISH 入力不要】										
診断	1.パーキンソン病			2.進行性核上性麻痺			3.大脳皮質基底核変性症			
家族歴	家族内発症者 (1.あり 2.なし(1.同胞 2.両親いずれか 3.祖父母 4.子 5.その他(____) 6.不明)) 近親婚 (1.あり 2.なし)									
臨床症状(左右で症状が強い方の症状、重症度は一日の多くを占める状態の所見に基づき記入する)										
A. 発症年齢と経過										
(1)発症年齢	1. ~19歳		2. 20~39歳		3. 40~64歳		4. 65歳~			
(2)発症は進行性で	1. ある		2. ない							
(3)初発症状	1. 振戦		2. 動作緩慢		3. 筋強剛		4. 姿勢反射の障害 5. その他(____)			
B. 自律神経症状										
(1)Schellong 試験(起立性低血圧)	1.実施(臥位、および起立後3分以内の最大低下時の血圧を記入) 2.未実施 血圧:収縮期/拡張期(mmHg):臥位(____/____) 立位(____/____)									
(2)排尿困難	1.あり		2.なし							
(3)失禁	1.あり		2.なし							
(4)陰萎(男性のみ)	1.あり		2.なし							
(5)頑固な便秘	1.あり		2.なし							
(6)失神・眼前暗黒感	1.あり		2.なし							
C. 臨床所見										
(1)静止時振戦(目立つ方: 右・左)	0. なし				(5)歩行					
	1. ごくわずかでたまに出現				0. 正常					
	2. 軽度の振幅で持続的に出現か、中等度の振幅で間歇的に出現				1. 緩慢、小刻み・引きずりも出現。加速歩行や突進はない					
	3. 中等度の振幅で大部分の時間出現				2. 困難だが独歩可能。加速歩行、小刻み歩行、前方突進、すくみが発見することあり					
	4. 大きな振幅の振戦が、大部分の時間出現				3. すくみや高度の歩行障害があり、歩行に介助を要する					
(2)指タップ(母指と示指をできるだけ大きな振幅でタッピング)	0. 正常				4. 介助があっても歩けない					
	1. やや遅いか、振幅がやや小さい				(6)姿勢					
	2. 中等度の障害。早期に疲労を示す。動きが止まることもある				0. 正常					
	3. 高度の障害。運動開始時からリズムが乱れ、時に動きが止まる				1. 軽度の前屈姿勢(高齢者では正常の範囲内)					
	4. ほとんどタッピングの動作にならない				2. 中等度の前屈姿勢。一側にやや傾くこともある					
(3)筋強剛	0. なし				3. 高度の前屈姿勢、脊椎後彎を伴う。一側へ中等度に傾くことあり					
	1. 軽微な固縮、または他の部位の随意運動で誘発される固縮				4. 高度の前屈、究極の異常前屈姿勢					
	2. 軽度~中等度の固縮				(7)姿勢の安定性(立ち直り反射障害と後方突進現象)					
	3. 高度の固縮。しかし関節可動域は正常				0. なし					
	4. 著明な固縮。正常可動域を動かすには、困難を伴う				1. 後方突進現象があるが、自分で立ち直れる					
(4)椅子からの立ち上がり	0. 正常				2. 後方突進現象があり、支えないと倒れる					
	1. 可能だが遅い。一度でうまくいかないこともある				3. きわめて不安定で、何もなくても倒れそうになる					
	2. 肘掛けに腕をつけて立ち上がる必要がある				4. 介助なしには起立が困難					
	3. 立ち上がろうとすると倒れこむことあり。 しかし最後には独力で立ち上がれる									
	4. 立ち上がるには介助が必要									

(平成十五年八月改正)

D. パーキンソン病の重症度・障害度【パーキンソン病のみ記入】			
(1)Hoehn &Yahrの臨床重症度分類		(2)日常生活機能障害度（厚生労働省研究班）	
1. 1度（一側性パーキンソニズム）		1. 1度（日常生活、通院にほとんど介助を要しない。）	
2. 2度（両側性パーキンソニズム。姿勢反射障害なし。）		2. 2度（日常生活、通院に部分的介助を要する。）	
3. 3度（軽～中等度パーキンソニズム。姿勢反射障害あり。日常生活に介助不要。）		3. 3度（日常生活に全面的介助を要し独力では歩行起立不能。）	
4. 4度（高度障害を示すが、歩行は介助なしにどうか可能。）			
5. 5度（介助なしにはベッド車椅子生活。）			
E. その他の神経症状			
1. 痴呆症状	1. あり 2. なし	9. 四肢の症状の顕著な非対称性	1. あり 2. なし
2. 抑うつ症状	1. あり 2. なし	10. 垂直性核上性眼球運動障害	1. あり 2. なし
3. 幻覚（非薬剤性）	1. あり 2. なし	11. 持続性注視方向性眼振	1. あり 2. なし
4. 失語	1. あり 2. なし	12. 進行性の構音障害・嚥下障害	1. あり 2. なし
5. 失認	1. あり 2. なし	13. 体幹部や頸部に強い筋強剛/頸部後屈	1. あり 2. なし
6. 失行（肢節運動失行以外）	1. あり 2. なし	14. 小脳症状（体幹失調・四肢失調）	1. あり 2. なし
7. 肢節運動失行	1. あり 2. なし	15. 四肢の腱反射	1. 正常 2. 低下 3. 亢進
8. 他人の手徴候/把握反射/反射性ミオクローヌスのいずれか	1. あり 2. なし	16. バビンスキー徴候	1. 陽性 2. 陰性
		17. その他（	）
F. 画像所見			
CT（ 年 月）/MRI（ 年 月）			
(1)顕著な大脳萎縮/白質病変	1. あり 2. なし	（部位：1.前頭 2.頭頂 3.側頭 4.その他/高度な側：1.右 2.左）	
(2)線条体の萎縮または異常信号	1. あり 2. なし		
(3)第三脳室拡大	1. あり 2. なし		
(4)脳幹萎縮（中脳/橋）	1. あり 2. なし		
(5)小脳萎縮	1. あり 2. なし		
(6)その他の所見（	）		
SPECT 1. 実施（ 年 月）	2. 未実施		
脳血流低下	1. あり 2. なし	（1.前頭 2.頭頂 3.側頭 4.後頭 5.基底核 6.小脳 7.脳幹）	
鑑別診断			
(1)脳血管性パーキンソニズム	1.鑑別できる 2.鑑別できない		
(2)薬物性パーキンソニズム	1.鑑別できる 2.鑑別できない		
（参考）・フェノチアジン、ブチロフェノン系薬剤、非定型抗精神病薬		1.使用中 2.未使用 3.過去に使用	
・ベンズアミド誘導体（チアプリド [®] 、スルピリド [®] 、クハプロリド [®] 、メクプロロミド [®] ）		1.使用中 2.未使用 3.過去に使用	
・レセルピン		1.使用中 2.未使用 3.過去に使用	
(3)多系統萎縮症	1.鑑別できる 2.鑑別できない		
(4)その他（	）		
	1.鑑別できる 2.鑑別できない		
治療			
A. 抗パーキンソン病薬の効果	使用の有無		効果の有無
(1)L-DOPA製剤	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(2)ドパミン受容体作動薬	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(3)塩酸アママンタジン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(4)抗コリン薬	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(5)塩酸セリギリン	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(6)ドロキシドパ	1.使用中 2.未使用 3.過去に使用		1.あり 2.なし 3.不明
(7)その他（	）		1.あり 2.なし 3.不明
（参考）・症状の日内変動	1.あり 2.なし 3.不明		
・ジスキネジア	1.あり 2.なし 3.不明		
・精神症状	1.あり 2.なし 3.不明		
B. 定位脳手術	1.あり（昭和・平成 年 月）（部位：1.視床痛 2.淡蒼球 3.視床）（種類：1.破壊術 2.刺激術）		
	2.なし 3.不明		
C. 栄養・呼吸の状態	(3)気管切開 1.あり（昭和・平成 年 月から） 2.なし		
(1)鼻腔栄養 1.あり（昭和・平成 年 月から） 2.なし	(4)人工呼吸器 1.あり（昭和・平成 年 月から） 2.なし		
(2)胃瘻 1.あり（昭和・平成 年 月から） 2.なし	（種類：		
医療上の問題点			
【WISH入力不要】			
医療機関名			
医療機関所在地			
医師の氏名			
印 電話番号（ ）			
記載年月日：平成 年 月 日			

6. 難病患者の支援

(1) 患者会、家族会

地域で生活する患者や家族が理解し支え合うために患者会、家族会等が組織され、自主的な活動を保健所等が支援している。患者・家族の会やボランティアの会等に参加することによって、具体的にその意義を理解することができる。

(2) 難病患者の在宅支援

在宅難病患者や家族を支援するために、医師、保健師、訪問看護ステーション、ホームヘルパー等関係機関・関係者がチームを組んで取り組んでいる。

(3) 連絡会議等

ネットワーク会議や支援会議に参画したり、家庭訪問に同伴するなどの経験をすることにより、関係機関・関係者の役割を実践的に理解するとともに、全人的な対応が求められていることが理解できる。

ALS在宅神経難病患者など、在宅難病症例を受け持ち、記録等から病態・治療・予後・家族の状況・関係者の支援等を知ることによって、患者が多くの関係機関・関係者によって支援されていることが理解できる。 → 7. 保健所における難病対策の概要 参照

保健師に同伴して家庭訪問し、本人や家族が抱えている課題について把握し、保健師等関係者と検討会をもつことによって、今後必要な支援や施策等がみえてくる。

7. 保健所における難病対策の概要

各都道府県、保健所の難病対策の取り組みは地域の実情によるが、ここではA保健所(人口17万人、県型)の難病対策を示す。

1 地域の関係者とのネットワークの強化

① 難病患者支援関係者会議

年1回、地域において難病患者に関わっている医師(病院・開業医)、保健師、訪問看護ステーション看護師、ホームヘルパー等が一堂に会し、具体的取り組みの中から地域における課題を検討し連携を図っている。昨年この検討会ではALS患者の意思伝達装置の使用について検討された。

② 看護連絡会

訪問看護ステーションが13カ所あり連絡会が開催されているが、介護保険に関するもののほか、難病についてのケアやターミナルケアについての意見交換が行われている。

③ 難病患者支援検討会(ケア会議)

人工呼吸器を装着し在宅で療養している神経難病患者に対する支援等、個別支援について、関係者が検討する場である。

2 療養についての支援と情報の提供

① 専門相談

所内相談および所外相談を実施している。

② 患者と家族のつどい、学習会

パーキンソン病、膠原病、炎症性腸疾患、眼科疾患について患者お跳び家族の集いを開催している。学習の場であり、悩みを話し合い交流する場である。

③ 医師等による訪問指導

必要に応じて、医師・歯科医師・OT・PT・栄養士・歯科衛生士・看護師・保健師による専門訪問指導を実施している。

④ 研修会・交流会の開催

患者・家族・介護者の研修や保健医療福祉関係者の研修を実施している。

⑤ 情報提供やたよりの発行

難病対策の概要を「難病のしおり」としてまとめ、利用しやすいように工夫している。また、患者家族の会の「たより」を発行している。

- 3 難病ボランティア育成及び「難病ボランティアグループ」の自主活動への支援**
- ①育成教室の開催
難病ボランティア育成教室を開催し、学習や交流を通じて会員の拡大をはかっている。
 - ②自主活動への支援
ボランティアの会への側面的支援や、交流会を開催している。ボランティアの役割が発揮されるよう支援する。
- 4 「患者・家族の会」の自主活動への支援**
- ①患者・家族の会
パーキンソン病患者・家族の会、クローン病・潰瘍性大腸炎の患者・家族の会、膠原病友の会があり、活動への支援を行っている。
 - ②全県的な支部活動への参加
県段階には、全国膠原病友の会県支部、日本リウマチ友の会県支部、日本網膜色素変性症協会地区支部、日本ALS協会県支部があり、総会等に参加している。
- 5 特定疾患治療研究事業**
- ①特定疾患医療費公費負担
新規申請と継続申請がある。申請時に相談に応じている。
 - ②重症難病患者入院施設確保事業
県全体の事業である。難病支援専門相談員が相談等に当たっており、地域においても専門相談員と同伴訪問することも多く、広い立場からの支援を受けている。
 - ③在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業
県単独治業である。人工呼吸器を使用した在宅患者の訪問看護に際し、他事業で助成できる範囲を超えた訪問看護について限度内で補助できるように定めており、その活用が円滑にはかれるよう周知をはかっている。

A保健所管内在住のNさんに対し、関係機関・関係者が連携をとって行っている支援の概要は以下のとおりである（図7-3、7-4）。

（担当 吉村伸子）

図7-3 在宅療養患者（ALS：人工呼吸器装着）への支援の例

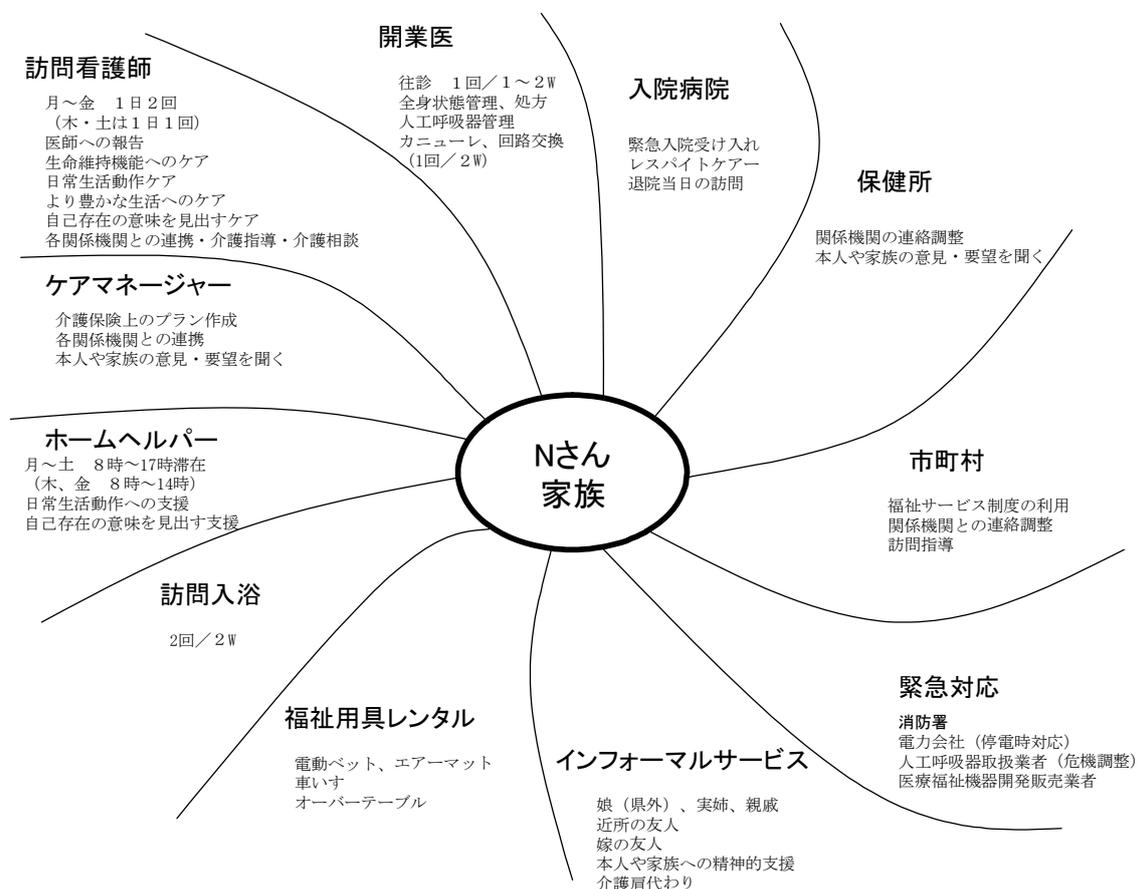


図7-4 在宅療養患者（ALS：人工呼吸器装着）への支援経過の例

病 曆 年 月	H11年 9月	10 月	H12年 3月	6 月	H13年 4月	8 月	12 月	H14年 7月	9 月
医療及び生活	73歳	ALSと認定（31日間入院）	胃瘻造設のため入院（22日）	呼吸不全のため入院（48日）	レスパイトケア目的のため入院（20日）	呼吸困難持続のため入院（52日）	心筋梗塞にて入院（25日）	胃瘻チューブ交換にて入院（10日間）	ダンピング症候群にて入院（43日）
カンファレンス状況			退院時カンファレンス（病院にて）	担当者会議（ナースヘルパー！ケアマネ）	担当者会議（ナース・訪問入浴ヘルパー・ケアマネ）				
症状・ケア内容		訪問介護開始 介助歩行	訪問入浴（週1回 木） 人工呼吸器夜間帯装着	訪問入浴（週1回 木） 人工呼吸器24時間装着 人工呼吸器夜間帯装着	尿管除去 左指の合図・眼球運動によるコミュニケーション 筆談によるコミュニケーション 人工呼吸器24時間装着	車いす移動（週2回） 介護者が講演会に出席	ポランテア訪問 土曜日訪問開始 車いすで仏閣へ行く	人工鼻使用開始 訪問入浴（週2回） 「伝の心」使用開始	低圧持続吸引器使用 今年の目標「花見に行く」

8 健康づくり



8. 健康づくり

【一般目標】

地域とともに健康づくり活動を実践できるようになるために、医師として、ヘルスプロモーションの理念に基づいた「健康日本21」および、「健康増進法」「高齢者医療確保法」を理解し、実践する技術を習得する。

【行動目標】

1. 地域における健康づくり活動を支援できる。
2. 生活習慣病予防のための健康教育ができる。
- * 3. 喫煙対策を実践できる。
- * 4. 保健統計を利用して、地域の健康課題を述べることができる。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|-----------------------------------|----|----|
| 1. 健康づくり活動のための討論に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 生活習慣病予防の健康教育を実施する。 | 実施 | 見学 |
| * 3. 喫煙対策事業に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 4. 健康日本21地方計画策定（あるいは評価）会議に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 5. 地域の健康課題について検討しプレゼンテーションを行う。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 地域における健康づくり活動を支援できる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 生活習慣病予防のための健康教育ができる。 | A | B | C | D | E |
| * 3. 喫煙対策を実践できる。 | A | B | C | D | E |
| * 4. 保健統計を利用して、地域の健康課題を述べることができる | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解 説】

1. ヘルスプロモーション

健康増進の概念が発展するのは、1946年のWHOの健康の定義（表8-1）からである。「健康とは単に疾病がないとか、虚弱でない」ということだけではなく、もっと積極的なものと理解されるようになった。

表8-1 健康の定義

<p>健康の定義（WHO憲章 1948年 健康を幅広くとらえ、人類が追及する健康の理想像を示す）</p> <p>Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.</p> <p>「健康な生活」の3段階 阿蘇保健所</p> <p>①病気や機能障害、悩みなどがなく、主観的にも客観的にも快適な生活を送ることができる。</p> <p>②病気や機能障害、悩みなどがあっても、自分自身で対処することができ、社会的にも適応した生活を送ることができる。</p> <p>③病気や機能障害、悩みなどがあり、自分自身で対処することができなくても、周囲が支えてくれることにより生活していくことができる。</p> <p>※どの段階にあっても、自分の生きがいを持ち、さらに自分だけでなく周囲の人も、よりよい生活を送ることができるように環境に対して働きかけていくことができる。</p>

1980年代になると、健康は個人的努力だけでは達成されず、社会環境整備・資源開発が必要であるという視点から、Kickbushらは健康都市構想（Healthy City）を展開し、ヨーロッパを中心に環境改善運動を展開した。1986年には、ヘルスプロモーションに関する国際会議がオタワで開かれ、健康増進を個人のライフスタイルの改善や健康教育によるスキル向上に限定せず、様々な地域活動、支援的環境の創造、健康的な公共政策開発などとして展開することをオタワ宣言（表8-2）として提唱した。

表8-2 ヘルスプロモーション（オタワ憲章1986年）

<p>ヘルスプロモーションとは人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである。身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態に到達するためには、個人や集団が望みを確認し、発現し、ニーズを満たし、環境を改善し、環境に対処することができなければならない。それゆえ健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。健康は身体的な能力であると同時に、社会的・個人的資源であることを強調する積極的な概念なのである。それゆえヘルスプロモーションは、保健部門の責任にとどまらず、健康的なライフスタイルをこえて、well-beingにもかかわるものである。</p> <p>ヘルスプロモーション活動の方法</p> <ol style="list-style-type: none">(1) 健康的な公共政策づくり(2) 健康を支援する環境づくり(3) 地域活動の強化(4) 個人技術の開発(5) ヘルスサービスの方向転換

2. 健康日本21の推進

その後各国で、目標志向型健康増進政策が展開され、日本でも、諸外国の動向を参考にしながら、国民が健康に暮らせる期間の延長や、生活の質の向上を目指して具体的な目標を設定し、健康日本21（表8-3）を平成12年3月に策定した。

日本の健康づくり政策においては、昭和53年から「第一次国民健康づくり対策」、昭和63年から「第二次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）」が進められてきた。今回の第三次国民健康づくり対策に相当するのが健康日本21である。

健康日本21の特徴は数値目標、指標が数多く取り入れられていることであり、9分野（①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・心の健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器病、⑨がん）に具体的な目標70、指標100が示されている。

また、運動を効果的に推進するために、各地域等において、住民、健康に関連する多様な関係機関及び関係団体等の参加を得て、地域等の実情に応じた健康づくりの推進に関する具体的な計画（以下「地方計画」という。）が策定され、取組みが進められている。

表8-3 21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）の推進について（抄）

<p>1 目的 21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする。</p>					
<p>2 期間 運動の期間は、2010年度までとする。運動の評価は、2005年度を目途に中間評価を行うとともに、2010年度に最終評価を行い、その評価をその後の運動の推進に反映させる。</p>					
<p>3 基本方針</p> <table border="0"><tr><td>(1) 一次予防の重視</td><td>(2) 健康づくり支援のための環境整備</td></tr><tr><td>(3) 目標等の設定と評価</td><td>(4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進</td></tr></table>	(1) 一次予防の重視	(2) 健康づくり支援のための環境整備	(3) 目標等の設定と評価	(4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進	
(1) 一次予防の重視	(2) 健康づくり支援のための環境整備				
(3) 目標等の設定と評価	(4) 多様な実施主体による連携のとれた効果的な運動の推進				
<p>4 地域等における健康づくり運動の推進について 運動を効果的に推進するために、各地域等において、住民、健康に関連する多様な関係機関及び関係団体等の参加を得て、地域等の実情に応じた健康づくりの推進に関する具体的な計画（以下「地方計画」という。）が策定される必要がある。 特に、都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、職域保健関係者等の一体的な取組を推進する観点から、地方計画の策定及びこれらの関係者との連携の強化について、中心的な役割を果たす必要がある。 運動の推進に当たっては、関係機関及び関係団体等が調整のとれた取組を継続的に実施していくことが不可欠であり、そのためには、医療保険者、保健医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の広く健康に関する関係機関及び関係団体等から構成される中核的な推進組織を設置し、この効果的な運用を図ることが重要である。その際には既存の組織を有効に活用し、その機能を拡充強化することも考慮すべきである。 また、保健所は管内における関係機関、関係団体等の連携を推進するための中核機関としての役割を担うとともに、健康情報の収集、分析及び提供並びに市町村に対する技術的支援等を通じ、管内の運動の拠点としての役割を担う必要がある。</p>					
<p>5 国の支援</p> <table border="0"><tr><td>(1) 全国的な推進体制の整備</td></tr><tr><td>(2) 多様な経路による普及啓発の実施</td></tr><tr><td>(3) 地域等における地方計画の策定等に関する技術的支援</td></tr><tr><td>(4) 調査研究の推進及び人材の確保等</td></tr><tr><td>(5) 各種保健事業の連携の推進</td></tr></table>	(1) 全国的な推進体制の整備	(2) 多様な経路による普及啓発の実施	(3) 地域等における地方計画の策定等に関する技術的支援	(4) 調査研究の推進及び人材の確保等	(5) 各種保健事業の連携の推進
(1) 全国的な推進体制の整備					
(2) 多様な経路による普及啓発の実施					
(3) 地域等における地方計画の策定等に関する技術的支援					
(4) 調査研究の推進及び人材の確保等					
(5) 各種保健事業の連携の推進					

3. 健康増進法の制定

平成14年には医療制度改革の一環として、健康増進法（表8-4）が制定された。栄養改善法を母体として制定された健康増進法は健康日本21の法制化という性格を持っている。その特徴として、①国民への健康情報の提供、②健康増進事業の実施者関の連携・協力による生涯を通じた健康自己管理の支援、③都道府県・市町村健康増進計画等の地方計画の策定、④たばこ対策として受動喫煙の禁止の4点があげられる。特に、受動喫煙の防止が法律に銘記されたことは意義深い。

表8-4 健康増進法（抄）（平成14年8月公布、平成15年5月施行）

第一条（目的）

この法律は、我が国における急速な高齢化の進展及び疾病構造の変化に伴い、国民の健康の増進の重要性が著しく増大していることにかんがみ、国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的とする。

第二条（国民の責務）

国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。

第三条（国及び地方公共団体の責務）

国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の送信に関する情報の収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

第五条（関係者の協力）

国、都道府県、市町村、健康増進事業実施者、医療機関その他の関係者は、国民の健康の増進の総合的な推進を図るため、相互に連携を図りながら協力するよう努めなければならない。

第八条（都道府県健康増進計画等）

都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画（以下「都道府県健康増進計画」という。）を定めるものとする。

2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画（以下「市町村健康増進計画」という。）を定めるよう努めるものとする。

3 都道府県及び市町村は、都道府県健康増進計画又は市町村健康増進計画を定め、又は変更したときは、遅滞なく、これを公表するものとする。

第二十五条（受動喫煙の防止）

学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙（室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。）を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない。

4. 地域健康づくり活動の実践モデル

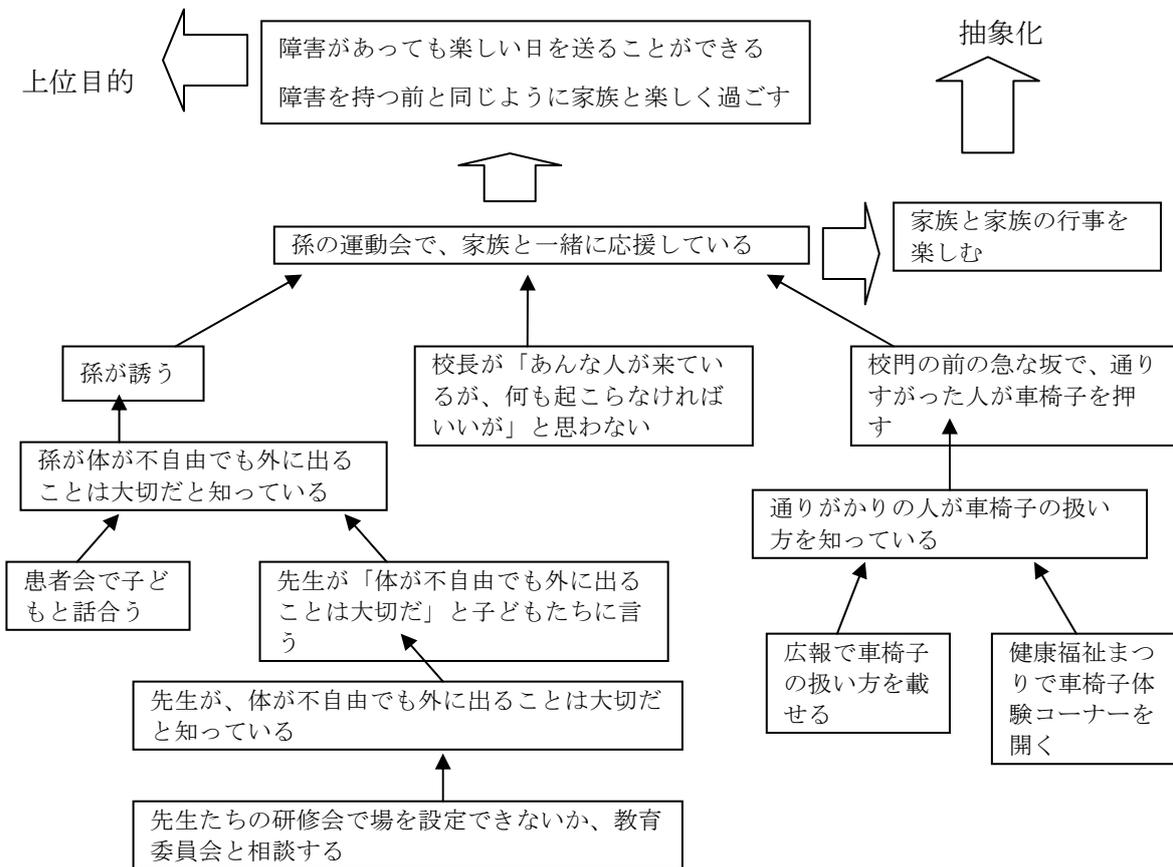
こうした健康づくり計画の策定、あるいは地域健康づくり活動の実践モデルとして、地域づくり型保健活動(SOJO Model) (表8-5)、プリシード・プロシードモデル(PRECEDE-PROCEED Model, MIDORI モデル) (表8-6) などが知られている。これらの手法は地域によってその形を変えながら、地域健康づくり活動の中で活用されている。

表8-5 地域づくり型保健活動 (System Oriented Joyful Operation model : SOJO model)

地域づくり型保健活動とは、関係者が到達目標を地域での実現すべき理想の健康な暮らし、生活の姿の具体的なイメージとして共有し、健康な地域の実現に向けてそれぞれの役割を果たす展開方法である。さらにその過程において、参加者個人の能力や、創造される健康な暮らしの実現を支える仕組み、それら相互作用を獲得することもこの展開方法の目的となっている。地域づくり型保健活動の中心になるのは、参加的目的描写法 (PGVM) を用いたワークショップである。

参加型目的描写法の話し合いの流れは、第1段階 (実現すべき地域での健康な姿の検討)、第2段階 (理想の姿を中心とした目的関連図の作成)、第3段階 (事業を出発として目的関連図の作成)、第4段階 (事業要綱案または計画の作成) となっている。

目的関連図の例



地域づくり型保健活動の特徴としては、以下の点があげられる。

- ① ヘルスプロモーションとブレイクスルー思考を基盤としている
- ② 日本の現場活動の中から開発されたモデルである
- ③ 参加者が自分たちで決定し役割を果たす能力を助長するモデルである
- ④ コミュニティの再構築が図られるモデルである
- ⑤ その地域で到達可能な資源の再配分を目指したモデルである
- ⑥ ヘルスプロモーションに示された重要な点を取り入れたモデルである

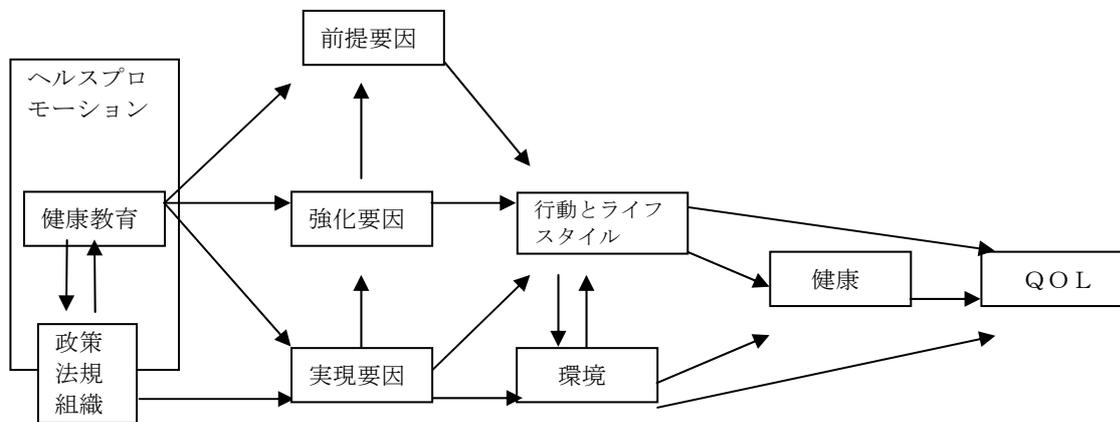
表 8-6 プリシード・プロシードモデル (PRECEDE-PROCEED Model)

プリシード・プロシードモデルは、ヘルスプロモーションの企画、実施、評価の展開手順を示したものである。大きく分けて、ニーズアセスメント（診断）に関わるPRECEDEの部分と、実施・評価に関わる（PROCEED）の部分からなっている。PRECEDEは、Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/environmental Diagnosis and Evaluation（教育・環境の診断と評価のための準備・強化・実現要因）の頭文字で、「実施に先立って行われる」という意味があり、PROCEEDは、Policy Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development（教育・環境の開発における政策的・法規的・組織的要因）の頭文字で、「続いて行われる」という意味もある。日本では、このモデルを積極的に活用している関係者がモデルの開発者であるグリーン氏と懇談した際に、親しみやすい日本名として「MIDORIモデル」の名称が提案され承諾を得ている。「MIDORI」はMutually Involved Development and Organization of Research for Interventionの頭文字を重ねたものであり、相互の参画による展開と組織化を可能にする介入方法」という意味を持っている。

プリシード・プロシードモデルは次の9段階からなる。

PRECEDE

第5段階	第4段階	第3段階	第2段階	第1段階
行政・政策診断	教育・組織診断	行動・環境診断	疫学診断	社会診断



第6段階	第7段階	第8段階	第9段階
実行	プロセス評価	影響評価	結果診断

PROCEED

第1段階	社会診断	地域で日常の生活（QOL）に悪影響を与えている健康問題を特定し、解決すべき優先順位をつける。
第2段階	疫学診断	その健康問題の大きさ・広がり診断する。
第3段階	行動・環境診断	健康問題の大きさや広がりをもたらず日常の行動・ライフサイクルや環境の内容を診断する。
第4段階	教育・組織診断	好ましくない行動・ライフスタイルを生み出している、前提要因・強化要因・実現要因の実態を診断する。
第5段階	運営・政策診断	上記の要因を生み出している健康教育の内容、政策・法規・組織の現状やマンパワー、経費、スケジュール、進行表等を診断する。
第6段階	実施	PRECEDE部分で自分、行政、地域の専門家がそれぞれやるべきこと、またそれらはどのようなルートを通じて行われるべきかもわかってくるので、プログラムのスケジュール、マンパワー、予算等を策定・計画し、実施を開始する。
第7段階	プロセス評価	実践プログラムが計画通りに進展しているか否かを評価する。
第8段階	影響評価	プログラムが目的とした前提・強化・実現要因及び行動・ライフスタイルや環境に意図した影響を發揮しているか否かを評価する。
第9段階	結果評価	最初に問題とした健康やQOLが改善しているか否かを評価する。

5. 生活習慣病とその予防

(1) 「成人病」から「生活習慣病」へ

「成人病」という言葉は、厚生労働省が昭和30年代初頭より用いはじめた行政用語であり、昭和32年に開催された「成人病予防対策協議連絡会」の議事録に「成人病とは主として、脳卒中、がんなどの悪性疾患、心臓病などの40歳前後から急に死亡率が高くなり、しかも全死因の中でも高位を占め、40～60歳くらいの働き盛りに多い疾患を考えている」との記述がある。

厚生労働省は、昭和27年ころからこれらの疾患について、治療方法だけでなく、早期発見、集団検診、健康管理などについて、研究を進め、昭和31年に設置された、学識経験者からなる成人病予防協議連絡会の意見具申を受けて、がん、循環器疾患の実態調査や国立がんセンター、国立循環器病センターの設定、検診の推進など各種施策を推進してきた。

これらの疾患は年齢が上昇するに従ってその頻度が増える性質があるため、人口の高齢化に従って、ますます増加することが予想される。しかし、生活習慣とこれらの疾患の発症との関係が明らかになってきており、最近では、健康的な生活習慣を確立することにより、疾病の発症そのものを予防する「一次予防」の考え方が重視されるようになってきた。そこで、「国民に生活習慣の重要性を喚起し、健康に対する自発性を促し、生涯を通じた生活習慣改善のための個人の努力を社会全体で支援する体制を整備するため、「生活習慣病」という概念の導入が提案された（公衆衛生審議会意見具申）。平成9年7月には、「生活習慣病対策室」が設置され、生活習慣病対策を推進することとなった。生活習慣病は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に関与する疾患群」と定義されている。

なお、平成20年度よりスタートする「特定健診・特定保健指導」では、「メタボリックシンドローム」に対する保健指導に重点が置かれることになった。（「成人・老人保健対策」の項参照）

(2) たばこ対策

たばこは依存性物質のニコチンばかりでなく、様々な有害化学物質、発ガン物質等を含み、様々な疾患の危険因子であり、死亡率を高める大きな要因となっている。慢性的な影響としての喫煙関連疾患には、がん、心血管障害、呼吸器障害などがあり、壮年期の死亡の1/2～1/3は喫煙が関係している。他に、胃腸障害や皮膚・歯科領域、泌尿器科領域への影響も指摘されている。産婦人科領域では、不妊症、早期閉経、早産、周産期死亡、低体重児、乳幼児突然死との関連も深い。また、喫煙開始年齢が早いほど死亡率が高くなることもわかっている。

WHO（世界保健機関）はたばこによる健康被害を防止するために2003年の総会で「たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約（FCTC）」を採択し、2005年に発効した。（日本は2004年に批准）将来に渡って、たばこの消費、たばこの煙への暴露を防止することが目的になっている。

日本におけるたばこ対策は先進国の中では非常に遅れているが、平成15年の健康増進法の施行による受動喫煙対策、禁煙保険診療の導入などで徐々にたばこ対策は進んでいる。

健康増進法では、学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他多数の者が利用する施設において、受動喫煙対策が努力義務化されている（第25条）。このための設備対策として、①施設内全面禁煙、②喫煙室の設置、③強制排気、換気等が推奨されている。医療機関や学校は敷地内禁煙が、他の公共施設では施設内全面禁煙の動きが広がっている。建物内の喫煙所設置などの分煙によって清浄な空気を保つのは困難であるが、民間事業所、ホテル、レストラン等では喫煙の規制がないか、不十分な分煙にとどまっているところが多い。

健康日本21ではたばこ対策として「喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の啓発」「未成年の喫煙をなくす」「公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及」「禁煙支援プログラムの普及」の4つの柱をあげている。

保健所では、学校や市町村、事業所、医療機関と協力しながらたばこの害についての情報提供、喫煙防止教育、禁煙教育、禁煙支援を行い、受動喫煙防止のための啓発も実施している。

全国保健所長会「喫煙対策の推進に関する行動宣言」（平成15年）

- 基本方針1 保健所長及び保健所職員の禁煙を推進する
- 基本方針2 保健所が管理・運営する区域の禁煙を推進する
- 基本方針3 保健所は、喫煙対策に関する情報センター機能を担う
- 基本方針4 保健所が日常業務で関わる各種施設・団体等の喫煙対策を支援する
- 基本方針5 学校保健や職域保健等との連携により、喫煙対策の実践活動を推進する

①禁煙治療と禁煙支援

禁煙を支援するためには、喫煙率の現状等の疫学的理解を深めるとともに、喫煙者の心理、嗜癖性などを理解する必要がある。喫煙者に禁煙を促すには、「喫煙の健康への影響」と「禁煙の方法」を同時に指導する必要がある。禁煙の支援方法としては、ニコチン代替療法と行動学的方法の組み合わせが適当であると言われている。ニコチンパッチ、ニコチンガムなどのニコチン代替療法剤は、低濃度のニコチンを補給することで、タバコの他の有害成分を吸収せずにニコチン離脱症状を緩和できる。また、コンビネーションセラピーとして、①ニコチンパッチ、②ニコチンガム、③日常生活指導、環境整備、④再喫煙防止、周囲の支援を組み合わせると効果的である。

行動療法としての日常生活指導としては、①行動パターンを変える、②喫煙欲求をそらす、③喫煙具を周囲に置かない、④煙の多い場所に行かない、⑤リラクゼーションを利用する等がある。他に、体重増加克服支援、ライフスキル向上支援、イメージトレーニング、グループワーク、ネットワーク等、総合的な禁煙支援プログラムが望ましい。

ニコチン依存症の保険診療について

平成18年よりニコチン依存症と診断された人に対する保険診療（ニコチン依存症管理料）が開始された。保険診療が可能な医療機関は禁煙治療の経験のある医師が勤務していること、敷地内禁煙であることなどの条件がある。「禁煙治療のための標準手順書」に従って12週（5回）にわたり禁煙治療を行った場合「ニコチン依存症管理料」が算定される。

ニコチン依存症の診断

1. ニコチン依存症に係るスクリーニングテスト（TDS）で、ニコチン依存症と診断されたものであること
2. $<1 \text{ 日の喫煙本数} \times \text{喫煙年数}>$ が200以上であること

中医協の調査によるとニコチンパッチを用いた5回の指導を終了した人の禁煙継続率は、指導終了後3ヶ月で59%と高いが、指導回数が少ないと禁煙継続率は低い。ニコチン代替療法だけでなく、行動療法を組み合わせることで、禁煙成功率を上げることが出来る。

②たばこ対策における医師の役割

多くの患者は出来ればたばこをやめたいと思っている。「医師とたばこ」の著者デビット・シンブソンは、まず、医師は市民のお手本として禁煙するべきであること、患者に情報提供し、地域のたばこ対策に貢献すべきであると述べている。医師による患者の喫煙への介入の例として①すべての患者と定期的に禁煙の利益について話し合う。②患者に喫煙をやめるように定期的に励ます。③禁煙に同意したものに対しては、より積極的にカウンセリングを行う。④もし、適切であればニコチン代替療法を行う、等をあげている。受動喫煙によって健康被害を受けている人にも注意が必要である。

6. 健康行動理論

生活習慣病をはじめとする多くの疾患と治療には、人が健康のためによいとされる行動をとり、それを維持することが必要になる。健康に関する行動の変容と維持に関してはいくつかの理論（表8-7）があり、医療と保健の現場で働く者がそれらの理論を理解することは、以下の3つの点において重要である。

- ①対象者の健康に関する行動の変容と維持に関して、筋道を通して考えることができるようになるということ
- ②対象者の健康に関する行動の変容と維持に関して、スタッフ間で共通の言葉でディスカッションができるようになるということ
- ③健康行動理論とその尺度を用いることによって、対象者の現在の状況が把握でき、介入計画の立案や実行とその評価が可能になるということ

医師として、健康教育、健康相談に携わるにあたっては、上記の健康行動理論を理解していることが望ましい。

（担当 荒田 吉彦）

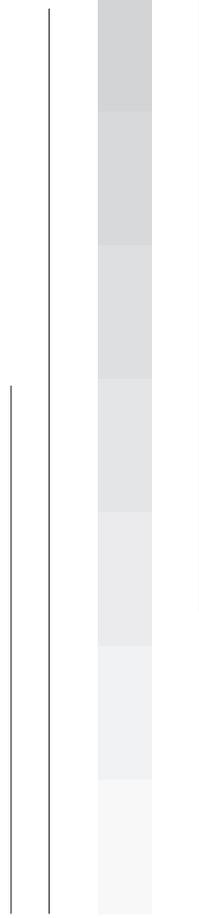
表8-7 健康行動理論

1	健康信念モデル（ヘルス・ベリーフ・モデル）	
	①「健康についてこのままではまずい」という「危機感」を感じる	②行動をとることのプラス面が、マイナス面よりも大きいと感じること
2	自己効力感（セルフ・エフィカシー）	
	①自己の成功体験	②代理的経験
	③言語的説得	④生理的・情動的状態
3	変化のステージモデル	
	①無関心期	②関心期
	③準備期	④行動期
	⑤維持期	
4	計画的行動理論	
	①行動への態度	②主観的規範
	③行動コントロール感	
5	ストレスとコーピング	
	①問題焦点コーピング	②情動焦点コーピング
6	ソーシャルサポート（社会的支援）	
	①情緒的サポート	②手段的サポート
7	コントロール所在（HLC：Health Locus of Control）	
	①内的コントロール所在	②外的コントロール所在

【参考文献】

1. 国民衛生の動向 2007年, 厚生統計協会, 2007
2. 衛生行政大要 改訂第19版, 日本公衆衛生協会, 2003
3. ヘルスプロモーションー戦略・活動・研究政策ー, 島内憲夫訳, 垣内出版株式会社, 1992
4. 健康日本21 (21世紀における国民健康づくり運動について), 健康体力づくり事業財団, 2000
5. 地域における健康日本21実践の手引き, 厚生省・健康体力づくり事業財団, 2000
6. 「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動, ライフサイエンスセンター, 2001
7. 地域づくり型保健活動の考え方と進め方, 岩永俊博, 医学書院, 2003
8. ヘルスプロモーション, グリーン他, 医学書院, 1997
9. あなたのまちの健康づくり, 星旦二, 新企画出版社, 2001
10. 2003 生活習慣病のしおり, 生活習慣病予防研究会, 2003
11. 21世紀の栄養士活動ハンドブック, 日本栄養士会, 2001
12. 生活習慣病予防マニュアル(改訂3版), 南山堂, 2002
13. 医師とたばこ (医師・医師会はいま何をすべきか), デビット・シンプソン, 日本医師会, 2002
14. 健康行動理論の基礎, 松本千明, 医歯薬出版株式会社, 2002

9 医療安全対策



9. 医療安全対策

【一般目標】

地域で安全、安心な医療サービスが提供できるように、医師として、医療機関の適正な運営ができる能力を身につける。

【行動目標】

1. 立ち入り検査に同行する。
2. 立ち入り検査で、麻薬等の管理状況を判断する。
3. 医療相談・苦情の対応に立ち会う。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|------------------------|----|----|
| 1. 立ち入り検査に同行する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 医療安全支援センターの相談対応を行う。 | 実施 | 見学 |
| * 3. 医療事故・過誤の対策会議に参加する | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

- A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった
- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 立ち入り検査の意義を理解し、説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 麻薬等の適正な管理等の医療安全対策について説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 医療安全支援センターの役割を知り医療相談・苦情に適切に対応できる。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

1. 医療安全

近年、医療事故の報告が毎日のように報道され、平成15年12月24日 厚生労働大臣が「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」を発表した。

医療安全確保が強く叫ばれている背景は、医療は生命を守り、健康を保持するものであり、医療行為で患者が死亡したり重大な後遺症を残せば、医療への信頼を損ねるとともに有益な医療にも多大な影響を与え、医療の本来の目的が達成できないからである。

医療人として確実な安全対策を講じ、最善の医療に臨むのは自明の理であり、各部門の医療安全対策マニュアルを熟知することが第一歩である。

保健所研修では医療機関立入検査に同行し、医療安全対策の適合性を調べるとともに、自らも意見を述べるなどして医療安全の認識を身につけなければならない。

(1) 良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律

(平成18年法律第84号)

この法律により、医療法の一部が改正され、医療法第6条の10及び医療法施行規則第1条の11の規定に基づき、病院等の管理者は、次に掲げる医療安全管理のための体制を確保しなければならないこととなった。

- ・医療に係る安全管理のための指針を整備すること。
- ・医療に係る安全管理のための委員会を開催すること。
- ・医療に係る安全管理のための職員研修を実施すること。
- ・医療機関内における事故報告等の、医療に係る安全の確保を目的とした、改善のための方策を講ずること。さらに、特定機能病院及び臨床研修病院については下記の事項も適応（医療法施行規則第9条の23）
- ・専任の医療に係る安全管理を行う者を配置すること。
- ・医療に係る安全管理を行う部門を設置すること。
- ・当該病院内に患者からの安全管理に係る相談に適切に応じる体制を確保すること。

(2) 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査

医師として業をするには、医師法、医療法を理解することが基本である。保健所研修の医療機関への立入検査は、適正な医療行為を実施しているかを第三者的立場で、医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱等に基づき実施されている。平成19年度の立ち入り検査においては、医療安全体制の確保、院内感染防止、無資格者医療行為等の事件に関連した事項等を重点的に検査することとされていた。立入検査の回数、参加職員数、医師の同行等は自治体間で相違がある。

チェック項目の視点や内容、手順等は、全国の保健所に配布済みの「立入検査ハンドブック」（平成16年度地域保健総合推進事業 佐藤牧人）が理解しやすい。また「病院管理の手引き」（東京都）などがある。

医療法第25条第1項

都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、必要があると認めるときは、病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者に対し、必要な報告を命じ、又は当該職員に、病院、診療所若しくは助産所に立ち入り、その有する人員若しくは清潔保持の状況、構造設備若しくは診療録、助産録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱（抜粋 平成19年4月 厚生労働省医政局）

I 概要

1 目的

医療法（昭和23年法律第205号）第25条第1項の規定に基づく立入検査により、病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ、適正な管理を行っているか否かについて検査することにより、病院を科学的で、かつ、適正な医療を行う場にふさわしいものとするを目的とする。

2 検査対象施設及び実施時期

医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査は、医療法に基づく全ての病院を対象とし、原則年1回実施する。

3 実施すべき事項

第1表（施設表）の事項及び第2表（検査表）の事項のほか、医療法第25条第1項の規定に基づき、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長が必要と認めた事項

4 実施の方法

医療法第25条第1項に基づく立入検査については、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長が任命した医療監視員が各施設に赴き、第1表（施設表）を作成し、IVの検査基準のうち被検査施設の該当する検査項目について検査し、所要の判定を行った結果に基づき、第2表（検査表）等を作成する。

5 各施設に対する指導等

都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長は、不適合事項があるときは、当該病院開設者又は管理者に対して当該事実を通知するとともに、当該病院開設者又は管理者に改善計画書の提出を求めることも含め、改善のために必要な指導を行う。

平成19年度の医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査について（項目のみ抜粋）

（平成19年6月14日 厚生労働省医政局長通知）

- I 安全管理のための体制の確保等について
- II 院内感染防止対策について
- III 最近の医療機関における事件等に関連する事項
- IV 立ち入り検査後の対応その他

(3) 医療事故（アクシデント）とヒヤリ・ハット（インシデント）

医療安全確保の課題に、医療事故がある。医療事故（アクシデント）は医療行為により健康被害が発生したことを言い、そのうち過誤（エラー）で発生したものを医療過誤と言う。また医療行為で健康被害の可能性があったにも関わらずそれが発生しなかったものをインシデント（ヒヤリ・ハット）と言う。

医療事故の分類

	医療事故（アクシデント）		インシデント （ヒヤリ・ハット）
	医療過誤	その他の医療事故	
健康被害	あり	あり	なし
過誤	あり	なし	有無の双方がある
回避可能性	あり	不可能	可能
過失	有無の双方がある	なし	有無の双方がある

米国のIOM（Institute of Medicine）の報告書「To err is Human :Building a Safer Health System（人は間違いを犯すものである。そのため、間違いを犯した人を責めるのではなく、間違いを起こしにくい作業環境を構築することが重要である。）」（1999年）以来、医療事故に世界的関心が高まっている。

医療事故 国別カルテ疫学調査結果

	ハーバード・ メディカル研究 1991	ユタ・コロラ ド研究 1994	オーストラリ ア研究 1994	イギリス研究 2001	ニュージーラン ド研究 2001	デンマーク研究 2001
症例数	30,121	14,700	14,655	1,014	6,579	1,097
有害事象	3.70%	2.90%	16.60%	10.80%	12.90%	9.00%
（過失）	(27.6%)	(29.2%)				
（死亡率）	(13.6%)	(6.6%)	(4.9%)	(8.0%)	(15.0%)	(17.0%)
予防可能例			51%	46%	35%	40.4%

藤澤由和:J. Jatl. Inst. Public Health, 51(3):2002

医療事故の発生頻度の高い領域は、薬剤投与、転倒、輸血、精神科関連、出産、院内感染がある。「ヒヤリ・ハット」報告では、薬剤投与ミス、転倒が多く見られる。輸血の過誤は患者が死亡するなど重大な事故に繋がる危険性が高く、安全管理は重要である。院内感染は、医療機関内で何らかの感染を受け発病するもので集団感染を引き起こす危険がある。

保健所は重大な医療事故（多数の人身事故、院内感染の発生、診療用放射線器具等の紛失等）が発生したときは、医療機関から速やかに報告を受け、まん延防止・再発防止の観点から迅速に対応する必要がある。事故発生の報告を受けたとき、電話での聞き取りや現場での状況確認等を行い、事故の重要性・緊急性を判断し、必要に応じて立入検査を行う。またこの立入検査は、犯罪捜査に認められるものでないことを認識するとともに説明内容をよく理解し、医療機関と共に原因究明及び予防のための対策をとる。

(4) 医療機関への立入検査に同行し、医療安全対策の取り組みについて調査する。

立入検査では、各医療機関の医療安全対策マニュアルや委員会の議事録を参照しながら、担当者から取り組み状況について聞きとりし、実施状況を確認してみよう。

①インシデント・アクシデント報告

事故報告、原因分析およびその対応がどのようになされているか確認しよう。

- ・医療事故やインシデントが発生した際の報告方法とその報告の流れはどうなっていますか？
- ・インシデント・アクシデントとして報告する事例は、どの範囲ですか？
- ・また、どのように原因分析され、対策がたてられていますか。
- ・事故防止委員会でたてられた対策がどのように個々スタッフに周知され、業務に反映されていますか？

など

②具体的な事故防止対策の確認

例えば、投薬、薬剤管理について、事故防止対策がどのようになされているか確認しよう。

- ・投薬の流れ（処方、調剤、病棟での受け取りなど）におけるスタッフの役割分担は？
- ・薬剤師の監査、病棟での医薬品の確認方法等はどうなっているか？
- ・服薬指導は、いつ誰がどのように行っているか？
- ・誤投薬などを防ぐための患者確認はどのように行われるのか？

など

さらに、投薬ミスを防ぐために、どのようにしたらいいか担当者とディスカッションしよう。

→ 院内感染対策については、「5. エイズ・感染症対策」を参照のこと

(5) 医療安全支援センター

医療安全支援センターは医療法第6条の11の規定に基づき、医療に関する苦情、心配及び相談への対応や、医療機関、患者及び住民等への医療安全に関する助言および情報提供等を行う機関として、平成19年4月1日より、都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、設けるよう努めなければならないこととされた。平成20年1月1日現在、全ての都道府県及び49の保健所設置市区において、医療安全支援センターが設置され、保健所がその相談窓口として重要な役割を果たしている。

医療安全支援センターは、「医療安全支援センター運営要領について」（平成19年3月30日付け厚生労働省医政局長通知）に基づき、次の基本方針で運営されている。

- ①患者・住民と医療提供施設との信頼関係の構築を支援するよう努めること。
- ②患者・住民と医療提供施設との間であって、中立的な立場から相談等に対応し、患者・住民と医療提供施設の双方から信頼されるよう努めること。
- ③患者・住民が相談しやすい環境整備に努めること。
- ④相談者のプライバシーを保護し、相談により相談者が不利益を被ることがないように配慮する等、安心して相談できる環境整備に努めること。
- ⑤地域の医療提供施設や医療関係団体の相談窓口や関係する機関・団体等と連携、協力して運営する体制を構築するよう努めること。

医療安全支援センターにおける相談内訳は多岐にわたっており、苦情に関するものとして①医療行為、

医療内容、 医療機関従事者の接遇、 医療機関の施設、 カルテの開示、 医療費（診療報酬等）、 セカンドオピニオン等が、相談に関するものとして 医健康や病気に関すること、 医療機関の紹介や案内、 薬（品）に関する事等がある。

研修医が医療安全支援センターの業務や相談内容を知ること、患者や利用者の視点から医療安全を考えられるようになることを期待する。

医療安全支援センターの設置（医療法第六条の十一抜粋）

都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下この条及び次条において「都道府県等」という。）は、第六条の九に規定する措置を講ずるため、次に掲げる事務を実施する施設（以下「医療安全支援センター」という。）を設けるよう努めなければならない。

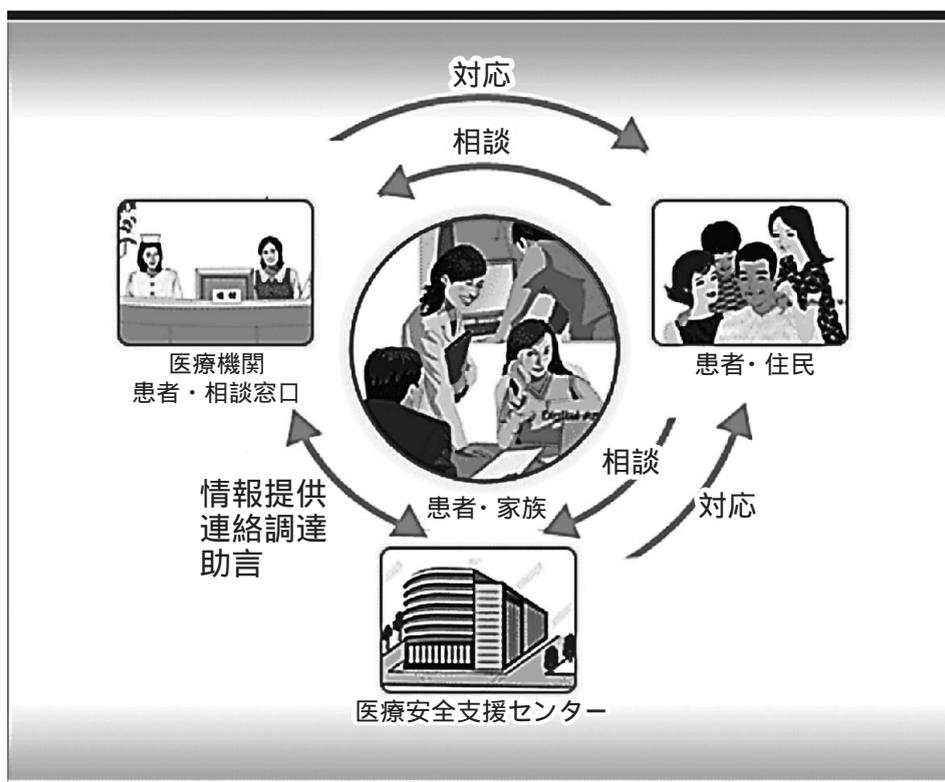
一 患者又はその家族からの当該都道府県等の区域内に所在する病院、診療所若しくは助産所における医療に関する苦情に対応し、又は相談に応ずるとともに、当該患者若しくはその家族又は当該病院、診療所若しくは助産所の管理者に対し、必要に応じ、助言を行うこと。

二 当該都道府県等の区域内に所在する病院、診療所若しくは助産所の開設者若しくは管理者若しくは従業者又は患者若しくはその家族若しくは住民に対し、医療の安全の確保に関し必要な情報の提供を行うこと。

三 当該都道府県等の区域内に所在する病院、診療所又は助産所の管理者又は従業者に対し、医療の安全に関する研修を実施すること。

四 前三号に掲げるもののほか、当該都道府県等の区域内における医療の安全の確保のために必要な支援を行うこと。

医療安全支援センターのイメージ



医療安全支援センター総合支援事業ホームページより
 (<http://www.anzen-shien.jp/>)

2. 麻薬・向精神薬の管理

麻薬及び向精神薬は、鎮痛剤、鎮咳剤や精神安定剤等の医薬品として重要である。しかし依存性があり不適正な使用により社会にも影響を与えることもあり、「麻薬及び向精神薬取締法」にて厳しく規制しており、保健所研修では法を理解することが重要である。

(1) 麻薬及び向精神薬取締法

- ・麻薬を取り扱うには、麻薬取扱者の免許が必要である。
- ・麻薬の取扱をやめたいときは、業務廃止届が必要である。
- ・陳旧麻薬を廃棄するときは、あらかじめ「麻薬廃棄届」により、都道府県知事に届け出た後でなければ廃棄することはできない。廃棄は麻薬取締員等の指示に従うこと。
- ・向精神薬の廃棄は、第1種及び第2種を廃棄したときのみ記録が必要である。
- ・麻薬中毒者と診断した時は、速やかに「麻薬中毒診断届」が必要である。
- ・事故発生時は「麻薬事故届」が必要である。

向精神薬で下記の数量以上の事故が発生時届け出が必要である。

剤 型	数 量
末、散剤、顆粒剤	100グラム（包）
錠剤、カプセル、座薬	120個
注射剤	10アンプル（バイアル）
内用液剤	10容器

（盗難、強盗、脅取、詐欺の場合は、数量にかかわらず届け出る）

麻 薬 事 故 届

免許証番号	第 号	免許 年月日	年 月 日
免許の種類			
麻薬業務所	所在地		
	名 称		
事故が生じた麻薬	品 名		数 量
事故発生状況 (事故発生年月日、場所 事故の種類)			
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 年 月 日 住所（法人では、主たる事務所の所在地） 氏名（法人では、名称） 印			
○△県知事		殿	

(2) 麻薬・向精神薬の管理状況の確認方法

①医療機関への立入検査に同行し、病棟、薬局等の「麻薬・向精神薬」の管理状況を調査する

立入検査の現場で麻薬・向精神薬の管理状況について下記の事項を確認し不適事項をチェックしてみよう。

ア) 麻薬は、麻薬以外の医薬品(覚せい剤を除く。)と区別し、かぎをかけた堅固な設備内に貯蔵しているか。
(麻薬及び向精神薬取締法34条)

- ・向精神薬は麻薬と同じ保管庫に保管できない(ペンタゾシン、トリアゾラム等が盗難多い)。
- ・なお、「鍵をかけた堅固な設備」とは、麻薬専用の固定した金庫又は容易に移動できない金庫(重量金庫)で、施錠設備のあるものをいう。(手提げ金庫、スチール製のロッカー、事務機の引き出し等は麻薬の保管庫とはならない。)

イ) 向精神薬の保管は、盗難防止の注意が十分払われている場合を除き、かぎをかけた設備内で行われているか。
(麻薬及び向精神薬取締法50条)

- ・夜間、休日等で保管場所に注意を払う者がいないときは、ロッカーや引き出し、あるいはその部屋の出入口にかぎをかけること。

ウ) 麻薬を記載した処方箋を交付する時は、以下の必要事項を記載しているか。

(院内調剤の場合は、4)、5)、7)は記載する必要はない。)

- 1) 患者の氏名、年齢(生年月日でも可)
- 2) 麻薬の品名、分量、用法用量、
- 3) 麻薬施用者の免許番号、記名押印又は署名
- 4) 患者の住所
- 5) 処方せんの使用期間
- 6) 処方せんの発行年月日
- 7) 麻薬施用者が処方を行った医療機関の名称及び所在地

(麻薬及び向精神薬取締法27条第6項及び医師法施行規則第21条)

②薬剤の「ヒヤリ・ハット」報告がある場合は、原因と再発防止について分析する。

立入検査の現場で、ヒヤリ・ハット報告の中から薬剤に関する事例を取り上げ、病院のスタッフとその原因及び再発防止策についてディスカッションしてみよう。

(担当 池田 和功)

【参照文献】

1. 立入検査ハンドブック 平成15年度地域保健総合推進事業 佐藤牧人 平成16年3月
2. 健康政策六法 医療法制研究会 監修 平成16年度版 中央法規出版
3. 医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱 静岡県健康福祉部医療室 平成15年4月
4. 医療機関への立入検査と保健所機能に関する調査研究報告書
平成15年度地域保健総合推進事業 佐藤 牧人 平成16年3月
5. 保健医療科学 特集：医療安全の新たな展望—総論— 第51巻 第3号
6. 保健医療科学 特集：医療安全の新たな展望—各論— 第51巻 第4号
7. 病院管理の手引き 東京都 平成15年3月
8. 医療におけるヒューマンエラー—なぜ間違えるどう防ぐ 河野 龍太郎（著）医学書院（2004/7）
9. 医療安全のエビデンス—患者を守る実践方策 今中 雄一（監訳）医学書院（2005/4）

10. 麻薬・向精神薬・覚せい剤 管理ハンドブック 麻薬研究会 2001年版（第6版）
11. 麻薬・向精神薬 管理の手引き 静岡県健康福祉部生活衛生総室薬事指導室 平成14年3月
12. 薬局における麻薬管理マニュアル 厚生労働省医薬食品局 監視指導・麻薬対策課 平成18年12月
13. 向精神薬取扱いの手引 薬局用 東京都福祉保健局 平成17年4月

10.介護保険



10. 介護保険

【一般目標】

要介護高齢者が住み慣れた地域で安心して生活するため、医師として、介護保険に係る制度・サービスを理解し、関係機関・関係者との連携の中で、適正な対応ができる能力を身につける。

【行動目標】

1. 介護認定システムを理解し、介護認定審査会等に参加する。
2. 適切な主治医意見書が作成できる。
3. 地域における介護サービスに参加する。
4. 介護予防事業について理解し、市町村の介護予防事業に参加する。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|-------------------------|----|----|
| 1. 介護認定システムを説明する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 介護認定審査会を見学する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 主治医意見書を作成する。 | 実施 | 見学 |
| 4. ケア会議に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 5. デイサービスに参加する。 | 実施 | 見学 |
| 6. 家庭訪問に同行する。 | 実施 | 見学 |
| 7. 転倒予防教室等の介護予防事業に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 8. リハビリテーションの場に参加する。 | 実施 | 見学 |
| * 9. 要介護認定調査に同行する。 | 実施 | 見学 |
| * 10. ケアプランを作成する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 介護認定システムを理解し、介護認定審査会等に参加する。 | A | B | C | D | E |
| 2. 適切な主治医意見書が作成できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 地域における介護サービスに参加する。 | A | B | C | D | E |
| 4. 介護予防事業について理解し、市町村の介護予防事業に参加する。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解 説】

1. 介護保険制度の概要

平成 12 年 4 月 1 日から介護保険制度が施行されている。

(1) 保険者

介護保険制度の保険者は、国民に最も身近な行政単位である市町村である。

(2) 被保険者

被保険者は 40 歳以上の者とし、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者である第 2 号被保険者とに区分している。

(3) 給付の手続きと内容

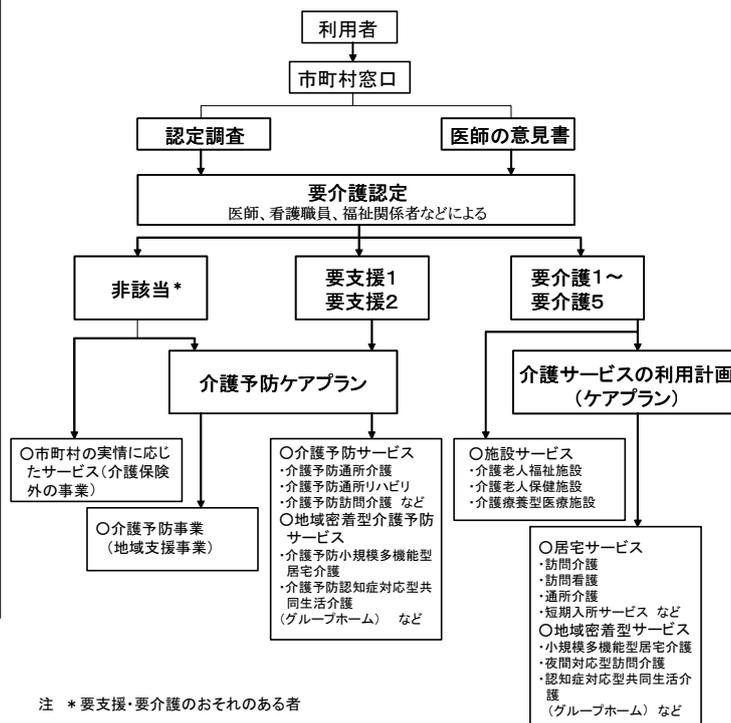
介護保険からの給付は、65 歳以上の場合には要介護状態または要支援状態と判断された場合、40 歳以上 65 歳未満の場合には表 10-1 に掲げる老化に起因する疾病に罹患し、要介護状態または要支援状態と判断された場合に行うこととしている。

要介護状態または要支援状態にあるかどうかの判断を行う要介護認定および介護サービス計画作成の流れについては図 10-1 のとおりである。

表 10-1 介護保険法で定める特定疾病

- ①がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至つたと判断したものに限る)
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥初老期における認知症
- ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧脊髄小脳変性症
- ⑨早老症
- ⑩多系統萎縮症
- ⑪糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜変性症
- ⑫脳血管疾患
- ⑬閉塞性動脈硬化症
- ⑭慢性閉塞性肺疾患
- ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

図 10-1 介護サービス利用の手続き



注 * 要支援・要介護のおそれのある者

「国民衛生の動向 2007」 P225 より

(4) 介護保険におけるサービス

介護保険における在宅の要介護者等へのサービス（表 10-2）、施設サービス及び介護予防に関するサービスは図 10-2 のとおりである。

図 10-2 介護保険制度におけるサービス等の全体像

	予防給付におけるサービス	介護給付におけるサービス
都道府県が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防訪問介護 ・介護予防訪問入浴介護 ・介護予防訪問看護 ・介護予防訪問リハビリテーション ・介護予防居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防通所介護 ・介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防短期入所生活介護 ・介護予防短期入所療養介護 <p>【介護予防居特定施設入居者生活介護】</p> <p>【介護予防福祉用具貸与】</p> <p>【特定介護予防福祉用具販売】</p>	<p>◎居宅サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護 ・訪問看護 ・訪問リハビリテーション ・居宅療養管理指導 <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通所介護 ・通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短期入所生活介護 ・短期入所療養介護 <p>【特定施設入居者生活介護】</p> <p>【福祉用具貸与】</p> <p>【特定福祉用具販売】</p> <p>◎居宅介護支援</p> <p>◎施設サービス</p> <p>【介護老人福祉施設】</p> <p>【介護老人保健施設】</p> <p>【介護療養型医療施設】</p>
市町村が指定・監督を行うサービス	<p>◎介護予防支援</p> <p>◎地域密着型介護予防サービス</p> <p>【介護予防小規模多機能型居宅介護】</p> <p>【介護予防認知症対応型通所介護】</p> <p>【介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）】</p>	<p>◎地域密着型サービス</p> <p>【小規模多機能型居宅介護】</p> <p>【夜間対応型訪問介護】</p> <p>【認知症対応型通所介護】</p> <p>【認知症対応型共同生活介護（グループホーム）】</p> <p>【地域密着型特定施設入居者生活介護】</p> <p>【地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護】</p>
その他	◎住宅改修	◎住宅改修
市町村が実施する事業	<p>◎地域支援事業</p> <p>【介護予防事業（運動器の機能向上、栄養改善、口腔機能向上）】</p> <p>【包括的支援事業】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合相談支援事業 ・権利擁護事業 ・包括的・継続的ケアマネジメント支援事業 ・介護予防ケアマネジメント事業 <p>【任意事業】</p>	

「国民衛生の動向 2007」P226 図 2 より

表 10-2 介護保険制度における居宅サービス

サービスの種類	サービスの内容
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	ホームヘルパーが要介護者等の居宅を訪問して、入浴、排泄、食事等の介護、調理・洗濯・掃除等の家事、生活等に関する相談、助言その他必要な日常生活上の世話を行う
訪問入浴介護	入浴斜塔により居宅を訪問して浴槽を提供して入浴の介護を行う
訪問看護	病状が安定期にあり、訪問看護を要すると主治医が認めた要介護者等について、病院、診療所、または訪問看護ステーションの看護師等が居宅を訪問して療養上の世話または必要な診療の補助を行う
訪問リハビリテーション	病状が安定期にあり、計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者等について、病院、診療所または介護老人保健施設の理学療法士または作業療法士が居宅を訪問して、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行う
居宅療養管理指導	病院、診療所または薬局の医師、歯科医師、薬剤師等が、通院が困難な要介護者等について、居宅を訪問して、心身の状況や環境等を把握し、それらを踏まえて療養上の管理および指導を行う
通所介護 (デイサービス)	老人デイサービスセンター等において、入浴、排泄、食事等の介護、生活等に関する相談、助言、健康状態の確認、その他必要な日常生活上の世話および機能訓練を行う
通所リハビリテーション (デイケア)	病状が安定期にあり、計画的な医学的管理の下におけるリハビリテーションを要すると主治医が認めた要介護者等について、介護老人保健施設、病院または診療所において、心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために必要なリハビリテーションを行う
短期入所生活介護 (ショートステイ)	老人短期入所施設、特別養護老人ホーム等に短期間入所し、その施設で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話および機能訓練を行う
短期入所療養介護 (ショートステイ)	病状が安定期にあり、ショートステイを必要としている要介護者等について、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等に短期間入所し、その施設で看護、医学的管理下における介護、機能訓練、その他必要な日常生活上の世話を行う
特定施設入所者生活介護 (有料老人ホーム)	有料老人ホーム、経費老人ホーム等に入所している要介護者等について、その施設で、特定施設サービス計画に基づき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談、助言等の日常生活上の世話、機能訓練および療養上の世話を行う
福祉用具貸与	在宅の要介護者等について福祉用具の貸与を行う
特定福祉用具販売	福祉用具のうち、入浴や排せつのための福祉用具その他の厚生労働大臣が定める福祉用具の販売を行う
居宅介護住宅改修費 (住宅改修)	手すりの取り付けその他厚生労働大臣が定める種類の住宅改修費の支給
居宅介護支援	在宅の要介護者等が在宅介護サービスを適切に利用できるよう、その者の依頼を受けて、その心身の状況、環境、本人および家族の希望等を勘案し、利用するサービス等の種類、内容、担当者、本人の健康上・生活上の問題点、解決すべき課題、在宅サービスの目標およびその達成時期等を定めた計画(居宅サービス計画)を作成し、その計画に基づくサービス提供が確保されるよう、事業者等との連絡調整等の便宜の提供を行う。介護保険施設に入所が必要な場合は、施設への紹介等を行う

「国民衛生の動向 2007」P227 表 4 より

2. 介護認定の仕組み

要介護等の状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすればどの程度か、を判定するために、市町村等に設置される介護認定審査会において要介護認定が行われる。

- ①申請書の提出 : 市町村の窓口にて、介護保険の保険証を添えて、要介護認定の申請書を提出する。
本人や家族のほか、居宅介護支援事業者や介護保健施設が代行することもできる。
- ②訪問調査 : 市区町村の担当者や介護支援専門員が訪問し、心身の状態に関する項目と医療に関する項目について、本人と家族への聞き取り調査を行い、全国共通の調査票に記入する(表 10-3)。
- ③医師の意見書 : 主治医(主治医がいない場合は市区町村の指定医)が、傷病や心身の状態を記載する。
- ④一次判定 : 訪問調査の結果をコンピューター処理し、要介護度が判定される。
- ⑤二次判定 : 一次判定結果と訪問調査の記載事項、医師の意見書をもとに、保健、医療、福祉の専門家等で構成する介護認定審査会が審査し、要介護度が判定される(表 10-4)。
- ⑥認定結果の通知 : 原則として申請から 30 日以内に、市区町村から認定結果通知書と、結果が記載された保険証が届けられる。

認定調査員に同行し認定調査を経験したり、介護認定審査会への出席、さらにケアマネージャとともに地域の実情に応じたケアプランを策定するなど介護認定の過程を実践的に体験すると介護保険の

仕組みがよく理解できる。

表 10-3 認定調査（基本調査）の項目

(1)麻痺・拘縮に関連する項目	「1-1 麻痺等の有無」 「1-2 関節の動く範囲の制限の有無」
(2)移動等に関連する項目	「2-1 寝返り」 「2-2 起き上がり」 「2-3 座位保持」 「2-4 両足での立位保持」 「2-5 歩行」 「2-6 移乗」 「2-7 移動」
(3)複雑な動作等に関連する項目	「3-1 立ち上がり」 「3-2 片足での立位保持」 「3-3 洗身」
(4)特別な介護等に関連する項目	「4-1 じょくそう等の有無」 「4-2 えん下」 「4-3 食事摂取」 「4-4 飲水」 「4-5 排尿」 「4-6 排便」
(5)身の回りの世話等に関連する項目	「5-1 清潔」 「5-2 衣服着脱」 「5-3 薬の内服」 「5-4 金銭の管理」 「5-5 電話の利用」 「5-6 日常の意志決定」
(6)コミュニケーション等に関連する項目	「6-1 視力」 「6-2 聴力」 「6-3 意思の伝達」 「6-4 介護者の支持への反応」 「6-5 記憶・理解」
(7)問題行動に関連する項目	「7 問題行動」
(8)特別な医療に関連する項目	
(9)日常生活自立度に関連する項目	
(10)廃用の程度に関する項目	「10-1 日中の生活」 「10-2 外出の頻度」 「10-3 家族・居住環境・社会参加の状況などの変化」

表 10-4 要支援・要介護のめやす

要支援状態、要介護状態は以下の通り定義されている。

要支援状態	身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間（6月間）にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは変化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について厚生労働省令で定める期間（6月間）にわたり継続して日常生活を営むに支障があると認められる状態。
要介護状態	身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について厚生労働省令で定める期間（6月間）にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態。

また、要支援状態区分、要介護状態区分ごとの状態は以下の要介護認定等基準時間にある状態又はこれに相当すると認められる状態である。

要介護状態区分	心身の状態の例
要支援 1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満
要支援 2	要支援状態のうち、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満
要介護 1	要介護状態のうち、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満
要介護 2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満
要介護 3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満
要介護 4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満
要介護 5	要介護認定等基準時間が110分以上

なお、要支援及び要介護状態における要介護認定等基準時間は、以下に示す行為の区分ごとの合計により推計する。

直接生活介護	入浴、排泄、食事等の介護
間接生活介護	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行動	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処理等の診療の補助等

3. 介護サービス計画

介護保険では、利用者が自らの意志に基づいて利用するサービスを選択し、決定することが基本となる。こうした利用者の自己決定を支援するため、市町村、居宅介護支援事業者等が幅広く介護サービスに関する情報の提供を行うことになっている。

利用者は、居宅介護支援事業者に依頼して、本人の心身の状態や希望などを勘案して介護サービス事業等との連絡調整を行ってもらい、利用する居宅サービスの種類や内容を定めた居宅サービス計画（ケアプラン）を作成してもらうこともできる。また、こうした居宅介護支援サービスを受けずに、利用者自らがサービスの利用計画を作成することも可能である（図 10-3）。

介護保険で給付の対象になるサービスの内容は、前項の図 10-2 のとおりである。

居宅介護サービス費は、サービスの種類毎に設けられた基準額の 9 割であり、原則として事業者に直接支払われるので、利用は費用の 1 割を負担してサービスを受けることとなる。ただし、利用者の選択による特別なサービスの費用は、利用者が費用の全額を負担する。

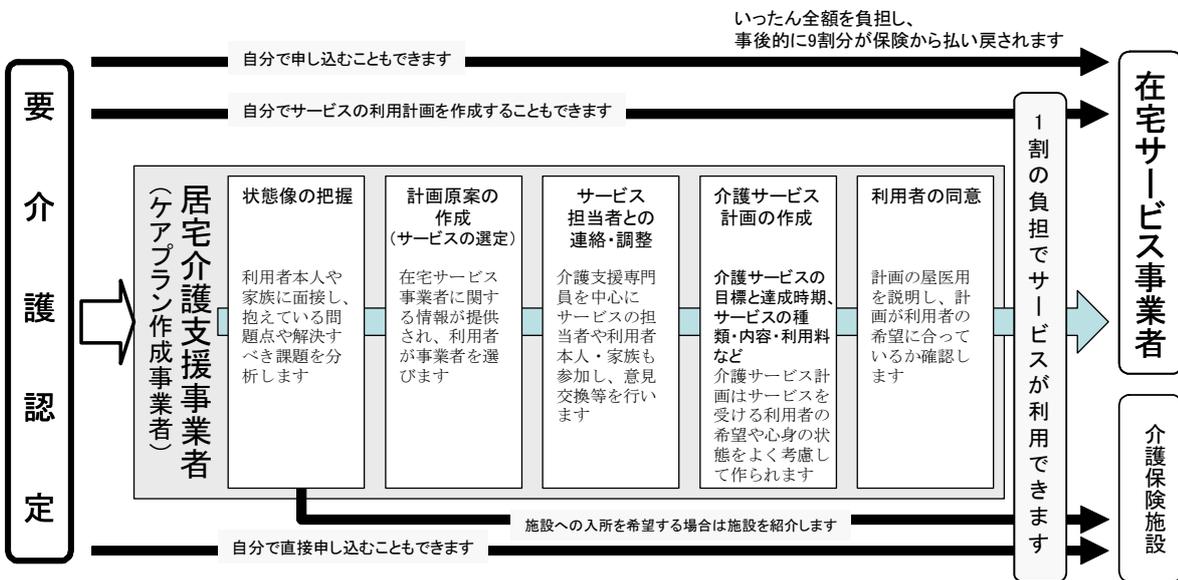
居宅介護サービスの支給額は、基準額の全額なので利用者負担はない。

介護支援専門員（ケアマネージャー）

介護保険のサービスを利用者などからの相談に応じ、利用者の希望やサービスが利用できるように市町村、在宅サービス事業者、介護保健施設等との連絡調整を行うのが介護支援専門員。

介護支援専門員は、サービスを利用する方が自立した日常生活を営むために必要な援助ができるよう専門的な知識・技術をもった者。具体的には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、社会福祉士、介護福祉士等をはじめとする保健・医療・福祉サービスの従事者のうち、一定の実務経験があり、試験に合格した後、実務研修を修了した者。

図 10-3 介護サービス計画作成からサービス開始まで



小冊子「みんなでささえる介護保険」(株)社会保険研究所より

4. 介護予防

介護予防の対象者は、必ずしも「生活機能の低下の無い者」のみでなく、生活機能の低下が疑われる者(特定高齢者)、要支援・要介護状態にある者に対しても、その時点での生活機能の維持・向上を図るために行われる。このため、高齢者の生活機能の低下の程度に対応して「一次予防」「二次予防」の事業の実施(地域支援事業等)、さらには「三次予防」として新予防給付等を行う(表10-5、図10-2)。

特定高齢者

要支援、要介護状態となるおそれのある虚弱な高齢者のことで、市町村が「介護予防のための包括的な生活機能に関する評価」により把握し、介護予防ケアプランに基づき各種事業が提供される

表 10-5 各施策の対象者、内容等

介護予防における 予防段階	対象者	内容	施策等
一次予防	活動的な状態にある高齢者を含む全ての高齢者	生活機能の維持・向上(特に高齢者の精神・身体・社会の各相における活動性の維持・向上)を図る。	地域支援事業 介護予防一般高齢者施策
二次予防	要支援・要介護状態となるおそれがある高齢者(特定高齢者)	生活機能低下の早期発見・早期対応を行う。	地域支援事業 介護予防特定高齢者施策
三次予防	要支援・要介護状態にある高齢者	要支援・要介護状態の改善や重度化予防を行う。	新予防給付 (要支援1, 2の者が対象) 介護給付 (要介護1~5の者が対象)

5. 主治医意見書

(1) 主治医意見書の位置づけ

主治医意見書は、要介護認定の申請に際して被保険者の主治医が作成する意見書で、主に、介護認定審査会で行われる二次判定の資料として位置づけられている。

主治医意見書は、介護保険法第27条第3項において、その内容及び主な用途が規定されている。

主治医意見書には、認定申請者の「身体または精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等」について、①傷病に関する意見、②特別な医療、③心身の状態に関する意見、④介護に関する意見、の所定の項目に沿って記載される。また、所定項目以外の意見は⑤その他の特記すべき事項に記載される。なお、その様式は全国一律のものを使用している。

記載された主治医意見書は、介護認定審査会に通知(送付)され、認定調査結果(コンピューターソフト判定結果)とともに審査判定の基礎資料となる。基本的には、二次判定のための基礎資料であるが、高齢者にとって介護と医療が表裏一体であることを考えれば、居宅サービス計画作成及び継続フォローの際に大いに役立つ貴重な書面であるといえる。

(2) 意見書の役割と機能

①基本的役割

介護認定過程において主治医意見書を省いて行うことはできない。主治医意見書(図10-4)は、認定調査では拾いきれない利用者に特有の疾病または負傷等の医学的情報を十分に補うための資料として、役割と重要性が位置づけられている。

②具体的な機能

厚生省老人保健福祉局企画課長通知では、具体的な利用方法として次の4点を挙げている。

ア) 第2号被保険者の場合、障害の直接の原因になっている疾病が特定疾病に該当するかの確認

申請者が40歳以上65歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上及び精神上の障害は政令で定められた16疾病(特定疾病)によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の障害の原因になっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。(以下略)

イ) 介護の手間がどの程度になるかの確認

介護認定審査会では心身の状況に関する79項目の調査項目に基づく一次判定結果を原案として審査判定を行います。審査判定にあたっては、意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して介護の手間の程度や状況を総合的に勘案することになりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。(以下略)

ウ) 認定調査による調査結果の確認・修正

訪問調査員による訪問調査は、通常は1回の審査に対して1回行うこととされており、また、訪問調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。

従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について性格に把握していることが明らかな場合は、介護認定審査会は認定審査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととします。

エ) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画の作成に際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。従って、介護サービス計画作成上有用となる留意点を具体的に記入してください。

(担当 岡 紳爾)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒	—
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。				
医師氏名				
医療機関名		電話 ()		
医療機関所在地		FAX ()		
(1) 最終診察日	平成 年 月 日			
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上			
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日				
1.		発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
2.		発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.		発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性		<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明		
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の看護	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)				
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)				

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について					
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)					
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり					
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない					
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない					
(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊					
<input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 ()					
(4) その他の精神・神経症状					
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [症状名: 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無]					

(5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長= cm 体重= kg (過去6ヶ月の体重の変化 □ 増加 □ 維持 □ 減少)

□四肢欠損 (部位: _____)

□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□筋力の低下 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の拘縮 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□関節の痛み (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない

車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助

現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導

□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導

□通所リハビリテーション □その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり (_____) ・移動 □特になし □あり (_____)

・摂食 □特になし □あり (_____) ・運動 □特になし □あり (_____)

・嚥下 □特になし □あり (_____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 (_____) □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

The background features a faint, light gray illustration of a plant branch with several leaves, extending from the top right towards the center. A thick, dark gray horizontal bar is positioned below the text. On the right side, there are several vertical lines: a thin black line, a thicker gray line, and a vertical bar composed of several rectangular segments of varying shades of gray.

11 食中毒防止対策

1 1. 食中毒防止対策

【一般目標】

食品に起因する疾病に対応するために、関連する法・制度に基づき、医師として適正に対応できる能力を身につける。

【行動目標】

1. 食中毒が疑われる場合に、医師として適切な公衆衛生学的対応ができる。
2. 食中毒発生時の対策会議に参加する。
3. 食中毒の原因、症状、現状、予防について理解する。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|----------------------------------|----|----|
| 1. 食中毒届出書を記載する。 | 実施 | 見学 |
| 2. 食中毒事例検討（シミュレーションを含む）に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 住民への食中毒予防普及啓発（講演会、教育、相談等）を行う。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 食中毒が疑われる場合に、医師として適切な公衆衛生学的対応ができる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 食中毒発生時の対策会議に参加する。 | A | B | C | D | E |
| 3. 住民への食中毒予防講演会等に参加または見学する。 | A | B | C | D | E |

【解説】

1. 食品衛生行政

食品安全は、地域保健法第六条第三号 栄養の改善及び食品衛生に関する事項で保健所の事業として定められている。食品の安全については食品衛生法に定められている。

食品衛生行政は戦後、「食品衛生法」が制定され、それに基づき、飲食店営業等に対する許可制の採用、食品衛生監視員制度の法制化等が実施され、今日に至っているが、平成13年のBSE(牛海綿状脳症)の発生等をきっかけとして、食品の安全性に対する国民の不安や不信がかつてないほど高まり、15年5月に制定以来半世紀を経て、食品衛生法の大改正、食品の安全性の確保についての基本となる法律「食品安全基本法」が制定された。現在、食品の安全性と信頼性については、国民の社会的関心が高い。

(1) 食品衛生の定義

WHO 食品衛生とは栽培、生産、製造から最終消費までの全段階で、食品の安全性、健全性、栄養的完全性を保つため必要な手段を講ずること。

日本 食品、添加物、器具及び容器包装を対象とする飲食に関する衛生（食品衛生法第4条第6項）。（目的）飲食に起因する衛生上の危害の発生を防止し、国民の健康の保護を図ることを目的とする。（食品衛生法第1条）

(2) 行政の機構

国の組織として厚生労働省医薬食品局食品安全部があり、検疫所、地方厚生局がある。

地方行政として、都道府県の衛生主管部局と保健所がある。

国際組織としてWHO（世界保健機関）、FAO（国連食糧農業機関）がある。

(3) 食品衛生法の概要

①食品衛生法(昭和22年)：11章79条からなっている。

②清潔衛生の原則

(5条)：販売する食品は清潔で衛生的に取り扱うこと。

(15条)：営業上使用する器具及び容器包装は、清潔で衛生的でなければならない。

③不衛生食品の販売等の禁止

(6条)：腐敗、変敗、未熟なもの、有毒、有害物を含むもの、病原微生物により汚染されているもの、不潔、異物の混入しているもの

④食品添加物の指定(10条)

⑤食品及び食品添加物の規格基準(11条)

⑥表示義務(19条、20条)

⑦施設及び公衆衛生上講ずべき措置の基準と食品の監視、営業許可(28条、30条、50条、51条、52条)

⑧薬事・食品衛生審議会の意見(7条、8条、10条、11条、17条、18条、19条)

⑨食中毒の処理(58条、59条、60条)

(4) 食中毒

食中毒の定義は食品衛生法上の規定はないが、食品衛生法施行規則第72条では、「食中毒（食品等に起因した中毒をいう）」とされている。

東京都『健康危機管理のための食中毒マニュアル』（平成19年3月）では、「食中毒」とは、有毒、有害な物質が付着、混入又は含まれている飲食物に起因する健康被害をいう。感染症法に定められているコレラなどを含め、病因物質の種別にかかわらず飲食に起因するすべての健康障害については食中毒である。ただし、食品中に異物として混入したガラス、金属などを原因とする物理的な衛生上の危害については、通常は食中毒として扱っていない。

①食中毒患者等

食品衛生法第58条において、「食品、添加物、器具若しくは容器包装に起因して中毒した患者若しくはその疑いのある者」を食中毒患者と定義している。

②食中毒患者等・死体の届出

ア) 食品衛生法58条 食品、添加物、器具若しくは容器包装に起因して中毒した患者若しくはその疑いのある者を診断し、又はその死体を検案した医師は、直ちに最寄の保健所長にその旨を届け出なければならない（図11-1）。医師の届出は食品衛生法施行規則第72条に規定される。

図 11-1 食中毒患者等届出表（はがき大）

1 病名		5 患者等氏名	
2 発病年月日時 年 月 日 午前 午後 時		6 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日(歳)	
3 診断（検案）年 月 日 午前 午後 時		7 患者等所在地	
4 診断方法 イ 菌検査(菌型) ロ 血清検査 ハ 臨床決定 ニ その他	(原因)	8 備考	
医師住所 (施設名・所在地)		医師 氏名 (印)	

○食中毒統計の報告事務の取扱いについて
(平成15年8月29日)
(食安監発第0829018号)

イ) 保健所長は、前項の届出を受けたときは、その他食中毒患者等が発生していると認めるときは、速やかに都道府県知事等に報告するとともに、政令の定めるところにより、調査しなければならない。

ウ) 都道府県知事等は、前項の規定により報告を受けた場合であって、食中毒患者等が厚生労働省令で定める数以上発生し、又は発生するおそれがあると認めるときその他厚生労働省令で定めるときは、直ちに、厚生労働大臣に報告しなければならない。

③医師の届出の内容

法58条の規定による医師の届出は、食品衛生法施行規則 第72条の規定に基づき、次の事項につき、文書、電話又は口頭により24時間以内に行われなければならない。

- 一 医師の住所及び氏名
- 二 中毒患者若しくはその疑いある者又は死者の所在地、氏名及び年齢
- 三 食中毒（食品等に起因した中毒、又は第62条第1項に掲げるおもちゃに起因した中毒をいう。）の
原因
- 四 発病年月日及び時刻
- 五 診断又は検案年月日及び時刻

東京都「健康危機管理のための食中毒マニュアル」における、届出に対応して行う初動調査内容（表11-1）と医師への確認事項等（表11-2）を示す。

表 11-1 届出に対応して行う初動調査の内容（東京都の例）

探知・届出根拠など		届出等に基づく対応処理方法	確認事項等
医師からの届出	食品衛生法 （第58条に基づく届出）	保健所長は、速やかに都道府県知事等に報告するとともに、その原因調査を行う。 また、その調査結果について都道府県知事等に報告する。	(1) 医師の氏名、医療機関名、連絡先（住所、電話番号、携帯電話等） (2) 患者症状（発症年月日時、診断年月日時、重篤度、入通院、軽快か持続か） (3) 患者（死亡者）の氏名、生年月日、年齢、性別、住所
	感染症法 （第12条に基づく届出）	食品媒介が疑われる場合には、食中毒調査を行う。	(4) 患者由来の検査材料の確保を依頼（ふん便、吐物、汚物、体液、胃内容物等） (5) 診断名 (6) 治療方法（投与薬剤名、医療内容、検便の状況等） (7) 発生状況（集団発生か単発発生か）
医師からの相談		医師から相談があった場合、届出に準じた調査を必要に応じて行う	
都民からの情報 （患者または関係者等から）		電話・来所・ファクシミリ・電子メール等により、情報提供があった場合に、事実関係の確認を行い、必要に応じて食中毒調査を行う	(1) 連絡者の氏名、性別、電話番号、携帯電話、電子メール等 (2) 患者連絡先（住所・勤務先の電話番号等） (3) 患者症状、発症年月日時、患者数（拡大の可能性）
保健所職員による探知		●監視：監視や相談、苦情等の日常業務から発見される有症情報・食中毒 ●モニタリング：感染症発生動向調査や保菌者調査事業の調査結果から推定される流行状況から推定される感染症	(4) 喫食状況、患者の共通食（自宅、飲食店等） (5) 残品、吐物、汚物等の確保を依頼 (6) 医療機関への受診の有無（受診の無い場合は受診勧奨） (7) プライバシーの保護と今後の協力について確認
食品関係事業者からの情報提供		情報提供があった場合には事実関係の確認を行い、必要に応じ、食中毒調査を行う。また、患者・関係者から保健所へ連絡するよう、食品関係事業者を通じて依頼する。	(8) 患者周辺の発症状況 (9) その他の事実確認
その他の機関からの情報提供 （警察、消防、学校、その他）		情報提供があった場合には事実関係の確認を行い、必要に応じ、食中毒調査を行う	(1) 通報者氏名、連絡先（電話番号等） (2) 発生時期、発生状況（患者数、受診者数、入院者数）、症状、集積の分布（年齢・学年・クラス別） (3) 共通食の有無 (4) 搬送先医療機関名、搬送人数、氏名、時間、容態、治療方法等 (5) 残品、吐物、汚物等の確保を依頼

この他、事件の探知には、報道機関からの問い合わせがある

表 11-2 患者を診察した医師への確認事項等（東京都の例）

（東京都「健康危機管理のための食中毒マニュアルを参考に改変）

確認事項	内 容	措 置	
患者情報 診断関係	初診年月日時	診察年月日時	
	診断名	疾病名・推定原因物質	
	入院の有無	入・退院日（予定日）	
	特異的症状	アレルギー等	
	容 態	病状確認、診断方法など	
治療関係	治療経過等	医療措置（集中治療・人工呼吸器の使用等）、抗生物質投与の有無	
	検査結果の確認	①ふん便・吐物等の細菌検査、②血液中の抗体価の測定、③その他	
検査関係	検便の依頼	医師の了解の下、ふん便等の採取を依頼（行政献体の採取）	検査結果を医師へ通知する
	菌株確保の依頼	検出菌株を医療機関（検査機巻頭を含む）から取寄せて検査	
食中毒の届出	食中毒届出票の提出を確認	必要に応じ行政対応の結果を医師に通知	
その他	類似患者の診断確認、家族等の発症等	他の類似患者に関する情報提供	

④死体の解剖

法第59条

- ア) 都道府県知事等（保健所を設置する市の市長又は特別区の区長）は、原因調査上必要があると認めるときは、食品、添加物、器具又は容器包装に起因し、又は起因すると疑われる疾病で死亡した者の死体を遺族の同意を得て解剖に付することができる。
- イ) 前項の場合において、その死体を解剖しなければ原因が判明せず、その結果公衆衛生に重大な危害を及ぼすおそれがあると認めるときは、遺族の同意を得ないでも、これに通知した上で、その死体を解剖に付することができる。
- ウ) 前二項の規定は、刑事訴訟に関する規定による強制の処分を妨げない。
- エ) 第1項又は第2項の規定により死体を解剖する場合においては、礼意を失わないように注意しなければならない。

⑤我が国の食中毒発生状況

平成18年は1491件の食中毒が発生し、患者数は39026人でうち死者は6人であった。原因物質はカンピロバクター、ノロウイルス、サルモネラ属菌、植物自然毒が多い。しかし原因物質が不明の例は53件、患者958人であった。患者数はノロウイルスを原因物質とする者が最多である（表11-3）。

表 11-2 患者を診察した医師への確認事項等（東京都の例）

原因物質	総数		
	事件	患者	死者
総数	1,491	39,026	6
細菌	774	9,666	2
サルモネラ属菌	124	2,053	1
ぶどう球菌	61	1,220	-
ボツリヌス菌	1	1	-
腸炎ビブリオ	71	1,236	-
腸管出血性大腸菌（VT産生）	24	179	-
その他の病原大腸菌	19	902	-
ウェルシュ菌	35	1,545	1
セレウス菌	18	200	-
エルシニア・エンテロコリチカ	-	-	-
カンピロバクター・ジェジュニ/コリ	416	2,297	-
ナグビブリオ	-	-	-
コレラ菌	-	-	-
赤痢菌	1	10	-
チフス菌	-	-	-
パラチフスA菌	-	-	-
その他の細菌	4	23	-
ウイルス	504	27,696	-
ノロウイルス	499	27,616	-
その他のウイルス	5	80	-
化学物質	15	172	-
自然毒	138	511	4
植物性自然毒	103	446	3
動物性自然毒	35	65	1
その他	7	23	-
不明	53	958	-

（厚生労働省ホームページ 食中毒・食品監視関連情報、年次別食中毒発生状況 改変）

2. 行政による食品の安全確保

（1）食品衛生監視

食品衛生監視員が食中毒等飲食に起因する危害の発生を未然に防止するため、飲食店や食品製造・加工施設等の立ち入り調査等の監視指導を行うとともに、販売食品等を収去し、細菌、添加物、異物混入等の検査を行う。

食品衛生監視員は医師、歯科医師、薬剤師、獣医師及び大学において畜産学、水産学又は農芸化学などの課程を修め卒業した者等から都道府県知事が任じる。管内の営業者等から必要な報告を求め、立ち入り調査し、監視指導を行う。

(2) 自主的衛生管理

食品衛生管理者(食品衛生監視員とほぼ同等の資格が必要)、食品衛生責任者、食品衛生推進員。
総合衛生管理製造過程(HACCP承認制度)。

*ハザップ(HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point 危害分析重要管理点)方式

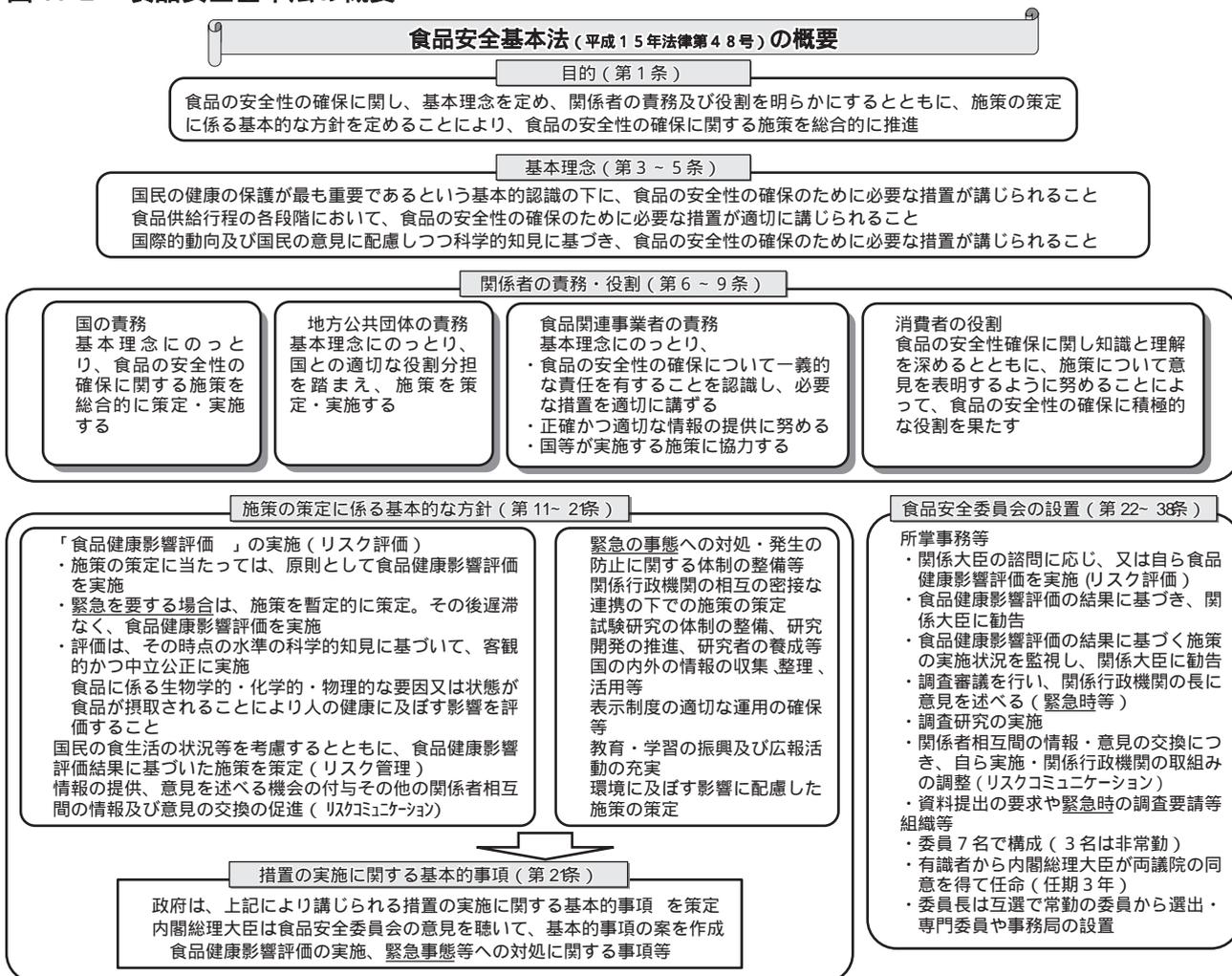
食品の安全性を高度に保証する衛生管理の手法の一つです。具体的には、食品の製造業者が原材料の受入から最終製品にいたる一連の工程の各段階で発生する危害を分析し、その危害の発生を防止することができるポイントを重要管理点として定めるものです。定められた重要管理点を重点的に管理することにより、製造工程全般を通じて製品のより一層の安全性を確保します。その手法は国際的にも導入が推進されています。

(東京都健康安全研究センターホームページより引用)

3. 食品安全基本法(平成15年7月施行)

(1) 安全確保に向けた取り組み(図11-2)

図11-2 食品安全基本法の概要



基本理念として国民の健康保護が最も重要である旨を制定。

(2) 食品健康影響評価の実施とこれに基づく施策の策定を基本的な方針として制定

リスク評価・リスク管理・リスクコミュニケーションの要素からなるリスク分析手法の導入。

リスク評価：その食品が摂取されることにより人の健康に及ぼす影響の内容や程度を科学的に評価し、明らかにする。

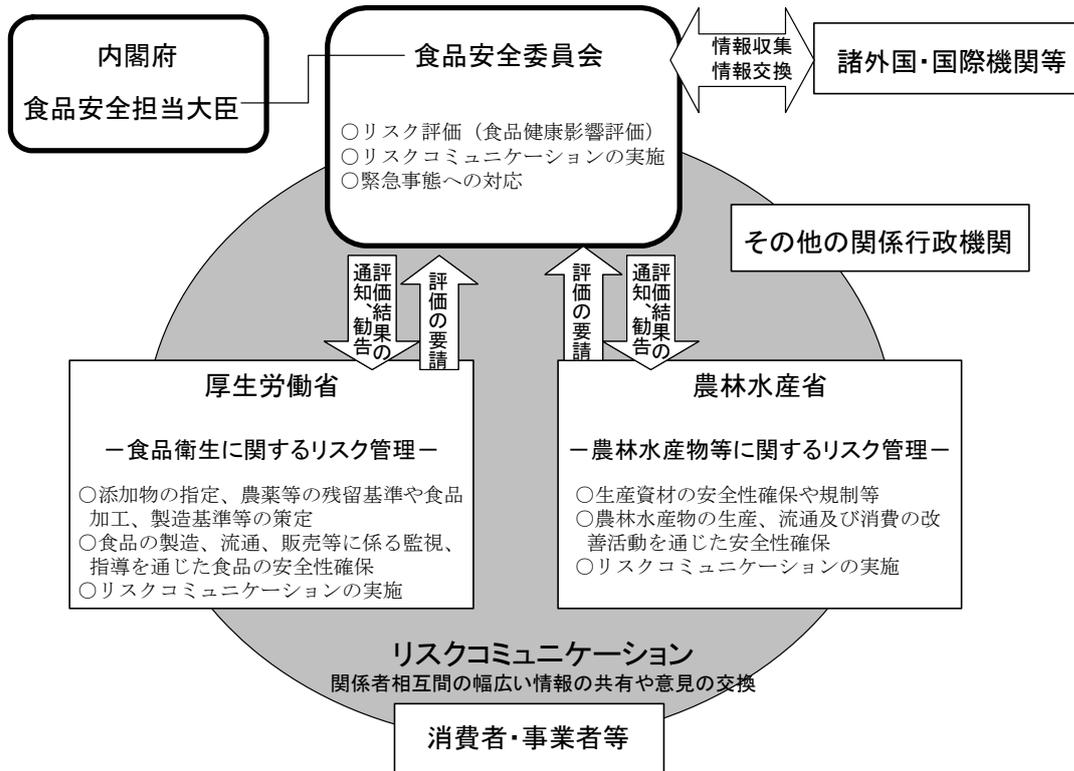
リスク管理：安全性確保のために必要な施策の策定は、リスク評価の結果に基づいて、国民の食生活の状況などを考慮しつつ行う。ただし、緊急を要する場合はリスク評価の結果を待たずに必要な施策を暫定的に策定できる。

リスクコミュニケーション：施策の策定にいたる過程の公正性や透明性を確保し、消費者を含む関係者の間での情報や意見の交換を促進する。

(3) 食品安全委員会の設置 (図11-3)

- ① これまでは「リスク評価」「リスク管理」が同一省庁内で行われていたが、全く独立した立場で客観的かつ中立公正にリスク評価を行う機関として内閣府に食品安全委員会を設置。リスク管理については厚生労働省、農林水産省などで行われる。
- ② 食品安全委員会の役割として、リスク評価の実施（食品健康影響評価）、リスクコミュニケーションの実施、緊急事態への対応がある。
- ③ 食品安全行政の中心となる。

図 11-3 食品安全委員会



4. 食品衛生法の規定内容の概要

食品衛生法は「国民の健康の保護」を図るため、公衆衛生上の「必要な規制及び措置」を定めた法律である。平成15年5月制定の「食品安全基本法」に基づき、食品の安全性を確保するため新たに「リスク分析」が導入され、食品衛生法は食品の安全に関する「リスク管理」の重要な役割を担うものと位置付けられている。

規定内容としては、

- (1) 食品安全を確保することにより、国民の健康の保護を図る旨を目的として明確化
- (2) 国及び地方公共団体の責務の明確化
- (3) 販売業者等の責務の明確化

食品の採取、製造、輸入、加工、販売を行う事業者を食品等事業者として、その責務を明確化。

- ・通常時の措置：知識及び技術の習得、原材料の安全確保、自主検査の実施

- ・記録の作成・保存：必要な限度において、仕入元の名称等の記録の作成・保存に努める
- ・危害発生時の措置：記録を国・自治体への提供、食品廃棄などの措置を的確、迅速に講ずるよう務める。

(4) 国民等からの意見聴取(リスクコミュニケーション)

(5) 残留農薬等のポジティブリスト制の導入

残留基準が定められていない農薬等が残留する食品の流通を原則として禁止する「ポジティブリスト制」が平成18年5月までに施行された。ポジティブリスト制導入にあたっては、暫定的な残留基準（暫定基準）を設定して残留基準を拡充し、残留基準が定められていないものについては一律基準が設定されることになる。更に農薬取締法に基づく農薬の登録と同時に、残留基準を設定する仕組みを導入する。農薬取締法に基づいて指定された「特定農薬」やミネラル類、ビタミン類、アミノ酸類などは、ポジティブリスト制の対象外となる。

(6) HACCP（ハサップ）承認制度への更新制度の導入

(7) 厚生労働大臣による監視指導の指針の策定・公表、都道府県による食品衛生監視指導計画の策定・公表

- ・食品衛生監視指導指針（国が作成）
- ・輸入食品監視指導計画（国が作成）
- ・都道府県等食品衛生監視指導計画（都道府県等が作成）

(8) 大規模・広域な食中毒等の発生時の厚生労働大臣による指示権限の導入

(担当 東海林 文夫)

【参考資料】

1. 食品衛生法
2. 食品衛生法施行規則
3. 食品安全基本法
4. 健康増進法
5. 東京都『健康危機管理のための食中毒マニュアル』（平成19年3月）

The background features a light gray, semi-transparent illustration of a leafy branch extending from the top right towards the center. A thick, dark gray horizontal bar is positioned below the text. On the right side, there are several vertical lines: a thin black line, a thicker gray line, and a vertical bar composed of several rectangular segments of varying shades of gray.

12 生活環境衛生対策

12. 生活環境衛生対策

【一般目標】

環境に起因する疾病に対して、環境衛生行政を理解し、医師として適正に対応できる能力を身につける。

【行動目標】

1. アレルギーや化学物質過敏症の対策としての室内環境整備の方法を身に付ける。
2. 生活衛生の相談・苦情の対応に立ち会う。
- * 3. 飲料水など環境に起因する健康危機管理に参加する。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|---------------------|----|----|
| 1. 生活衛生の相談・苦情に立ち会う。 | 実施 | 見学 |
| * 2. 健康危機管理に参加する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. アレルギーや化学物質過敏症の対策としての室内環境整備の方法を理解し説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 生活衛生の相談・苦情の対応に立ち会う。 | A | B | C | D | E |
| * 3. 飲料水など環境に起因する健康危機管理に参加する。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

1. 室内環境整備

(1) 建築物における衛生的環境の確保に関する法律（ビル衛生管理法）

都市部を中心とした大規模高層建築物の増加に伴い、建築物を使用する人々の数は飛躍的に増加し、建築物の衛生的環境の確保の重要性が高まっている。このようなことから、多数のものが使用する建築物の維持管理等に関する事項を定め、衛生的な環境の確保を図るべく、ビル衛生管理法が施行された。

①建築物環境衛生管理基準

空気環境の整備（浮遊粉塵量、CO、CO₂、温度、相対湿度、気流）

給水及び排水の管理

清掃及びねずみ、昆虫の防除

②建築物環境衛生管理技術者

(2) 地域保健法

「地域保健法第四条に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針」の中で生活衛生対策として、「都道府県、保健所政令市及び特別区は、水質を汚染する病原生物(レジオネラ菌等)に関する知識の普及、啓発や病原生物の増殖を抑制するための具体的方法を指導する。また、シックハウス症候群について、知識の普及、啓発や必要な指導を行う」と明記されている。

(3) 住まいと健康

①室内環境と健康被害

個人の住まいにおいても、建築様式の変化があり、防音、断熱、気密性に優れた建物が増え、また、生活様式の変化により、室内に湿気や有害物質がこもりやすくなっている。これらのことから、アレルギーやシックハウス症候群などの健康被害が増えていると考えられる。

②シックハウス症候群

建物に使用されている建材、塗料、殺虫剤、家庭用品等から発生する有害物質により室内空気が汚染され、そのため、目のちかちか、喉の痛み、倦怠感、めまい、頭痛などあらゆる症状が出る健康被害のことをシックハウス症候群と呼んでいる。特に学校において、児童への影響が大きいことから、シックスクール症候群ということもある。化学物質過敏症へ進行することもあるといわれている。

③化学物質過敏症

ある化学物質をごく少量吸入しただけで、過敏に反応し、さまざまな症状が出てしまう健康被害をいう。過去に短時間であっても高濃度で、または低濃度であっても長期間その化学物質に接したことにより、体がその化学物質に対して過敏性を習得してしまったため起こると考えられている。きっかけとなった物質と、以後、過敏に反応して症状がでるようになった物質とが異なる場合がある。

④室内環境整備

室内構造に欠陥があるため、換気がうまくいかず、燃焼ガスや呼気などで室内の空気が汚染され体調が悪くなる場合や、アレルギー性の病気のうち、室内環境が原因で発症しているものもシックハウス症候群といえる。これら健康被害は、同じ環境にいても人により症状やその程度が異なるため、診断が難しい。生活環境の変化と症状の推移を分析する必要がある。新築やリフォームは特に

注意が必要となる。

室内環境整備としては、できるだけ原因物質を減らすことが一番であり、部屋の換気が最も重要である。また、タバコ等の煙は室内空気を汚す代表的なものなので、分煙対策の徹底が必要である。

湿度の問題も大きい。ダニ、カビが繁殖する原因となる高湿度と逆に低すぎると、皮膚のかゆみを起こしたり、インフルエンザの危険性が高まる。

以上のことから、住まいの環境は、医師としても、常に注意を払うべき事項であると同時に、患者の立場にたつて、保健指導するために、行政施策を理解する必要がある。

表 12-1 生活物質とアレルゲン

食生活環境関連(色餌性)		室内のホコリ(室内塵)・糞・破片
卵白 (鶏)	海老	チリダニ類
卵黄 (鶏)	蟹	ホコリダニ類
牛乳	鱈	ケナガコナダニ類
山羊乳	鯖	ニクダニ類
豆乳	ムラサキカイ	ササラダニ類
大豆	ロブスター	昆虫類
ピーナッツ	鶏肉	ゴキブリ類
アーモンド	牛肉	チャタテムシ類
ココナッツ	豚肉	ユスリ類
ハシバミ	マスタード	蚊類
小豆	ビール酵母	ハクイムシ類
カシューナッツ	ごま	ハチ類
えんどう豆	オレンジ	寄生虫
大麦	イチゴ	カイチュウ
小麦	キウイ	ギョウチュウ
カゼイン	リンゴ	住居吸虫
ライ麦	メロン	真菌(カビ)類
オート麦	パイナップル	ペニシリウム
蕎麦(そば)	ドリアン	アルテルナリア
米	切り花・生花類	カンジダ
トウモロコシ	ドライフラワー類	アスペルギウス
人参	花粉症植物類	ムコール
トマト	家具材	動物性アレルゲン(フケ)
じゃがいも	貴金属類	犬・毛・フケ
タマネギ	香辛料(胡椒等)	猫・毛・フケ
ニンニク	人工着色料	ハムスター・毛・フケ・糞
人工甘味料	文具類各種	ヒトのフケ・垢
天然甘味料		鶏類の羽毛・フケ・糞
化学調味料		

花岡 暉(2001)「楽しく学アレルギー教室」(講談社出版サービスセンター)より

表 12-2 揮発性有機化合物(VOC)の指針値

厚生労働省(平成14年2月)

揮発性有機化合物	毒性指標	室内濃度指針値*
ホルムアルデヒド	ヒト吸入暴露における鼻咽頭粘膜への刺	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.08ppm)
トルエン	ヒト吸入暴露における神経行動機能及び生殖発生への影響	260 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.07ppm)
キシレン	妊娠ラット吸入暴露における出生児の中枢神経系発達への影響	870 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.20ppm)
パラジクロロベンゼン	ビーグル犬経口暴露における肝臓及び腎臓等への影響	240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.04ppm)
エチルベンゼン	マウス及びラット吸入暴露における肝臓及び腎臓への影響	3800 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.88ppm)
スチレン	ラット吸入暴露における脳や肝臓への影	220 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.05ppm)
クロルピリホス	母ラット経口暴露における新生児の神経発達への影響及び新生児脳への形態学的影響	1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.07ppb) 但し小児の場合は0.1 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.007ppb)
フタル酸ジ-n-ブチル	母ラット経口暴露における新生児の生殖器の構造異常等の影響	220 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.02ppm)
テトラデカン	C8-C16混合物のラット経口暴露における肝臓への影響	330 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.04ppm)
フタル酸ジ-2-エチルヘキシル	ラット経口暴露における精巣への病理組織学的影響	120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (7.6ppb) **
ダイアジノン	ラット吸入暴露における血漿及び赤血球コリンエステラーゼ活性への影響	0.29 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.02ppb)
総揮発性有機化合物量(TVOC)	国内の室内VOC実態調査の結果から、合理的に達成可能な限り低い範囲で決定	暫定目標値400 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
アセトアルデヒド	ラットの経気道暴露における鼻腔嗅覚上皮への影響	48 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (0.03ppm)
フェノブカルブ	ラットの経口暴露におけるコリンエステラーゼ活性などへの影響	33 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (3.8ppb)

* 両単位の換算は、25℃の場合による

** フタル酸ジ-2-エチルヘキシルの蒸気圧については1.3 $\times 10^{-5}$ Pa (25℃) ~8.6 $\times 10^{-4}$ Pa (20℃) など多数の文献値があり、これらの換算濃度はそれぞれ0.12~8.5ppb相当である。

2. レジオネラ対策

(1) レジオネラ症(感染症法四類感染症)

1976年にアメリカのフィラデルフィアのホテルで在郷軍人会議が開かれ、その参加者などの間で原因不明の肺炎が集団発生し、原因は細菌による感染症と判明し、レジオネラ症と名づけられた。

レジオネラ症はレジオネラ属菌が原因でおこる感染症で、乳幼児や高齢者、病人などの抵抗力の低下している人が罹りやすい傾向がある。この病気はレジオネラ肺炎とポンティアック熱に分けられる。レジオネラ肺炎は、高熱、悪寒、筋肉痛、吐き気や意識障害などを主症状とし、重症になる場合もある。ポンティアック熱はインフルエンザに似た非肺炎型熱性疾患で、悪寒、筋肉痛、発熱などが見られ、一般に軽症で数日で軽快する。

感染症法上四類感染症に分類され、レジオネラ症の患者(確定例)、無症状病原体保有者、感染症死亡者の死体、感染症死亡疑い者の死体を診断(検案)した医師は、直ちに最寄りの保健所に届け出なくてはならない。

(2) レジオネラ属菌

レジオネラ属菌は土壌や河川、湖沼などの自然界に広く生息している。菌の増殖に必要な温度は25~43℃で、特に成長に適する温度は35~37℃である。60℃では死滅する。レジオネラ属菌は生存・増殖するために、他の細菌や藻類などから必要な栄養分を吸収したり、アメーバなどの原虫に寄生する。

レジオネラ症の届出基準

(1) 定義

Legionella 属菌 (Legionella pneumophila など) が原因で起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

在郷軍人病 (レジオネラ肺炎) とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からレジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レジオネラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出 (ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上)	血清

(3) レジオネラ属菌の感染予防：レジオネラ防止指針

土壌や淡水に生息しているレジオネラ属菌が土埃とともに空調設備の一つである冷却塔に入り、増殖した菌が冷却水のエアロゾルとともに飛散し、人の呼吸器系に侵入してレジオネラ症を起こす。冷却塔以外にも加湿器、給湯設備、循環式浴槽(24時間風呂)、人口の滝や噴水が原因になる。レジオネラ症を予防するには、感染源での増殖を防止する必要があり、そのためには、水質検査を行い実態を把握し、設備や器具の衛生的な管理が求められる。

(4) 事件事例

東京都内の病院で新生児3名が、超音波加湿器、循環給湯設備等が感染源と思われるレジオネラ肺炎を発症、うち1名死亡(平成8年1月)

東京都内の特別養護老人ホームで、循環式浴槽を感染源とするレジオネラ肺炎で入所者1名が死亡(平成10年5月)

愛知県で、家庭内24時間風呂で水中分娩により生まれた新生児1名が、レジオネラ属菌と思われる肺膿症で死亡(平成11年6月)

静岡県内の温泉入浴施設が感染源のレジオネラ肺炎で、患者23名のうち2名が死亡(平成12年3月)

茨城県の福祉センターで入浴施設が感染源のレジオネラ肺炎で、患者45名のうち3名が死亡(平成12年6月)

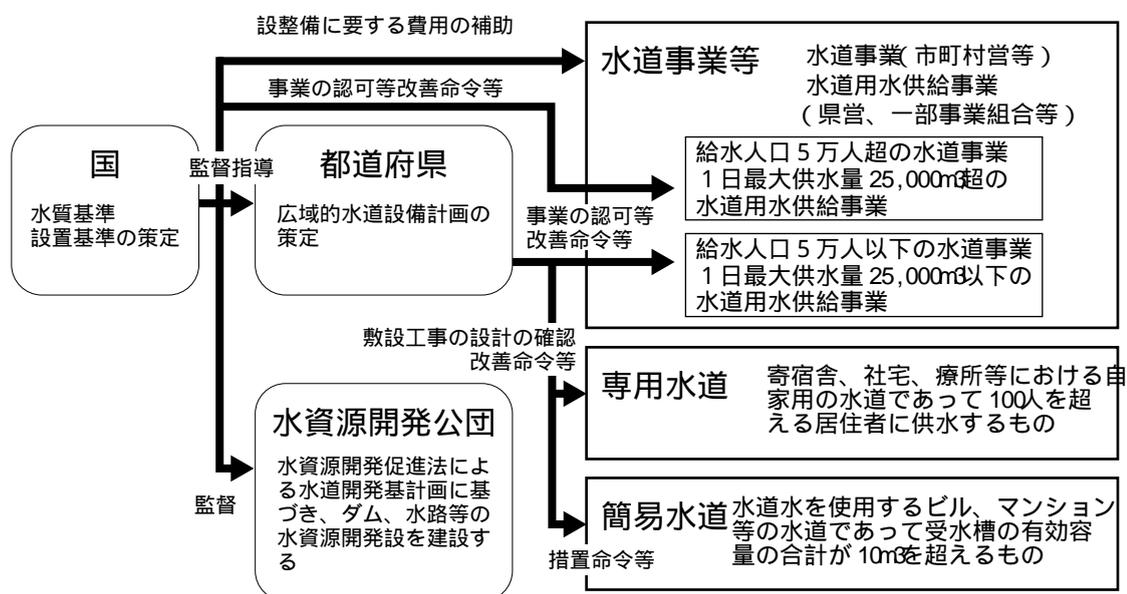
東京都内の公衆浴場にてレジオネラ肺炎で、1名死亡(平成13年12月)

宮崎県内の温泉入浴施設が感染源のレジオネラ肺炎で、患者295人のうち、7名が死亡(平成14年7月)

3. 水道行政

水道法に基づき、水道を計画的に整備し、水道事業を保護育成することによって、もって公衆衛生の向上と生活環境の改善を図ることを目的としている。

図 12- 1 水道行政の概要



平成13年の改訂で、「規模が一定以上のもの」という条件が加わった

水道普及率は、平成17年度末に97.2%に達しているが、その水質管理と併せて、水道の恩恵に浴していない人々の安全確保が大きな社会問題となる。平成15年に明らかになった茨城県神栖町の井戸水による砒素中毒事件は、改めて、井戸水の安全性に警告を発している。

(担当 山中 朋子)

水道とクリプトスポリジウム

従来、水道水に塩素を十分に添加していれば、微生物による健康被害は防げると考えられていたが、1993年に米国で水道水による40万人以上のクリプトスポリジウム感染者が、日本国内においても1996年6月に埼玉県越生町で1万人近くの感染者が確認され、対策が進められてきた。

厚生労働省は、平成8年6月に『水道におけるクリプトスポリジウム暫定対策指針』を作成し、2007年4月1日からは『水道におけるクリプトスポリジウム対策指針』が適用されている。この指針では、指標菌（大腸菌、嫌気性芽胞菌）の検査による汚染の確認や、ろ過設備の設置や水源の変更等の予防対策について示されている。

クリプトスポリジウムは人間や哺乳動物（ウシ、ブタ、イヌ、ネコ等）の消化管内で増殖し、感染した動物の糞便に混じってオーシストが環境中に排出され、それを経口摂取することにより感染する。

クリプトスポリジウム症の届出基準

（1）定義

クリプトスポリジウム属原虫（*Cryptosporidium* spp.）のオーシストを経口摂取することによる感染症である。

（2）臨床的特徴

潜伏期は4～5日ないし10日程度と考えられ、無症状のものから、食欲不振、嘔吐、腹痛、下痢などを呈するものまで様々である。

患者の免疫力が正常であれば、通常は数日間で自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全状態にある場合は、重篤な感染を起こすことがあり、1日に3～5リットル、時に10リットルをこえる下痢によって死亡することもある。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便

【参考資料】

1. 水道法
2. 公衆浴場法
3. 旅館業法
4. 建築物における衛生的環境の確保に関する法律（ビル衛生管理法）
5. 地域保健法
6. 感染症法
7. 飲料水を原因とする健康危機管理事例（クリプトスポリジウム及び砒素）
8. レジオネラ防止指針（厚生省生活衛生局企画課監修）
9. 感染症の調査と危機管理のためのマニュアルⅡ（東京都感染症課）
10. 特集 シックハウス症候群—室内環境による健康への影響—（東京都健康安全研究センター）
11. 住まいの健康配慮ガイドライン（東京都健康局）
12. 化学物質の子どもガイドライン（東京都健康局）



13 人口動態統計

13. 人口動態統計

【一般目標】

人口動態統計（出生の動向、死亡の現状、婚姻、離婚及び死産の実態）の基礎となる死亡診断書等の正しい書き方を習得するとともに、人口動態統計を用いて地域特性を把握することができる。

【行動目標】

1. 死亡診断書を正しく書くことができる。
- * 2. 地域の人口動態統計を用いて地域特性を説明できる。

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|------------------------------|----|----|
| 1. 死亡診断書を記載する。 | 実施 | 見学 |
| * 2. 地域の人口動態統計を用いて地域特性を検討する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 死亡診断書を正しく書くことができる。 | A | B | C | D | E |
| * 2. 地域の人口動態統計を用いて地域特性を説明できる。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

1. 人口動態統計の意義と体系

(1) 人口動態統計の歴史と意義

人口動態統計は、統計法（昭和22年法律第18号）に基づく指定統計であり、国勢調査とともに、我が国の主要な統計の1つである。人口動態統計から得られる出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の実態は、保健医療福祉対策としてのみならず、社会・経済施策においても貴重な基礎資料として、国・地方公共団体を始め多方面で活用されている。

我が国の人口動態統計は明治5年に始まり、戸籍制度の整備とあいまって、内閣統計局によって集中集計が行われるようになった。第二次世界大戦の末期に人口動態統計は簡略化されたが、戦後の人口動態調査令によって再開された。出生や死亡の届出地が従来の本籍地から事件発生地に変更され、国際疾病分類に基づく新しい死因分類が導入され、所管が厚生省に移管される等、新しい人口動態調査の歴史が始まった。

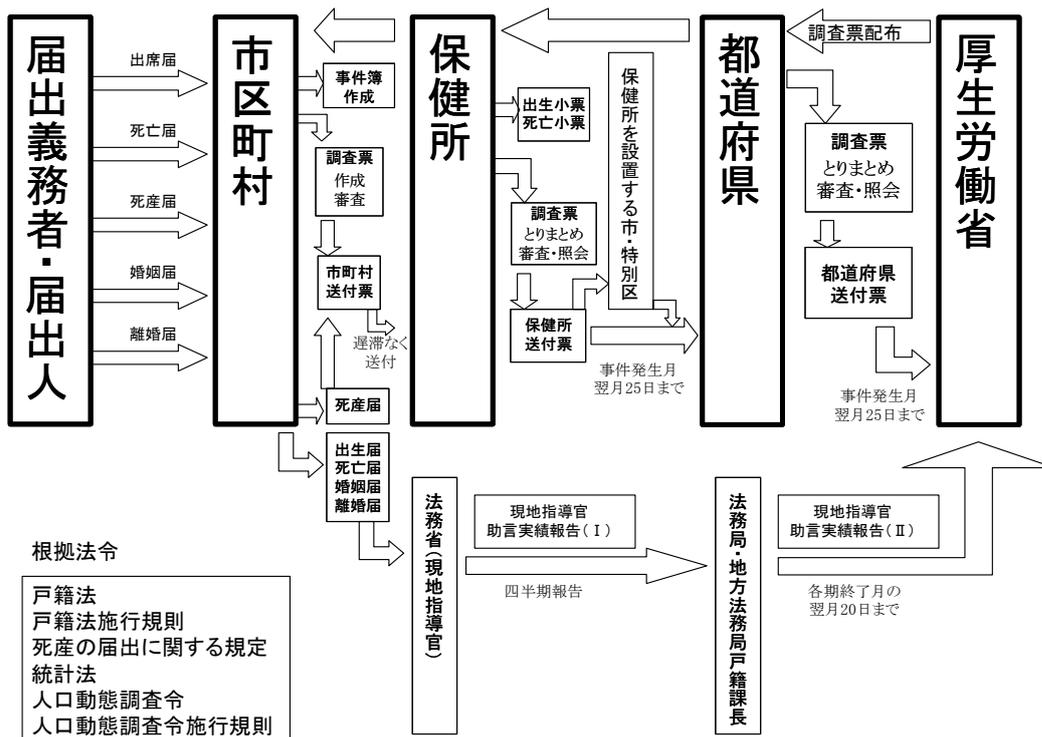
新しい人口動態統計においては、出生、死亡、死産等の統計指標が公衆衛生施策の中心的資料となることから、保健所が調査票を収集し、利用する機関として位置付けられた。

人口動態統計を効果的に活用し国をあげて時代のニーズに応じた公衆衛生活動を行ったことが、戦後から現在に至る死亡率の急速な低下等の公衆衛生の画期的な発展につながった。

(2) 人口動態統計の体系（図13-1）

人口動態統計調査の実施については人口動態調査令及び人口動態調査令施行規則に規定されている。出生、死亡、死産、婚姻及び離婚について、「戸籍法」または「死産の届出に関する規程」に基づいて届出が行われ、その届出を受けた市区町村長が各調査票を作成する。

図13-1 人口動態統計体系図



作成された調査票は、保健所長、都道府県知事（保健所長を設置する市にあっては市長を經由して都道府県知事）を經由して所定の期日まで厚生労働省に提出される。この間に、保健所長は出生票に基づき出生小票を、死亡票に基づき死亡小票を作成する。

なお、市区町村における届書と調査票の照合・審査、保健所及び都道府県における調査票の内容審査、あるいは各機関間における訂正通知、照会応答等が関連する事務として行われる。

これら調査票の作成、交付、審査及び提出等市区町村または都道府県が処理することとされている事務は、第1号法定受託事務となっている。

また、調査が戸籍事務と密接な関係にあるため、各法務局及び地方法務局の戸籍課長及び支局長を厚生労働事務官に任命（併任）し、現地指導官として市町村に対する人口動態事務の助言を行い、調査票の作成・審査の基準や提出方法について周知を図るものとしている。

厚生労働省では送付された調査票を集計の上、速報、月報（概数）及び年報として結果の公表を行うことになっている。

2. 死亡診断書の正しい記載

(1) 死亡診断書の記載に関連する法令の抜粋

①人口動態調査令

第2条 人口動態調査資料は、出生、死亡、死産、婚姻及び離婚につき、その届出を受けた市町村長が作成する人口動態調査票とする。

2 人口動態調査票は、出生票、死亡票、死産票、婚姻票及び離婚票の五種とする。

②死産の届出に関する規程

平成13年12月12日改正 厚生省令第153号

第4条 死産の届出は、医師又は助産師の死産証明書又は死胎検案書を添えて、死産後7日以内に届出人の所在地又は死産があった場所の市町村長に届け出なければならない。

第6条 死産証明書又は死胎検案書には、次の事項を記載し、医師又は助産師がこれに記名捺印しなければならない。

- 一 死産児の男女別及び母の氏名
- 二 死産の年月日時分
- 三 その他厚生労働省令で定める事項

* 死産届書、死産証明書及び死胎検案書に関する詳しい記述の仕方は、「死産届書、死産証書及び死胎検案書に関する省令」に定めている。

③医師法施行規則

第20条 医師は、その交付する死亡診断書又は死体検案書に、次に掲げる事項を記載し、記名押印又は署名しなければならない。

- 一 死亡者の氏名、生年月日及び性別
- 二 死亡の年月日時分
- 三 死亡の場所及びその種別（病院、診療所、介護老人保健施設等）
- 四 死亡の原因となった傷病の名称及び継続期間
- 五 前号の傷病の経過に影響を及ぼした傷病の名称及び継続期間
- 六 手術の有無並びに手術が行われた場合には、その部位及びその主要所見並びにその年月日
- 七 解剖の有無及び解剖が行われた場合には、その主要所見
- 八 死因の種類
- 九 外因死の場合には、次に掲げる事項
 - イ 傷害発生の年月日時分
 - ロ 傷害発生の場所及びその種別
 - ハ 外因死の手段及び状況
- 十 生後1年未満で病死した場合には、次に掲げる事項
 - イ 出生時の体重
 - ロ 単胎か多胎かの別及び多胎の場合には、その出産順位
 - ハ 妊娠週数
 - ニ 母の妊娠時及び分娩時における身体の状況

ホ	母の生年月日
ヘ	母の出産した子の数
十一	診断又は検案の年月日
十二	当該文書を交付した年月日
十三	当該文書を作成した医師の所属する病院等の名称及び所在地又は医師の住所並びに医師である旨

(2) 死因の定義

これについては、世界保健機関憲章第 2 3 条の規定に基づき、世界保健機関総会で採択されたものがある。

①死亡原因<死因>

死亡診断書上に記載される死亡原因<死因>とは、「死亡を引き起こしたか、その一因となったすべての疾病、病態または損傷、およびこれらの損傷を引き起こした事故又は暴力の状況」をいう。

②原死因

原死因とは、(a) 直接に死亡を引き起こした一連の事象の原因となった疾病もしくは損傷、または(b) 致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況をいう。

③胎児死亡、周産期死亡、新生児死亡および乳児死亡

ア) 出生

出生とは、妊娠期間に関わりなく、受胎生成物が母体から完全に排出又は娩出された場合で、それが母体からの分離後、臍帯の切断または胎盤の付着いかににかかわらず、呼吸している場合または心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれかを表す場合である；このような出産の生成物を出生時という。

イ) 胎児死亡[死産児]

胎児死亡とは、妊娠期間に関わりなく、受胎生成物が母体から完全に排出又は娩出される前に死亡した場合をいう；死亡とは、母体からの分離後、胎児が呼吸しないことまたは心臓の拍動、臍帯の拍動もしくは随意筋の明白な運動のような生命の証拠のいずれも表さないことによって示される。

ウ) 出産体重

出産後に最初に測定された胎児又は新生児の体重

エ) 低出生体重児

2,500 グラム未満(2,499 グラムまでで、2,499 グラムを含む)

オ) 極低出生体重児

1,500 グラム未満(1,499 グラムまでで、1,499 グラムを含む)

カ) 超低出生体重児

1,000 グラム未満(999 グラムまでで、999 グラムを含む)

キ) 妊娠期間

妊娠の継続期間は、最終正常月経の第 1 日から起算する。妊娠期間は満日数又は満週数で表現する(すなわち、最終正常月経の開始後満 280 日から満 286 日に発生した事象は、妊娠 40 週に発生したものとする)。

ク) 早期

妊娠週 37 週未満(259 日未満)

ケ) 正期

妊娠週 37 週から満 42 週未満(259 日から 293 日)

コ) 過期

妊娠満 42 週以上(294 日以上)

サ) 周産期

周産期は、妊娠満 22 週(154 日)に始まり(出産体重が正常では 500 グラムである時点)、出生後満 7 日未満で終わる。

シ) 新生児死亡

新生児期は出生に始まり、出生後満 28 日未満で終わる。新生児死亡(生後満 28 日未満における出生児の死亡)は、生後 7 日未満に起こる「早期新生児死亡」および生後満 28 日未満に起こる「後期新生児死亡」に分けられる。

④妊産婦<母体>死亡

ア) 妊産婦<母体>死亡

妊産婦<母体>死亡とは、妊娠中または妊娠終了後満 42 日未満の女性の死亡で、妊娠の期間および部位には関係しないが、妊娠もしくは管理に関連したまたはそれらによって悪化したすべての原因によるものをいう。ただし、不慮または偶発の原因によるものを除く。

イ) 後発妊産婦<母体>死亡

後発妊産婦<母体>死亡とは、妊娠終了後満 42 日以後 1 年未満における直接または間接産科的原因による女性の死亡をいう。

ウ) 妊娠関連死亡

妊娠関連死亡とは、死亡の原因いかんに関わらず、妊娠中または妊娠終了後満 42 日未満の女性の死亡をいう。

*妊産婦<母体>死亡は下記の 2 群に分類する：

エ) 直接産科的死亡

直接産科的死亡とは、妊娠時(妊娠・分娩および産じょく<褥>)の産科的合併症、関与<介入>(intervention)、義務の怠慢(omission)、不適切な処置(incorrect treatment)、または上記のいずれかの結果から発生した一連の事象の結果として生じた死亡をいう。

オ) 間接産科的死亡

間接産科的死亡とは、妊娠前から存在した疾患又は妊娠中に発症した疾患による死亡をいう。これらの疾患は、直接産科的原因によるものではないが、妊娠の生理的作用によって悪化したものである。

3. 地域の人口動態統計を用いた地域特性の把握

「地域保健」とは、社会生活の単位として一定のまとまりを有する地域において、その地域の住民の健康の保持・増進を図ることであり、「地域保健対策」とは地域住民の健康保持及び増進を図るため、国及び地方公共団体が講ずる施策である。地域保健対策を推進する上で欠かせないのが、健康日本 21 計画、健やか親子 21 計画、保健医療計画といった計画だが、その基礎資料となるのが人口動態調査や国勢調査である。

出生、死亡、婚姻、離婚、死産等の人口動態統計を用い、経年的推移、全国や他の都道府県と比較、他の統計指標との関連等を検討することによって、地域特性や地域の課題等を把握することができる。

(担当 竹内 徳男)

【参考図書】

1. 死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル

医療従事向けに厚生労働省大臣官房統計情報部・医政局編集にて作成された小冊子で、（財）医療研修推進財団から500円で販売されている。<http://www.pmet.or.jp/syoseki/sibou/sibou.htm>

2. 人口動態調査必携 平成15年 厚生労働省大臣官房統計情報部

The background features a stylized, light gray leafy branch in the upper right quadrant. A vertical bar with a gradient from light to dark gray runs down the right side of the page. A horizontal line crosses the page, with a thicker segment centered under the title.

14 健康危機管理

14. 健康危機管理

【一般目標】

地域における健康危機管理の拠点である保健所や関係機関の役割を理解するとともに、医師の視点から健康危機管理の方法を学ぶ。

【行動目標】

1. 健康危機管理の拠点としての保健所の役割を説明できる。
2. 地域における健康危機管理の対応を説明できる。
3. 新型インフルエンザ対策について説明できる。
4. 各健康危機事例を分類し、評価することができる。
5. 健康危機に際し、的確に判断や指示ができる。(シミュレーション)

【経験事項チェックリスト】

- | | | |
|---------------------------------|----|----|
| 1. 健康危機管理事例検討(シミュレーションを含む)を行う。 | 実施 | 見学 |
| * 2. 健康危機管理に参加する。 | 実施 | 見学 |
| 3. 健康危機管理マニュアルを用いて医師の役割を説明する。 | 実施 | 見学 |
| 4. 新型インフルエンザ行動計画を用いて医師の役割を説明する。 | 実施 | 見学 |

【自己評価票】

A:達成できた B:おおむね達成できた C:あまり達成できなかった D:達成できなかった E:研修の機会がなかった

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. 健康危機に関わる地域保健関連法規・制度とその運用について説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 2. 地域保健健康危機管理ガイドラインの内容を説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 3. 健康危機管理マニュアルについて説明できる。 | A | B | C | D | E |
| 4. 各種健康危機事例を分析し評価することができる。 | A | B | C | D | E |
| 5. 健康危機管理演習(シミュレーション等)・実地訓練に参加する。 | A | B | C | D | E |

注) * : 短期間の研修では経験が困難な項目

【解説】

1. 沿革

新しい地域保健体制の整備を図るため、平成6年に保健所法が改正され地域保健法が制定されたが、当初、同法の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成6年12月1日厚生省告示第374号）（以下「基本指針」という。）には健康危機管理の事項はなかった。その後、地域における健康危機事例が頻発したことなどを踏まえ、平成10年11月に厚生省（現厚生労働省）公衆衛生審議会の下に設置された「地域保健問題検討会」は、平成11年8月に報告書をまとめ、地域における健康危機管理の在り方について等の提言を行った。

厚生省ではこの提言を踏まえ、基本指針を平成12年3月に改正し、地方公共団体が健康危機管理を適切に実施するための具体的な対応についての手引書を整備すべきであり、地域保健の専門的、技術的かつ広域的拠点である保健所は、地域における健康危機管理においても、中核的役割を果たすべきである旨が定められた。さらに、地方公共団体が、健康危機管理において保健所の果たすべき役割について記載した「地域における健康危機管理のための手引書」を作成する際に参考となるように、保健所が各種の健康危機管理を行う際に共通して果たすべき事項等をガイドラインとしてまとめた。なお、食中毒、感染症等の個別の健康危機管理については、それぞれの詳細なマニュアル等がまとめられており、個別の対策に当たっては、これらに基づいて行われることとなった。

その後、厚生労働省に地域保健対策検討会が設置され、地域保健の向上に関する事項が検討された。このうち、地域における健康危機管理のあり方及び今後の地域保健計画のあり方の2点について優先的に検討され、平成17年5月23日に中間報告書としてとりまとめられた。

地域における新たな課題として次に掲げる5つが特に重要であるとしている。

①初動時に原因が特定できない健康危機の事例への対応

この例として、スギヒラタケが原因である可能性が否定できない急性脳症が多発した事例がある。（図14-1、図14-2に全体の流れのイメージを示す）

②生物テロへの対応

③虐待への対応

④公衆衛生上、問題のあると考えられる死体の死因調査

⑤災害時の対応

このような状況を踏まえ、健康危機管理への対応に関しては、国、都道府県、市町村の役割分担を明確にするとともに、保健所を中心とした健康危機管理体制の構築が必要であるとしている。

2. 健康危機管理の定義

「健康危機管理」とは、国民の生命・健康の安全を脅かす事態に対し、健康被害の発止予防、拡大防止、治療などの対策を講じることであるが、「厚生労働省健康危機管理基本指針」（平成13年）によれば、健康危機管理とは、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものをいう。」と定義されている。

この定義における「その他何らかの原因」の中には、阪神・淡路大震災や有珠山噴火のような自然災害、福井県大水害、和歌山市毒物混入カレー事件のような犯罪、JCOによる東海村臨界事故のような放射線事故、健康被害の発生が懸念されたコンピュータ西暦2000年問題（YK2）等、様々な原因の健康危機事例が含まれること、また、サリン事件のような化学兵器や毒劇物を使用した大量殺傷型テロ事件が発生した場合にも対処求められる可能性がある。すなわち、不特定多数の国民に健康被害が発生又は拡大する可能性がある場合には、公衆衛生の確保という観点から対応が求められるという点に留意する必要がある。

3. 健康危機管理における保健所の役割

保健所は、地域における保健医療関係の行政機関として、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、管理栄養士

養士等の専門技術職員が配置され、平常時には監視業務等を通じて健康危機の発生を未然に防止するとともに、所管区域全体で健康危機管理を総合的に行うシステムを構築し、健康危機発生時にはその規模を把握し、地域に存在する保健医療資源を調整して、関連機関を有機的に機能させる役割を担っている。近年の健康危機事例の多発の中で、保健所は地域における健康危機管理の拠点として位置づけられてきた。保健所における健康危機管理の対象分野としては、従来から健康危機管理の対象としている感染症、医薬品、食中毒、飲料水汚染などに加え、重大健康危機や医療安全への対応の強化充実が望まれるとともに、今後新たに対応すべき課題としては、初動時に原因の特定ができない健康危機の事例への対応、生物テロ等、虐待、公衆衛生上問題のあると考えられる死体の死因調査、災害時の対策が挙げられる。

しかしながら、保健所に最も期待されている役割は、住民に医療サービスや保健サービスを直接提供することよりも、地域の医療機関や市町村保健センター等の活動を調整して、必要なサービスを住民に対して提供する仕組みづくりを行い、健康危機に対応する主体となることである。

具体的には、また、従来から健康危機管理については、健康危機が発生した時の対応のみにその注目が集まりがちであるが、それぞれの事例に対して平時においては、サーベイランス等情報収集・分析、マニュアルの策定や訓練等の有事に備えた体制整備及び予防教育・指導・監督等健康危機の発生を予防し、その対応準備を行っていることが必要である。さらに、事後においては、健康危機の追跡調査やPTSD対策、あるいは一連の対応の評価など継続した取組が重要である被害者の医療の確保、原因の究明、健康被害の拡大の防止に加えて、被害を受けた住民に対する健康診断及びPTSD対策を含めた心のケアのほかに、障害者、小児及び高齢者といった災害弱者対策等において、主体的に役割を果たすことが期待されている。

また、本来の健康危機管理とは異なるが、保健部門においては、大規模災害時の被害者の遺体処理、被災により飼い主を失った犬及び猫の問題まで含めて議論されたこともあるということについても認識する必要がある。

4. 健康危機への保健所の対応

平成13年3月に示された「地域健康危機管理ガイドライン」では、保健所における健康危機管理の実際の業務を「健康危機の発生の未然防止」、「健康危機発生時に備えた準備」、「健康危機への対応」、「健康危機による被害の回復」の4つの範疇に分けて整理している。さらに平成17年5月の「地域保健対策検討会中間報告」では、対応の概要を(1)対象分野、(2)平時対応(日常業務)、(3)有事対応(緊急時業務)、(4)事後対応の4つに分けて概略を述べている。(図14-3参照)

(1) 対象分野

12の分野について項目をまとめている。

- ①原因不明健康危機
- ②災害有事・重大健康危機
 - ・生物テロ、SARS、新型インフルエンザ 等
 - ・地震、台風、津波、火山噴火 等
- ③医療安全
 - ・医療機関での有害事象の早期察知、判断 等
- ④介護安全等
 - ・施設内感染、高齢者虐待 等
- ⑤感染症
 - ・感染症発生時の初期対応 等
- ⑥結核
 - ・多剤耐性結核菌対応等
- ⑦精神保健医療
 - ・措置入院に関する対応、心のケア
- ⑧児童虐待

- ・身体的虐待、精神虐待、ネグレクト 等
- ⑨医薬品医療機器等安全
 - ・副作用被害、毒物劇物被害等
- ⑩食品安全
 - ・食中毒、医薬品（未承認薬も含む）成分を含むいわゆる健康食品等
- ⑪飲料水安全
 - ・有機ヒ素化合物による汚染等
- ⑫生活環境安全
 - ・原子力災害（臨界事故）、環境汚染等

（２）平時対応（日常業務）

①情報収集・分析

- ア) 感染症発生動向調査
- イ) 健康危険情報の収集・整理・分析
- ウ) 過去の事例の集積
- エ) 相談窓口（保健所通報電話の設置）
- オ) 公衆衛生上問題のあると考えられる死体の死因調査

②非常時に備えた体制整備

- ア) 計画・対応マニュアルの整備
- イ) 模擬的な訓練の実施
- ウ) 人材確保及び資質向上・機器等整備
- エ) 関係機関とのネットワーク整備

③予防教育・指導・監督

- ア) 予防教育活動、監視、指導、監督

健康危機の発生を未然に防止するために、管理基準の設定、監視業務等、地域の状況を十分に把握し、保健所管轄区域において発生が予想される健康被害に応じた対策を講じることが重要である。さらに健康危機が発生した場合に保健所が迅速かつ効果的な対応ができるよう、手引書の整備、健康危機発生時を想定した組織及び体制の確保、関係機関との連携の確保、人材の確保、訓練等による人材の資質の向上、施設、設備及び物資の確保、知見の集積等の準備をしておくことが必要である。

（３）有事対応（緊急時業務）

①緊急行政介入の判断

②連絡調整

- ア) 情報の一元管理・分析・提供
- イ) 経過記録
- ウ) 専門相談窓口

③原因究明

- ア) 積極的疫学調査
- イ) 情報の収集・分析・評価

④具体的対策

- ア) 被害拡大の防止
- イ) 安全の確保
- ウ) 医療提供体制の確保（心のケアを含む）

健康危機の発生時において、人的及び物的な被害の拡大を防止するために行う業務で、具体的には、対応体制の確定、情報の収集及び管理、被害者への保健医療サービスの提供の調整、防疫活動、住民に対す

る情報の提供等の被害の拡大防止のための普及啓発活動等のことである。また、被害発生地域以外からの救援を要請することも含まれる。

(4) 事後対応

- ①健康相談窓口
- ②PTSD対策
- ③追跡調査
- ④事後対応の評価
- ⑤対応体制の再構築

健康危機による被害の発生後に、住民の混乱している社会生活を健康危機発生前の状況に復旧させるための業務であり、具体的には、飲料水、食品等の安全確認、被害者の心のケア等が含まれる。

健康危機が沈静化した時点では、健康危機管理に関する事後評価を行うことが必要となってくる。このとき、保健所による評価と、保健所の外部の専門家等による評価の双方を行うことが考えられる。実際に行われた管理又はその結果を分析及び評価することにより、管理基準の見直し、監視体制の改善等を実施し、被害が発生するリスクを減少させるための業務を行うことが可能となる。これらの評価を行うことにより、健康危機管理を行った組織等の健康危機管理の在り方についての見直しを行うことができる。

さらに、健康危機管理の経過及びその評価結果を公表することにより、他の地域における健康危機管理のための重要な教訓ともなる。

5. 地域における健康危機管理への対応

既に記述したように地域における健康危機管理の拠点は保健所であるが、その機能を発揮するためには、国、都道府県の主管部局（本庁）、地方衛生研究所、市町村保健センター等が有機的に連携することが必要である。

(1) 国、都道府県、市町村、衛生研究所の役割分担

①国の役割

国は、平時には都道府県における健康危機管理に対するシステム構築を促したり、支援を行う。有事の場合には、都道府県から提供のあった健康危機に関する地域情報の集約及び分析を行うなど、事態の沈静化を積極的に図っている。

②都道府県の役割

保健所を地域における健康危機管理の拠点として健康危機管理体制の構築を図るなど、専門技術職員の配置や職員の資質向上によって、多様化、高度化している健康危機の未然防止に努めている。また、市町村から情報を収集・分析し、有事の場合には、地域の限られた保健医療資源を有効に活用し、所要の対応を行うための基盤整備を行っている。

③市町村の役割

平常時の対人保健活動などにより、健康危害につながる恐れのある兆候を見逃さないで、健康危機に関する重要な情報を収集することが求められる。また、保健所や都道府県県庁等の関係機関との連携体制を確立しておく必要がある。

④地方衛生研究所

試験検査、調査研究、研修指導等の従来の機能に加え、保健所等の職員に対する専門研修の実施など地域及び広域における健康危機管理の科学的・技術的中核としての機能を保持することが求められる。

(2) 健康危機管理体制の整備と連携

健康危機に関する情報を365日24時間受け入れ、情報を1か所に集約するシステムを構築することが重要となる。夜間・休日の電話窓口の設定や、全国統一の電話番号を用いる方法などである。その上で、可能な限りその原因を想定し、保健所、警察、消防など関係機関に初動情報を伝達することが重要である。有事の際に対応できるよう、健康危機管理のレベルを区分し、対応の体制や調整役、医療機関等との連携方法を構築

しておくことは、迅速かつ適切な対応を可能とするために不可欠である。

(3) 保健所職員等の人材確保及び資質の向上

集約された健康危機に関する情報の確認、迅速かつ的確な分析等の専門性を高めるため、実地疫学について専門知識を持つ職員を地方公共団体に複数名、数ヶ月間の疫学調査の訓練を受けた者を各保健所に1名以上配置することが望まれる。さらに有事に備えた平時からの訓練や演習の実施等を、予防活動として保健所の業務に明確に位置づけ、組織面を含めた健康危機管理体制を整備することが必要である。効果的な訓練方法としては、図上練習（シミュレーション）や実地訓練（所内演習、他機関との合同演習）がある。

(4) 広域に及ぶ健康危機管理の事例に対する連携・応援体制の整備

地方公共団体は、平時から地域における連携体制をつくっておくことが非常に重要である。保健所を中心とした連携会議（健康危機管理協議会等）の開催により、本庁、地方機関、市町村、医師会、警察、消防、自衛隊、検疫所、ライフライン事業者等、健康危機に関する地域の関係者や専門家がすぐに対応できる体制づくりを、平時から行っておくことが必要である。

(5) 情報の収集、整理、活用及び発信

健康危機に関する情報は、医療機関等の関係機関や専門家からのまだ確定されていない情報についても、聞き取りやインターネット（メーリングリスト）等により広範に収集することが重要であり、保健所は地域における健康情報等の集約化を行う窓口としての役割を担っている。しかしながら、間違った情報や曖昧な情報を被害者や周辺住民に提供することは、風評被害や精神的な不安、さらにはパニック状態に陥れることも想定される。このため、平時から情報の確定のために、平時から誤った情報を精査できる能力を育成しておくことが必要である。マスメディアを通じた適切なタイミングでの情報の提供はきわめて有効なので、平時から広報担当者を決めておくことが望まれる。

(6) 地域健康危機管理計画

地域住民の健康と安全を確保するため、国による地域健康危機管理指針の策定、都道府県による地域健康危機管理計画の策定が必要とされる。地域健康危機管理計画では、基本的対処指針、想定される事業、保健所など地域における体制（施設・設備整備、マンパワーの確保、人材育成等）、物資の備蓄、本庁や関係機関等との連携等について定める必要がある。また、感染症や食中毒など個別分野のマニュアルや計画（感染症予防計画、食品衛生監視指導計画等）がある場合には、地域健康危機管理計画の一部として位置づけ、平時から相互の連携を十分に図ることが重要である。

6. 新型インフルエンザへの対応

(1) 新型インフルエンザについて

新型インフルエンザは、表面の抗原が全く異なる新型のウイルスが出現することにより、およそ10年から40年の周期で発生してきた。ほとんどの人が新型のウイルスに対する免疫を持っていないため、世界的な大流行（パンデミック）となり、大きな健康被害とこれに伴う社会的影響をもたらしてきた。20世紀に入ってから、1918年（大正7年）のスペインインフルエンザ、1957年（昭和32年）のアジアインフルエンザ、1968年（昭和43年）の香港インフルエンザが知られている。近年、東南アジアを中心に高病原性インフルエンザ（A/H5N1型）が流行しており、このウイルスがヒトに感染し、死亡例も報告されている（2003年（平成15年）12月～2006年（平成18年）10月の間で、ヒトの発症者256名、うち死亡者152名）。この高病原性鳥インフルエンザの発生はヨーロッパでも確認されるなど流行の拡大と継続が見られ、日本でも家きんにおいて高病原性鳥インフルエンザ（A/H5N1型）が山口県、大分県、京都府、宮崎県、岡山県で発生している。

(2) 新型インフルエンザ対策の取り組み

- 2003年(平成15年)10月 厚生労働省に「新型インフルエンザ対策に関する検討小委員会」が設置
- 2004年(平成16年)3月 「鳥インフルエンザ緊急総合対策」
- 2004年(平成16年)8月 「新型インフルエンザ対策報告書」 (同委員会)
- 2004年(平成16年)11月 高病原性鳥インフルエンザ防疫マニュアルの見直し
家畜伝染病予防法に基づく高病原性鳥インフルエンザに関する特定家畜伝染病防疫指針
- 2005年(平成17年)4月 感染症法に基づく「感染症の予防の総合的推進を図るための基本的な指針」等の改正 (ワクチン開発や抗インフルエンザウイルス薬の備蓄等に係る規定)
- 2005年(平成17年)10月 新型インフルエンザ対策推進本部の設置 (厚生労働省)
- 2005年(平成17年)11月 新型インフルエンザ行動計画の策定 (厚生労働省)
- 2006年(平成18年)6月 インフルエンザ(H5NI)を指定感染症として定めるための政令の改正
- 2007年(平成19年)3月 新型インフルエンザ専門家会議による「新型インフルエンザガイドライン (フェーズ4以降)」の策定。
- 2007年(平成19年)10月 新型インフルエンザ行動計画 (再改訂)

(3) 新型インフルエンザ行動計画について

<総論>

①背景、②流行規模の想定、③対策の基本方針、④基本的考え方、⑤対策の推進体制、⑥行動計画のフェーズの概要と目標、⑦行動計画の主要5項目

<各論>

フェーズ1、フェーズ2から6まではそれぞれAとB、後パンデミックの10段階に分け、それぞれ①計画と連携、②サーベイランス、③予防と封じ込め、④抗インフルエンザウイルス薬、⑤ワクチン、⑥医療、⑦情報提供・共有の項目について記載している。

7. 健康危機の事例

平成13年度から平成17年度までの5年間に全国の保健所(平成18年7月現在535保健所)が経験した健康危機管理事例は560事例を「保健所における健康危機管理への12の対応分野(地域保健対策検討会中間報告書)」で分類すると、以下のようになった。

① 原因不明健康危機	2件
② 災害有事・重大健康危機	16件
③ 医療安全(医療事故・医療相談等)	34件
④ 介護等安全	14件
⑤ 感染症	196件
⑥ 結核	43件
⑦ 精神保健医療	222件
⑧ 児童虐待	21件
⑨ 医薬品医療機器等安全	0件
⑩ 食品安全	175件
⑪ 飲料水安全	12件
⑫ 生活環境安全	16件
⑬ その他	9件

分野別では感染症が196例(35.0%)で最も多く、食品安全が175例(31.3%)とこれに次いでいた。

次に分野別に主な事例を時系列で列挙してみると、

発成年月	事例	分野
平成元年9月	長野県の水道水汚染によるサルモネラ症	①
平成2年10月	埼玉県の子供園井戸水による腸管出血性大腸菌感染症	①
平成5年	オウム真理教による炭疽菌未遂	②
平成6年6月	松本サリン事件	②
平成7年1月	阪神淡路大震災	②
平成7年3月	地下鉄サリン事件	②
平成8年	埼玉県におけるクリプトスポリジウム原虫による集団汚染事故	①
平成8年7月	堺市腸管出血性大腸菌感染症集団発生事例	①
平成10年7月	和歌山カレー毒物混入事件	②
平成11年9月	東海村ウラン加工施設臨界事故（JCO）	②
平成12年3月	有珠山噴火	②
平成12年6月	雪印乳業製品食中毒	⑩
平成12年6月	三宅島大噴火	②
平成12年6月	堺市におけるセラチア菌による院内感染	③
平成13年	宇和島水産高校愛媛丸ハワイ沖衝突事件	⑬
平成13年9月	BSE発生、炭疽菌疑い	⑩
平成15年3月	日本旅行中の外国人からSARS発症	⑤
平成15年7月	宮崎県の温泉施設におけるレジオネラ感染事例	⑫
平成15年12月	79年ぶりの日本国内鳥インフルエンザ発生	⑤
平成16年7月	新潟県、福井県集中豪雨被害	②
平成16年10月	新潟県、秋田県、山形県で発生したスギヒラタケ脳症事例	①
平成16年10月	新潟県中越地震	②
平成16年	高病原性鳥インフルエンザ感染事例	⑤
平成18年7月	長野県の豪雨災害	②
平成19年3月	能登半島地震	②
平成19年7月	新潟県中越沖地震	②

8. 健康危機管理に関わる地域保健関連法規・制度とその運用

地域健康危機管理の拠点としての保健所は、許可や監視指導を通して、平時から健康危機管理を未然に防止するための業務を行っている。「地域健康危機管理ガイドライン」では、健康危機管理に関連する事務を規定する法律について「地域における健康危機管理に係る各法の概要」としてまとめているが、平常時の業務についてはその趣旨を十分理解し、日頃から万全の対応を行うことが求められる。

(1) 地域保健法

地域保健法は、地域保健対策の基本法的性格の法律であり、地域保健対策が総合的に推進されることを確保して、地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的としている。平成12年に「地域における健康危機管理体制の確保を図るべきこと」を規定した厚生労働大臣の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が策定された。

(2) 感染症対策

感染症対策は、①感染源対策、②感染経路対策、③感受性対策に大別されるが、国内の感染症対策のうちの①、②については感染症法により、③については予防接種法により基本的に対応されている。また、人畜共通感染症としての狂犬病については、狂犬病予防法においても、さらに、国外からの感染症の侵入防止については、主に検疫法により対応されている。

ア) 感染症法

感染症法は、それまでの伝染病予防法のように、感染症が発生してから防疫措置を講じるのではなく、事前対応型の感染症予防体制を構築することを目指すものである。

具体的には、国が定めた基本指針、特定感染症予防指針に基づき、都道府県が感染症の予防計画を策定するほか、都道府県、政令市、特別区において、一定の感染症の患者等を診断した医師等からの届出を義務付ける感染症発生動向調査等の実施などにより、感染症の発生情報を迅速に収集して、迅速な対応を行う体制づくりを行っている。

さらに、感染症を、その症状等に応じた類型を分別し、入院勧告、入院措置等、感染症患者に応じた適切な医療等が提供される体制づくりや就業制限、物件等の消毒等の措置をとることにより、感染症のまん延を防止する体制づくりを行っている。結核については結核予防法に基づいて対策が行われていたが、平成19年感染症法に統合された。

(平常時の危機管理) 医師からの届出の受理、入院勧告、入院措置、就業制限、物件等の消毒等、結核に関しては、定期外の健康診断、予防接種、医師からの届出、従業禁止、入所命令

イ) 予防接種法

市町村を実施主体とする定期の予防接種により、平時から主要な感染症の感受性対策を担うとともに、疾病のまん延予防上緊急の必要がある場合には、都道府県又はその指示を受けた市町村が実施する臨時の予防接種により、適切に感受性対策を実施することとしている。

(平常時の危機管理) 臨時の予防接種

ウ) 狂犬病予防法

人畜共通感染症である狂犬病の発生を予防し、そのまん延を防止し、及びこれを撲滅することにより、公衆衛生の向上等を図ることを目的としている。

(平常時の危機管理) 獣医師からの届出、犬等の隔離、狂犬病発生の公示、臨時の予防注射、移動制限、交通遮断等

エ) 検疫法

検疫法は、検疫の実施により、国内に常在しない感染症の病原体が国内に侵入することを防止するとともに、感染症の予防に必要な措置を講ずることを目的としている。

検疫事務は基本的に国の事務であるが、時として、地方公共団体との連携を図る必要がある。

(平常時の危機管理) 検疫前に入港等した船舶等の長からの保健所長への通報、保健所長の命による消毒等の措置等

(3) 食品衛生対策

食品衛生対策は、主に食品衛生法に基づいて行われているが、同法は飲食に起因する衛生上の危害の発生を防止し、公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的としている。

(平常時の危機管理) 臨検検査、収去検査、営業許可の取消し又は停止、回収命令等

(4) 獣疫衛生対策

と畜場法、食鳥処理の事業の規制及び食鳥検査に関する法律、化製場等に関する法律があるが、食肉の腸管出血性大腸菌O157等の微生物による汚染を防止するためには、と畜場、食鳥処理場の衛生管理の強化が不可欠であることから、と畜場法、食鳥処理の事業等の規制及び食鳥検査に関する法律等に基づく対応が行われている。

(平常時の危機管理) と畜場等の設置許可の取消し等

(5) 生活衛生関係営業対策

理容師法、美容師法、興行場法、旅館業法、公衆浴場法、クリーニング業法、生活衛生関係 営業の運営の適正化及び振興に関する法律、有害物質を含有する家庭用品の規制等に関する法律、建築物における衛生的環境の確保に関する法律が含まれる。

(平常時の危機管理) 興行場、旅館業、公衆浴場業の許可の取消し等

(6) 水道対策

水道の布設及び管理を適正かつ合理的にするとともに、水道を計画的に整備し、水道事業を保護育成することによって、清浄にして豊富低廉な水の供給を図り、もって公衆衛生の向上と生活環境の改善に寄与することを目的としている。

(平常時の危機管理) 臨時の水質検査、給水の緊急停止等

(7) 医療対策

①医療法

医療対策の基本法となるもので、国民に適正な医療を確保することを目的として、医療施設の適切な配置、医療施設の人的構成、構造設備、管理体制等に関する規制、医療法人の規制等を定めたものである。

より具体的には、住民の医療需要に対応した医療資源の有効活用と適正な配置、医療関係施設間の機能分担と連携を図り、良質な地域医療の体系的な整備を推進するため、都道府県は医療計画を作成し、推進することなどが規定されており、これらを通じて、救急医療体制の確保を図ることとしている。

また、都道府県知事等による立入検査及び使用前の検査等を定めており、病院が医療法その他の法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ適正な管理を行っているか否かを検査し、検査結果に基づく指導、変更命令、開設許可の取消し等を行うことにより、病院を科学的で、かつ適正な医療を行う場にふさわしいものとするとしている。

(平常時の危機管理) 病院等の開設許可の取消し

②医師法

(8) 薬事対策、毒劇物対策

①薬事法

医薬品等の安全性等の確保のために必要な規制を行うことなどにより、保健衛生の向上を図ることを目的として、薬事監視制度を設けている。

このため、医薬品等の製造所の構造設備等に関する規制を定め、これを実質的に担保するため、製造業等の許可制度を設けるとともに、製造管理、品質管理に関する規制を定めて、薬事監視員による立入検査等を行い、許可の取消し等の対応を行うことができることとしている。

また、薬局、医薬品販売業の構造設備に関する規制を定めて、これを担保するために、薬局等販売業の許可制度を設けるとともに、販売に関する規制を定めて、薬事監視員による立入検査等を行い、その結果等に基づき、開設許可の取消し等の対応を図ることができるとしている。

(平常時の危機管理) 立入検査等の監視、許可、登録の取消し等

②毒物及び劇物取締法

毒物及び劇物について、保健衛生上の見地から必要な取締りを行うことを目的としている。このため、毒物又は劇物の製造及び輸入については厚生労働大臣（地方厚生局長へ権限を委任。一部は都道府県知事。）の登録を受けた者でなければ、毒物又は劇物の販売については、都道府県知事等の登録を受けた者でなければ、毒

物又は劇物の製造、輸入又は販売を行うことができないと定めるとともに、厚生労働大臣には製造業者及び輸入業者への立入検査の権限（法定受託事務として都道府県知事が行うこととしている。）を、都道府県知事等には販売業者への立入検査の権限を規定し、それぞれ登録の取消権限を規定している。

（９）廃棄物対策

廃棄物の処理及び清掃に関する法律は、廃棄物の適正な処理を行い、生活環境を清潔にすることにより、生活環境の保全及び公衆衛生の向上を図ることを目的としている。

廃棄物は大きく市町村長が行う一般廃棄物処理と都道府県知事の許可のもとに行う産業廃棄物処理がある。医療機関から排出される血液や注射針などの感染性廃棄物は特定管理廃棄物で適切に処理することが求められる。

（平常時の危機管理） 廃棄物処理業及び廃棄物処理施設の許可の取消し等

（担当 伊藤 善信）

【資料】

図 14-1 初動時に原因が特定できない健康危機の事例への対応（地域における対応の流れ）

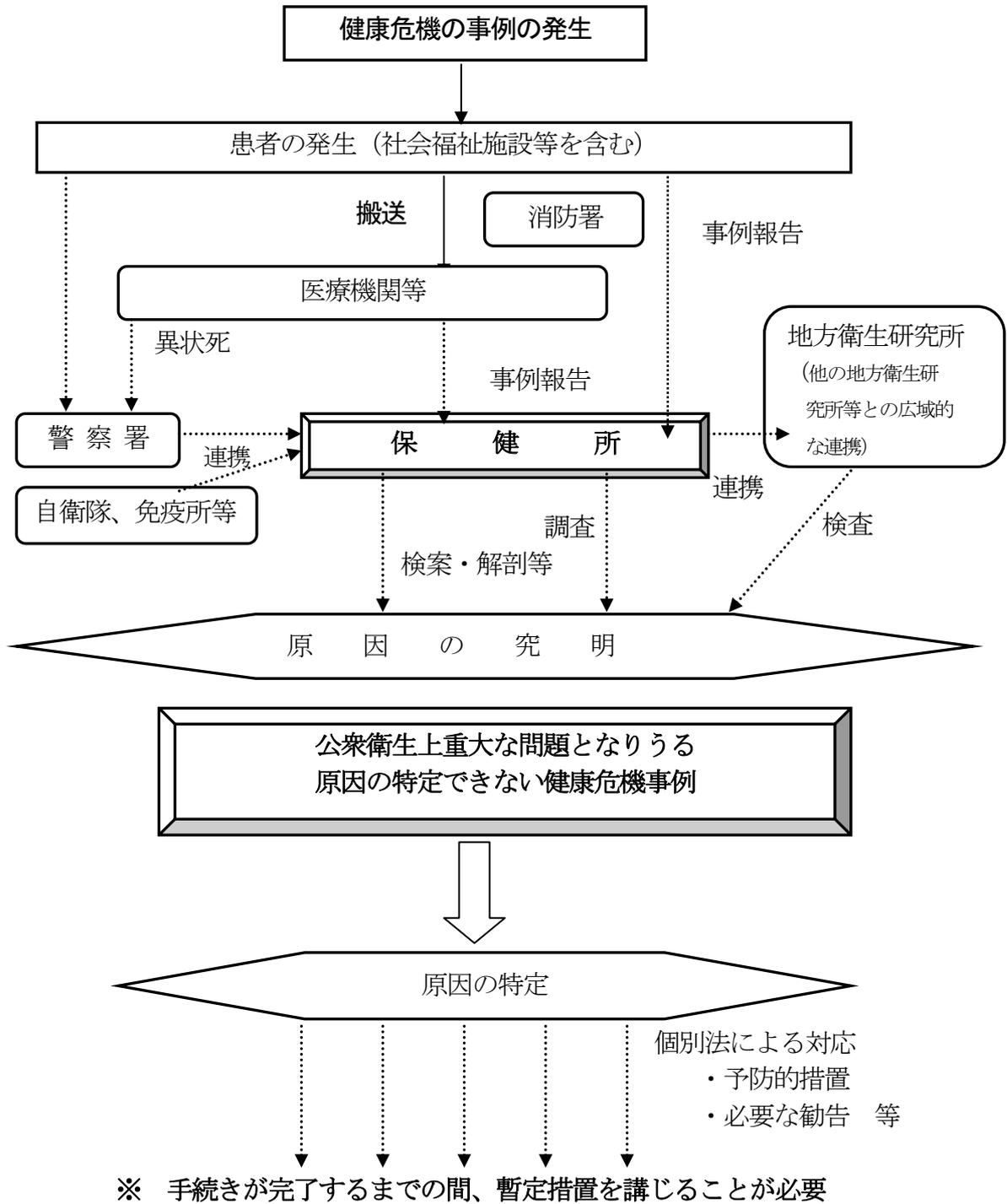
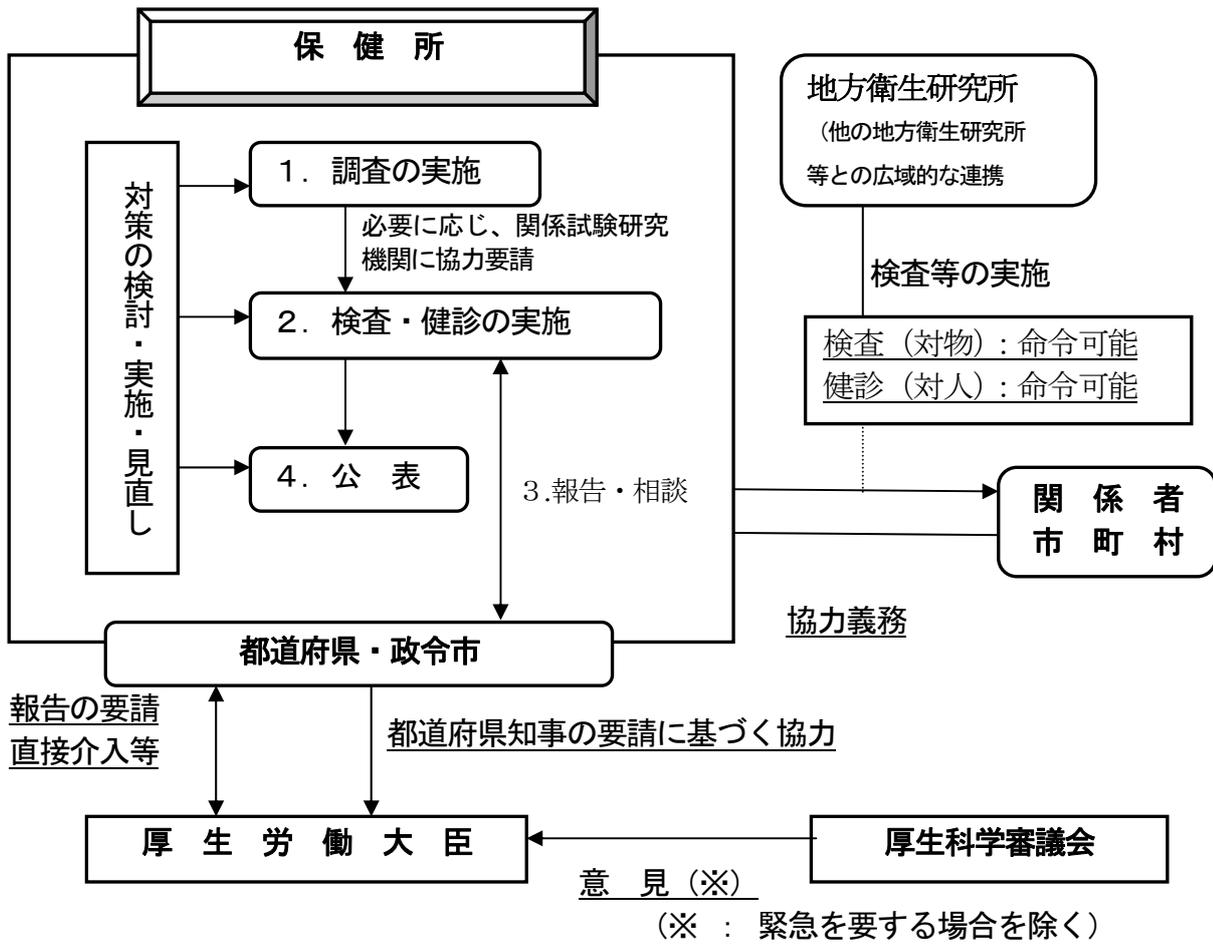
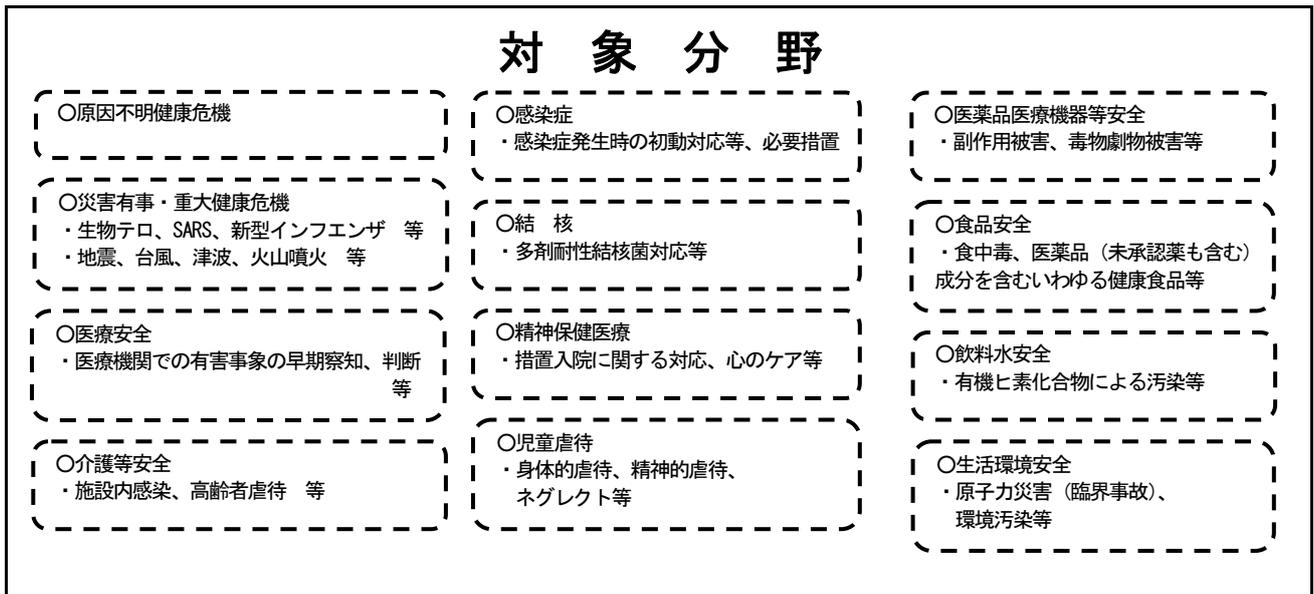


図 14-2 初動時に原因が特定できない健康危機の事例への対応（広域的な対応の流れ）



下線部は、新たな対応が必要なもの
保健所における健康危機への対応の概要

図 14-3 地域保健対策検討会中間報告で示された健康危機管理対応の概要



○平時対応（日常業務）

- ①情報収集・分析：
 - ・感染症発生動向調査
 - ・健康危険情報の収集・整理・分析
 - ・過去の事例の集積
 - ・相談窓口（保健所通報電話の設置）
 - ・公衆衛生上問題のあると考えられる死体の死因調査
- ②非常時に備えた体制整備：
 - ・計画・対応マニュアルの整備
 - ・模擬的な訓練の実施
 - ・人材確保及び資質向上・機器等整備
 - ・関係機関とのネットワーク整備
- ③予防教育・指導・監督：

○有事対応（緊急時業務）

- ①緊急行政介入の判断
- ②連絡調整：
 - ・情報の一元管理・分析・提供
 - ・経過記録
 - ・専門相談窓口
- ③原因究明：
 - ・積極的疫学調査
 - ・情報の収集・分析・評価
- ④具体的対策：
 - ・被害拡大の防止
 - ・安全の確保
 - ・医療提供体制の確保（心のケアを含む）

【参考資料】

1. 地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～
(平成13年3月)
地域における健康危機管理のあり方検討会
地域における健康危機管理について ～地域健康危機管理ガイドライン～
<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/guideline/index.html>
2. 地域保健対策検討会 中間報告 平成17年5月23日
3. 2007年「国民衛生の動向」
4. 地域における健康危機管理の推進 ―テロ対策の具体化に向けて―
(2002年12月27日 第1刷発行)
5. 平成18年度厚生労働科学研究費補助金(地域健康危機管理研究事業)
「健康危機管理体制の評価指標、効果の評価に関する研究」報告書
平成19年3月
主任研究者 北川定謙(財団法人 日本公衆衛生協会理事長)

健康危機管理に関する指針等のホームページアドレス(厚生労働省)

1. [厚生労働省健康危機管理基本指針](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/sisin/index.html) (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/sisin/index.html>)
2. [医薬品等危機管理実施要領](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/iyaku/index.html) (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/iyaku/index.html>)
3. [感染症健康危機管理実施要領](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/kansen/index.html) (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/kansen/index.html>)
4. [飲料水健康危機管理実施要領](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/in-ryo/index.html) (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/in-ryo/index.html>)
5. [地域における健康危機管理について～地域健康危機管理ガイドライン～](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/guideline/index.html)
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/guideline/index.html>)
6. [地方厚生\(支\)局における健康危機管理実施要領](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/chihou/index.html)
(<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/chihou/index.html>)
7. [食中毒健康危機管理実施要領](http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/syokuchu/index.html) (<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/kenkou/syokuchu/index.html>)

医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート 改訂版組織体制

医師臨床研修「地域保健・医療」の戦略的方法の開発に関する研究班

班長 伊藤 善信（秋田県秋田中央保健所長）

竹内 徳男（北海道渡島保健所長）

中西 好子（東京都練馬区保健所長）

毛利 好孝（兵庫県龍野保健所長）

廣田 洋子（北海道岩見沢保健所長）

アドバイザー

山縣善太郎（山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座教授）

川南勝彦（国立保健医療科学院公衆衛生政策部主任専門官）

宮寄雅則（厚生労働省医政局臨床研修推進室長）

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会

顧問 伊藤 善信（秋田県秋田中央保健所長）

顧問 村主 千明（特別区新宿区保健所長）

委員長 廣田 洋子（北海道岩見沢保健所長）

副委員長 田上 豊資（高知中央東福祉保健所長）

竹内 徳男（北海道渡島保健所長）

山中 朋子（青森県五所川原保健所長）

小谷 尚克（福島県南会津保健所長）

大橋 俊子（栃木県県北保健所長）

吉村 伸子（東京都渋谷区保健所長）

永井 恵（特別区池袋保健所長）

東海林文夫（東京都葛飾区保健所長）

大森 治郎（神奈川県横須賀市保健所長）

大江 浩（富山県新川厚生センター長）

中川 昭生（島根県浜田保健所長）

岡 紳爾（山口県宇部保健所長）

宇田 英典（鹿児島県鹿屋保健所長）

オブザーバー

荒田 吉彦（北海道室蘭保健所長）

池田 和功（堺市健康部健康増進課医長）

医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート改訂版 執筆者一覧

- | | |
|-----------------|----------------------|
| 1. 「地域保健・医療」保健所 | 大江 浩 (富山県新川厚生センター所長) |
| 2. 母子保健対策 | 廣田 洋子 (北海道岩見沢保健所長) |
| 3. 老人保健・成人保健対策 | 竹内 徳男 (北海道渡島保健所長) |
| 4. 精神保健福祉対策 | 宇田 英典 (鹿児島県鹿屋保健所長) |
| 5. エイズ・感染症対策 | 中西 好子 (特別区練馬区保健所長) |
| 6. 結核対策 | 中西 好子 (特別区練馬区保健所長) |
| 7. 難病対策 | 吉村 伸子 (特別区渋谷区保健所長) |
| 8. 健康づくり | 荒田 吉彦 (北海道室蘭保健所長) |
| 9. 医療安全対策 | 池田 和功 (堺市健康部健康増進課医長) |
| 10. 介護保険 | 岡 紳爾 (山口県宇部保健所長) |
| 11. 食中毒防止対策 | 東海林文夫 (特別区葛飾区保健所長) |
| 12. 生活環境衛生対策 | 山中 朋子 (青森県五所川原保健所長) |
| 13. 人口動態統計 | 竹内 徳男 (北海道渡島保健所長) |
| 14. 健康危機管理 | 伊藤 善信 (秋田県秋田中央保健所長) |

(全体のとりまとめは、竹内、中西、伊藤が行った)

新医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート 執筆者一覧

平成15年度地域保健総合推進事業

新医師臨床研修「地域保健・医療」の効果的な研修の在り方に関する研究班

研究班員	一色 学 (北海道北見保健所長)
	角野 文彦 (滋賀県長浜保健所長)
	伊藤 善信 (秋田県秋田中央保健所長)
	澁谷いづみ (岡崎市保健所長)
	澤 節子 (墨田区墨田保健所長)
	伊地智昭浩 (姫路市保健所長)
	長野みさ子 (東京都多摩立川保健所長)
	岸本 泰子 (島根県隠岐保健所長)
	雑賀 俊夫 (静岡県東部保健所長)
	佐甲 隆 (三重県松阪保健所長)
アドバイザー	徳永 力雄 関西医科大学医学部衛生学教室 教授
	山縣然太郎 山梨大学医学部保健学Ⅱ講座 教授
	尾崎 米厚 鳥取大学医学部社会医学講座 環境予防医学分野 助教授
オブザーバー	荒田 吉彦 北海道釧路保健所長

(*) 所属、役職は平成15年度現在

平成19年度地域保健総合推進事業
医師臨床研修「地域保健・医療」の戦略的方法の開発に関する研究報告書
～医師臨床研修「地域保健・医療」保健所研修ノート改訂版～

発行日 平成20年3月
編集・発行 分担事業者 伊藤善信（秋田県秋田中央保健所長）
〒018-1402 秋田県潟上市昭和乱橋字古開172-1
TEL 018-855-5170 FAX 018-855-5160