

平成21年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）

「歯科・医科連携による歯周疾患アプローチに関する研究」

先進地視察 報告書用メモ覚え書き

日時：平成21年12月18日（金）11：30～15：30

場所：静岡県立静岡がんセンター（静岡県駿東郡長泉町下長窪1007）

出席者：

【静岡がんセンター】 口腔外科 部長 大田洋二郎氏

【研究担当者】 井下英二 Dr. @滋賀県健康推進課健康づくり支援室

山田全啓 Dr. @奈良県郡山保健所（代理 堀江博@奈良県健康増進課）

内 容

### 1 病院内施設見学

- ・ 医療連携室
- ・ 売店
- ・ 理美容室（婦人用かつらがディスプレイされていた）
- ・ 情報コーナー
  - 口腔ケアグッズ、がんの治療に関する各種リーフレット、病院各科診療科医師・スタッフ講演DVDライブラリー、療養グッズ展示（松葉杖カバー、ストーマパウチ携帯用ポシェット）
- ・ ホール、ラウンジ
- ・ 企業研究室
  - サンスター：共同で口腔ケア商品の開発を実施
  - ① ジェルスプレー（口腔保湿剤）
  - ② マウスコンディショナー（低刺激性洗口剤）
  - ③ マイルドペースト（低刺激性フッ化物配合歯磨剤）
  - ④ 歯ブラシ（超軟毛、スリムコンパクトヘッド）
  - ⑤ スポンジブラシ（口腔ケア用）
- ・ 陽子線棟（入口まで 保険外診療 基本料金 240万円）
- ・ 医師医局（4畳半くらいの畳の間が2つあった。仮眠用？）
- ・ 庭園（広いバラ園、維持費 800万/年）

### 2 大田部長ヒアリング（その1：井下Dr.から事業概要について説明が主）

- ・ 昨年度の報告書に基づき事業概要の説明を実施。（井下）
- ・ 今年度の事業概要について説明（井下）
  - がんをテーマにして実施していること。
  - がん診療連携拠点病院を対象としたアンケート調査の実施について。
- ・ 脳卒中については、地域につなぐパスが必要、退院した後介護・看護いろいろある。  
必要な社会資源はいろいろあるが、それを繋ぐのは保健所の役割。（井下）

- 連携の実施にあたり自分で地区歯科医師会まわりを行った。下田は片道3時間かかった。(大田)
- そういったところで、医師会・歯科医師会・病院を保健所は繋ぐことができる。保健所で議論することができる。(井下)
- ・ がん治療の地域医療連携を協議する会議に歯科医師が入っているところはあまりない。滋賀県は今年になって入った。(井下)
- ・ 乳がん治療等で、ビスフォスフォネートが使われていて、歯科との連携もあるようだが、それはパスとしては入っていない。(井下)
- ・ 院内のクリティカルパスが出来ているところはあるが、地域のクリニカルパスまでできているところはあまりない。(井下)
- ・ がんの地域医療連携パスの作成にあたっては、脳卒中より医師の立場が強いので、医師の理解を得られないと機能するパスにならない。(井下)

### 3 大田部長ヒアリング (その2: 大田部長からの情報提供が主)

- ・ 静岡県がんセンター着任前は国立がんセンターに所属していた。その患者の歯科医療について「がん」ということだけで患者の地域の歯科診療所に断られ、受け皿がないことから連携の必要性を感じていた。(大田)
- ・ がん治療の歯科・医科連携については病院の中にある歯科が無視されていること、地域で診る歯科医師がいないことが2つの大きな課題である。(大田)
- ・ 頭頸部治療の前に口腔処置を行うことで術後成績が向上したことから医師の理解を得ることができた。(大田)
- ・ 病院内に口腔外科が設置されていても、その歯科医師が直接的な外科治療に関心が高いと、がん患者の口腔ケアに関心が薄いこともある。(大田)
- ・ がん患者の口腔ケアについては最初はバッシングを受けていたが、今では認められてそうするのが当たり前になった。(大田)
- ・ 看護師程度の知識があれば、地域の開業歯科医でもがん患者の地域歯科医療連携は可能。(大田)
- ・ 地域の歯科診療所とは、基本的に逆紹介が中心で連携している。こちらが大丈夫だろうという人を送っているのだから、医療機関から断られることはまずない。(大田)
- 大田先生が患者をトリアージして、できる人に渡しているということですか？(井下)
- 移植や顎義歯等、静岡がんセンター口腔外科でないと難しいケースでなければ、医師の判断で歯科治療できるとなれば、「連携医マップ」で近医を探してそこに紹介状を書いて受診となる。連携医が担える部分については静岡がんセンター口腔外科で原則処置しない。人材養成については講習会を実施。(大田)

- ・ 連携医については、静岡がんセンターとの繋がりがああることを患者にアピールできることがメリット。(大田)
- ・ 受け入れ先となる地域の歯科診療所にも初診受付時から、がんに関わっているというプライバシーに配慮した対応が可能になるように。地域医療連携室経由でFAXを流して事前連絡を行っている。(大田)
- ・ 商品開発については、患者説明用の冊子も併せて作成するよう総長から命令された。(大田)
- ・ 今まではがん治療の中に歯科が入っていなかった。でもこうして歯科が入ることによって成績が向上して、医師も歯科が入らないとがん治療は担保できないと言うようになってきている。歯科が言うと利益誘導に聞こえるが、それを医師が言うことにより認められる。(大田)
- ・ 手立てとして、例えばがん診療連携拠点病院に歯科があったら加算されるような制度があるとよい。(大田)
- ・ 口腔粘膜疾患について、医師はしよっちゅう診ることがないので、見落とすことがしばしば。(大田)
- ・ 大学の歯学部附属病院ですら、当初は頭頸部の放射線治療前に口腔ケアを実施していなかった。(井下)
- ・ 東京都のように歯科医師会の組織率の低い地域はどのようにアプローチすればよいだろうか？(大田)
- ・ 病院口腔外科の歯科医師と地域の歯科医師の「距離」がどれだけ近いかがカギになるのでは。それは繋ぐのは保健所の役割と思うが、保健所に歯科医師がいないところは実際難しいのではないか。(井下)
- ・ 地域にオピニオンリーダーとなる歯科医師が1人いたとしても、その人についていく2人目3人目の人がいないのが課題。地域に1人ではできない。また、地域の歯科医師も口腔外科出身者だけで占められていたら、それでは連携とはいえない。(大田)
- ・ 歯科医師会委託にして、歯科医師会が病院口腔外科に頭を下げて講師派遣依頼すれば、講習会実施に係る経費を県が負担することはできるかも。(井下)
  - 広島は県事業で実施したが、実績1名だった。(大田)
  - 体制ができては繋げていないのですね。(井下)
  - そうなんです。病院の医師が必要と認めて必要だと言っていない。(大田)

#### 4 恵与された資料に記載されている事項

- ・ 地域の歯科医師会を対象にした講習
  - ① 平成18年度 3時間コース 静岡県東部5地区で実施 受講者計266名ががん患者の地域との歯科医療連携に必要な基本的事項について 実施対象者：静岡県東部歯科医師会会員567名、受講率(=登録率)48.8%
  - ② 平成19年度 4.5時間コース 静岡県がんセンターで実施 受講者

200名平成18年度受講者(=登録医)を対象、アドバンスドコースⅠとして実施

③ 平成20年度 7時間コース 静岡県がんセンターで実施 受講者170名登録医、歯科衛生士を対象、アドバンスドコースⅡとして実施

④ 平成21年度 4.5時間コース 静岡県がんセンターで実施 受講者200名静岡県東部歯科医師会・歯科衛生士会員を対象、アドバンスドコースⅢとして実施

・ 院内看護師を対象にした講習について

○ 口腔ケアリンクナース制度

年7回の講習受講を義務づけ → 受講後修了試験 → 合格者を認定

・ 口腔合併症について

① 化学療法に伴う口腔合併症

口腔粘膜炎、味覚異常、歯肉出血、口腔感染(菌性感染)、ヘルペス性口内炎、カンジダ性口内炎、知覚過敏様症状、口腔乾燥症

② 放射線治療に伴う口腔合併症

皮膚炎、口腔粘膜炎、味覚異常、カンジダ性口内炎、放射線性う蝕、軟組織壊死、癒痕形成・開口障害、唾液腺機能障害・口腔乾燥症、放射線性顎骨壊死

③ 手術に伴う口腔合併症

創部感染・瘻孔形成、嚥下障害、構音障害、顎顔面欠損

・ がん患者の歯科医療連携の必要性について

生涯のうち日本人男性の2人に1人、女性の3人に1人ががんになる。

外来通院抗がん剤治療の加算により、全体の抗がん剤治療の6割が外来通院で行われている。歯科診療所の来院患者が、がん治療の最中であるケースもこれから増えることが想定される。

○ 口腔合併症の発症頻度

がん化学療法を受ける患者の40%

造血幹細胞移植を受ける患者の80%

口腔領域が照射野に入る放射線治療を受ける頭頸部がん患者の100%

・ マスメディアによる周知

「サイエンスZERO」2009.11.28(土)22:00-22:35 NHK教育

最新科学が見つめる生と死①がん緩和ケア最前線 経験から科学へ

## 5 課題

- ・ がん治療に際し、歯科の連携の必要性が周知されていない。
- ・ 病院の医師に歯科の連携の必要性が理解されていない。
- ・ がんの地域医療連携パスに歯科の位置づけがあまりない。
- ・ がん治療を行う病院の中に歯科・歯科口腔外科が設置されているところ

はあまりない。

- ・ 病院歯科の歯科医が口腔ケア等、後方支援的な役割を担うことを望まない。
- ・ 地域の歯科診療所は、知識不足等の理由により、がん治療中の患者の歯科治療、口腔ケアを断る傾向にある。従ってこの点について教育された歯科衛生士も少ない。これら地域の歯科治療担当者の人材養成。
- ・ 病院に勤務する看護師に対して口腔ケアの情報不足。
- ・ 患者・家族に対する情報提供不足。
- ・ 保健所は何を役割として担うのか？
  - 仕組みづくり？
  - 関係団体のつなぎ役？
  - 広域的支援？
  - 周知広報？
  - 保健所レベルというより県レベルか？

## 研修報告

研修日時：平成21年12月12日（土）14:00～17:00

視察講演：高知口腔ケアフォーラム

視察者：井下

### 講演1

#### がん治療における口腔内管理の意義 —医歯看連携が生んだ驚くべき効果の実例から—

岡山大学病院 歯周科／周術期管理センター歯科部門（併任） 曾我賢彦  
はじめに

周術期管理センターは岡山大学病院が始めた新しい取り組みで、手術を受ける患者さまを外来からチーム医療でサポートする仕組みである。

#### 麻酔科医

- ・安全、安心、快適な手術のための責任者

#### 看護師

- ・身体の状態を確認
- ・麻酔と手術のオリエンテーション
- ・手術後の痛みに関する説明
- ・禁煙支援

#### 薬剤師

- ・手術に向けた薬の確認と説明

#### 理学療法士

- ・手術前の呼吸訓練
- ・手術後のリハビリをサポート

#### 歯科医・歯科衛生士・歯科技工士

- ・合併症予防のための口の中の大掃除・歯の治療
- ・麻酔時に歯が折れないようにするプロテクターの検討

### 1. 周術期医療における歯科介入の実例

<現在の連携科は、呼吸器外科、消化管外科、心臓血管外科（プレラン中）>

呼吸器外科手術患者について、胸空鏡を使った手術の多くは、2W以内に退院を目標とするため、術後の経口栄養摂取への支援として、摂食・嚥下機能を重視した訓練と経口挿管時の保清が重要となる。

胸空鏡・縦隔鏡手術、開胸肺切除等の手術において、歯科介入ありグループでは介入なしグループと比較して、平均入院日数、入院から手術までの平均日数が少ない結果となっている。また、介入前後の発熱やCPRにも差が見られた。

さらに、摂食嚥下障害患者への訓練の一環として、適切な義歯作成による介入により効果が期待できる。

また、経口気管挿管時に起こる歯の損傷については、プロテクターの作成により、インシデントを回避することは重要である。

このような周術期管理のあり方を示すモデルの提唱を行って行きたい。

## 2. 白血病治療における歯科介入の実例

血液がん（急性骨髄性白血病）治療の経過は、発症より化学療法による初回寛解導入、移植前処置として放射線照射および大量化学療法を経て造血幹細胞移植を行い、生着にいたる。当院では、血液・腫瘍内科キヤンサーボートによるチーム医療を導入しており、内科医師、精神科医師、BCR 看護師、理学療法士、歯科医師、歯科衛生士がかかわっている。

移植前後の歯科の役割は、移植前の歯性感染巣の除去と移植期の口腔衛生管理、粘膜障害対策、感染管理の二つが挙げられる。

移植前の歯性感染巣の除去については、1)成人性（辺縁性）歯周炎、2)根尖性歯周炎、3)智歯周囲炎が挙げられる。観血的な治療は、好中球数が  $1,000/\mu\text{l}$ 、血小板数が  $5 \text{万}/\mu\text{l}$  を目安とし、積極的な治療が不可能な場合はできるだけ感染巣を少なくするよう、頻回の歯周ポケット内の洗浄と抗生剤の局所投与などを行う。一般に febrile neutropenia と認識されている発熱の原因に歯周感染が含まれ得ることを示す症例が少なからず存在した。造血幹細胞移植を受ける患者の歯科治療は、歯性感染巣の急性化により医科の治療を妨げることを防ぐことにある。

次に移植期の口腔衛生管理、粘膜障害対策、感染管理といった歯科医師介入のきっかけは、造血幹細胞移植の際の口腔内所見として、移植前処置から生着までの 2~3 週間、口腔粘膜障害が頻発すること、重度の口腔粘膜障害は耐え難い疼痛を引き起こすとともに、二次感染の危険を高めことからである。従来、口腔内の保潔目的にイソジンの含嗽が行われてきたが、イソジンの含嗽では喀痰から検出される菌に対する消毒効果は得られない。

また、口腔粘膜障害は、歯との接触部、可動粘膜部が重症化していることから、口腔粘膜障害への対策のポイントは、粘膜保護を重視した管理であり、保清すなわち菌量の減少と粘膜保護すなわち感染経路の遮断が重要となる。移植期の歯科衛生士・看護師の対応として、積極的にハブラシ等を用いてバイオフィルムを機械的に除去することと、口腔粘膜保湿剤を用いて口腔粘膜の乾燥をいかに防止するかが重要となる。

## 講演 2

### チームで取り組む口腔衛生管理の実際 —保湿と保清ケアを中心に—

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
歯周病態学分野  
歯科衛生士 杉浦裕子

#### はじめに

岡山大学病院の血液腫瘍内科では、2003年から歯周科が、移植期（化学療法、前処置、移植とその後を含めた期間）の患者の口腔衛生管理に参加している。医歯看連携のがんチームの医療体制の中での口腔衛生管理について紹介する。白血病治療中の患者の口腔内は、口腔乾燥と口腔内の清掃不良による易感染と出血傾向といった特徴がみられ、歯科衛生士は主に感染のリスクを減らすための口腔ケアにたずさわっている。

感染のリスクを減らすための口腔ケアは、まず易感染への配慮として、口腔衛生への意識付け、より効果的なセルフケアの修得、粘膜障害への対策と、出血傾向への対策が中心となる。

#### 造血幹細胞移植における口腔粘膜障害

造血幹細胞移植はさまざまな口腔粘膜障害を引き起こす。私たちの研究データ（河野、杉浦ら、日本造血細胞移植学会、2006）では、移植前より口腔粘膜に発赤が出現し、移植後数日に孤立性潰瘍の出現、約1W後に融合性潰瘍、出血性潰瘍の出現がみられた。そして約2W後に症状が緩和傾向となった。また、口腔内の痛みは、移植後、数日より2Wの間、約1W後をピークにかなり激しい疼痛が出現した。小児の場合では、融合性潰瘍、出血性潰瘍の出現は移植後7日から25日まで続き、口内痛についても、移植数日後から20日前後まで出現した。

#### 口腔衛生管理の方法

歯科衛生士が口腔衛生管理を行う場面は①口腔内精密検査および感染巣の除去のサポート、②口腔粘膜障害・口腔の疼痛緩和・口腔乾燥への対応、③口腔清掃・口腔乾燥・保湿ケアの評価を行い、患者や看護師に対する助言やサポートを実施、④生着後の口腔メンテナンスやGVHDのケアのサポートの大きく4つになる。

具体的な口腔感染管理としては、まず、移植前の効果的なブラッシング指導は欠かせない。易感染状態にある患者の口腔内に存在する細菌のかたまり（プラーク）を機械的に除去し、効果的な清掃方法を身につけることが重要である。

特に易感染状態にある患者の口腔内は、感染経路となり得ることを説明し、患者が口腔衛生管理の重要性と必要性を十分に理解した上で、セルフケアを安全に行ない、保清を定着・継続できるように支援する。

口腔感染管理のための口腔内アセスメントと評価は、乾燥、損傷、びらん、腫脹、出血等を確認し、各評価基準を用いて、口腔乾燥、口腔の疼痛、口腔粘膜障害の評価を行う。口腔粘膜障害・口腔の疼痛緩和・口腔乾燥への対応は、易感染期を感染から守り、患者が楽に生着を迎えられるようにすることが重要で、情報（患者の主訴、口腔内アセスメント）を得た上で、状況に応じた保湿・保清ケアを行う。特に保湿ケアは重要で、口唇は白色ワセリンの塗布、口腔内には、保湿剤の塗布を行う。保清ケアでは、軟毛・超軟毛ブラシや綿棒による口腔清掃と含嗽剤（生食、アズノールキシロカイン、抗真菌剤）によるうがいを行う。

このように、造血幹細胞移植患者の標準的口腔ケアは、う歯や歯周炎のチェックと治療など歯科的な処置を行うこと、正しいブラッシング方法を指導するなど、移植早期のケアの開始と、患者自身による自己管理が行えるよう支援することである。

#### 役割分担について

看護師は日々の看護の一環として、日々の詳細なアセスメント、簡単な口腔内清拭、口腔衛生指導、医師・歯科医師・歯科衛生士への口腔内の問題・変化の連絡。歯科衛生士は週に2～3日、専門的な口腔衛生指導・管理。歯科医師は週に1～2日、口腔内感染巣の管理・把握、感染管理について歯科の見地から内科医師へ情報提供を行っている。

#### 医歯看連携について

当院では、看護師が口腔内観察表や口腔内アセスメント表を用いることで評価を継続的に行い、歯科衛生士の口腔衛生管理に欠かせない情報共有化が図られている。各患者に応じた適切な対応を行っていくためには、特に看護師との連携が欠かせない。各患者の粘膜障害や疼痛の程度やピークを把握し、具体的にどのような対処を行うかを密にすることが重要である。そのために、看護師や医療スタッフに向け、口腔観察や口腔アセスメント、口腔ケア等についての研修会を行っている。

また、病棟における看護師によるサポートは、1)患者と家族の意思決定を専門的判断により支える、2)生活環境を整え、日常生活をサポートする、3)苦痛や症状を緩和する、4)Self careの力を引き出す。口腔ケアはこのような看護師のサポートとともに、医療スタッフ、そして患者さん自身によって支えられているものである。

がん対策基本法により、「がん看護実践に強い看護師」の育成研修が実施され

ている。その目的は、苦痛に対する適切なアセスメントと症状コントロールである。これからの歯科衛生士は、目の患者からだけでなく、多職種の現場の医療スタッフからも口腔内管理のスペシャリストとしての役割が求められる。今後、EBMに基づいた口腔衛生管理を実践していくことが重要であるとする。

地域保健総合推進事業 保健所長会協力事業 平成21年度 第1回 班会議 要旨メモ

日時:平成21年7月18日(土)11:00~14:00

場所:岡山コンベンションセンター 4階 401会議室  
(岡山市北区駅元町14番1号)

出席者:瀬戸昌子(滋賀県東近江保健所)

井下英二(滋賀県健康推進課健康づくり支援室)

河本幸子(岡山市保健所健康づくり課)

安藤雄一(国立保健医療科学院口腔保健部口腔保健情報室)

堀江 博(奈良県健康増進課、山田全啓所長の代理)

内容

1 昨年度事業の報告

- ・ 観音寺市、国立長崎病院の視察を行った。
- ・ 都道府県歯科医師会、都道府県庁、各保健所に、報告書とクリアファイルを配布した。
- ・ 報告書は残り20冊。クリアファイルの残りは150冊。
- ・ 報告書については行歯会サイトにPDFファイルが掲載されている。  
→<http://www.niph.go.jp/soshiki/koku/oralhealth/nioph/gyoushi.html>
- ・ 日歯と日医には配布したのか？
- ・ 医師へのアプローチが薄いのではないか？
- ・ 日歯は深井先生経由でアプローチしてはどうか。

2 今年度のこれまでの経緯

- ・ 配布資料に記載のとおり。  
糖尿病と歯周病に拘らず、幅広い連携が必要というコメントをもらっている。
- ・ 6月26日(事業説明会、於:日本公衆衛生協会)に、プレゼンテーションを行った。  
(モデル事業の実施、がん治療との関係等も視野に入れた、啓発グッズの作成)
- ・ 他の研究班もこの時期に第1回打合会を開催している模様。

3 今年度事業計画の協議

○ メインテーマ

(1)がんと口内炎の関係について

- ・ 北大病院に熱心な歯科衛生士が在籍していなかったか？
- ・ 病院での連携か、地域での連携か？
- ・ 新潟大学歯学部口腔生命福祉学科 大内章嗣教授が詳しいのではないか？
- ・ 長崎県の角町先生一川崎教授のあたりは、連携について詳しいのではないか。
- ・ 医療機関間の「つなぎ」を担うのが保健所の役割ではないか。

→とりあえず事例を探して行って、見てみる。

- ・ がんの治療で唾液が出なくなると、瞬く間に歯頸部のう蝕が多発する。  
医師への周知は十分なのか。
- ・ がんの治療中の口腔管理指導については、病院の中で行う処置が全てではない。  
通院で化学療法を行う事例もある。地域的な観点も要るのでは。

(2) 低体重児と歯周疾患の関係について

- ・ 低体重児と歯科保健の連携については熊本県(市野先生)、大津市で実施の模様。
- ・ 徳島大学の伊藤博夫教授のところ

○ 先進地の視察について

- ・ がんで2か所、母子で1か所程度。
- ・ 場所は静岡県、長崎県、他情報収集の過程で把握した地域。

- ・ 保健所長へのアンケートを実施してはどうか？

→集計作業がたいへん

- ・ がん診療拠点病院にアンケートをしてはどうか。  
歯科と連携がとれているかどうか、実態を把握する。歯科へ紹介しているか？  
歯科がないがん診療拠点病院はどうしているのか？  
歯科医師・歯科衛生士の配置等

○ 啓発媒体の作成について

- ・ クリアファイルも好評だが、ウェットティッシュもなかなか有効。

○ その他

- ・ 禁煙は入れるのか？

→大津市のモデル事業は止まってしまった。

- ・ 脳卒中の連携について

山形大学医学部附属病院歯科口腔外科准教授の濱本宜興(はまもとよしおき)先生(厚労省に技官で3年在籍)の脳卒中パス、病院歯科のあり方を照会したら参考になるのでは。

東近江医療圏の脳卒中パスは機能している。

**地域保健総合推進事業 保健所長会協力事業 平成21年度 第2回 班会議 要旨  
メモ**

日時:平成21年11月7日(土)11:00~13:30

場所:岡山コンベンションセンター 4階 402会議室 (岡山市北区駅元町14番1号)

出席者(五十音順・敬称略):

井下英二(滋賀県健康推進課健康づくり支援室)

角野文彦(滋賀県健康推進課)

北原 稔(神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所保健福祉課)

河本幸子(岡山市保健所健康づくり課)

角町正勝(日本歯科医師会)

堀江 博(奈良県健康増進課、山田全啓奈良県郡山保健所長の代理)

**内容**

**1 がん医療連携拠点病院に対するアンケート調査の内容について**

**○ 出席者意見**

- ・ 病院データがエクセルファイルであるので宛名タックシール等作成可能。公衆衛生協会に頼めば1~2日で発送可能。
- ・ 医科からみればがんは臓器によって全然異なる。
- ・ がんと口腔ケアについて、医師は口内炎によるQOL?よりは感染予防の観点でとらえている。口内炎に対する関心はまだ低いのではないか。
- ・ 何のために口腔ケアを行っているか尋ねなくてよいか。
- ・ 7)の内容を4)に含めることはできないか。役割を分けて聞かないと。  
→ 4)と7)は合体させる。
- ・ 院内に歯科口腔外科が設置されていても、そこが「とこや歯科」状態になっていて、連携がとれていないところもあるのではないか。逆にいえば院内に歯科口腔外科があれば、そこは連携をとってもらいたい。
- ・ まず院内のクリニカルパスが整備されて、その次に地域におけるクリティカルパスが整備されていくのだろう。
- ・ 連携はどこでもいからできていれば、「できている」とするのか?  
→ そういうことになるのでは。
- ・ 病院として口腔ケアについて認識があるないというよりは、診療科あるいは医師単位で異なってくるのではないか。  
→ 看護職の中に入れば比較的引き継がれて存在する。
- ・ せめて抗ガン剤を使うときは口内炎に気をつけてほしい。
- ・ 歯科衛生士には看護師と違って包括的指示という概念がない。
- ・ 病院内外の連携状況について、明確にする方がよい。
- ・ アンケート回答者に院外のことまで連携の状況が把握できているだろうか?

- ・ イメージとしては、
  - 1 手術前にコンディションを整えるための口腔ケアの実施
  - 2 手術 → 退院までの院内における口腔ケアの実施
  - 3 退院 → 術後管理(通院による治療継続)における口腔ケア
    - 3-1 院内歯科口腔外科による管理
    - 3-2 地域の歯科医療機関による管理
 

緩和ケアになったら訪問看護ステーション等を通じた院外管理になるだろう。
- ・ 本事業がきっかけとなってがんの地域医療連携パスの中に歯科が入るようになるとうい。
- ・ 地域での受け皿となる体制づくりについて、歯科医師会の中でもできる人とできない人がいる。必要性を理解している人なら体制づくりができる。

#### ○ アンケート調査票について

- ・ 対象施設数は2次医療圏数とほぼ等しいと想定すれば、300-400程度。
- ・ アンケート調査の回答者は誰を想定するか？記入者を把握する記入欄を作成する。  
(職種、所属等) また、回答するにあたり意見を照会した職種を列挙してそれに「○」をつけるようにする。
- ・ 回答依頼文書かがみ文に院内各関係者に確認のうえ作成するよう記載する。  
文書は瀬戸Dr.と相談のうえ井下Dr.が作成する。
- ・ 術前も入れたらどうか(4)関係)。  
→ 「術前術後」とすることで対応。
- ・ 院内の歯科口腔外科か、近隣の病院の歯科口腔外科を想定しているのか？  
(5)関係)  
→ 両方。「院内外」とする。
- ・ 口腔ケアについて歯科関係職種に頼らず看護職が行っているケースを想定しなくてよいか。(6)関係)  
→ 栄養士が看護師と組んで熱心に取り組んでいる事例  
→ 拠点病院ではないが、保健所の歯科衛生士が講師になって研修を行い病院の看護師が実施している事例  
→ ST、OTも熱心に取り組んでいる。  
→ 口腔ケアは口腔清拭としてなら通常業務として看護師が日常的に行っている。  
→ 口腔診査と口腔ケアは分けて設問を作成する。(6)関係)  
問1:口腔ケアのための口腔診査について(択一)  
(1:必ず歯科専門職が実施 2:必要に応じて歯科専門職が実施 3:していない)

問2:口腔ケアの担当者はどなたですか(複数回答)

(1:歯科医師 2:歯科衛生士 3:看護師 4:その他( ))

- 
- ・ 入院中の患者について院内外の歯科口腔外科と連携がとれているか(はい・いいえ)
  - ・ 入院中あるいは退院後の患者について地域の歯科診療所と連携がとれているか(はい・いいえ)
    - それぞれ、とれているところについては、何をメインに連携しているか、さらに照会する。
  - ・ がん患者に対して協力歯科医があるとありがたいですか。どんな制度があれば助かりますか?
    - 最後に1問作って、こちらが売りこみたいことを記載する。  
(回答肢は「そう思う・あまり思わない」)

## 2 先進地視察について

- 愛知県、静岡県、広島県(尾道市)、山形県、長崎市を候補地として交渉。
  - ・ 愛知県は井下Dr.が井後Dr.@愛知県庁を窓口として今後交渉を実施する。糖尿病予防教室に歯科の事を書き込めるようにするシールの支援。春日井市の事例。愛知県がんセンターは坂井Dr.
  - ・ 静岡県は・・・? 中村Dr.? 大久保会長?
  - ・ 広島県(尾道市)については山科広島県歯会長に角町Dr.が連絡する。会長に頼めば研修参加もたぶん可能。11/26(木)がんの講演で角町Dr.が赴く。
  - ・ 山形県は濱本准教授@山形大医学部歯科口腔外科に井下Dr.が11月6日(金)電話で交渉を実施。少し引き気味。
  - ・ 長崎市は長崎市医師会が市民病院、長崎大学と連携のもと緩和ケアを実施。角町Dr.の拠点。川崎Dr.にも照会?

## 3 啓発媒体について

- ・ 昨年度の媒体は各都道府県歯科医師会には配布した。まだ残あり。
- ・ やはりクリアファイルか。しかしクリアファイルは重い。送料が高つく。
- ・ 報告書と同時発送できると送料節減できてよい。

## 4 その他

- 連携について
  - ・ 国立がんセンターとこのような取り組みをおこなっているという連携がとれないか。
  - ・ 角町Dr.が日歯理事会で報告するので、日歯との連携は可能。日歯公報に出

せればインパクト大。

- ・ 拠点病院への調査については、保健所長会ホームページに各所長から対象施設に回答協力するよう依頼してほしい旨の情報を掲載できるとよい。

#### ○ 配布資料について

- ・ 滋賀医大デンタルサポートチームについては山本教授が作成。介入ではなく「あたりまえ」に入る。
- ・ 周術期に口腔ケア実施による入院日数減の出典は要調査。  
→ 予後がよい(感染による肺炎等併発症の減、よく食べられる)からではないか。

#### ○ 妊婦・糖尿病・がんと歯周病について

- ・ がんと歯科医療との関連、妊婦に関するエビデンスの整理については安藤Dr. @国立保健医療科学院に要相談。
- ・ 大津市の妊婦歯科検診は実績が少ない。徳島大学の調査結果では低体重児との関連で最後まで残ったのは喫煙と歯周病。長崎市では産科検診の際、唾液検査を実施しており追跡中。  
→ 妊婦については大津市か長崎市を紹介する。
- ・ 歯周疾患検診は今後、妊婦・がん患者等ターゲットを絞る必要があるのではないか。現状ではよい人しか受診しない。
- ・ 男性2人に1人、女性3人に1人はがんになるのでがん患者に対するアプローチはポピュレーションになる。
- ・ 糖尿病も予備軍まで含めると対象者数が多いので、ポピュレーションアプローチになる。
- ・ 糖尿病と歯周病の関連で、HbA1c 7~8%の人に対する歯周病治療により0.7%改善するデータは関心を持たれた。  
→ 近江八幡圏域で取り組みが行われている。

#### ○ 今後の執行スケジュール

- ・ 09/11/09の週 アンケート調査票の仕様確定
- ・ 09/11/16の週 アンケート調査票の郵送
- ・ 09/12/04頃 上記調査回答締め切り日 未回答施設に対して督促の実施
- ・ 09/12/07(月) 中間報告会(アンケート調査の途中集計結果は報告できるのではないか)
- ・ 09/12/18-31頃まで アンケート回答の集計
- ・ 10/01/17(日) 第3回班会議の開催  
会場は岡山または広島。  
岸本Dr.@広島県備北地域保健所の参画が得られるとよい。

岸本Dr.が参画可能な場合は広島で開催する。

アンケート調査の集計結果、発表会に向けた検討を行う。

- ・ 10/03/04-05(木・金) 発表会での報告

**地域保健総合推進事業 保健所長会協力事業 平成21年度 第3回 班会議 要旨  
メモ**

日時:平成22年1月17日(日)13:30~15:30

場所:ホテルグランヴィア和歌山 6階 梅の間 (和歌山市友田町5丁目18番地)

出席者(五十音順・敬称略):

- 安藤雄一(国立保健医療科学院口腔保健部)
- 井下英二(滋賀県健康推進課健康づくり支援室)
- 岸本益実(広島県北部保健所)
- 北原 稔(神奈川県茅ヶ崎保健福祉事務所保健福祉課)
- 河本幸子(岡山市保健所健康づくり課)
- 角町正勝(日本歯科医師会)
- 初山昌平(和歌山県歯科医師会)
- 堀江 博(奈良県健康増進課)
- 山田全啓(奈良県郡山保健所)

**内 容**

**1 アンケートの集計結果について(報告)**

375の拠点病院から報告があった。回答者の所属がさまざま、地域医療連携室もあれば医師のところもある。

- ・ がんパスの運用状況
  - 2割くらいが運用できている。ただし子宮がんは非常に少ない。
- ・ がんパスに口腔領域が入っているか?これから入る予定があるか?
  - ほとんど入っていない。入れる予定もない。
- ・ 口腔外科は7割の病院に設置あり。
- ・ 歯科との連携は「とれている」あるいは「必要に応じてとれている」
- ・ 口腔外科が設置されていても歯科との連携がとれていないと回答する施設もある。
- ・ BP製剤の投与患者については歯科との連携がとれていると回答する施設が多い。

**2 先進地視察について(報告)**

- ・ 静岡県立静岡ガンセンター(平成21年12月18日(金)実施)
  - 別添報告メモ参照
- ・ 院内での口腔ケアがきちんと行われている。
- ・ 地域の歯科医療機関を巻き込み連携がとれている。
- ・ 術前の連携歯科医療機関による治療は、手術まで日数が少なく時間的制約が大きいことが課題。

地域連携については保健所として「あるべき姿」を見せることが大事なのではないか。病院の口腔外科の歯科医が理解していれば地域歯科医師会と連携を図る場合、保健所は不要だが、見えていなければ保健所が提示する必要がある。

報告書に載せる場合はパワーポイントを直接もらわなくてもPDFファイルに変換したものを提供してもらってもよいのでは。また情報のやりとりを行うFAX様式がまだ情報提供いただいていない。

### 3 発表会の抄録について(報告)

平成22年3月4・5日に行われる。

発表者1名、随行者2名程度研究費から旅費支給可。

### 4 その他の動き(報告)

- ・ 日本歯科医師会と国立ガンセンター、関東4都県で連携事業を10月頃から行う予定。
- ・ 神奈川県保健福祉事務所の歯科職が管内の病院の看護職を対象に出張講義(勉強会)を実施。所長から病院長へ昨年作成したクリアファイルの配布がきっかけ。みさき保健所。
  - 報告書用としてA4サイズ2~3枚でレポート作成(北原Drへ)
- ・ 連携パスの運用もまだ始まったばかり。連携にあたっては、まず事業内容の周知を関係者に行うことから始まるのではないか。
- ・ 糖尿病との関係について、医科の先生は歯周病についての認識がまだ十分いきわたっていないのではないか。
  - 日本歯周病学会が作成した「糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン」を出したらよいのでは。
- ・ 和歌山市では糖尿病の連携パスについて歯科の記載がなくアピール不足。

### 5 がん患者の口腔ケアに関するエビデンスについて

- ・ がん患者のステージがさまざま、介入する口腔ケアの内容がさまざま、アウトカムの見方が入院日数の減、合併症の有無、口腔環境の改善の有無などさまざま。なので、大雑把でも整理しておく必要があるのでは。
- ・ mindsの歯科のコクランレビューでアブストラクトの和訳がある。癌治療中患者における口腔粘膜炎治療の介入等について記載がある。薬剤のアプローチの一つとして口腔ケアがある。選ばれた論文が3つあって2つが効果なし、1つが効果あり。という程度。
- ・ 国内では、市立池田病院で口腔ケアで入院日数が減ったり、静岡ガンセンターで合併症が減ったという報告がある。
- ・ エビデンスはこれから作られている最中なのではないか。実践の人は論文を書くところまで手が回らない。
- ・ 報告書への記載にあたり、PECOを示しつつ、どのように論文を整理すればよいか。
  - 行政の立場からすれば一つあればよい。
  - まとめるにあたり、なかなかそうはいかない。
  - 平均在院日数が減ったというのはいい。

## 6 がん患者の適切な歯科的支援のあり方について

- ・ まず病院口腔外科が病院内で連携がとれていること。それなしで地域との連携はありえない。
- ・ 病院口腔外科にそのような視点を持ってもらうためにはどうすればよいか。
  - ならば、病院歯科口腔外科の先生にメンバーに入ってもらってはどうか。山形大学の濱本先生はどうなったのか。
  - 個人的な活動が主で、システムティックには動いていない模様。
- ・ 大田Dr@静岡がんセンターいわく、医科との連携にあたっては歯科はがんを治療するのではなく、がん患者の口を診るのが仕事。
- ・ 歯科口腔外科ではなく、歯科として関わればよい。
- ・ 糖尿病については、愛知県春日井保健所(井後Dr.)に見学か。

## 7 保健所の役割について

- ・ ターミナル(緩和ケア)の役割と治るがんに対する役割がある
- ・ 関係者への周知
- ・ 医科歯科連携の事例照会を行歯会を通じて行い、報告書に掲載してはどうか。
  - 今年度で研究事業終了ということを勧告して進めること。

## 8 啓発グッズについて

- ・ 国立がんセンターのパンフレットは拠点病院に配布されているはず。地域に知らせることも必要。まず各保健所長が知ることにより、先に向かって進んでいくのではないか。
- ・ 冊子は情報量が多いが、実際のところ見てもらえないから、クリアファイル等使えるものの方が有効では。
  - グッズについては河本Dr.へ(保健所長向け、地域医療従事者向け)

## 9 その他

- ・ 来年度は医療と在宅の連携で実施?地域の患者は一人で複数の疾病パスの中で動いているケースもあり、現場が混乱している。候補地:長崎、尾道、岩手県。
- ・ 地域医療連携パスの活用で在院日数短縮の事例あり。
- ・ 保健所で実際地域医療連携に該当するような会議が行われているだろうか?保健所は医療監視の中で院長に働きかけることが可能。
- ・ 熱心な職員が居るところで連携が進んでいるというモデルを情報発信できれば歯科専門職員の採用も進むかも。

平成 21 年度 地域保健総合推進事業発表会 (報告)

岡山市保健所 健康づくり課 河本幸子

日時：平成 22 年 3 月 4 日 (木) ～ 5 日 (金)

場所：都市センターホテル コスモスホール (東京都千代田区平河町 2-4-1)

主催：財団法人 日本公衆衛生協会

内容：

挨拶

(北川理事長)

我々が地域保健問題を取り扱っている最終目的は、地域住民の健康を守るためである。最近、行政に対する不満や批判が多くなっており、反省したり、さらに一層の努力をしなければならないと感じたりしている。本日の参加者は、保健所職員が多いと思うが、かつては保健所が地域保健の第一線であったが、今では市町村の機能がかなり強くなっている。市町村と保健所との関係が重要である。保健所職員と市町村職員が話のできる関係を築き、さらに保健所がリーダーシップをとれるようになってほしい。いずれにしても現場を大切にし、現場で人がどのように動いているか、事業がどのように活用できているか、現場の姿を映し出しているかを考えながら、事業を行っていただきたい。ここ数年の地域保健総合推進事業のテーマは、現場で行っている具体的なよい仕事を見えるようにしていくことであったと思う。特に、昨今は、公衆衛生の概念が広がっており、感染症予防、健康づくりに加え、医療体制への関与なども求められている。現場で人がどう動いているかが最終目標であると思うので、その観点で議論に参加していただきたい。

(塚原参事官)

研究事業を通じて、問題点を分析し、改善策を見出し、関係者で情報を共有し、全国で問題点が解決されるというように、この事業が役に立っていると考えている。本日の成果を各地へ持ち帰っていただき、今後もこの事業をより効果的に運用していただきたい。

## 第1部

### 健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究

総括座長 多田羅

#### 1 総括 (佐々木)

保健所の健康危機対応体制の強化と標準化を目的に、2年間で、研究を行う。①昨年までの北川班で作成した全国の保健所はどのような体制を整えていなければならないかという評価指標をもとに、体制のチェックリストを作成し、全国の保健所の弱点(不得意分野)を明らかにし、それを解決するためにどうすればよいかを各班で検討した。②健康危機管理は保健所だけで対応できるものではないので、組織内、医療機関、行政機関、地域住民とどのような連携をとればよいかを検討した。③保健所の技術職が減少している状況で、孤立無援で健康危機管理に対応することは不可能なので、保健所を支援するシステムを検討した。④全国保健所の危機管理事例を収集と共有。⑤平成19年に起きた毒入りギョーザ事件を受けて、新たに発生した健康危機管理事例に対応した際の問題点など、対応の検証。以上5つの目的により、保健所の機能を強化しようと考えた。分担研究班を4つ、分野研究班を9つ構成して、研究を行った。

例えば、自然災害分野では、北川班で作成した評価指標をもとに、自然災害体制の要改善率が40%以上の保健所が占める割合が高いのが、北海道、関東、九州であった。この地域では、あと1年かけて、研修等を行って、改善していかなければならない。また、自然災害の時に緊急医療体制が課題だと考えている保健所が多かったので、緊急医療体制に直接、保健所が関与することを促進するために、チェックリストを作成し、保健所の役割を自らチェックするようにした。さらに、自然災害の際には、自衛隊等と連携し、食事提供を行うが、食料備蓄量の計算、集団としての栄養バランス、安全な食材の提供、特殊食の入手場所なども含めた栄養支援が行えるシステムを開発した。

解決策としては、保健所(長)を支援するシステムとして、保健所関係者や専門家をつなぐメーリングリスト等を開発した。今年度は、新型インフルエンザの対応の際、非常に役に立った。

事例収集には、国立保健医療科学院や厚生労働省、全国保健所長会が関わり、46事例が提供できる体制になっている。

#### <質疑応答>

(Q) 保健所が対応しようとしても自治体が非常に大きな鍵を握っていると考えている。

そこにこの研究班として、どのようにアプローチしようとしているか。

→地域によって、組織も様々であるので、地域保健の見直しとして、新しい考え方を示していきたいと考えている。

## 《普及・地域間多職種間連携 分担研究》

座長 佐々木

原因不明分野では、県型保健所で使用できるマニュアルを作成した。自然災害分野では、緊急医療体制の構築のためのチェックリストを作成したことと栄養支援体制のマニュアルを作成中である。

食品安全や結核についての体制は整備されつつあるが、原因不明、自然災害についての体制は十分ではない。どこのブロック（地域）が不得意な保健所が多いか、何が不得意かを調査し、研修を行っているところである。多職種間組織内連携については、熊本県を参考に都道府県レベルのシステムを構築中である。

### <質疑応答>

(Q) 事例を含めて、報告してほしい。

→原因不明の事例として有名なのは、スギヒラタケ脳症であると思うが、原因不明の事例では、いかに早く原因を明らかにするかが重要である。この課題を解決するために、熊本県を参考にシステムを作成しようとしているところである。

→研修期間が1～2年になるようなものは、余裕が無く、現場が許さない。それも含め、検討してほしい。

### 2 原因不明 分野研究 (松本)

県型保健所の活動マニュアルを作成した。原因不明の健康危機の対応には、まず「察知する」ことが大切であるので、病院や警察から保健所へのホットラインが必要である。会議などでコミュニケーションを積み重ね、医師臨床研修などを通じて、公衆衛生を理解した人材を育成することが大切である。マニュアルには、ゴボウとチョウセンアサガオの根を間違えて食べた事例や井戸水がヒ素で汚染されていた事例なども掲載している。H-CRISIS上で公開しているので、参考にしてほしい。

### 3 自然災害 分野研究 (佐々木)

災害時の緊急医療体制の構築、栄養支援体制の構築、地域内連携の具体案の検討を行った。緊急医療体制のチェックリストは、保健所が本来担うべき役割について記載してある。地域内の医療体制、地域の医療関係者との連携、地域の行政関係者との連携、発災時に正確な情報を早く集めて提供することなどが、強化できるようにチェックリストを作成した。災害時の栄養支援体制については、行政管理栄養士の協力を得て、システムを構築した。田畑を持っている人とアパートに住んでいる人などでは、通常から食料の確保量に差があるので、このようなことも含めて、食料備蓄量を考えなければならない。食の安全（食中毒予防）の視点も必要である。自衛隊に、栄養バランスを考慮したモデルレシピの提供も行った。また、アレルギー食などの特殊食は、必ずしも万全な体制をとる必要はなく、入手先を明らかにしておけばよい。地域内連携では、市型保健所では直接市民を対象に訓練を行っているが、県型保健所では企業と連携した訓練や難病患者の支援などを行っている。今後は、今年度の成果の普及を行う予定である。

### <質疑応答>

(Q) 保健所の機能を強化するためには、本庁の理解や地方衛生研究所のサポートが必要である。それらの人を含めて議論して、検討していただきたい。

#### 《事例収集・分野総括 分担研究》

座長 澁谷

保健所が経験した事例を共有するために、事例の収集を行ったが、本年度は、食品安全に関する事例が多かった。また、本年度は、新型インフルエンザに関する事例提供などを重点的に呼びかけた。H-CRISIS の周知も重要であることを再認識した。硫化水素による自殺事例を収集し情報を提供したり、収集した事例を科学院の研修に活用したりした。

#### 4 医療・介護等安全 分野研究 (古屋)

北川班で作成した評価指標の要改善率 40 %以上の項目をもとに自己チェックリストを作成した。地域のキーパーソンを通じて研修を行ったり、メールマガジンを通じて情報提供を行うなど、地域内連携事業を実施した。また、診療所における点滴液作り置きによるセラチア院内感染事例や手術後感染性角膜炎の集団発生事例を分析し、事実確認、立ち入り検査、相談対応等の保健所の担う役割をまとめ、組織内連携を促進できるよう図った。

#### 5 食品安全 分野研究 (岸本)

食品衛生対策には、行政、事業者、消費者が共通の認識を持ち、それぞれがコミュニケーションをとりつつ、取り組んでいくことが必要である。次年度は、地域住民との連携について、ガイドラインを作成したい。ペッパーランチの腸管出血性大腸菌食中毒事件では、多くの都道府県にまたがる広域食中毒事件として対応がなされたが、1例目の事例から食品部門と感染症部門が合同で連携して、丁寧な行動調査を行ったことから、概要が明らかになった。当初からの所内連携が必要である。昨年度までの評価では、事件終了後に事後評価を行っていないことが明らかになった。厚生労働省へ提出する詳報の考察部分に評価の視点を加えるべく、担当課へ要望する予定である。

#### <質疑応答>

(Q) リスクコミュニケーションのために重要な2分野であるが、事件が起こった際の報道提供、マスコミ対応はどのようにするのか、広域の場合はどのようにするのかについて、考えを示していただきたい。

→報道対応は、多くの場合、本庁でなされているが、保健所で行ったことの発表になるので、報道をを意識したまとめである必要がある。

→茨城県内で一番最初に新型インフルエンザが発生した研究所を行き来している研究者が、非常に大きなバッシングを受けた。その対応を地元の市町村がしたのか、県がしたのか、保健所がどのように関わったのかということがわかっていれば、その事例も積み上げてほしい。

→食中毒の事例では、原因等が確定してから報道することが多いが、調査に入った段階から報道している場合もある。

→ペッパーランチの事件も多くの都道府県で五月雨式に報道がされていて、プレス発表に差があった。そのあたりの検証をしていただくとありがたい。

→所内での連携体制が重要であった。ペッパーランチの1例目の事例は、食事をした場所は他県であった。腸管出血性大腸菌の食中毒は、速報対応になるので、厚労省に事例が集まり、厚労省から注意喚起と遺伝子解析の支援がなされた。今回の事例は、比較的スムーズに対応されたのではないだろうか。

#### 《保健所支援・保健所間連携 分担研究》

座長 岸本

インターネットを用いたメーリングリストや所長会一斉送信メールを活用した。本年は、新型インフルエンザ対応の事例を掲載したり、研修資料を掲載したりすることによって、情報が共有でき、役に立った。

#### 6 感染症・結核 分野研究 (遠藤)

事例を提示する様式を整えて、感染症・結核に関わる事例を収集し、連携上の教訓をいくつか見出した。次年度に向けて、迅速かつ適切に情報共有ができる全国レベルの連携のシステムを作成しているところである。

#### 7 精神保健 分野研究 (宇田)

地域における疾病の発生・変調の早期感知・早期支援、安定時の生活・医療支援、危機時への対応から危機介入後の地域移行支援などが重要である。今年度は、具体事例をもとに体制案を考案することを目的としている。現状と課題の抽出のためにワークショップを開催した。市町村と保健所との関係や精神保健医療分野に関わる職員との連携など課題があげられた。また、アンケート調査を行ったところ、自由記載欄に様々な課題が書かれており、検討しているところである。さらに、2回目のワークショップでは、市町村・警察・医療機関との関係や地域住民との関係などの課題があげられた。

#### <質疑応答>

- (Q) 感染症情報の流れの中で、地方感染症情報センターがきちんと機能していないのではないか。県下の保健所での情報をまとめて、国の感染症情報センターへ報告するなど、果たすべき役割が果たせていないのではないか。食中毒など広域散发事例では、感染症情報センターが機能していないと対応できないと思う。地方衛生研究所の8割にしか地方感染症情報センターが設置されておらず、医師会へ委託されていたりするような状況では、感染症疫学情報の流れがきちんと整っていないのではないか。
- (Q) 今回の新型インフルエンザ対応の検証をアンケートの分析だけではなく、実施してほしい。
- (Q) 今回の新型インフルエンザでは、情報を得るのに、メーリングリストで流れてくる情報が非常に役に立った。ありがとうございました。  
→本庁と現場とのタイムラグ等、連携事例を通じて、検証していきたい。

## 《事例調査・地域内連携 分担研究》

座長 緒方

ギョーザによる食中毒、新型インフルエンザ、ペッパーランチの食中毒など健康危機管理発生事例の調査を行った。保健所と地域住民、団体・企業との連携事例について、調査した。次年度は、消費者行政とも連携しながら、検討を進めていきたい。

### 8 飲料水安全 分野研究 (小窪)

県型保健所の改善策として、地域内連携を図るため、「重点確認シート」を作成した。事例の傾向では、管理ミスの事例が増え、感染症の事例は激減していた。規模が小さい施設ほど感染症事例が多く、規模が大きい施設ほど管理ミス事例が多い。感染症・管理ミス事例は、夏場に多く、化学物質による事例は、12・1月に多い。保健所管内の飲用井戸の確認を行った。小冊子「飲料水安全の実際」を作成し、全国の水道主管部局に配布した。水道施設の取水源の実際を見ると、安全性の確保は危ういのが現状である。

### 9 生活環境安全 分野研究 (中瀬)

化学物質：厚生労働省が管轄している物以外にも様々な物質・場所によって、健康被害が起こりうる。各自治体によって、政令市では保健所が所管していなかったり、県によってはある保健所が集中して行っていたりと保健所が所管している範囲も異なっている。また、多くの化学物質の場合、短時間での対応が必要となってくることが特徴である。これらのことから事前の準備が大切である。保健所が所管する事例であるか否か、発災前・発災時・発災後という2つの視点から検討した。管轄内化学物質の発災前であれば、保健所を中心として、届出等を受けたり、日本中毒情報センターなど専門的な関連機関の事前把握など特異的な対応があり得る。本庁が防災計画などで保健所をどう位置づけるか、防災訓練などで備えを具体的にすることなどが重要と考える。また、保健所設置市では、保健所そのものが役割を担う場合も考えられる。管轄外化学物質の発災前であれば、事前準備は非常に難しく、発災時の一般的な対応が重要になると考えられる。情報を素早く収集し、所内・庁内に提供することが重要である。初動以降には、保健所がどのように対応するか本庁内での位置づけを明確にする必要がある。日本中毒情報センターでは、化学物質テロなどにも対応する具体的なカルテなども作成し、様々な相談に対応できる体制が整っているので、この活用が必要である。

ウエストナイル熱媒介蚊等対策：戦後のマラリア対策に成功した沖縄では、その政策の主導は「官」であったが、現在では、防疫員の人員は減少しているため、もはや行政機関「官」主導で、蚊対策を行うことは不可能である。そこで、自治体・住民組織・民間団体の役割を提示した上での連携が必要となる。都道府県本庁が調整機能を果たした上で、保健所は現地で、市町村、住民組織と連携し、具体的な役割の提示が必要である。例えば、共有地における薬剤散布は、誰が責任を持って行うか、など役割分担を明確にし、提示した上での協力が必要である。

### 10 原子力 分野研究 (竹之内)

原子力健康危機管理に保健所が適切に対応できるかについて、実態調査を行ったが、回答率がきわめて低く、関心の低さを表している。JCOの事故から10年経った茨城県原子力総合防災訓練の視察とモノザイトの放置事件について事例調査を行った。放射線事故は突然発生するため、特殊な装備など知識と準備が必要である。発生頻度が低いのが特徴である。

<質疑応答>

(Q) 新型インフルエンザなど海外由来の感染症に関して、空港の検疫所と保健所との関わり、情報のやりとりなどはどのようになっているか。

→今回の新型インフルエンザでは、保健所では大勢の要観察者の健康観察および指導を行った。

(Q) ウエストナイル熱媒介蚊は、航空機の中で駆除するとのことであるが、その情報に基づき、保健所がその地域の蚊の駆除を行うこともあり得るのか。

→各空港では、マラリア等を想定して、検査を行っている。そのことをどのくらいの保健所長が認識しているかは不明であるが、担当者は認識している。

(Q) 健康危機管理に関するシステムはアウトプットだと思う。もっとアウトカム（効果）が見えるとよいかと思う。例えば、病院群別の死亡率を出したり、地域別の死亡率を出したり、視覚的に見えるようにするとよいかという感想を持った。地域全体の危機管理として、自殺者の増加とか環境や家屋の問題などのシステムを検討する必要があるかと思う。健康格差、自殺の増加、施設の虐待なども取り上げてほしい。

→我々は、評価に強くないので、メンバーに入って、ご指導いただきたい。

(Q) 地方自治法上、危機管理を担う行政機関として、警察署と保健所に位置づけられているが、警察官は増えているのに、保健所員は減っている。チョウセンアサガオ、ヒ素などには、地方衛生研究所で検査対応しているのに、地方衛生研究所の人員も減っている。人員数を出して、国に人員要望していただきたい。

また、連携というキーワードの中で、研修と会議が出てきたと思うが、地方衛生研究所も研修機能を持っている。千葉県では、医師臨床研修も受け入れている。さらに、会議は、大阪と千葉では、会議の持ち方が異なっており、戸惑うこともあるが、千葉では、地方衛生研究所も保健所長会に加わっている。保健所と地方衛生研究所の連携が取れている事例として、紹介したい。

→地域の関係者が一同に集まって共通課題について話をするところから、連携が始まると思う。千葉県、千葉市はギョーザ事件を通じて、連携がとれるようになったと聞いているが、その他の地域では、事件が起きる前に、連携がとれるようにしてほしいと思う。保健所長ですら人員が確保できていない状況であるので、技術者の人員要望はしていきたい。保健所長会としても地方衛生研究所と一緒に、研究をすすめたいと思うが、地方衛生研究所の力量は地域によって様々であるので、全国の地方衛生研究所に力をつけていただき、支援してほしいと思う。

(他)

保健所は「緑の下の力持ち」的な立場もあるかもしれないが、様々な機能を担っていることを国民に知らせていく必要があると思う。また、連携の重要性はわかっているが、住民・他の行政機関を巻き込んだ連携「体制」をどのように構築していくかが重要である。社会に対して、より広い理解を得ることが必要だと感じた。

## 第2部 地域保健総合推進事業

### 全国保健所長会協力事業

座長 中原理事

#### 1 地域医療連携体制の構築と評価に関する研究（恵上）

4 疾病の地域医療連携体制構築に向けた保健所の取り組み状況について、調査を行ったところ、この3年間で取り組みが進んでいることが明らかになった。市型保健所が関与しているところでは、県から医療計画推進業務を受託しているところが43%と高かった。富山市は本来業務である生活習慣病対策を糸口に、医療調整に関わっていた。また、札幌市のように、医療政策課を設置しているところもあった。

#### <質疑応答>

(他) 地域の立場で、連携をすすめてほしい。

#### 2 地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究（岸本）

保健所の関わりの有無に関わらず、地域連携クリティカルパス事例を収集し、マニュアルの改訂第3版を作成した。パスの普及・推進に関わり、保健所に期待される役割としては、中立的な立場としての医療機関相互の調整、連携医療機関の拡大、関係機関への参加呼びかけ、地域住民への啓発等が期待されている。事例の紹介は、全国保健所長会HPで行っている。

#### 3 保健所新型インフルエンザ対策情報発信事業（緒方）

5月の新型インフルエンザ発生から、全国保健所長会HPに、通知をまとめる・入れ替える、リンク集などで情報を発信する、専門家からのアドバイスを掲載する、現場からの報告等を随時掲載することを行った。アクセス数は1日あたり、2,000件に上った。今後は、事例集を取りまとめる予定である。国へ健康監視の方法など要望しているところである。また、夏以降の保健所の対応状況の調査を行う予定であるので、協力をお願いしたい。

#### 4 医師臨床研修「地域保健・医療」の成果と課題に関する研究（嶋村）

医師臨床研修の「地域保健」が必修化でなくなる影響を調査したところ、保健所における研修の受け入れがなくなるところが半数程度ある。公衆衛生を理解する医師を育てるためには、研修が必要だと考えている。研修病院に働きかけて、研修を継続することも必要であるし、大学の公衆衛生学教室にも頑張ってもらいたい。免許を取得する前の医学生の教育の中で、実習等で取り入れてもらうことも必要かと思う。

#### <質疑応答>

(意見) 大学では、専門医の確保のことしか考えていない。公衆衛生マインドを持った医師が地域には必要である。

(意見) 岡山市では、臨床研修医に新型インフルエンザの地域内の小学校区ごとの発生状況を取りまとめ、情報発信してもらう、保健所の健康危機管理業務についても実際に体験してもらった。

5 専門性を確保した保健衛生行政の中での市型及び県型保健所のあり方についての検討  
(中瀬)

5事業の医療計画・医療調整について、全国調査を行った。災害医療について、高知市は、県の組織の中での支部としての位置づけと市の医療対策本部としての位置づけがあり、市保健所が市内の医療調整を担当し、救護所ではなく、救護病院を設置するという新しい取り組みをしている。札幌市は、自治体の規模が大きく、消防局や医師会とともに医療対策本部を組織する形で、市内の医療調整を担当する。周産期医療については、和歌山市は、産科医が少ないため、助産師を活用することを協議し、その調整を行っている。5事業に取り組む保健所は、一部であったが、それらの取り組みは多様であった。中規模の医療圏では、医療需給による役割の違いがあり、医療資源が医療圏の中心である市内に集中し、医療が完結する場合には、市型保健所が中心に調整機能を担い、市外の医療機関の役割も大きい場合には、県型保健所が圏域の医療調整を行うのが適当であると考えられる。大都市の医療圏では、将来のアセスメントも踏まえた市の積極的関与を検討すべきだと考える。4疾病とともに医療計画は、都道府県業務であるが、医療資源が都市部に集中していることも踏まえて、市型保健所にも医療調整機能を位置づけて、補助金を運用させる等によって、保健所機能を活用することが望ましいと考える。

健康危機管理分野では、新型インフルエンザを例にして、市型保健所と県型保健所との関わり事例について、検討した。保健所の日常の感染症・危機管理対応についての知見は、充分活用される形で、行動計画や市町村のインフルエンザ対策がなされたとは言い難い状況である。今までの知見をふまえた保健所機能の活用が望ましいと考えられる。

生活習慣病対策では、県型保健所の健康づくり推進の連携では、地域職域連携推進協議会の設置・運営、健康情報の発信、推進員の育成、連携会議の設置が行われている。市型保健所では、特定健診・特定保健指導を実施している保健所は減っているが、データを操作し、効果の検証が行えるように関わっている保健所が一部増えている。

医療計画・調整分野では、市型保健所にも医療調整機能を位置づけ、市に補助金を運用させる等の対策によって、保健所機能を活用することが望ましいと思われる。健康危機管理分野では、新型インフルエンザへの対応の例を見ると、保健所の日常の感染症・危機管理の知見を活用するという位置づけが、実際の業務の中で重要である。生活習慣病対策では、連携・調整機能を果たしている県型保健所は多く、市型保健所では特定健診・特定保健指導のデータ活用がすすんでいる状況から、市型保健所においても情報解析機能、広域的な観点からの機能を発揮すると考える。

<質疑応答>

(Q) 県の医療計画の策定にあたって、京都市・神戸市などでは、ほとんど委託を受けているような状況である。岡山市では、そのような関与をしていないのか。

→都道府県の保健所が医療計画は策定することになっていて、岡山県においても管轄する保健所から岡山市に対して問い合わせはある。協議会の委員であるが、今後は関わりを強化して、事務局に入るなどということも検討している。

## 6 歯科・医科連携による歯周疾患アプローチに関する研究（井下）

歯周疾患に関わらず、歯科・医科連携して、患者中心の医療に関わることを目的としている。糖尿病と歯周病の相互作用が明らかになってきているので、糖尿病患者の歯周病治療の必要性が、取りざたされている。糖尿病医療連携クリティカルパスの中に歯周病治療を含めることやモデル事業にも取り組んでいることである。今年度は、がん治療における歯科・医科連携についても取り組んだ。がん治療に伴い、粘膜炎、口腔感染、口内炎、う蝕の多発等の合併症が起きるため、静岡県立がんセンターでは、がん治療が決まった段階で、術前・院内・退院後の地域の歯科医院も含めた歯科治療の連携が行われている。視察の中で、保健所があるべき姿の提示をしてほしいとの意見も寄せられた。がん診療連携拠点病院を対象にした調査では、歯科・医科連携の必要性を感じ、実際に行っている病院も多かった。

## 7 従来の疫学的手法で解明できない事例のための新たな調査手法の検討（吉岡）

原因不明の食中毒事例の調査を行っている。瀬戸内地域だけでなく、全国に類似の事例があった。食品衛生法上の取り扱いが微妙な事例でもある。

### <質疑応答>

(Q) 原因物質の解明は？

→ 3～4種類に原因物質の絞り込みを行っているが、メカニズムがわからない。

## 8 市町村支援・活用を目指した保健統計の利用に関する検討事業（加藤）

保健衛生統計の活用には、地方衛生研究所の協力・支援が必要である。多くの保健所において、保健統計を利用しているが、健康課題を分析するまでに至っていない状況であるので、保健所において、充分地域診断が実施できていない場合には、地方衛生研究所に協力・支援を依頼するとよいのではないだろうか。

## 9 保健師活動評価研究（森永）

保健師の活動が住民にどのような影響を及ぼすのかを明らかにするために、事例検証を行った。ある中核市では、「脳卒中」による死亡率の高さに注目した保健師が事業に取り組み、死亡率、障害期間等が微減するという成果が得られた。これは、健康課題を明らかにし、目標を具体的に設定できたことがよかったのではないかと考えられる。漠然とした目標をたてた事業では、成果が得られず、見せる評価ができなかった事例もある。事業の目的は何か、あるべき姿は何か、期待される結果を企画し、どの時期に、どんな方法で、誰にインパクトを与えるのかも決めておく必要があり、これらが整って、評価を行うことができる。

## 10 低体重児出生関連要因分析に関する基礎的検討（佐々木）

全国的に低出生体重児や成育疾患（いわゆる障害児）が増加しているのではないかという印象があるが、保健所が介入すべきかを検討し、どういう要因について介入すべきかを検討することを明らかにすることを目的とした。人口動態統計から、1980年頃から1,500～2,500g未満の出生が増えている事実が明らかになった。長野県のデータから体幹機能障害を持つ児の出生が増えていた。低出生体重児と体幹機能障害との間には、非常に弱い相関が認められた。低出生体重児の関連要因を示す文献はあるが、母体要因、胎児要因、社会的要因などを総括的に調べたものはなかった。成育疾患の関連要因を示す文献はなかった。全国10都道府県において、5,000人の新生児の2年間の追跡調査を行う予定である

11 保健所における自殺対策の推進に関する研究（宇田）

地域自殺対策緊急強化事業の実施状況を調査した。自殺対策大綱の9項目のうち、遺族支援や未遂者の再防止はまだ取り組まれていないが、心の健康づくりの取り組みは多かった。これまで取り組みがすすんでいなかった分野に取り組んだ事例や保健所が関与した事例などは、グッドプラクティス集として、事例集を作成した。事例を積極的に活用すること、地域保健対策推進に係る基本指針に自殺対策を明記すること、地域の自殺の実態把握をすすめる必要がある。

（要望）死亡個票が使いにくいのであれば、所長会や公衆衛生学会等を巻き込んで、厚生労働省統計情報部へ申し入れてほしい。

12 保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する調査（廣田）

地域保健法が施行されてから12年、基本指針も平成15年以降、見直されていない。現在の保健所の機能について調査し、今後の保健所の役割を明らかにすることを目的とした。66%の保健所は、医師であるのは所長が1人で、兼務している保健所も多い。30～160人の職員を有している。保健と福祉が統合されている組織が多い。56%の保健所は運営協議会を設置している。保健師の活動は、業務分担しているところが多い。

13 保健師教育における新カリキュラムに対応した臨地実習のあり方に関する調査研究  
(森岡)

4単位の保健師教育の臨地実習をどのように行うべきかについて、検討した。現場が求める能力が備わっていない、免許を持っていないことによる実習内容の限界など、現状での困難さが明らかになった。地域診断、家庭訪問、健康相談、地区組織活動等、体験させる実習を通じ、高度な専門性を持つ職業人として、実践できる保健師を育成したい。

14 市町村における新任の人材育成のプログラムの作成に関する調査研究 (渡辺)

昨年度は、人材育成マニュアル作成を通じ、指導者である中堅保健師の育成を行った。今年度は、モデル自治体において、人材育成プログラム作成の支援を行い、プログラムの展開方法やポイントを示した。市町村の人材育成には、保健所が積極的に介入・支援し、人材育成システムを位置づけることが必要である。

15 保健所機能を活かした地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化(永江)

ネットワークの構築のための展開課程および各プロセスで発揮される支援技術についての「ガイドライン」を作成した。

16 公衆衛生行政医師の確保・育成に関する調査研究(三宅)

行政医師・歯科医師の人事交流、行政医師を対象とした研修の要望の有無についての調査を行った。医師は、府県庁に1～5名、県型保健所に5～10名、市に1～3名配置されていた。歯科医師は、1名配置されているところがほとんどで、府県庁に歯科医師がいないところが14県、県型保健所に歯科医師がいないところが13県、市では32市に歯科医師がいない状況であった。人事交流は、6割では行われておらず、県から市へ派遣する形式で行われているものが2割ほどであった。県と市の連携がとりやすくなることが、人事交流のメリットとしてあげられた。最近の行政医師の採用状況は、1名採用している自治体が7～16の自治体、2名採用している自治体が1～4の自治体がある。行政歯科医師の採用は、ほとんど行われていない。県では保健所長研修への派遣実績があるが、市ではほとんどなく、派遣中の代替要員の困難さに差があるのだろうと思われる。全国衛生行政研究会が開催企画している新任研修については、希望する自治体が過半数で、2～3日間、6～8月末、費用は10,000円、大阪・東京・福岡での開催を希望していた。

<質疑応答>

(Q) 公衆衛生医師の確保が難しいのは、宣伝不足なのではないか。

→日本医事新報などのメディアや県のHPなど利用している。厚生労働省の公衆衛生医師確保推進事業を活用している場合もあるが、確かな人を直接紹介してもらっている事例もある。

(Q) 新潟県庁医師確保対策室にいる。新潟県の場合、12保健所に医師が10人しかいない。また、10人中5人が県庁と兼務している。採用がある自治体にはどのような年齢層が採用されているのか。どのような経路・きっかけで採用されているか。

→最近5年間に採用された医師の年齢は、20～50代で、30代が42%で最も多かった。

男女比は1:1。

(意見) 京都大学では、臨床研修終了後、厚生労働省へ行きたいという医師が出てくる。皆さん自身が母校の大学で講義をしたり、公衆衛生学の教授から公衆衛生行政の講義をしてもらったりして、臨床以外にも進路があることを伝えて、公衆衛生のおもしろさを教えよう。

17 総合的地域診断プログラムに関する研究(大西)

特定健診・特定保健指導を地域診断にどう活用していくかを目的とし、モデル5市町のデータ分析を行った。特定健診の受診率は、18～51%であり、平成19年度と比較して、大きく伸びたところと減ったところがあった。D町は、受診率が18%も向上し、51%になったが、データが悪化していた。昨年受けずに、今年受診した人のデータが悪かったことと連続受診者のデータも悪化したためであった。

<質疑応答>

(Q) D町の状況について、わかる範囲での分析と今後の介入について。

→D町は受診率が18%上がったが、その理由は分析できていない。新たに受けた人、特に女性の検査数値が悪かった。もともと受診しない人が受診するということは、健康への関心が引き起こされて、受診したのではないかと考えられるので、この結果は納得できるものかもしれない。むしろ問題なのは、昨年度の受診者が悪化したことが問題である。これからこの結果を市町に返して、分析を行う予定である。

18 特定健診、特定保健指導の効果的推進のための課題の抽出と改善に関する研究(大前)

18の政令指定都市で特定健診を行う上での共通の問題点とその改善策の検討を行った。平成20年度に、政令指定都市特有の問題点として、人口移動に伴う不具合、医師の電子データ作成に関連した問題、詳細な健診を実施する個別医療機関が多いことによる健診費用、住民イメージなどがあげられた。今年度は、それらの問題点が改善されており、電子化については、医師会との協議を重ねることで改善していたり、住民イメージを改善するために、キャンペーンを行ったりした市もある。心電図を希望する住民も多く、それが受けられない特定健診は魅力がないとの意見もあった。特定健診の受診率向上のため、電話勧誘をした市もあるが、周知が問題ではないようである。すでに、かかりつけ医を持ち、他の疾患で同様の検査を受ける機会があるので、受けていないだけである。その情報が把握できないので、受診率に反映できていないのが問題である。データを共有するシステムがあればよいのではないかと。さらには、健診を受けた人には、保険料を安くするなどの考慮があればよいのではないかと意見が出た。

<質疑応答>

(Q) 特定健診は、大部分の人が確信的に受けていない。個人に対するインセンティブが大事だと思う。

→政令指定都市では、なぜ受診率が低いのかということが、この事業の発端であった。都市の住民は、病気にならないと医者に行かないのかと思っていたが、そうではなく、かかりつけ医を持ち、すでに検査を受けていた。医療資源が少なければ、健診の機会しか自分の健康チェックをする機会がないので、健診受診率が高いのではないかと考えていたが、実際は、予防行動をとっている住民が多かった。1か月500円でも保険料が安くなれば・・・という議論がまじめに行われたが、現実的ではないと思っている。検査情報を市にもらうのも難しい。特定健診は、肥満健診ではなく、生活習慣病やがんにも関わることであるというキャンペーンの「仕方」を変える必要があるのではないと思う。

→制度として、インセンティブを作っておく必要があると思う。

19 自治体レベルにおける妊婦及び乳幼児の効果的なたばこ対策に関する研究（矢野）

昨年度作成した DVD の視聴効果を調査したが、知識は得ることができても、妊娠しても喫煙を続けている人の行動変容は困難であった。リーフレット・ポスターを作成し、札幌市内の施設に配布している。

<質疑応答>

(Q) 視聴した人の感想は？

→よい DVD だという意見が多かった。

(Q) 出産後の再喫煙防止へのアプローチが必要かと思う。4 か月健診などの機会でもフォローして効果を明らかにしてほしい。また、妊婦の禁煙指導のノウハウの開発をしてほしい。

→今後、フォローしていきたい。妊娠して喫煙している人は、強固な意志で喫煙を続けているので、別のアプローチが必要だと感じている。

20 科学的根拠に基づく政策決定を支援するための地方衛生研究所の試験研究機能の強化及び情報ネットワークの構築（小澤）

地方衛生研究所には、基本的業務としての検査・研究・研修の他、感染症情報収集解析提供（疫学情報機能）、健康危機管理対応、政策決定への科学的根拠を提供する（シンクタンク）機能があると思うが、各研究所で業務内容、業務のレベルに格差がある。検査手法は進化しており、技術を習得するのに時間がかかるが、予算や人が減らされている中で、機能が充分発揮できない状況になりつつある。各地域ブロックで、専門家会議の開催や専門家会議を開催することや全国情報データベースやマニュアルにより、公衆衛生行政推進に資すると考えられたが、今後も引き続き機能を強化する必要がある。

（北川理事長）

熱心な発表・質疑でよかったと思う。限られた時間内での発表なので、もっと知りたいことが多いと思うが、抄録集をよく読んで、また、研究者に尋ねていただきたい。非常によくできた研究ばかりであるが、さらに要望するならば、弱者に対する具体的な視点が見えなかったように思う。保健師は、住民との接点を持っており、地域の医療や福祉と色々な連携を行っていると思う。そのような活動成果が、このような場にもっとでてきてよいのではないかと感じた。

### 第3部 地域保健・医療に関するフォーラム

挨拶

(中西)

公衆衛生も医師不足であり、その確保対策についてと新型インフルエンザ対策について振り返ろうと企画した。公衆衛生医師確保については、医師臨床研修から「地域保健」が選択科目になったことと6年間行ってきた臨床研修のレビューを行っていただく。新型インフルエンザ対策については、8月に患者が急増した沖縄県の報告や地方衛生研究所がどういう立場で関わったかを報告する。

#### I 公衆衛生医師確保対策の現状と今後の展望

座長 伊藤

##### 1 基調講演「公衆衛生医師確保推進登録事業について」(後藤)

公衆衛生医師には、健康危機管理、地域住民の健康や福祉へ寄与することが期待されている。訓練された公衆衛生医師を配置することにより、健康被害の発生を未然に防止し、拡大を防ぐことにつながる。さらに、医療制度改革に伴い、医療調整に関わることなど、保健所に期待される業務・役割は、近年、増えている。公衆衛生医師による的確な判断が求められている一方で、一部自治体では、その確保が困難な現状をふまえ、「公衆衛生医師の育成・確保のための環境整備に関する検討会」が設置された。保健所あたりの医師数は、平成12年をピークに減少しており、現在、従事しているのは40代が多い。長期的視野に立った採用育成計画が作成されていないことや臨床経験のみを有している医師が配置されていることなどが問題点としてあげられ、研修計画(国立保健医療科学院、結核研究所等)、採用計画、医師の複数配置、研究事業へ参加しやすい環境整備、臨床研修医の公衆衛生教育、人事交流を通じた人材育成などが必要であると検討会から報告がなされた。地域保健室では、公衆衛生医師確保推進登録事業を行ったり、医学教育や臨床研修の紹介を行ったりして、公衆衛生に関する普及啓発を行っている。公衆衛生業務は、国、職域、地域などあらゆる場面で、大変重要である。

##### 2 パネルディスカッション

(伊藤) 公衆衛生医師確保対策は、古くて新しい課題である。全国保健所長会、全国衛生行政研究会では、厚生労働省と話し合いながら、公衆衛生医師確保対策をすすめてきた。臨床研修制度では、臨床医の不足が取りざたされることが多く、公衆衛生医師不足については、角に追いやられた感がある。

##### ① 医師臨床研修における保健所の取り組み(嶋村)

甲賀保健所では毎月1名ずつの研修医を受け入れている。研修医には、地域を人に見立てて見るようにと伝えている。どんな地域なのか、どんな人が住んでいるのか、理解できないといけない、住民の生活を知ることが大切であると伝えている。「地域保健」が選択科目になることにより、保健所研修がなくなるところも多い。人は人から学ぶものである。公衆衛生の大切さを伝えていくためにも臨床研修の中で、「地域保健」は必要である。

## ② 歯科医師の立場から（坂本）

保健所が、公衆衛生の拠点である。地域保健法第6～8条に定められる事項の他、健康危機管理対応など、保健所には多くの役割が期待されている。一方で、保健所長の権限は少なく、都道府県知事の権限を担っているのがほとんどである。一部地域では、保健所長の兼務があったり、公衆衛生医師が退職しても補充されない場合もあり、厚生労働省においても保健所長の職務のあり方に関する検討会等で対応している。ただし、地方分権の流れの中で、全国知事会は、保健所長の医師資格要件の撤廃を提言している。公衆衛生医師も都市部に集中する傾向があるようで、医師枠をあまり空席にしておく、事務方からの圧力で、医師はいらないと言われてしまう。保健所長に充てる医師がおらず、他の職種を充てる場合には、医師からの適切な助言が得られる環境でないと業務が難しいと思われる。平成11年以降、保健所数は減っており、平成の大合併によって、市町村数も激減している。県型保健所が管轄する市町村が減るということは、事業数の減少につながっていると思われるが、一方で、保健所が管轄する地域面積は、大変大きくなっている。医師数は、平成16年の270,300名から平成20年の287,000名へと4年間で約110,000名、年間あたり約4,000名増えている。現在、医師の養成数を増やしているもので、今後も医師は増えていく。医師が働く場所として、臨床の場所が将来どのくらいあるのかは不明である。公衆衛生医師は、現在不足しているが、将来的にはどうなのか。保健所数は、どこまで減少していくのか。保健所は何をすべきかということについて、住民の安全安心を担保するために、保健医療行政に関わる者の共通認識をつくっていく必要があるのではないか。

## ③ 全行研調査の結果から（三宅）

平成20年度は、自治体に対する調査などを通じて、公衆衛生行政に必要な人材の確保・育成に関する具体的な方策について、検討した。行政医の初任給は、大卒で25万円、院卒で33万円であり、医師確保が難しい地方で高い傾向があった。2級昇格に要した年数は6年、3級昇格までの年数は13年であった。保健医療科学院の健康危機管理保健所長等研修に派遣している自治体が多かった。一方で、研修が確保されていない自治体もあった。新規就職者は、男女比1:1、30・40歳代の者が多く、前職が病院勤務の者が多かった。現職は、所長以外の者が約半数であった。現在の処遇については、待遇、給与、職場環境のいずれもおおむね満足していた。就職の動機は、仕事への興味が多かった。政策立案に携われる点や視野・人脈が広がったり、仕事と子育ての両立がしやすかったりする点がよかったという意見が多かった。一方で、組織体質が嫌だという意見も多かった。2～5年で中途退職する者もあり、その理由は、業務内容に関するものが多く、興味を持って就職したのに、その業務が原因で退職するという事実が明らかになった。

平成21年度は、道府県と保健所設置市間の人事交流や研修ニーズの調査を行った。自治体が雇用している医師数は、本庁2名、県型保健所7名、市は2名であった。歯科医師数は1名という自治体がほとんどで、県型保健所では4分の1に、市には半数に歯科医師がいない状況であった。県と市との人事交流は、23%が「ある」と答えたが、いずれも県から市への派遣であった。連携がとりやすい、人事ローテーションの幅が広がる、業務に対する理解が深まる等のメリットをあげていた。多くの自治体は、今後も人事交流を継続する予定である。県は、毎年7～16の自治体が1名の医師を採用している。行政歯科医師の採用は、ほとんど行われていない。科学院への派遣研修は、市では行っていないところが多く、派遣中の代替要員の確保が難しいためと考えられた。全国衛生行政研究会が企画している研修についても希望が多かった。また、新規採用者向けに行政の「やり方」についての理解をすすめるためのマニュアルを作成しているところである。

以上より、キャリアパスの確立と人事交流に関する仕組みの構築が必要であることが明らかになった。

基礎データの収集・分析、具体策の確立・提言をすすめるためには、自治体や組織を越えて、横断的に活動できる組織が大切である。全国衛生行政研究会は、こういった特徴を生かし、今後も課題の解決に向けて、具体的な取り組みを続けていく。

#### ④パネルディスカッション

(発言) 長崎県は離島が多く、行政医師の確保が難しい状況にある。都市部でないところに行きたくないという意見や女性医師を活用する視点から、集約化と拠点化が必要だと考えている。一人保健所長として離島に配置するよりは、勤務しやすいところに拠点を置いて、離島支援をしていく方がよいと考えている。行政の悪いところとして、縦の流れ、本省からの通知や補助金があると思う。ブレイク集団として、中二階的に医師集団を活用したいと考えている。何かコメントがいただけるとありがたい。

→なぜ辞めていくかという、職場体質(お役所体質)があると思う。本人が辞めたいと思っても調整(説得)ができる人がいたらよいかと思う。

→現場に自由裁量権を与えてほしい。やりがいが必要である。

(発言) 大学が公衆衛生の重要性を理解していない。医療全体を見渡さなければならないのに、自分の専門分野だけ見ている。大病院の院長自身が、公衆衛生の研修を受けるなどして、重要性を理解しなければならないと思う。

→医師は、専門性を重視した教育を受けている。自分自身が公衆衛生を積極的に目指したわけではなかったの、医学教育の中で公衆衛生医師という仕事があるのを知っていればよかったのではないかと感じている。

→臨床研修を受けて、公衆衛生にすすみたいと言ってくれた研修医は少ない。

(発言者) 横浜市では、360万人の人口に1保健所という現状である。以前は、18区に18保健所があり、1保健所に2名の医師がいた。研修を止めていくと応募者も減り、中途退職者も増えてしまった。TPA治療の流れも事務方のみで調整すると、プラセボよりも治療効果が低いなどという結果になってしまった。公衆衛生には医師の専門性が重要であるが、地方自治体レベルでは対応が難しい。是非、公衆衛生医師が必要だという提言を国から示してほしい。

→地方分権の流れの中で、国から何か言ってほしいというのは、無理である。国に許認可の権限があり、予算を持っていたから、言うことを聞いてもらえてただけで、予算も許認可の権限もないものが何を言っても聞いてもらえない。公衆衛生には医師が必要だということを住民も含めて行政に認識してもらわなければならないのではないか。

(発言者) 大学の公衆衛生学の教授に「地域保健」研修がなくなることについて、意見を聞いたところ、研修がなくなること知らない、保健所研修で何をしているのかも知らないのが現状で、臨床研修に公衆衛生学の教授が関わっていない。臨床研修センターの中核の先生に公衆衛生の重要性を理解してもらわなければならない。

→滋賀医大で公衆衛生を担当している。臨床研修で地域保健研修が確保されても公衆衛生の価値や役割を学生が認識しなければならないのではないかと。大学教育の中で、公衆衛生の授業単位は減り、臨床教育が増えている。卒業するまでに、公衆衛生への関心を育てていくことが課題だ。入学定員は増えているが、教員は減っており、さらに、公衆衛生・衛生学の教員のポストは、臨床へ回されている。卒業した後、保健所がアプローチしても無理で、卒業する前にどう教育するかが課題なのではないか。卒業までに、公衆衛生教育を保健所と協力して、どのように行っていくか、検討する余地はある。過去に、保健所に学生教育や実習をお願いしたが、業務の片手間になって、学生たちがネガティブな印象を持って帰ってきており、その中で教員が抱え込んでしまった経過がある。学生にどのようにして動機付けをしていくか、一緒に取り組んでいく必要がある。臨床は、ものすごいアプローチをしている。今の若い人たちは働きがいと家庭と自分の時間を大事にして、進路志望をしている。魅力ある職場が作らなければならない。激しい競争の中で獲得していく覚悟が必要。例えば、女性たちに働きやすい職場であることを訴えてもよいと思う。学生たちが考えているものと非常に温度差を感じる。大学と保健所が、共同作業として、すすめていきたい。

(発言者) 学生に対するアプローチをすすめていきたい。一人でも仲間を増やせるように、また、住民の立場に立って、自分たちの保健所の検証を行ってほしい。

## II 新型インフルエンザ対策の課題と対応

挨拶

(中西)

今年は、新型インフルエンザが発生し、10～11月にピークを迎え、やっと収束したかと思う。このあたりで検証するという意味合いも込めて、このフォーラムを企画した。陣頭指揮に当たられた正林先生から基調講演をいただける。正林先生は平成18年度から新型インフルエンザの対策に関わっておられる。政府の対応については、批判が目につくが、準備し、発生を迎え、対策にあられた。日本では、死者も少なく、パニックも起きなかった。世界でいちばん対策がうまくいったのではないかと考えている。渦中の正林先生からお話をいただけるのは、非常によい機会である。

### 1 基調講演「新型インフルエンザ対策について」(正林)

平成18年度から厚生労働省で新型インフルエンザ対策に携わっている。ガイドライン、行動計画の策定、タミフルの備蓄等をすすめていたら、本番が来てしまった。昨年4月から多忙で、今年に入ってから終電で帰れるようになった。今も余ったワクチンをどうするかなど、課題が残っている。決して対応が終わったわけではなく、第2波に向けての準備は怠れない。

昨年11月が流行のピークで、全国的に患者数は下降傾向である。沖縄県のみ、他県とは異なる特徴的な流行を示した。また、福井県、佐賀県では、一時期、非常に患者が増えた。入院患者は、5～9歳児あるいは慢性呼吸器疾患を有する者の割合が多かった。イギリス、アメリカは、5～6月頃に流行の第1波があり、夏の間は静かで、秋に第2波があった。日本では、10万人あたり0.2人の死亡と諸外国の2～11人よりも死亡率が大変低かった。WHOの担当者も日本はよく感染を抑えたとの評価であった。①他国にきた5・6月の流行の第1波が、なぜ日本には来なかったのか、②他国に比較して、なぜ日本だけ死亡率が極端に少ないのかという疑問点がある。今後、これらの分析をしていかなければならない。4月23日にアメリカCDCからの第一報を受けて、厚生労働省で話したことは、究極の目標として、流行を遅らせること、死亡者数を少なくしようということだった。日本がとった戦略は、水際作戦による時間稼ぎ(4～6月)、封じ込めによる時間稼ぎ(5～6月)、医療体制の整備(5～12月)、ワクチン供給(7～3月)、普及・啓発(4～3月)である。この普及啓発が一番大切だと考えている。厚生労働省からも様々な啓発をしていたが、日本ほど、国民が堅実に感染症対策をした国は無いのではないかと考えている。行動計画・ガイドラインは平成17年度に作成しており、ワクチン・タミフルの備蓄、法律改正など行って、発生前から準備をある程度すすめていた。4月23日以降、都道府県への通知、検疫の強化、コールセンターの設置、対処方針を作成、症例定義を定めてサーベランスの開始、等々、国内発生に向けての準備をすすめた。症例定義については、色々な意見があると思うが、「蔓延国」渡航歴の定義を加えたことで、ある程度症例数を絞る込むことができたと考えている。5月1日には、対処方針を改訂し、不要不急の外出の自粛等を加えた。検疫で、有症状者の周囲にいた人を濃厚接触者として、健康監視を地元保健所へ依頼していた。この頃、何か症状が出た場合には、いきなり診療所に行くのではなく、保健所へ電話するように記載した「健康カード」を全乗客に配布していた。最初に入った情報では、死亡者が多いということであったが、5月8日には大多数の感染者は軽症であるが、健康な若年者の中にも死亡の報告があるとのことであった。5月11日には、感染力は季節型インフルエンザよりは強い、推定致死率は0.4とアジアインフルエンザ並みであるとの情報が入ってきた。臨床経過は季節型インフルエンザを変わらないが、基礎疾患を有する人は重篤化する傾向があると専門家諮問委員会から提言をもらった。WHOがmoderateという評価をしていたので、そう簡単に気は抜けないと思っていた。5月16日に国内発生した。確認事項を定め、疫学調査、学校の臨時休業等を掲げているが、この段階で、一律に集会の自粛はしないという方針に変えた。基本的対処方針は、国民生活や経

済への影響を最小限に抑えつつ感染拡大を防ぐ、基礎疾患を有する者等を守る、外出自粛・事業自粛は行わないと変更した。この段階では、患者数がどんどん増えている地域とまだ一人も患者が発生していない地域とがあり、やるべきことが異なるので、発熱外来の設置と一般外来での診療など、対策内容を緩和しながら重点を移した。南半球での患者数の増加が危ぶまれていたり、リンクが追えないケースもでてきたので、地域の実情に応じて対応するようにした。7～8月にかけては国内は静かであったが、8月15日にはじめて沖縄県で死亡者がでたり、8月中旬に定点からの報告が0.99であったので、流行入り宣言をした。文部科学省から教育委員会へ通知を出し、注意喚起を行った。医療体制の準備についても通知した。10月初旬にピークが来ることを予想し、重症患者に対応できる病床の確保等、具体的な対策を示した。死亡者数が少なかったもう一つの理由は、医療へのアクセスがよいからではないかと言われるが、それだけではないと考えている。イギリスでは、診察なしで、電話をすれば、タミフルが入手できる環境であるが、死亡者数は日本より多い。ワクチンの準備は5月から始めていたが、季節型インフルエンザのワクチンの作成をしており、新型インフルエンザワクチンの製造を始めたのは7月からであった。一度に大量に製造できるわけではないので、重症化しやすい人から接種できるように、優先順位について、協議をしていた。輸入ワクチンの必要性についてもさんざん議論をしてきた。パブリックコメントも多く寄せられた。10月15日から、接種を開始した。接種回数については、議論を呼んだが、研究調査を行い、1回接種で抗体価が充分上がることを確認し、13歳以上は1回とした。不必要に2回接種することがないようにタイミングで、1回接種と結論が出せた。バイアルの量について、10mlバイアルの方が、製造効率が高いのであるが、集団接種を効率よく行う必要がある。また、仮に、1mlバイアルで全量を製造するのであれば、季節型インフルエンザワクチンの製造ラインを止めざるを得なかった。10mlバイアルは極力大病院に配布し、できるだけ集団的な接種をしてもらおうと考えた。結果は、惨たんたるものであった。国内ワクチンメーカーの製造の体制が整っていなかったもので、反省点である。

今回の得られた教訓として、①備えあれば憂いなし。3年間、それなりの準備をしてきたので、パニックにならずにすんだと思う。②最悪の事態を想定した危機管理意識を持つていくこと。ずっとこの姿勢を貫いてきた、この姿勢が大事ではないかと思う。③迅速かつ透明性の高い意志決定過程。意志決定が遅いと反省することもあったが、専門会議もオープンにして、もっと透明性の高い意志決定過程が必要ではないかと思う。④医療や公衆衛生の現場の意見を直接聴取する仕組み。これを構築することができなくて、残念であった。⑤直接国の情報を現場に伝える仕組みの検討。これもなかったかな、と思う。我々の狙ったことが皆さんに伝わらなかったのではないかと考えている。

#### <質疑応答>

(Q) 国の方からも保健所・保健所医師の重要性について、訴えてほしい。

→総括していないのでまだわからないが、保健所には随分頑張ってもらったと思っている。

(Q) 現場の意見が届く仕組みと国の情報を伝える仕組みが作りたかったと言われたのには、同感である。決まったことが伝わってくるのに、困った。決める前に、こうしたいのだが、どうするかという通知があれば、リアクションができた。38度以上の発熱「または」呼吸器症状という定義であったが、「かつ」であってもよかったのではないかと思うし、クラスターサーベランスの実施方法等、やりとりができるととてもよかったと思う。

→おっしゃる通りである。迅速にできたらよかったと思う。

(Q) 北海道は流行が遅かった。1国2制度、3制度・・・というのは、地域の実情に応じて、大切だと思うが、1国1制度であった方がよかったと思う点もある。

→いつも悩むところである。ケースバイケースで判断するしかないか。

→危機管理で、ある程度、統一的な動きが必要であるという基本の中で、でも実状が国の中で非常に違っていた。非常にご苦労されたかと思う。

(中瀬) 新型インフルエンザ対応の主たる目的は、健康被害をとどめることと社会破綻を防ぐことであった。国内発生早期という考え方が、地域によって、時期的にずれていたため、混乱を招いた。発熱相談センター・発熱外来・入院措置という仕組みは、ガイドラインでは、国内発生早期から感染拡大期においてのみ行われるものであったが、地域では、一次医療・二次医療における大きな課題であった。また、我が国の健康被害は、非常に少なかった。全国的に行われた社会対策として、学校閉鎖・学級閉鎖が大きなものであった。結果的には、学級閉鎖は例年以上、患者発生数は例年並み、他国に比べると死者数は圧倒的に少なかった。結果はよかったが、なぜなのかはわからない。神戸市では、学年閉鎖が行われた段階で、他のクラスへの波及がとどまったことから、学級閉鎖の効果があり、地域への拡大が防止できた。成果を生むための対策は、色々な対策を組み合わせる必要がある。社会破綻を防ぐためにどうすればよいかは今後の課題だと思う。

### ① 保健所の取り組み (国吉)

沖縄では、流行に2～3度のピークがあった。8月に1度目の流行があり、4～9月で、死亡が2例、重症(人工呼吸器、脳症)が9例、入院200例、患者数50,000例であった。冬の流行まで含めると、死亡が3例、重症が21例、入院550例であったので、夏の流行の患者数が特別多かったというわけでもないが、初めての経験であったこととクラスターサーベランスの時期が長かったことで非常につらかった。10～11月にもダラダラと患者が発生し、流行が長期化した。夏場の流行では、20～29歳の患者が多かった。沖縄は、以前から、7月あたりにインフルエンザの流行がある所である。患者の発症時期は遅かったが、7月以降、急峻なピークを迎え、10～11月の定点あたりの患者数が20あたりでとまり、その後、また、全国と同じように、12月に冬場のピークを迎えた。米軍関係者の患者も多く、蔓延国の定義にアメリカが含まれていたため、対応しなければならない対象者も多く、さらに英語での対応が必要となった。7月の全数把握の頃、沖縄では、患者数が急激に増加してしまったので、一定の対応ができなくなり、国の方針を待たずして、蔓延期の対応をせざるを得なかった。この頃、PCRでA型と判定されたものの9割以上は、新型インフルエンザであった。全世代への拡大も増え、一人暮らし世帯での発症もあった。8月13日以降は、クラスターサーベランスも中止し、重症者のサーベランスに切り替えるなど、対応方針を切り替えた。ちょうどこの頃、死亡者がでたため、マスコミでも取り上げられた。病院医師・看護師の疲弊もピークであったが、地区医師会が病院の救急外来に、看護協会が電話相談に応援してくれて、非常に助かった。保健所は、テレビやラジオで、軽症患者に向けて、平日の時間内受診を呼びかけたり、医療調整を行ったりした。外来受診は土日休日夜間が多かった。冬の流行では、病院の対応がうまくなくて、スムーズに対応できていた。患者も平日受診が多くなった。夜間休日の対応や観光客の対応は、難しかった。県内でも異なるような状況で、感染拡大期から地域蔓延期へ対応を切り替える判断は、地域では難しい。社会対応としての学校の休校等は、長期化あるいは第2波を迎えた時期は難しい。また、適正受診の呼びかけをしても受療行動をコントロールするのは、難しい。

### ② 地方衛生研究所の取り組み (中西)

地方衛生研究所のレベルは、全国で格差があるのが現状である。地方衛生研究所の設置には、法的根拠は無いし、職員数も様々である。地方衛生研究所全国協議会において、新型インフルエンザ対策についても相互協力を行った。東京都では、独自に遺伝子配列をWHOから入手し、リアルタイムPCRを行った。5月までは季節性インフルエンザであったが、6月後半からは新型インフルエンザに置き換わっていた。全国各地の地方衛生研究所では、様々な対応を行っており、検査対応に要する時間もまちまちであった。地方衛生研究所の基盤整備が健康危機管理を行うためにも望まれる。

### ③ 研究者の立場から（西山）

今回は感染経験の少ない若年者に感染者が集中していた。学校を対象に、休校措置に効果があったかを明らかにする目的で、調査を行った。5月は学校閉鎖という対策が行われていたが、9月以降は学年閉鎖・学級閉鎖に移行していた。教育委員会や校医の意見を参考に休校措置が決定されており、社会防衛の目的というより、学校防衛が目的であったようだ。

### ④ パネルディスカッション

（発言者）流行が長期化したり、第2波が出たりしたときの学級閉鎖の効果は？

→大阪・兵庫での一斉閉校は、効果が認められた。

（発言者）保健所は、市教育委員会と連絡をしており、地方衛生研究所は県教育委員会と連絡していた。各学校レベルで、保健所が対応することは無理かと思う。

→ノロウイルスの対策で保健所と学校は連絡していると思う。6月に全国規模での流行がなかったのは、学校で封じ込められたからだと思う。強毒性のインフルエンザの際にはどうするかを考えておかなければならないと思う。

→地域ごとの対策が必要だと思う。

→住民と密着した活動、リスクコミュニケーションが必要である。効果的な対策を行うには、まず住民に知ってもらわなければならない。

平成 21 年度 地域保健総合推進事業  
歯科・医科連携による歯周疾患アプローチに関する研究第 2 報  
「糖尿病患者およびがん患者の療養支援のための  
歯科・医科連携に関する研究」

報告書

発行日 平成 22 年 3 月

編集・発行 分担事業者 瀬戸 昌子 (滋賀県東近江保健所)

〒 527-0023 滋賀県東近江市八日市緑町 8-22

TEL 0748-22-1253

FAX 0748-22-1617