

## 広島県における肝炎対策について

広島県 福祉保健部  
保健対策室  
伯野 春彦

### 本日の議題

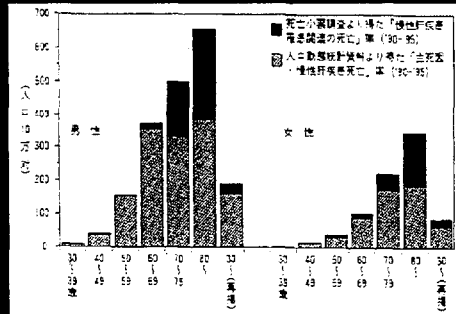
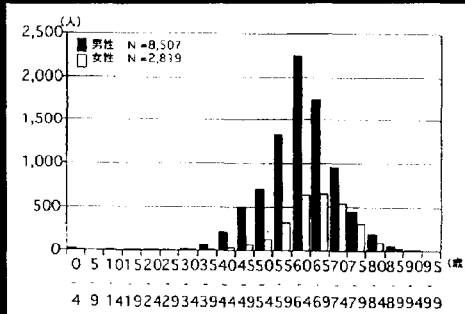
- 広島県における肝炎対策の経緯
- 広島県肝炎治療支援ネットワーク
- 普及啓発活動
- 肝炎治療支援ネットワーク活用状況調査
- 肝炎対策の課題

# 広島県における肝炎対策の経緯

# 広島県における肝癌による死亡

※ 原発性肝癌と診断された年齢

※ 肝癌による死亡年齢



出典：  
日本肝臓学会一肝がん白書, pp18-22,  
平成11年(1999年)4月

出典：  
厚生省の指標, 第15巻 第10号, 8-12,  
平成10年(1998年)9月

## 広島県における肝炎対策の経緯

- 平成3年度(1991年度)  
「広島県ウイルス肝炎対策委員会」の設置  
「広島県地域保健対策協議会」専門委員会の設置
- 平成4年度(1992年度)  
県内市町村で肝炎検査を順次導入
- 平成7年度(1995年度)  
「ウイルス肝炎対策マニュアル」を作成
- 平成14年度(2002年度)  
老健法による肝炎検査  
県内全市町村で検査導入  
広島県肝炎治療ネットワークの構築

## 広島県肝炎治療支援ネットワーク

## 目的

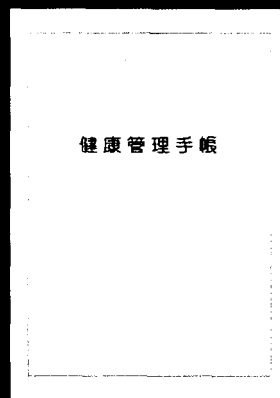
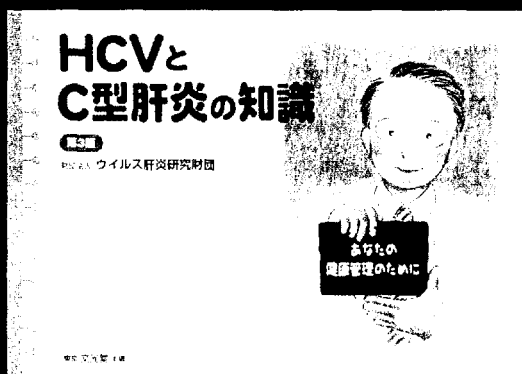
- 検査陽性者を対象に、本人/かかりつけ医/専門医が情報を共有
- 適切な役割分担のもとで検診後のフォローアップを行うことにより、肝炎の進行及び肝硬変や肝臓による死亡を予防

## 広島県地域保健対策協議会

- 広島県医師会、広島大学、広島県、広島市の四者で構成
- 目的毎に設置された委員会が、保健、医療、福祉に関する事項の調査・研究及び協議等を実施
- その調査研究結果をもって、具体的な提言を行ない、行政等の施策に反映
- 二次保健医療圏毎の課題については、県内7ヶ所に「圏域地対協」を設置

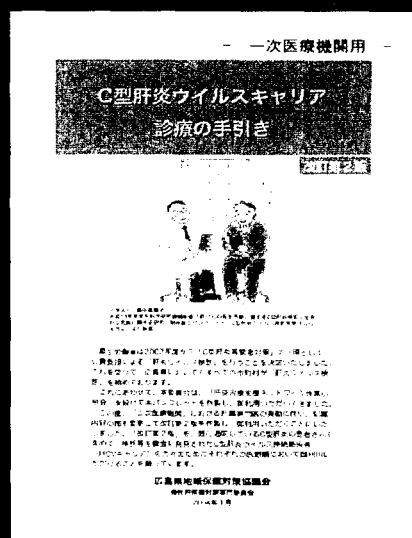
## 肝炎治療ネットワークの流れ ～検査陽性者への対応～

- ・ 市町において、保健指導および受診勧奨
- ・ 市町やかかりつけ医等から、「健康管理手帳」を交付



## 肝炎治療ネットワークの流れ ～かかりつけ医と専門医の連携～

- ・ 一次医療機関(かかりつけ医)  
日常的な診察、検査、注射、処方等
- ・ 二次医療機関(専門医)  
専門的な診断、治療方針の決定



## 二次医療機関の選定方法

県地对協  
肝炎治療ネットワーク  
作業部会

- ・作業部会のメンバーのうち  
肝臓学会「専門医」「指導医」

圏域地对協へ  
推薦依頼

原則として

- ・肝臓学会「肝臓専門医」が常勤
- ・肝炎の病期、活動度などの  
確定診断と、これに基づく治療指  
針の決定が可能
- ・医療圏内の中核医療機関であるこ  
とが望ましい

「二次医療機関」としての役割を依頼

肝臓専門医の異動、その他の諸般の事情が生じた場合、  
適宜変更することあり

広島県地对協 肝炎治療支援ネットワーク

## 肝炎治療ネットワークの流れ

### ～健康管理手帳の活用～

- ・ 検査陽性者に対して、市町等が交付
- ・ 一次医療機関(かかりつけ医)への受診
- ・ 二次医療機関(専門医)への受診

健康管理手帳

広島県  
健康づくり推進課  
〒730-0855 広島市東区  
本町1丁目1番1号  
TEL: 082-241-2111

(かかりつけ医)  
(患者様専用)

### 紹介状 (かかりつけ医→専門医)

紹介先 \_\_\_\_\_ 病院  
先生 \_\_\_\_\_

(患者様専用)

### 紹介状 (かかりつけ医→専門医)

紹介先 \_\_\_\_\_ 病院  
先生 \_\_\_\_\_

かかりつけ医 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

拝啓  
いつも大変お世話になっております。  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日の検査にて以下の結果を認めましたので  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 先生 を紹介させて頂きます。  
御高診の程お願いいたします。

手術歴	無/有 ( ____年 ____月頃 - ____年 ____月頃)
輸血歴	無/有 ( ____年 ____月頃 - ____年 ____月頃)
飲酒歴	無/有 ( ____年 ____月 - ____年 ____月) (週 ____回/日)
肝炎歴	無/有 ( ____年 ____月 - ____年 ____月)
薬歴	無/有 ( ____年 ____月頃)
検査項目	無/有 ( ____年 ____月頃)
白血球数 (/μl)	
ヘモグロビン (g/dl)	
血小板 (×10 <sup>3</sup> /μl)	
総ビリルビン (mg/dl)	
AST (GOT) (IU/L)	
ALT (GPT) (IU/L)	
ALP (IU/L)	
γ-GTP (IU/L)	
ZPT (IU/L)	
AFP (ng/ml)	
HCV-RNA定量 (アンチコアモニ法)	
HCVセロタイプ	
現在の治療	内服薬 インターフェロン MU ( ____年 ____月 ____日より)
その他の治療、検査など	

(専門医)

### 紹介状 (かかりつけ医→専門医)

紹介先 \_\_\_\_\_ 病院  
先生 \_\_\_\_\_

かかりつけ医 \_\_\_\_\_  
医師名 \_\_\_\_\_

拝啓  
いつも大変お世話になっております。  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日の検査にて以下の結果を認めましたので  
\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 先生 を紹介させて頂きました。  
御高診の程お願いいたします。

手術歴	無/有 ( ____年 ____月頃 - ____年 ____月頃)
輸血歴	無/有 ( ____年 ____月頃 - ____年 ____月頃)
飲酒歴	無/有 ( ____年 ____月 - ____年 ____月) (週 ____回/日)
肝炎歴	無/有 ( ____年 ____月 - ____年 ____月)
薬歴	無/有 ( ____年 ____月頃)
検査項目	無/有 ( ____年 ____月頃)
白血球数 (/μl)	
ヘモグロビン (g/dl)	
血小板 (×10 <sup>3</sup> /μl)	
総ビリルビン (mg/dl)	
AST (GOT) (IU/L)	
ALT (GPT) (IU/L)	
ALP (IU/L)	
γ-GTP (IU/L)	
ZPT (IU/L)	
AFP (ng/ml)	
HCV-RNA定量 (アンチコアモニ法)	
HCVセロタイプ	
現在の治療	内服薬 インターフェロン MU ( ____年 ____月 ____日より)
その他の治療、検査など	

94 頁

(専門医)  
(患者様専用)

### お返事 (専門医→かかりつけ医)

\_\_\_\_\_  
先生

(患者様専用)

### お返事 (専門医→かかりつけ医)

\_\_\_\_\_  
先生

\_\_\_\_\_  
医師名

拝啓  
いつもお世話になっております。  
200 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日、拝読させて頂きました。  
以下の如く考えます。  
検査結果:  
  
治療方針:  
  
次回受診日:

(かかりつけ医)

### お返事 (専門医→かかりつけ医)

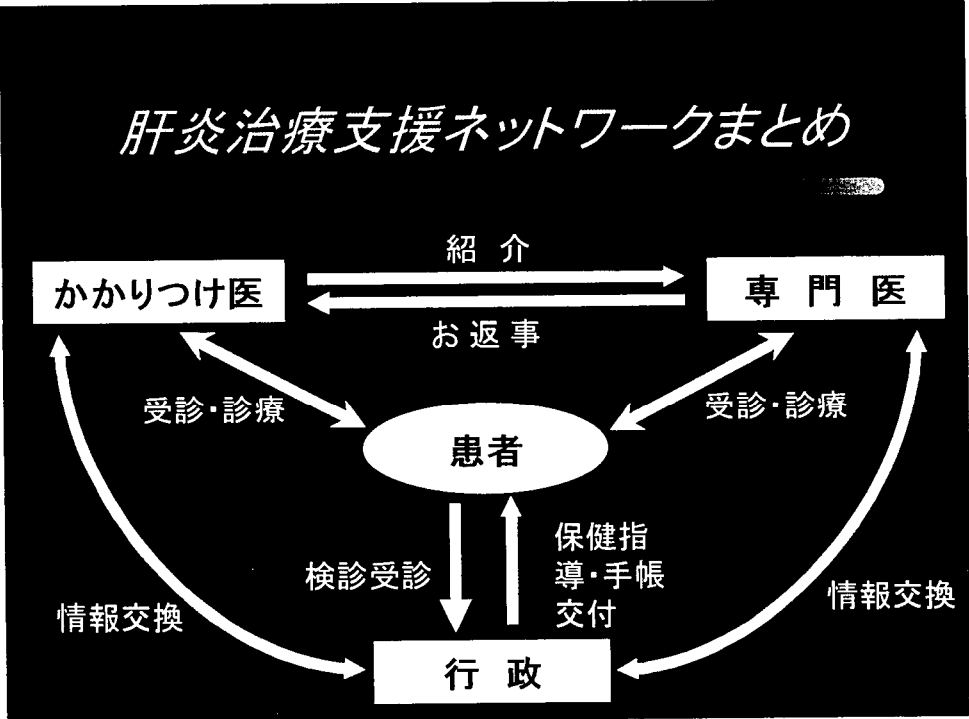
\_\_\_\_\_  
先生

\_\_\_\_\_  
医師名

拝啓  
いつもお世話になっております。  
200 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日、拝読させて頂きました。  
以下の如く考えます。  
検査結果:  
  
治療方針:  
  
次回受診日:  
引き続き御加療をお願いします。  
御高診ありがとうございました。

95 頁

<p style="text-align: center;">No. _____</p> <p style="text-align: center;">御中</p> <p style="text-align: center;">御 報 告 (初回用)</p> <p style="text-align: center;">(プライバシー保護のため患者さんの氏名は書かないで下さい)</p> <p>200__年__月__日検診にて HCV 陽性を指摘された患者さんを探訪しましたので御報告申し上げます。</p> <p>臨床診断：</p> <p><input type="checkbox"/> 当院で加療します</p> <p><input type="checkbox"/> 当院と専門医 ( _____ ) で加療します</p> <p><input type="checkbox"/> ( _____ ) に紹介します</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p> <p style="text-align: right;">病院 _____ 科 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医 _____</p>	<p style="text-align: center;">No. _____</p> <p style="text-align: center;">御中</p> <p style="text-align: center;">御 報 告 (受診1年後用)</p> <p style="text-align: center;">(プライバシー保護のため患者さんの氏名は書かないで下さい)</p> <p>200__年__月__日、 経過観察中の御報告を申し上げます。</p> <p>診断：</p> <p>治療方針：</p> <p style="text-align: right;">病院 _____ 科 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医 _____</p>
--	---





## 普及啓発活動

## 普及啓発活動

### (1) 県民への普及啓発

- ・ パンフレットの作成  
「肝炎検査を受けられる方へ」「肝炎の基礎知識」
- ・ 県民公開講座の開催

### (2) 医師への普及啓発

- ・ パンフレットの作成  
「診療の手引き」
- ・ 県地对協による講演会の開催



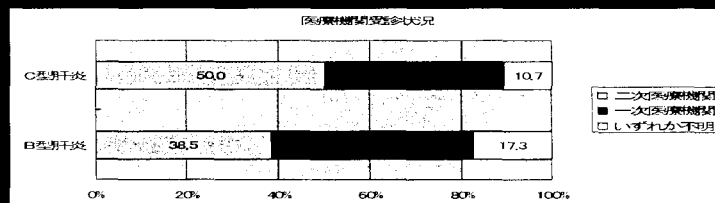
## 肝炎治療支援ネットワーク 活用状況調査

## 調査方法

- 調査対象  
県内28全市町
- 調査期間  
平成17年(2005年)11月2日～11月18日
- 調査方法  
郵送による記入方式で調査
- 回答率  
回答率100%

## 調査結果

- ・ 陽性者に対する肝炎手帳の交付状況  
C型肝炎 60.0%      B型肝炎 79.8%
- ・ 手帳交付者の受診状況  
C型肝炎  
一次医療機関 39.3%    二次医療機関 50.0%  
B型肝炎  
一次医療機関 44.2%    二次医療機関 38.5%



## 広島県における肝炎対策の課題

## 広島県における肝炎対策の課題

- ・ 検診受診率の向上
- ・ 医療機関への受診勧奨を行った者の受診状況や治療状況等の的確な把握
- ・ 受診中断者に対する受診勧奨
- ・ 肝炎及び肝臓に係る人材の育成

ご清聴ありがとうございました