



海嶋照美氏

おわかりいただけるかと思います。

患者と医療者との情報共有のあり方

正木 坂口先生がおっしゃるように、個別の地域の統計がないというのは、日本の特性ですね。日本では病気について登録制はありません。海外で疫学に関するスタディーが多く出てくるのは、疫学におけるフォローアップ体制が整っていることが関係しており、いろいろな病気に関する情報が登録されて、その人の治療介入のデータが論文としてどんどん発信されます。その点において日本は非常に遅れていると感じます。個人情報保護を楯にして、なかなか克服できないところがありますけれども、海嶋先生、そのあたりについて行政の立場でいかがでしょうか。

海嶋 今年度から広島県では、広島県肝疾患患者フォローアップシステム事業を開始しました。これは、陽性者の方をシステムに登録して適正な医療に結びつけようというものです。年に1回登録者に通知し受診状況などを確認し、受診していない方については、市町の保健師が受診勧奨をし、医療機関には患者情報をフィー


ドバックするというシステムをつくったのですが、やはり個人情報保護の問題もあり患者さんの同意というのがネックの1つとなっています。フォローアップ体制の構築は重要で、これらの情報の解析結果は国の施策にも反映されるものですが、患者さんとしてはやはり抵抗もあるようでなかなか難しい状況ですが、今一生懸命取り組んでいるところです。

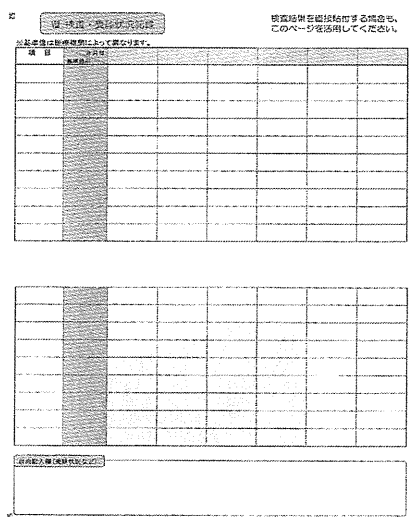
正木 地域によって感じ方の違いはあると思うのですが、よく例に出るのが佐賀県ですね。非常に肝がん死亡率が高いので、県をあげて取り組み、住民のコンセンサスも得て、データを電子化して登録をするというシステムを、佐賀大学が中心になって作り上げました。これは、やはり住民が肝がんが死ぬということの恐ろしさを十分理解し、協力しようという雰囲気がつくりあげられたのだらうと思います。

海嶋 そうですね。患者さんに、いかに利点をわかっていただけるかということは大切だと思います。治療費助成に來られた方に説明するなどして取り組んでいるところです。システムの立ち上げ時はなかなか難しいとは思いますが、1、2年で軌道に乗っていけばと思います。住民の皆さんのコンセンサスが得られるように地道に努力していきたいと思いますが、何かいいお知恵があれば、ぜひよろしくお願いします。

荒尾 患者さんが自身の健康に対する意識を高める方向に持っていく必要があります。私が尊敬するある開業医の先生は、診療データを全部ファイルにして患者さんに渡しています。検査結果をファイルにすることで、自分のデータをきちんと把握して保管していくことができます。その意識こそが大事だと思うのです。私は、個人情報云々ではなくて、患者自身が自分の健康記録をファイルできるように指導するべきだと思っています。そうすれば、個人情報保護の観点からも問題ないわけで、そのファイルを持参すれば「この検査はすでにやっているから、

健康管理手帳

 広島県



図

当院ではこの検査を省こう、「前の病院でCTを撮ったのなら、CD-Rに記録してもらえば、ここでのエコー検査が減りますよ」といったような確認やアドバイスも可能になります。患者さんの多くは複数の科を受診しますから、整形外科、脳神経外科など他科で採血をされたりたくさん薬を処方されたりしています。患者さん本人は内容を十分に理解されていないために、他科の薬や検査が重複していることも多いです。ですから、私は患者さん側の意識も高めていかないと、いくら行政や病院から指導しても限界があると思います。

正木 とても重要なポイントだと思います。特に高齢の患者さんは、「この医者に全部任しているから大丈夫だ」といった感じでいらっしゃる方も多いですね。

荒尾 血液検査や画像検査をしたことが記憶に残っていない方がよく見受けられます。患者さんにデータで渡してファイルをつくる方がいいのではと思います。

正木 急に具合が悪くなって別の病院に運び込まれたようなときでも、それを見ればより迅速で確実な治療にもつながります。

荒尾 何の薬を飲んで、何の検査をしているという意識を持って毎回、病院へ行くことが大切ですね。薬剤ノートは一部ありますけれども、お薬手帳ですら、利用者は患者の半分もいるかないかといったところです。私は、健康手帳、ファイルのようなものを国が国民全員に配布するぐらい意識を上げていく必要があると思います。

坂口 個人の診療記録ということではいいですと、肝炎手帳がありますね。

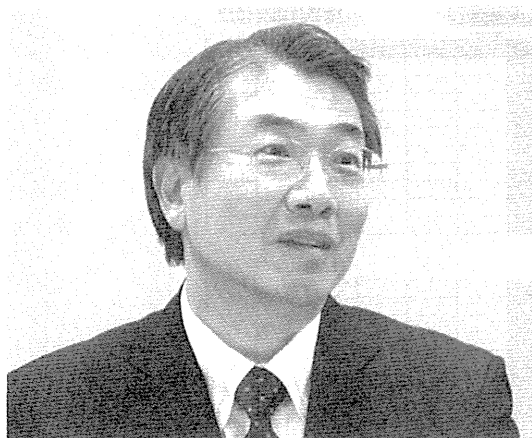
海嶋 はい、広島県では昨年健康管理手帳を作成しました（図）。

荒尾 これは、小さくて貼れないし、ファイルがないため資料や結果を入れられないです。

海嶋 検査や受診状況、画像診断の記録欄は後ろのページにあります。記録するところは少ないですか。

荒尾 そう思います。A4で出力した結果をファイルに入れて受診すれば、医師はそれを見ながら患者さんに指導できます。

坂口 患者会と話し合って、大きいサイズだと、患者さんが病院に来るときに持ち運びにくい、女性はバッグに入れられるけれども男性は



荒尾元博氏

そんなバッグを持ち歩かないといった理由から、小さいタイプにしたのです。

正木 どこでもこれぐらいのサイズの肝炎手帳ですよ。それは、ドクターが書き込むんですか。

海嶋 患者さんが自分で書かれてもいいのですが、検査結果を患者さんが貼れるようにもしているんです。

正木 ですが、A4でバツと渡されても、どれを貼ればいいのかかわからないですよ。

荒尾 貼る場所も悩みますよね。私は、この部分は過去の肝炎ウイルスを含めた採血結果、この部分は処方された薬といったように分類しながらファイルすれば有効で、特に合併症が多く複数の科を受診されている方ほど価値が高いものになると思います。

正木 個人情報云々というよりも、自分のために使ってほしいですね。

荒尾 そのとおりですね。自分の健康意識を高める意味でも、どのような検査を受けて、どのような治療を受け、何の薬を処方されているのかということについて、病院、診療所で記録をもらうというのは、ひとつのアイデアだと思います。

海嶋 ありがとうございます。そういう面から患者さん側にアプローチを回っていかないとはいけませんね。

荒尾 患者さんの肝臓だけを診るのではなく患者さん全体を、他の科の先生とチームになって診るという姿勢が大切だと思います。

正木 おっしゃるとおりですね。話が尽きませんが、実地医家の方にこういう肝炎ウイルス陽性という意味合いを、どのへんまで知っておいていただきたいかという問題もあります。現在の検診というのはHBs抗原とHCV抗体をピックアップしているわけですが、そのあたりを須田先生、ご説明いただけますか。

肝炎検診はどのように行われているか

須田 まず、HBs抗原とは何かということからです。B型肝炎ウイルスはDNA型ウイルスであり、ウイルスは、中のコア粒子と外の外郭の二重構造をとります。HBs抗原とは、その外郭のことを示しています。つまり、HBs抗原陽性ということは、ウイルスが体内にいて感染している状態、いわゆるキャリアであるということの意味します。そのキャリアの中には、症状がない無症候性キャリアの方と、B型慢性肝炎といって持続的な炎症が肝内で起きている方、この2つのパターンが存在します。

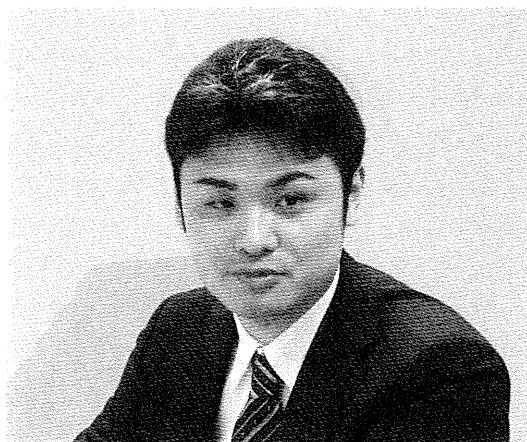
次にB型肝炎ウイルスキャリアの患者さんを診療するに当たって、注意しなければならないB型肝炎ウイルス再活性化についても少し話したいと思います。日本人の死因の第1位が悪性新生物である現在、がんの進行の状態によっては、化学療法による治療が必要となる患者さんが多数いらっしゃるのが現状です。その際に気を付けなければならないのは、B型肝炎ウイルス再活性化です。血液の悪性疾患の治療の際に、リツキサン併用の化学療法を施行して、劇症肝炎を発症して死亡した症例も過去には報告されてい

ます。また悪性腫瘍に対する化学療法以外にも、関節リウマチなどの膠原病に対しての免疫抑制剤の使用においても、再活性化への注意が必要となってきます。

免疫抑制剤や化学療法に関してのB型肝炎ウイルス再活性化に関しては、劇症化のリスクが高く、適切な対応が必要であるため、「免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎対策ガイドライン」(厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班劇症肝炎分科会および「肝硬変を含めたウイルス性肝疾患の治療の標準化に関する研究」班合同報告、2009年初版、2011年第2版)が出されています。これがB型肝炎における化学療法、免疫抑制療法を行う際の一般臨床におけるひとつの指標となっています。HBs抗原が陽性の患者さんはもちろんですが、HBs抗原陰性でHBc抗体陽性、HBs抗体陽性という既感染の患者さんの一部にも肝炎を発症する、いわゆる「de novo肝炎」というものもあります。このガイドラインの中には、「HBs抗原陽性例は肝臓専門医にコンサルトする。」という文言が入っており、やはりキャリアの患者さんに関しては、消化器内科、特に肝臓専門の視点からの診療が非常に重要になってくるのではないかと思います。

正木 きっと荒尾先生や坂口先生、我々の年代が大学で教わったことと、今のB型の常識というのは変わっており、測定方法が非常に急速に進歩し、ものすごく微量なレベルまで測れるようになってきたということですね。それと、その頃はDNAが測れなかった時代かもしれませんが、それも可能になって、いろいろ常識が変わってきましたよ。HBs抗原キャリアをピックアップするのが検診の目的ですけれども、日本人では、既感染、つまりHBc抗体やHBs抗体の陽性者は、2、3割ぐらいいるのではないかとされています。

坂口 私たちの地域ではB型肝炎が多く、年齢にもよりますがHBc抗体陽性は3割から4割ぐら



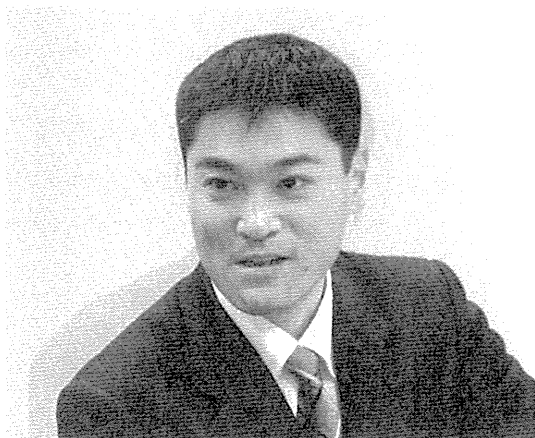
須田烈史氏

いです。

正木 昔は、そういう方々を返していたのですが、最近は化学療法などをきっかけに再活性化する症例があり、肝臓の奥底にはウイルスがいるということがわかってきたということで、先ほどのガイドラインがつけられたのですね。開業の先生にそこまでを求めるのはなかなか難しいかもしれませんが、HBs抗原陽性の持つ意味というのは、須田先生が今おっしゃったようなことをご理解いただけるかと思います。HCV抗体についても、簡単にご説明いただけますか。

須田 HCV抗体はC型肝炎ウイルスに感染することにより体内で作られる抗体であり、HBs抗体とは異なり、HCV抗体自体には中和抗体としての作用がないというのがひとつの特徴です。

このHCV抗体陽性の意義は、まずひとつが今現在、C型肝炎ウイルスに持続的に感染をしている人、すなわちキャリア、もうひとつは過去にHCVに感染して治癒した人、すなわち既往感染者、この2つが挙げられます。その鑑別に関しては、HCV抗体の力価がひとつの指標になっています。一般的には、低力価、中力価、高力価の3つに分類されており、高力価の方は今現在、C型肝炎ウイルスに感染しているという判断



島上哲朗氏

がつきます。低力価と中力価の方に関しては、さらに次の検査で実際にウイルスがいるかというのを調べることになります。HCVコア抗原検査や核酸増幅検査（Nucleic acid Amplification Test：NAT）などを行い、ウイルスの存在を確認することが必要です。

正木 検診の内容や考え方が2013年の4月から一部変わりました。HCV抗体陽性のときに、HCVコアタンパクを検出するHCVコア抗原検査というのがワンステップ入っていたんですが、今はそれを省略して、中力価、低力価については、HCV-RNA（Hepatitis C Virus-RNA）という検査を行うようにという指導に変わったとのこと。もちろん、高力価も測ると、その場合はほとんどウイルスを持っていると思われませんが、低力価というのは、中には過去に感染した場合、もしくは治った後、徐々に抗体が下がっていく途中を見ている場合もあるし、一番顕著なのは、インターフェロン著効になった後、抗体がそんなにすぐには下がらない中で検診などを受けて、C型肝炎に感染していると言われてしまうという例です。これもおそらく時間が経てば力価は下がるので、ウイルスがないことが確認されている患者さんには、そのことを検診

時には医師に言うように指導しています。

今のところ、HBs抗原の測定方法というのは、これまた多種多様で、厚労省の出している「特定感染症検査等事業実施要綱」では、まだ「凝集法等」と記載されているように、少し感度の悪い方法も含まれています。サンドイッチ抗体を用いたケミルミネッセンス法などの非常に感度のいい方法は、検診で使っても患者負担はないんですよね。

海嶋 特定感染症検査等事業で実施された検査は無料です。

正木 医療診療報酬点数表を見てみると、一番安いのは29点ですが、88点の「HBs抗原・HBs抗体」の検査というのもありますね。

海嶋 要領には、検査方法についての規定があるのですが、診療点数についての記載がないのでわからないのですが。

正木 最初のスクリーニングですから、そこで感度の悪い方法で測って「陰性だ。あなたは大丈夫」と言っていたが、もっと感度のいい方法で測ると本当は陽性だったということもあり得るので、検診ではなるべく感度のいい方法で測ってほしいと思っています。今、保健所とかがどういう採用をされているかというのは、ちょっと私はよく知らないのですが、いかがでしょうか。

海嶋 要領には「HBs抗原検査は凝集法等による定性的な判断のできる検査方法」と規定されていますから、各保健所は要領に沿った方法で実施しています。検査機関に検査を委託しますので、検査機関には「要領に沿った方法で実施してください。」という指導をしていますが、「より感度の高いものでないといけない」というような強い指導は難しいと思います。

正木 感度の悪い検査方法ですり抜ける可能性もあるのかなとは少し思いますね。

島上 広島大学の田中先生の「疫学的視点からみたウイルス肝炎の現状」という研究で、検

査手順について検討されていますよね。

海嶋 はい、新たにC型肝炎ウイルスの検査手順について検討されました。

正木 測定方法についての検討は今回、十分にはあまりなされていなかったと聞いています。だから、HBs抗原の検査方法については、いまだに凝集法が使われているようです。荒尾先生のところではどれを採用されていますか。

荒尾 当院は、全国規模の検査会社に委託しています。そこでは凝集法でされております。結果については他の検査結果と総合的に判断しないと危険です。

正木 少し心配になってきたところはありますよ。

海嶋 国の要領では検査方法は「凝集法等」になっています。

正木 そこは予算の絡むところなので、あまりここで、あしろうしろとは言えませんが、そのあたりも含めてウイルス肝炎検診の現状ですね。先ほど2002年から行われている節目検診のお話をしましたが、最近は受検率などいかがでしょうか。

海嶋 肝炎ウイルス検査には、皆さんご存知のように、行政が特定感染症検査等事業として行っている無料肝炎ウイルス検査、それと健康増進法による肝炎ウイルス検査があります。あとは、人間ドックや医療保険者の実施する検査などがあって、実際に肝炎ウイルス検査の受検率は詳しくわかっていないというのが現状です。では一体どれだけ日本国民が受けているのかということで、国が「平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業」(厚生労働省：平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業事業成果報告書等について、<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j.html>)を行い、それによって、ある程度日本国民の受検率が明らかになっています。

この中で、肝炎ウイルス検査を受けたことが

あるかどうかという質問に対し、26%が受検したことがあると答えています。受検したことがあるのが、男性では21%と、女性の31%よりも低いのは、おそらく、女性には妊婦健診などがあるからだと考えられます。

もうひとつ、調査結果の中で一番印象に残ったのが、外科手術や献血、妊婦検診などを通して、自分では認識していないけれども受検したと推測される方を、今回、非認識受検者として調査したところ、だいたいB型で40%、C型で30%の方が非認識受検者であったという点です。受検を自覚されている方と合わせると、だいたいB型で57%、C型で48%というように、日本人の約半数が肝炎ウイルス検査を受けているという統計データが出ています。

これとは別に、昨年度、広島大学の田中純子教授が健康増進事業などで行われている住民検診で、肝炎ウイルス検査を受けた方に対してアンケート調査をされました。その結果、検査を受けているにも関わらず、15%の方から「肝炎ウイルス検査を受けていない・わからない」という回答が返ってきたとのこと。受検しているにも関わらず、受検を認識していない人がたくさんいるということです。このような方々にどのように対応していくかというのが、これからのひとつのポイントだろうと行政側では考えています。

それと、やはり肝炎ウイルス検査を受けていない方がまだ半数おられるということで、このような方々をどのようにして掘り起こしていくかというのも重要な課題です。なぜ受けていないのかという理由を聞くと、「機会がない」とか「知らなかった」、「意義がわからない」と答える方がたくさんおられるので、そのあたりもこれから対策を考えていかなければいけないポイントだと思っています。

さらにもうひとつ、B型肝炎、C型肝炎について知っているかということについて調査が行わ

座談会

れました。その結果、「具体的な症状や治療方法について知っている」と答えた方では、だいたい7割の方が肝炎ウイルス検査を受けているのに対し、「名前は聞いたことがある」という程度の方なら2割、「肝炎について全然知らない」という方ではだいたい1割弱ぐらいしか肝炎ウイルス検査を受けていないということが判明しました。肝炎について具体的にどんな病気なのか詳しく知った方の多くは、肝炎ウイルス検査を受けておられるということなので、肝炎について「こんな病気なのですよ、誰でもかかる可能性があるのですよ」ということを皆さんに正しく知ってもらうことが、肝炎ウイルス検査を多くの方に受けていただくひとつの方法だということをご結果から強く感じました。

正木 そうですね。7月28日の日本肝炎デーに向けて、自治体、拠点病院あるいは国をあげて啓発活動を全国的に展開していきます。その中で、マスコミを通じた広報も今年は積極的に行うと聞いているので、肝炎に関する知識、検査の情報などのインフォメーションが国民に周知されるべきだと思います。

さて、国が行った前述の受検状況調査（平成23年度肝炎検査受検状況実態把握事業）は非常に重要な内容を多く含んでいます。中でも強調しておきたいのは、保健所で受検している人は少ないということです。衝撃的ですが、保健所で受検した人は5~6%しかいないのです。受検したきっかけというのが、例えば内視鏡や手術などの診療前検査だというケースが多いのです。なかなか保健所に行けないという事情もあるかもしれませんが、保健所には無料で受検できるという利点があるわりに利用者が少なく、病院で検査の1つとして受けた、あるいは自分から病院に行って受検したという状況が多く、が少し問題かなと思いました。

また、検査結果が出た後の医師側の対応についてですが、医師側がもう来る必要はないと言っ

てしまっているケースが、B型の場合ではC型の場合よりかなり多いという結果が出ています。先ほどB型肝炎の常識は変わってきたというお話をしましたが、1年に1回、あるいは半年に1回といったように、定期的に診ないといけない患者さんがかなりいらっしゃるということを、やはり医師側へも啓発し、認識を改めていかないといけないというのが、この調査からもおわかりいただけると思います。今皆がC型肝炎に関する情報をかなり持っていらっしゃるの、ずっと受診を続けているということも多いということがこの調査で明らかになっています。この受検調査で、B型肝炎についての今後の課題が明らかになったと思っています。

肝疾患診療ネットワークの現状と課題

正木 海嶋先生からウイルス検診の現状についてお話しいただきました。これから本日のメインテーマになりますが、陽性者の方をどう診療するかという点、最初にお話しした肝疾患診療ネットワークがこの6年間を経て、本当にちゃんと機能しているのかという点について、拠点病院の立場、あるいは専門医療機関の立場での印象をお聞きしたいのですが、島上先生、石川県はいかがでしょうか。

島上 石川県の肝疾患診療ネットワークの担当をされていた先生が退職されたため、私は約半年前からこの仕事を担当させていただいています。この半年間、石川県はもちろん全国の肝炎診療連携ネットワークの現状に関してかなり勉強しましたが、石川県はこの分野ではかなり進んだ取り組みを行っていることがわかりました。

石川県の現在までの取り組みを説明させていただきます。まず2002年度、旧老人保健法の肝炎ウイルス検診開始に先立って、石川県肝炎対策協議会を立ち上げました。メンバーとして、

表. 肝炎検診 石川県の取り組み

1. 精密検査の全県での統一
2. 精密検査での画像検査の義務付け
3. 全症例を対象とした事例検討会
4. 住民、担当医用の診断手引きの作成
5. 保健師などを対象とした研修会の開催
6. 検診への行政関与に関する通知と同意
7. 前年度陽性者に対する事後調査

専門医療機関や大学病院の医師を中心とした学識経験者、医師会の肝炎ウイルス検診担当の先生方、県や市町、保健所などの行政の方々にも入っていただいて、1年に最低1回は集まって、石川県の肝炎対策の改善を図ってきました。

石川県の特徴的な取り組みは大きく7つあります(表)。初年度の肝炎ウイルス検診陽性者に対する精密検査の問題点として、HCV抗体陽性で肝機能異常を認めない方に対して、画像検査が施行されていないという事例や、HBs抗原陽性で肝機能異常を認めない方に対して異常なし、今後の通院の必要なし、とされた事例など、不適切な指示がなされた事例が散見されました。これらの問題点を解決し、県内における肝炎ウイルス検診陽性者に対する精密検査内容の統一を行うため、地区毎に精密検査を担当された先生方全員に出席していただいて、全症例に対する事例検討会を行い、金沢大学附属病院の肝臓専門医が、不適切な指示に対して直接指導を行いました。さらに精密検査時にCT、エコー、MRIなどの画像検査を行うことも義務付けました。また、患者さん用、医師用に肝炎に関するパンフレットを作成したり、肝臓専門でない先生方に診断の手引きを作成したり、保健師などを対象とした講習会を開催したりして、肝炎に関する情報の発信を積極的に行いました。そして、これが石川県の最も特徴的な点だと思いますが、2002年度から行っていることですけれども、検診受診時に肝炎ウイルス検診陽性者にはのちのち行政の担当者から、電話あるいは個別訪問等

により直接連絡がされうることに関して同意をいただいています。そしてこの同意に基づいてウイルス陽性者に対して、毎年行政の担当者(各市町の保健師など)が電話あるいは個別訪問を行い、医療機関を受診したかどうかを確認し、受診していない場合には受診勧奨を行うようにしました。この取り組みは2002年度から2009年度まで行われてきましたが、いくつかの問題点が出てきました。1つ目は、毎年行政によるフォローアップが行政担当者の負担になってきたこと、2つ目は、肝臓専門以外のかかりつけ医の先生を受診された際に、専門医療機関を紹介されないため、インターフェロン療法などの専門的な治療まで結びつかない事例が存在したことが挙げられます。そこでこれらを改善するために2010年度に立ち上げられたのが「石川県肝炎診療連携」という新しい診療ネットワークシステムです。

石川県肝炎診療連携の概要ですが、今まで行政が個人に対して行っていたフォローアップを、肝疾患診療連携拠点病院(石川県の場合、金沢大学附属病院)が中心となって行い、肝炎ウイルス検診陽性者に対して直接、受診勧奨を行うこととしました。その際、個人情報保護のため市町の有する氏名、住所などの個人情報を拠点病院に移管できないことが問題となりました。そこで、市町を介して、この連携に参加し個人情報を拠点病院に移管することに関する同意書を全ての肝炎ウイルス検診陽性者の方に発送しました。その結果、同意をいただいた方に関しては、拠点病院も個人情報を有するため拠点病院が直接肝炎ウイルス検診陽性者にアクセスすることが可能となりました。

さらに連携参加同意者には、年1回石川県が選定した専門医療機関の受診をお勧めするパンフレットと、専門医療機関での診察内容を記載する調査票を送付しています。もし専門医療機関以外のかかりつけ医を受診された場合は、調

座談会

査票を紹介状の代わりとして、専門医療機関を受診していただくこととしました。専門医療機関における診察結果は、複写式の調査票に記載していただき、かかりつけ医と拠点病院に送られます。かかりつけ医の先生方には専門医療機関での診察結果が調査票を介してフィードバックされますし、拠点病院では調査票を用いて受診状況や治療内容などをデータベース化しています。また同意を得られなかった方や意思表示のない方に関しては、今までどおり行政側でフォローアップを続けています。2,900名の肝炎ウイルス検診陽性者のうち、現在、同意された方は1,085名(37%)です。残りの1,815名のうち、同意しない意思表示をされた方が328名(11%)、意思表示のない方が1,487名(51%)です。この意思表示のない1,487名に対しては、連携に入っただけで同意書を送付し続けています。肝炎ウイルス検査陽性にも関わらず自己判断で通院を中止された方が、この連携に入ったことでかかりつけ医を介して専門医療機関を受診され、肝臓がんを発見できた事例や、この連携に入ったことで専門医療機関を受診され、インターフェロン治療まで結びついた事例もあります。それらはこの連携に入ることの大きなメリットであり、この仕組みは非常に上手く働いていると思います。

正木 石川県は非常に先駆的な試みを以前からやっていたらっしゃって、本当に尊敬しています。金沢大学は能登半島の端まで出かけて行って事例検討を1例ずつ行い、金子周一教授(金沢大学附属病院肝臓センター長)は全ての患者さんのデータを知っていたと言われるくらい、肝炎患者に貢献してようやくできあがった連携です。行政も毎年葉書を送って、回収するという形で貢献されていると思います。非常にご苦労もあるかと思いますが、行政と拠点病院が一体化して肝炎に対して取り組んだ成功例だと思います。

あと、坂口先生、広島県も先駆的な取り組みを行っていますね。

坂口 広島県については、私が説明するよりも海嶋さんが説明したほうがいいかもしれませんが、広島県でも陽性者をいかに治療に結びつけるかということが問題になっています。以前にも肝炎患者手帳を使って、かかりつけ医から専門医療機関に紹介できるようなシステムがあったのですが、それが十分に働いていないということでもう一度見直し、新たに広島県肝炎患者フォローアップシステムをつくりました。

このシステムでは、肝炎ウイルス検査申込時に登録同意をいただき、もし肝炎ウイルス陽性であれば県から肝炎ウイルス陽性者に検査結果と一緒に、登録同意書、4枚複写の受診調査票を送付し、かかりつけ医、専門医療機関への受診を勧めています。4枚複写の受診調査票によってかかりつけ医、専門医療機関への受診を確認しています。現時点では、残念ながら登録者はまだそれほど多くはない状況です。行政側でもいろいろな医療圏で説明会をしていく予定ですが、かかりつけ医や専門医療機関の医師にこのシステムが十分に周知されていないこと、理解されていないことがその大きな原因だと思います。

正木 医師会などの会合のようなところへ出向いていき、顔を合わせて説明されているのですか。

海嶋 はい、そうです。

坂口 私たちの医療圏でも研修会を年に1,2回やっていますが、そういうところで県の職員の方にも来ていただいて説明はするのですが、なかなか理解していただけないところがあります。

海嶋 理解が十分でないというご意見をいただきましたので、今年度、研修会を再度やって、どういうシステムなのかということについて周知を図っていこうと思っています。あと、今は、行政で実施する検査でわかった新たな陽性者を

主に対象にしておりますが、新規陽性者はそんなに多くないので、登録者も少ないという課題もあります。行政以外の人間ドックなど検診機関で陽性になった方も含めていくなど検討し、今年度の終わり頃から登録者を増やしていければと考えています。

坂口 広島県では専門医療機関での治療結果をほとんど報告しており、インターフェロンの治療結果も報告率が50%以上と、おそらく日本で一番高いのではないかと思います。他のシステムは上手く機能しているのですが、肝炎ウイルス陽性者を登録するにはもう少し時間がかかりそうです。

正木 どのようにすればかかりつけ医の先生方がシステムに上手く入ってこられるかという問題がかなり指摘されているようです。荒尾先生はどちらかといえば専門医療機関の立場だと思いますけれども、たとえば近隣の先生方の状況なども踏まえて、そのあたりはいかがでしょうか。

荒尾 石川県の取り組みが素晴らしいと思い、愛知県も採用を検討しましたが、人口の規模が大きすぎて膨大な事務作業が発生すること、肝臓専門医が少ないため、難しいということになりました。それではHBs抗原陽性、HCV抗体陽性者を一般開業医がどのように診ればいいのかということについて一言述べます。腹部超音波検査をされている開業医が診るべきだと私は考えています。腹部超音波検査で肝臓内の腫瘍性病変の有無、肝左葉の腫大、右葉の委縮、肝表面の凹凸不整、肝内エコーパターンの不均一、辺縁鈍化など検出できれば、消化器専門医や肝臓専門医でなくても慢性肝炎は診られると思います。

最近では職場検診において貧血検査はされていますが血小板数の記載がみられないことがよく見受けられます。そのため血液検査、ウイルス検査を併用し、血小板数が15万個/ μ l以下、AST、

ALTが30以上、HB、HCVウイルス陽性者、腹部超音波検査で先ほど述べた異常所見を認める方、肥満、腹部手術既往などで腹部超音波所見が十分に描出できない方は専門医療機関に紹介した方がいいと思います。

正木 非常に適切なお指導だと思います。専門医療機関では、陽性者に対して、血小板数を測定したり超音波検査をしたりして、患者さんがどのステージにいるのかという評価を次に行います。それを開業医の先生のところで行うべきなのかどうかについては、エコーなどをお持ちでちゃんと診断できるのであれば、行っても問題ないと思います。もしそのような設備がないようであれば、専門医療機関に送っていただきたいです。あと、ウイルスマーカーは決してHBs抗原、HCV抗体だけではなく、ウイルス量や血清型・遺伝子型なども含めて検討することを現在のガイドラインは求めています。そういう確立された基準に当てはめていかないと患者さんの治療に結びつかないわけですし、専門医療機関と開業医が連携をとっていかなければいけないと思います。

荒尾 現在会社勤めの方が名古屋市内の病院から、紹介され、当院で金曜日の夜や土曜日にインターフェロン注射をしています。このように病診連携を通じて、地域の開業医がインターフェロン注射で協力することは大事なのですが、その場合には、インターフェロンの副作用の知識や病診連携パスが必要です。連携パスに基づいてインターフェロンの副作用や副反応などを十分に熟知してから行うべきです。逆に、そういった勉強をされている方であれば、一般内科医であっても注射できると思います。愛知県の場合は、年3回肝炎診療協議会が開催され、勉強していくことができます。

特に、消化器専門医は肝臓専門医の何倍もいますので、その先生方にも協力していただくことが大切だと思っています。愛知県では肝炎患

座談会

診療ネットワークが構築され、消化器専門医で肝炎の講習会に参加している医師は公的医療費助成申請ができます。

正木 本日は治療についてあまり触れる時間がないですけれども、B型肝炎も経口剤でかなりコントロールできるようになっていますし、新たな薬剤の承認が間近に迫っています。C型肝炎については、インターフェロンフリーの時代が近づいているので、年齢制限なく飲み薬として服用し、治せる時代も近いうちに来るのではないのでしょうか。週3回もインターフェロン治療をしなければならなかった時代の患者さんには、インターフェロン治療が嫌だと言って拒否する患者さんも多いです。トラウマを持っている先生方もおり、なかなかペグインターフェロンを勧めていただけなかったということもありましたが、今後、経口剤になれば、C型肝炎は80歳でも治せるという時代が来るかもしれません。現在、拠点病院や行政が医療従事者向けの研修会を行っているので、そういう機会を利用して、医師会の先生方とも情報を共有していければと思っています。

肝炎検診受検率の向上を目指して

正木 肝炎検診がどうして徹底されないのかについてですが、先ほど海嶋先生からご説明いただいた厚労省の受検者アンケートの調査結果でも、「職域検診に入っていれば受けた」という前向きなコメントも結構出ているようです。ただ、肝炎というのは差別や偏見という問題も実は関わっており、特に職域となると、なかなか佐賀県のように上手く対象者の同意を得られない可能性もありますが、海嶋先生、いかがでしょうか。

海嶋 職域での検診の受診率は非常に低いです。広島県内で2008年に約5,000人を対象にアンケートをとったところ、一般住民の方が4,800

人中だいたい27%受けているのに対し、母数が少し少ないですけれども、職域では170人のうち7%ぐらいしか受けていないという結果が出ました。やはり職域検診はあまり実施されていないようです。ですが、先ほど正木先生がおっしゃったように、職場の検診に肝炎ウイルス検査が入っていれば受けるという方が結構いらっしゃるようなので、どうか取り組んでいかないといけないと考えています。

今年度、広島県では、産業医の先生に肝炎のことを理解していただいて、産業医の立場から経営者、営業者の方に働きかけていただければと考えています。そのためにも、肝臓が専門でない方が多い産業医の先生を対象として研修を行い、肝炎の実態やウイルス検査の実施状況を知っていただくための取り組みをやっていると考えています。

あと、肝炎ウイルス検査を受けたことを知らない方が多いという実態もあったので、広島県地域保健対策協議会*と、広島大学肝炎肝臓対策プロジェクト研究センターが連携し、検査に来た方にカードを配る取り組みを今年度から実施しようと思っています。これを手帳の間にでも入れて持っていることで、自分が受けたということ認識でき、検査結果を自分でカードに書き込むことで、自分の検査結果や病態を把握できるというのが狙いです。

正木 献血のカードのようなものですね。

坂口 この間もそれについて話し合ったのですが、内科の肝臓専門医だけで記入式のカード導入を進めようとしても、なかなか進まないのです。たとえば、整形外科や眼科や耳鼻科でB型肝炎の検査をしたなら、内科以外でもそのカードを配って、患者さんに書いてもらわないと進

*広島県地域保健対策協議会：県内における医療、福祉の向上や情報提供の整備など県民の健康保持、増進に寄与することを目的に、保健・医療・福祉に関する事項を総合的に調査、協議する場として、広島大学、広島県医師会、広島県、広島市により設立された団体。

まないと思うのです。だから、いろんな診療科の先生方、かかりつけ医の先生方にも広めていくことが大切です。

正木 手術は肝炎ウイルス検査のきっかけになることが多いので、正確な情報伝達のためにも、外科系の先生方も巻き込んでいくことで、より有用性が高まると思います。

坂口 それと、先ほど海嶋先生がおっしゃったように、B型肝炎、C型肝炎という病気をご存知の方ほど、ウイルス検査を受検しています。我々も、少しでも多くの方々に肝炎について知ってもらうために、年に1回は必ず市民公開講座を開いていて、一般市民の方に説明するのですが、その市民講座に来られる方はもうすでに自分が肝疾患を患っておられる人、肝炎ウイルスに感染していると認識している方ばかりなのです。それでは肝炎に関係のない人にアピールする機会がないので、肝炎の病気とは関係ないイベントでも肝炎、肝炎ウイルスについて話せば、もう少し周知できるのではないかと思います。

海嶋 今年の3月にテレビで肝炎の特集を組んでいただいたのです。そうしたら、3月の肝炎ウイルス検査の受検者数が前年の3月の1.5倍に増えたんですよ。4月のデータを確認しないとわかりませんが、テレビなどのメディアの力はすごいと思いました。あのように特集を組んでいただければ、効果も大きいのではないかと思います。

正木 今年の7月には行われると聞いているのですが、厚労省が日本肝炎デーに合わせて、ACジャパンのCMで宣伝をするということを考えているようです。

荒尾 啓発活動ももちろん重要なのですが、肝炎検査について医師の意識が低くなってきていると感じます。以前の勤務先の病院勤務医と肝炎検査についてお話をしたところ、オペ室を使う大きな手術のときには肝炎検査しますが、大腸ポリープ切除、抜歯や小切開を含めた簡単

な手術のときには肝炎検査をしないそうです。なぜしないかという点、結局、血液、分泌物、体液は感染物だと考え、院内感染対策として標準的予防策(スタンダード・プレコーション)が徹底されており、肝炎検査をする必要がないという考えに結びついているのです。つまり、院内感染対策として、医師も看護師もすぐに手袋、マスク、ガウンを身につけるので、感染症があるかどうかを注意していないということです。佐賀大学医学部附属病院の入院時検査の調査が報告され(古川(江口)尚子, 他: 大学病院の非肝臓内科におけるHBs抗原およびHCV抗体陽性者に対する肝疾患診療の実態, 日本肝臓学会機関誌「肝臓」54: 307-316, 2013), 整形外科, 眼科などの入院患者ではHBs抗原, HCV抗体が陽性でも肝臓専門医に紹介されていない方が多いそうです。

正木 手術などがきっかけで受検されている人も多いですね。

荒尾 動機づけとして、やはり小手術のときにも行うことが必要ではないかと思います。私は、過去にウイルス検査を受けていない方には、上部消化管内視鏡検査を施行する場合でも術前検査として行っています。それなのに、今は大腸ポリープ切除時にも、肝機能と末梢血の検査は行いますが、肝炎ウイルス検査はされていないことが多いです。だからこそ、小手術、上部・下部内視鏡検査など、やはり術前検査を多くすることで患者さんを早めに発見できると思います。また、最近話題になっている風疹についてですが、結婚されている男性が予防接種を受けに来ます。このとき思うのが、なぜ母子手帳にはその夫のHBs抗原とHCV抗体について書いていないのかということです。性行為で夫から妻に感染し、さらに垂直感染が起り、結果的に生まれてくる子供に感染することもありうるわけですので、母子手帳に夫の感染症の記録する欄もあるといいと思うのです。

座談会

海嶋 確かに夫に関する記入欄というのはないですね。

荒尾 父子手帳というのは難しいかもしれないけれども、母子手帳の項目に配偶者に関する情報の記入欄を設けることならできると思います。頻度は少ないですが、水平感染プラス垂直感染もあり得るわけで、世の中の男性がこれだけ風疹の予防接種に敏感になっているのですから、生まれてくるかわいい子どもに感染させないという動機づけをしっかりと、肝炎についても検査を受けてもらうようにする必要があります。

正木 そういう検査をひとつ増やすというのは、非常に重要な提案だと思うのですが、費用の問題などもあるので、貴重な提言ということで厚労省にはまたお話ししたいと思います。肝炎ウイルス検査を受けるきっかけづくりが重要ということですね。内視鏡検査を行うときには、スタンダード・プレコーションは大事だけど、肝炎ウイルス感染の有無を知るきっかけとなることも認識しておく。

荒尾 何かの検査のついでに一緒にやれば多忙な患者さんにも都合がいいというのが私の考えです。

正木 それは重要だと思います。

須田 どのようなケースであれば、肝炎ウイルス検査をしたことについて患者さんに説明するのがよいのでしょうか。陽性であればもちろん結果説明は必須ではありますが、陰性であったときには患者さん全員に伝えていないことが多いと思います。特に、救急外来で診察した患者さんの輸血前検査などで検査を行ったときや、外科手術が必要で手術前にスクリーニング目的に検査を行ったときに多いような気がしています。理想を言えば、検査を行った全ての患者さんに陰性であっても説明をするのが良いのですが、忙しくて伝えられないことがあります。だから、患者さん自身も受検したという認識が

ないまま、非認識受検という形になってしまふことが多くなってしまうのではないかと思います。私たち医師が「この検査をしました。結果はこのようでした。」と全ての検査において伝えるというのは、日常業務に忙殺されてそこまで手が回らないことが多いのではないのでしょうか。採血して陰性であれば、それを患者さんに伝えてくれるような担当者の方が病院内にいればいいのにと考えてしまいます。

正木 国立病院機構長崎医療センター臨床研究センターの八橋弘先生の調査（八橋弘，病態別の患者の実態把握のための調査および肝炎患者の病態に即した相談に対応できる相談員育成のための研修プログラム策定に関する研究，平成24年度厚生労働科学研究研究報告書，2013年，67）で、特に外科系の先生に「検査しても知らせない傾向がある」ということがわかりました。整形外科で検査をし、実はB型で陽性反応が出たけれども、知らせていなかった結果、その後肝がんが発症し、患者さんに訴えられたという事例もあったそうです。そういう問題にもなりかねないので、陽性なら絶対に伝えないといけません。陰性でも「測りましたが、陰性でした」と言っておくと、患者さんに無駄な検診を受けさせなくて済むわけですから、業務が増えるという問題はありますが、やはり医療者側の測った者が伝えるべきだと思います。

須田 今後は積極的に説明していきたいと思います。測る機会が多く、伝えるタイミングも難しいときもありますが、HBs抗原やHCV抗体に関しては、何かあったときにはルーチンとして行うことも多い検査です。患者さんに伝えることによって、患者さんの金銭的負担を減らしたり、医療費そのものを減らしたりすることは可能であると思います。

正木 本日先生方にお集まりいただき、6年間進められてきた拠点病院事業、肝疾患診療ネットワークの構築も、まだまだ問題点として

残っているということが再認識され、しかしいろいろなご提案もいただき、今後改善できるところがかなりあると感じました。

それでは最後に、本日のディスカッションも踏まえて、お一人ずつお話しただければと思います。まずは坂口先生、よろしく願います。

坂口 最近、肝疾患患者の高齢化が進行しており、受診時の年齢が治療にも大きく影響しています。3剤併用療法を行うときには、3剤併用療法の可能な症例を選択しているのですが、それでも患者さんの年齢の中央値が63歳です。せっかく肝炎ウイルスが陽性だと言われ、かかりつけ医から紹介を受けても、なかなか十分な治療をできない症例もあります。年齢の問題だけではなく、肝硬変まで進行している症例もそうです。

ですが、そうした症例でも、普段の診療はかかりつけ医の先生に診ていただき、画像診断などを当院でさせていただく。肝癌があれば当院で治療させていただくといったように、ネットワークの中での病院の機能分化により、スムーズな診療体系を確立して、自分たちにできることをしっかりと担っていきたいと思っています。そのためにも、常々、かかりつけ医である開業医の先生方と話し合う機会も設けるようにはしています。

正木 ありがとうございます。荒尾先生、いかがでしょうか。

荒尾 人間ドックもウイルス検診もそうですが、結果を渡されただけで理解できていない患者さんがよく見受けられます。私は産業医も兼務していますが、検診異常者は呼び寄せて「あなたはこの数値がこう悪いから、脂肪肝から肝硬変、肝臓癌合併の危険がありますよ」と指導しています。やはり、丁寧に説明することと本人に納得させることが大事だと思います。

正木 ありがとうございます。須田先生、

いかがでしょうか。

須田 今回、参加させていただいて、行政の立場、拠点病院の役割、そしてかかりつけ医の必要性を勉強させていただきました。今回の座談会に参加させていただくにあたって、なぜ肝炎ウイルス検診が周知徹底されないのかということをおなりに考えてみました。まず、自分の両親に、B型肝炎、C型肝炎を知っているか尋ねたところ、「名前を聞いたことはあるけど、どんなものかはよくわからない」という答えが返ってきました。今度は肝硬変や肝がんであれば知っているか尋ねたところ、非常に恐ろしい病気だと認識していました。「肝硬変や肝がんの原因がウイルス性の肝炎なので、肝炎の検診を受けなければいけないのだ」と説明すると、納得してもらえました。このようにB型慢性肝炎、C型慢性肝炎の成れの果てには肝硬変、肝がんが待っているということを患者さんや一般の方々に周知していただくことが、受検するきっかけのひとつになるのではないかと考えています。

正木 ありがとうございます。先生のところも拠点病院ですから、よろしく願います。島上先生、いかがでしょうか。

島上 私は石川県の拠点病院ということで、今石川県全体のことも視野に入れて仕事をさせていただいていますが、良質な肝疾患診療ネットワークを築くためには専門医療機関や拠点病院だけが尽力するのではなく、かかりつけ医の先生方や行政の協力が必須であることを痛感しています。先ほどお話しした石川県診療連携や連携非同意者に関する行政によるフォローアップに関しても、細かな点ではかかりつけ医の先生方や行政からのご要望や苦情もお受けしています。しかし、今後も引き続き説明会などを利用して、かかりつけ医の先生方や行政の担当者に対し、肝疾患診療ネットワークの重要性を根気強く説明していきたいと考えています。

石川県の場合は、肝炎ウイルス検診陽性であ

座談会

れば、比較的治療に結びつきやすいシステムを構築しているので、先ほどから出ている肝炎ウイルス検診の受検啓発を行い、検診の受診率を少しでも上げたいと考えています。具体的には、特定感染症検査等事業の緊急肝炎ウイルス検査事業として保健所および提携医療機関で実施されている無料の肝炎ウイルス検査を有効利用していきたいと考えています。特に提携医療機関の先生方には、過去に肝炎ウイルス検査を受けていない通院患者さんに対して、この制度を利用して積極的に検査を行っていただくように、最近県の医師会報にも掲載させていただきました。そういう工夫をして少しでも検診の受検率を上げていくということと、あとは県民に肝炎に対する正しい知識を持っていただくように広報活動を行っていききたいと思います。平成23年度の肝炎検査受検状況実態把握事業の報告書によると、普及啓発活動の世代毎の認知度は、テレビやインターネット、新聞などのメディア媒体により異なるという調査結果が出ていましたし、例えばコンビニエンスストアに肝炎ウイルス検査受検を呼びかけるようなポスターを貼っている自治体もあるそうです。1個の媒体に限るのではなく、多くの媒体を使って、肝炎ウイルス検査受検の啓発を行っていくことが必要だと思えます。

正木 ありがとうございます。海嶋先生、いかがでしょうか。

海嶋 いろいろと貴重な意見をありがとうございます。先ほどからお話があるように、行政としては、県民の方に肝炎というのがどんな病気なのかを知っていただくことが重要だと思います。肝硬変、肝がんへ進行することもあるということも啓発していくことがまずは我々の仕事だと思いますので、どのように広報していけば一番効果的なのかというのを検証しながらやっ

ていきたいと思っています。

それと肝炎というのは、知っている人は知っているが、知らない人は知らないというように、人によって認知度に極端に差があるので、どのようにして知らない方にも関心を持っていただくかということにも力を入れていきたいと思えます。また、拠点病院の先生方にもご協力いただきながら、一人でも多くの県民の方に「肝炎ウイルス検査を受けてよかったわ」と言ってもらえるようながんばっていききたいと思います。

正木 先生方、本日はどうもありがとうございました。本日お越しいただいた先生方のところは非常に先駆的な自治体も多いし、皆さん非常にモチベーションの高い方々ばかりですが、全国的にそれが普遍化されていなかったり、地域によって温度差があったりするというのが、私が肝炎情報センターに所属している立場で感じているところです。やはり、6年経ったこのシステムがさらにアウトカムを出せるようになるかどうかは、そこにかかっていると思うので、地道に働きかけをしていきたいと思えます。住民の方に検診を受けてもらうには、先ほどからお話があるように、効果的な広報活動が重要です。島上先生もおっしゃいましたけれども、やはりインターネットを見られない高齢者も多くいるわけですから、テレビや広報誌を使ったり、定期的に回ってくる新聞に記事を無料で載せてもらったりといった工夫も非常に有効だと思いますので、ぜひとも地道に活動を続けていっていただければと思います。本日は誠にありがとうございました。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

肝炎ウイルス検診

正木尚彦*

要旨

- ・わが国にはB型、C型合わせて約350万人の肝炎ウイルスキャリアが存在すると推定されているが、約半数の170万人ははまだ自己の感染を知らずに社会に潜在しているとの報告もなされており、肝炎検診の重要性が各方面で叫ばれている。
- ・国はさまざまな施策を講じて検診事業の推進を図っているが、平成23年度には肝炎検査の受検状況実態把握を目的として郵送アンケート調査を実施し、さらに平成26年度からは「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」を開始している。
- ・肝炎検診の測定結果が適切に取り扱われているかについての医師向けアンケート調査(厚生労働科学研究班)の結果、非専門科医師の認識を改善し、啓発する必要性のあることが明らかとなった。
- ・肝炎検診・検査後の効率的なフォローアップシステムを構築するためには、院内連携の推進がきわめて有効であり、電子カルテを活用したオーダーリングシステム上での受診勧奨の試みが行われつつある。

はじめに

わが国には肝炎ウイルスキャリアが約350万人存在し、うちB型肝炎ウイルスキャリアが110～140万人、C型肝炎ウイルスキャリアが190～230万人と推定されている。まさに、「ウイルス性肝炎は国民病である」との認識も正鵠を得た表現と考えられる。

しかし、いまだに肝炎検診を受けていないため、B型で90万人、C型で80万人がキャリアであることを認識していないとの推計もなされている¹⁾。合わせれば、わが国に存在すると推定されるキャリアの約半数が「肝炎ウイルスに感染して

いることを知らずに社会に潜在している」ことになるわけで、きわめて重大な状況であることが理解されよう。この現状を打開するために、国はさまざまな施策をこれまで講じて来ているものの、いまだ十分な成果をあげるまでに至っていないことは明らかである。

検診事業の概要

行政による肝炎ウイルス検診事業は、平成14年3月27日健発第0327012号「特定感染症予防事業」の別紙「特定感染症検査等事業実施要綱」、および平成20年3月31日健発第0331009号「健康増進

*国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター肝炎情報センター〔〒272-8516 市川市国府台1-7-1〕
MASAKI Naohiko

事業に基づく肝炎ウイルス検診等の実施について」の別紙「肝炎ウイルス検診等実施要領」に基づいて行われている(いずれも厚生労働省健康局長通知)。

前者の特定感染症検査等事業の場合には、事業の実施主体は都道府県、政令市、および特別区とされており、国と実施主体とが1:1で補助することで、受検希望者の費用負担は原則無料である。

一方、後者の肝炎ウイルス検診等実施要領の場合の実施主体は市町村(特別区を含む)であり、国、都道府県、市町村(特別区を含む)が1:1:1で補助するが、受検希望者(40歳となる者;40歳以上の者で、過去に受検歴のない希望者)の費用負担については実施主体が個別に設定可能とされている。いずれの事業においても、保健所(保健センター)、委託医療機関が検診実施場所である。

さらに、平成26年3月31日健康局長通知において、事業内容の改正が行われたので紹介する。

前者の特定感染症検査等事業では、「肝炎ウイルス検査及び相談事業」と「緊急肝炎ウイルス検査事業」の2項目に分かれていたが、「ウイルス性肝炎患者等の重症化予防推進事業」として集約化され、新たに「陽性者フォローアップ事業」として、「肝炎ウイルス検査で陽性と判定された者に対し、医療機関への受診勧奨等を実施」、「初回精密検査(1回)及び定期検査(年1回)に係る費用の助成を実施」することが明記された。定期検査に係る費用の助成は、対象者として「肝炎ウイルスの感染を原因とする慢性肝炎・肝硬変・肝がん患者」が含まれたことは大いに評価されるべき施策ではあるものの、「住民税非課税世帯に属する者」、かつ「都道府県等が行う陽性者フォローアップに書面同意した者」、かつ「肝炎治療特別促進事業の受給者証の交付を受けていない者」であることが必須要件である。

後者の肝炎ウイルス検診等実施要領においても、前者と同様に「陽性者のフォローアップ」の項目が追加され、書面同意を得たうえで、都道府県・市区町村が「医療機関の受診状況等に関する調査(3~4項目)」を年1回実施し、未受診者に対

して、必要に応じて電話などによる勧奨を行うよう求めている。

直近の厚生労働省資料^{2,3)}によると、平成24年度にこれら二つの検診事業を受検した人数は特定感染症検査等事業で約26万人、健康増進事業で約84万人であった。B型、C型肝炎ウイルスキャリアはおおの0.8%、0.5~0.6%であったが、平成14年度のおおの1.3%、1.6%から年々漸減していること、しかし40歳検診の結果では現在もおおの0.5%、0.2%と決して無視できない感染者率が続いていることなどが報告されている(図)。

厚生労働省による肝炎検査 受検状況実態把握事業 (平成23年度実施)の概要

さて、行政の側からみた現行の検診事業については先に述べたとおりであるが、一方、国民の側からみた肝炎検査受検状況についての実態調査が平成23年度に実施されているので紹介する。厚生労働省は住民基本台帳から地域・市町村の人口規模による層化二段抽出した20~79歳の日本人74,000人を対象とした郵送アンケート調査を平成24年1月に実施し、23,720人から回答を得た(回収率32.1%)。その詳細な解析結果が厚生労働省ホームページ上に公開されている⁴⁾。

「今までに『肝炎ウイルス検査』を受けたことがありますか」という問いに対して、「1回だけ受けたことがある」、「2回以上受けたことがある」、「受けたことがない」が14.2%、12.0%、62.0%を占め、計26.2%が「これまでに受検したことがある」と回答した。受検者(6,229人)が「肝炎検査を受けるきっかけの理由」としてあげたのが、「職域検診、人間ドックの検査項目にあった」が38.2%、「手術前、妊娠・分娩時、内視鏡検査前など」が29.2%、「40歳以上を対象と検診通知」が19.1%などであった。その結果、受検した場所は「肝炎検査以外の目的で行った医療機関」が48.7%ともっとも多く、次いで、「肝炎検査受検目的に行っ

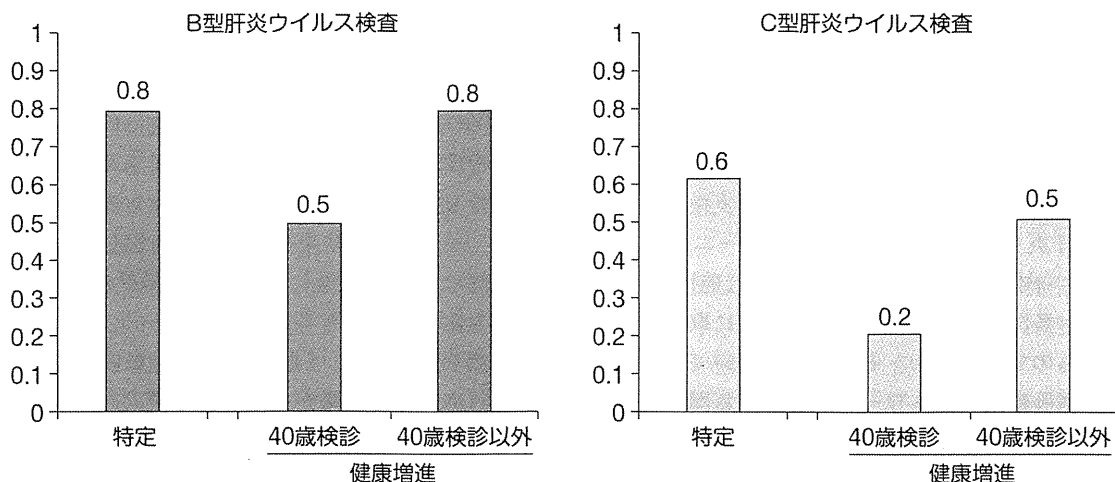


図 2012年度の特定感染症検査等事業および健康増進事業におけるB型・C型感染者率²⁾
各事業における肝炎検診陽性率(%)を示す。

た医療機関」が24.9%、「職場内」が17.1%の順となり、行政が期待する「保健所」での受検は6.4%ときわめて少数であった。

また、「感染が判明した受検者の二次医療機関への受療状況について」の調査では、回答のあった531人中89%が医療機関を受診していたが、9.0%は一度も受診していなかった。これに、通院を自己中断した8.3%を合わせると計17.3%は適切な医療機関受診を行っていないことが判明した。しかし、「受診したが、医師より通院を終了してよいと言われ、今は受診していない」と回答した検診陽性者が、B型肝炎で16.8%、C型肝炎で9.4%存在した。C型肝炎については「既感染治療例」が少なからず含まれているものと推定されるが、HBs抗原陽性者については、低ウイルス量キャリアでも肝発がんのリスクを有することや、昨今の治療ガイドラインの変遷を勘案すると、むしろ医療者側における認識不足の可能性が危惧される。

一方、「肝炎ウイルス検査を受けていない理由」を聞くと(14,696人)、「きっかけがなかったから(39.1%)」、「健康診断のメニューにないから(37.3%)」、「自分は感染していないと思うから

(28.2%)」、「どこで検査してもらえるか分からないから(22.7%)」などであった。受検意向に関する質問に回答した17,412人中約70%が「機会があれば検査を受けてみたい」と回答しており、「定期的に受けている健康診断等のメニューに加える」ことを58.2%が希望していたことは、今後の行政施策を考えるうえで重要と思われる。

驚くべきことに、「肝炎ウイルス無料検査」や「医療費助成制度」の認知度に関する質問に対しては、約90%が「知らなかった」と回答していた。これまで行政は、「肝炎ウイルス検診の普及啓発に関するさまざまな取組み(チラシ、ポスター、マスコミによる広報、インターネットホームページ、街頭キャンペーンなど)」を実施してきたが、約半数はこれらのいずれかの啓発活動の存在を認知していたものの、「全く知らない」とする回答が46.1%に達していたことも併せて、今後取り組むべき課題が浮き彫りになったと思われる。

検診結果の取り扱いにおける問題点

これまでは肝炎検診を効率的に実施するための取り組みについて述べた。さて、肝炎検診、あるいは肝炎ウイルスマーカースクリーニング検査（手術・内視鏡などの観血的検査施行前）の測定結果は、各医療機関においてどのように取り扱われているのだろうか。その現状について、国立病院機構肝炎ネットワークに所属する旧国立病院に勤務する消化器・肝臓内科以外の他科標榜医を対象として行われたアンケート調査結果を紹介したい。

本調査は国立病院機構長崎医療センターの八橋弘臨床研究センター長を中心に、平成24年度厚生労働科学研究費補助金（難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業）「病態別の患者の実態把握のための調査および肝炎患者の病態に即した相談に対応できる相談員育成のための研修プログラム策定に関する研究」の一環として、平成24年10月1日～12月31日の期間に無記名で行われた⁵⁾。

3,239部が配布され、有効回答2,333部(72.0%)であった。年齢分布は20歳代12.7%/30歳代36.8%/40歳代27.6%/50歳代18.1%/60歳代4.5%、所属科は多い順に、内科35%/外科13%/小児科6%/放射線科、産婦人科4%/精神科、眼科、泌尿器科、救急科3%/皮膚科、耳鼻咽喉科2%であった。過去1年間に手術や観血的処置などの事前検査として、肝炎疾患以外の患者に肝炎検査を行った経験は、「あり」が1,954人(84%)、「なし」が373人(16%)と大部分の医師に経験があった。

肝炎検査で陽性結果が出た場合の対応は、「陽性結果を説明している」、「説明していない」、「無回答」の順に、72.5%、9.2%、18.3%であった。しかし、「陽性結果を説明している」医師の場合でも、「消化器病専門医、肝臓専門医へ紹介している」比率は72%にとどまった。一方、肝炎検査で

陰性結果が出た場合の対応は、「陰性結果を説明している」、「陰性結果を説明していない」、「無回答」の順に、28.4%、54.2%、17.4%の順であった。「無回答者」の意図は不明であるが、現時点での医療環境を勘案すると、陽性結果を未告知と回答した9.2%の医師は医療訴訟を抱えるリスクがあり、一方、陰性結果を未告知と回答した54.2%の医師は、「肝炎検査に対する非認識受検者」を多数生み出していると考えられる。

本調査の最後に、「肝疾患以外の患者に肝炎検査を行い、その結果が分かった場合の今後の方針をどうするか」を質問した結果では、「陽性、陰性結果に関わらず説明したいと思う」、「陰性例では説明しないが、陽性例では説明したいと思う」、「陽性、陰性結果に関わらず、説明は行わないと思う」、「その他」、および、「無回答」の順に、37.8%、41.4%、2.6%、1.5%、16.7%であった。すなわち、10%程度の医師は前向きな対応へ軌道修正していることがうかがえるが、さらなる啓発活動の必要性が示唆される結果であった。

非専門科医師との院内連携の重要性

非専門科医師における肝炎検査結果の取り扱いについては、旧国立病院においてすら改善されるべき余地のあることが明らかとなった。そこで、電子カルテを活用したオーダリングシステム上で受診勧奨の試みについて紹介したい。

筆者の所属する肝炎情報センター⁶⁾は全国70施設の肝炎診療連携拠点病院間連絡協議会を年2回開催し、各自治体における肝炎診療連携ネットワーク構築におけるさまざまな問題点を検討している。2014年1月17日開催の連絡協議会では、本テーマに関する二つの事例提供(岡山大学、大阪市立大学)⁷⁾を基に、討議が行われた。

岡山大学ではオーダリングの患者画面上で、「受診勧奨」のバナーを新設し、カーソルをあわせると「ウイルス結果報告書のサイト」が案内され

る。この検査結果報告書を用いて担当医が結果説明を行うとともに、検査オーダー医の了解のもと、病院長名で検査結果報告書が直接患者へ郵送され、「肝炎相談センターでの肝炎相談」が可能となる仕組みである。2013年7月から本システムが稼働するとともに、腹部超音波検査件数が15%増加したと報告された。

一方、大阪市立大学では、電子カルテ上で患者個人の「Information Board」内の「伝言メモ」欄に、肝炎検査陽性の場合には「主治医殿 本日の検査で○△陽性と検出されました。肝胆膵内科への院内紹介をご考慮下さい。中央臨床検査部」などのコメントが入力される仕組みである。2013年度から本システムが導入されたことにより、前年度に比べ、肝胆膵内科への院内紹介件数が1カ月あたり18.8件から28.4件へ約10件増加したと報告された。

肝炎検診・検査後の効率的なフォローアップシステム構築に資する重要な取り組みであり、同時

に病院経営にも利するものと評価されよう。肝疾患診療連携拠点病院をはじめ、全国の医療機関へのさらなる普及が期待される。

おわりに

肝炎検診は、一般のがん検診や成人病検診などとは異なり、基本的には「一生に一度」受検するだけで、B型・C型肝炎ウイルスキャリアの拾い上げが可能な検診である。肝炎総合対策の一環として、国は多額の公費を投じて肝炎検診の推進に取り組んでいる。医療者側も固定概念に拘泥することなく、肝炎検診の重要性を再度認識する必要がある。さらに、検診受検者へのフィードバックを遅滞なく遂行するためには、検診・検査後の効率的なフォローアップシステムの構築に向けて一層の注力が囑望される。

文 献

- 1) Tanaka J, Koyama T, Mizui M, et al : Total numbers of undiagnosed carriers of hepatitis C and B viruses in Japan estimated by age- and area-specific prevalence on the national scale. *Intervirolgy* 54 : 185-195, 2011
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/pdf/kensa-10.pdf>
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou09/pdf/kensa-11.pdf>
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gd4j.html>
- 5) 八橋 弘 : 厚生労働科学研究費補助金(難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業)「病態別の患者の実態把握のための調査および肝炎患者の病態に即した相談に対応できる相談員育成のための研修プログラム策定に関する研究」平成24年度研究報告書, 平成25年3月
- 6) <http://www.kanen.ncgm.go.jp/>
- 7) http://www.kanen.ncgm.go.jp/co_20140117.html