

平成23年度第1回広島県肝炎対策協議会議事録

1 日 時

平成23年9月5日(月) 19:00～20:50

2 場 所

県庁北館 2階 第1会議室

3 出席委員

吉川 正哉委員(広島県医師会副会長)
吉澤 浩司委員(広島大学名誉教授)【委員長】
茶山 一彰委員(広島大学大学院分子病態制御内科学教授)
田中 純子委員(広島大学大学院疫学・疾病制御学教授)
葦丸 尚子委員(広島市保健部長)
佐々木 昌弘委員(広島県健康福祉局長)
近末 文彦委員(広島県保健所長会会長)
岡馬 重充委員(広島肝友会代表)

4 議 事

[報告事項]

- (1) 肝炎ウイルス検査事業について
- (2) 肝炎治療特別促進事業について
- (3) 肝疾患診療連携拠点病院事業について
- (4) 人材育成・普及啓発事業について
- (5) 調査事業について

[協議事項]

- (6) 「第2次広島県肝炎対策計画」の策定方針について

5 担当部署

広島県健康福祉局薬務課肝炎対策グループ
TEL (082) 513-3078 (ダイヤルイン)

6 会議の概要

(1) 肝炎ウイルス検査事業について

(事務局) 肝炎ウイルス検査事業について説明。

(佐々木委員) (1)(2)(3), つまりは全部を仕分けると、本来広島県では何万人受けなければならない、何万人受けているのか、結局は分子分母を全部整理することになるのでしょうか。

(事務局) 一番難しいところですが、健康増進事業と老人保健事業の対象年齢が40歳以上、特定感染症検査等事業には対象年齢の制限がなく、対象者が県

民全員でありまして（３）の事業は 280 万人が対象で、（１）（２）の事業につきましても、対象が 393,000 人となっております。肝炎ウイルス検査につきましても、受検率の把握がなかなか難しく、統計をとりますと、平成 4 年からの数を全部足していきますと、広島県では約 20 万人位が検査を受けているということになります。ですから 280 分の 20 という数が正しいのかどうかというのはまた難しいのです。肝炎ウイルス検査につきましても、こういう検査事業があるのと同時に、人間ドックとか会社向けの職域のウイルス検査とか色々な検査の機会がございまして、具体的に何人受けて広島県の人口の何割位が受けているかというのがなかなか数が出てこないのが実情でございまして、一般的にはだいたい 3 割位が受けているのではないかというふうに言われておりますが、その正確な数字と言われますとなかなか出てこないのが実情です。

（佐々木委員） 例えばそれをこれから把握する方法はないと考えればよいのか、それとも記憶に頼るものでよいものなのか、県政世論調査などそういうものでもあると考えるのか、それによって今後の協議会の議論が変わっていくんですが、あると考えればいいんですか。無いと考えればいいんですか。

（田中委員） 日本全体で検査を受けた人がどれくらいいるかというのが問題になっていきます。それが分かる手立てとしては、今言われたように 40 歳以上で始まった老人保健事業と健康増進事業、特定検診ですが、全年齢ではいとなかなか把握は難しいです。そこで、国は特別予算を取りまして全国を対象に抽出調査を行い、どれくらいの人々が検査を受けているかという概数を出そうとしています。それは、職種別・保健所別・年齢別・男女別に抽出を行うものです。それまでの受検率を出すことによって、各地域・各年齢構成が違う地域においてどれくらいの人々が受けているかの概数を推定し、その値を元に、地域毎の施策を立てるという概念です。本年度予算ですので、来年春までに調査が終わる予定になっています。

今後のこととして、一つ別の案があります。検査を受けた人に、「あなたは検査を受けましたよ。」というカードなりを配ってはどうかという案です。検査の結果を、陽性か陰性かを書くとな個人情報になるので、「検査をあなたは確実に受けられました。」というものです。

（委員長） 広島県の肝炎ウイルス検査の受診率ですが、他府県に比べると低いのではないかと前から言われているんですが、実は、平成 14 年から、この県では 30 市町村で既に自主検査が行われている。しかし、いくつかの町が数字に入っていない。もう一つはですね、この県域で献血をした人。献血をした人のなんと 3,000 人の C 型キャリアが見つかっている。その分母は膨大なんですが、献血をする人はリピーターが多いですから、1 人 1 回にならない。だから具体的な数字を要求すると非常に難しいといえるんですが、実際に検査を受けた人というのはかなりの数に上るということは確かなようです。それ以上のことは分からないということになります。今の国の調査の答えでいえば、平成 2 年度以降の公式に行った検査についてとい

う前提で書かれております。

(2) 肝炎治療特別促進事業について

(事務局) 肝炎治療特別促進事業について説明。

(委員長) ここにつきましては、当初に設置されました認定審査会、当初の 10 人中何人かの委員の交替がありまして、今現在 11 人で行っております。それはスムーズに行われているわけなんですけど、あとのデータを見ますと申請数と受給者証発行数の割合がほぼ 100%近くとなっております、申請のあり方と審査のあり方とが極めてスムーズに行っているということです。

(吉川委員) 認定の内容の解釈について、意見の違いが少しあるので、それぞれ擦り合わせではないですが、認定審査会で何回かそういう打ち合わせして、意見を統一するというのが必要であると考えます。あと、核酸アナログ製剤治療の申請が増えているという状況です。

(委員長) そうですね。あと、この 22 年の 4, 5, 6, 7 月を見ますと、5 月、6 月の申請が急激に多く、あとはコンスタントにだいたい 3, 4, 50 人程度です。

(3) 肝疾患診療連携拠点病院事業について

(事務局) 肝疾患診療連携拠点病院事業について説明。

(委員長) これは茶山委員が広島大学病院で行われています。だいたい当初の目的どおり実施されているということですのでよろしいですね。

(茶山委員) そうですね。

(4) 人材育成・普及啓発事業について

(事務局) 人材育成・普及啓発事業について説明。

(佐々木委員) 啓発を県民に対して行うにしても、どういう人が受けていない層なのか、だいたいこういう時にこういう所に来てくれる方というのは、意識が高い。何かそのアプローチみたいなものをよくよく考えないと。講習会にしても、人材養成にしても。この観点から、平成 22 年度事業で工夫した点があれば教えて下さい。

(事務局) 平成 22 年度事業と致しましては、そういう対象を絞ったというようなアプローチの仕方をしていないのが反省点でございます。後から御説明しようと思うのですが、今回御討議頂きます、第 2 次肝炎対策計画では、そのように対象を絞った啓発をしていくにはどうしたらいいかというところも併せて御議論頂ければというふうに思っております。

(委員長) さっきのリピーターの話ですね、来る人がほとんどいつも同じ顔というのは一番の問題点だったわけで、それをどうするか。それにはやはりある意味、企画・計画が大事です。もう一つは普及手段として、やはり岡馬委員の力が必要です。マスコミよりも。

- (岡馬委員) 後でまとめて触れさせて頂きませんが、本来伝わらなければならないところに本当に伝わっているのだろうか、という問題があると思います。なぜ受けていないのか、というようなところをきちっと分析して、対策を立てていかなければならないのではないかと。
- (委員長) この 19 ページの (1) のイの所、患者講習会、受給者証交付者の人に対して講習会を実施したということで、受給者証を受け取った人のうち、どれくらいの人に来ているのでしょうか。
- (事務局) それぞれの会場が 100 人、計 400 人位来ております。受給者証の発行者が昨年度までで約 5,000 ですから、5,000 分の 400 位の方という形になると思いますが、この患者講習会は人気がようございまして、結構、皆さん、喜んでというか、「本当にためになった。」という感想を書いて頂いております。
- (委員長) 一巡目でだいたいそれくらいのパーセンテージで、それを続けると受講率が上がっていくことが期待できるのでしょうか。
- (事務局) 来られる方は来られるし、来られない方は来られないというのが現実の話だろうと思います。
- (委員長) 喜んで頂いているわけですから、これはやはり大事なことです。次に今度は普及する側、人材育成事業についてですが、出席者はリピーターばかりでなくて、担当の方々が順次出てきて頂いているんですね。
- (事務局) 県保健所・市町の保健師とか各事業者の健康管理担当者も異動がございしますので、その都度新しい方が来て頂いているように思います。
- (委員長) それもいいことなんですけど、昔からの問題点で、大事なところを伝授してもらって、そこのところは難しいところですね。でもこれは継続してやっていくしか方法はない、ということですね。

(5) 調査事業について

- (事務局) 調査事業について説明。
- (岡馬委員) 職域における肝炎対策に係る調査結果のことで、問 4-3 の答えで、「個人の問題」という回答が圧倒的に多いということがありますけれども、具体的に「個人の問題」とはどういうふうな回答なんですかね。
- (事務局) 答えの選択肢が「個人の問題」というのを作っておりまして、ちょっと具体的ではなかったかと思うんですけど、いろいろ御意見をお聴きしますと、「肝炎というのは個人の問題なので、会社として関わるべきではない。プライバシーの問題も大きいので、あまり会社として関わるべき問題ではない。」という認識であったというふうに感じられます。
- (岡馬委員) ここが一番の問題だと思うんですけど、「肝炎対策を企業が進めよう。」という、はっきり言うと「やる気が無い。」というふうにも受け止められるデータですけども、これまで出ているデータというのは、健康保険組合でやっているような事業に対してのアプローチというのがほとんどできていないという形でのデータしか出ていないんですね。このデータはすご

く貴重だと思うんですけど、ここに出ている結果が本当に問題点を表している部分があると思うので、ここへ働きかけをしていかなかったら受診率は上がっていかないのではないかなと思うんですね。実際、私も企業で働いていましたが、企業の中で、肝炎の話というのは基本的にはあまり出ないです。健康診断で診てもらっても、要するに、肝機能検査に引っかかるとか、そういうことが出てきて初めて肝炎に対する関与が出てくるという形です。実際に検査を進めるとか、そういうのも別にありませんし、我々マスコミに関係するような企業であってもそういう様な状態であったと思います。ですから、一般の企業の中で、「肝炎対策を何かしなければならぬ。」というよりは、先程言われた「個人の問題。」が逆に逃げる材料になるってというのは、「肝炎だということが分かると、差別されたりとか、そういうことが起こるかも知れない。だから、これは『個人の問題』で、そっとしておきましょう。」と、推測に過ぎませんが、そういうことであるとするならば、逆に非常に問題だというふうに思うんですね。だからこれがやはり進めていく場合のネックになってくることだと思うので、これをしっかり分析して、対策を立てていかなければいけないのではないかと。だから私達もどういう形で受診率を上げていくか、実際に肝がんになって困る方達を減らしていくということが究極の願いですが、もちろん治ってしまえば一番いいんですけども、早めに見つかって、対策を立てられるということがやはり一番の希望だと思って、そこをしっかりとやっていかなければいけないのかな、というふうに思っております。

(田中委員) 岡馬委員の仰るとおりだと思っております。2・3年前に広島県でどのくらいの割合の人が検査を受けたかという調査をしましたら25%でした。石川県のある町の住民で同じ調査をしましたら17%でした。同じ住民でも地域によって20~30%位の変動があるということです。広島県の職域で同じ調査をしますと、検査を受けた人の割合が7%でした。そこで職域における検査が進んでいないということから、肝炎対策基本指針に盛り込まれて、出前検査を始め、色々な施策が考えられます。広島県でも職域の肝炎ウイルス検査が計画されていると思いますので、徐々に職域での検査が進み、見いだされたキャリアの人には治療が期待できると思っております。

(佐々木委員) おそらく、次期計画で職域での検査が重要なテーマになると思うのですが、けれども、そうした時にまずこの調査結果をどう評価するかですが、まず職域を見て言うと、回収率が38.9%とありますけれども、これは広島県の封筒に入れて送ったんですか。あと、この広島会社手帳に掲載されている2,291施設からすれば、この従業員数の回収割合を書いてあるかどうかを見極める必要があると思うのですが、それが分かる術はあるのでしょうか、まずこの2点についてお聴きします。

(事務局) 広島県の封筒に入れて送付しています。広島会社手帳に掲載されている施設は、原則商工会に入っていらっしゃる方というふうに理解しています。

- (佐々木委員) 未回答者に対する督促はしていないんでしょう、これ。
- (事務局) 無記名でアンケート調査をいたしましたので、督促はしておりません。
- (佐々木委員) 問4-1の肝炎ウイルス検査の実施、これを実施しているのは事業所毎だから、従業員別で受け付けたデータは取ったりはしていないんですね。
- (事務局) 従業員別で、どれぐらいやっているかという分析をかけました。少し待ってください。
- (佐々木委員) ではそれをまとめるまでの間ちょっと。先程の言葉になりますが、本当は「個人の問題」ではなくて「個人の判断」なんでしょうね、この選択肢から。
- (事務局) 従業員の中で、従業員規模でどれだけデータが違ってくるのかですが、301人以上でしたら52%の施設がやってきております、あとは300人以下でしたら30%の施設がやっているというような形で、やはり大きな事業所規模の方が肝炎ウイルス検査をやっているところが多いというのは明確でございます。ただ、アンケートを集計中にお電話での照会を聴いておりましたら、「血液検査をしたら、全部肝炎ウイルスの検査をしている。」と誤解している回答者の方がいらっしやったのではないかというふうに思っております。そこも問題ではあるのですが、やはり企業での肝炎ウイルスに対する認識度が低い、「ALTとASTの検査をしていれば、肝炎ウイルス検査をしている。」という回答が若干来たのではないかというふうに認識しております。
- (委員長) 今の答えは本当にそうだろうと思いますが、今、私がいる検診センターではですね、人間ドッグに組み込みとというのがあるんですね、もう自動的にB型・C型の検査が組み込まれているんです。企業のいくつかにはですね、もう繰り返しワンパターンで毎年同じようにやっているんです。アフターケアで一応産業医がいると、受診勧奨しているようなんですが、それっきりで、実際本人に専門医のところに行っているかどうか面談の段階で聴きますと、「そのままになっている。」と。特にB型については「ずーっとそのまま。」というのが大半を占めています。ですからそれを見つけた段階で、1人1人紹介状を書いて専門医に行きつくように始めてから2年です。専門医のところに行きついた人はアフターケアを受けます。そうではないかかりつけ医のところに行った人はそれっきりで分からないという実態で。今からやはりもう少し工夫をしなければならないのではないかというふうに思っております。ちなみに、人間ドッグをやっている11検診センターのうち、9つが「もう自動的に組み込みでやりました。」というのが実態です。だから検査は行われているんです。その後のことなんです。その辺どういうふうにやっていったらいいのか、あまりよく分からないようなんです。こここのところは難しい問題と考えていますけど、やはり今の色々な御意見を踏まえまして、さらに工夫が必要ではないかというふうに思います。
- (吉川委員) 先程、職域のことが出たのですが、私は産業医をやっておりますが、実際に外で検査を受けている、あるいは人間ドッグで受けている人、それか

ら、普通の診療所に、かかりつけ医に行つてその中で検査を受ける人と。結局はどれだけその方々が検査を受けられているのか、本当のところその比率は分からないですよね。実際にはもう少したくさん受検されているんでしょうけど、それをどうやってフォローしていくかということも分からない状況です。職域に関して、やはり事業者の方と産業医の方と十分話をして産業保健の分野のいわゆる肝炎の話をですね、やっていかないと十分に伝わっていかないと、実際にはですね、産業医の選任の無い事務所もたくさんあるわけですね。そういうところはフォローする機能は無いですから。この職域での対応というのは今から十分に考えていかななくてはならないのではないかなという気がします。

(委員長) ありがとうございます。大変な問題ですね。ちなみにですね、職域の人で私の検診機関の場合ですが、今まで検査を受けたことが無い人で原則35歳以上の人については無料検査を受けるように勧奨していました。毎日だいたい10人から12人の人が、累積したら相当の数なんです。その方々の中でキャリアと分かった人に対して初めからそういう前提で専門医に対して紹介状を書いて渡すようにしています。受診率はだいたい75%くらいでしょうか、C型は。だいたいその内の6割以上の方がインターフェロン治療で、数は少ないんですが、ある程度検査結果が生きてくる。ここで言いたい問題点の一つなんですが、「その検査の結果を会社に知らせてくれるな。」と、人間ドッグですから検査の結果というのは全部事業者に行きますね。で、肝炎の検査に関しては個人のところだけにとこのようなシステムで動かしていきますと「健康だ。」という状態で。そこのところを企業の中での肝炎の扱い方について少し色々工夫がいるのではないかと、岡馬委員が言われたことも含めていっぱいあるのではないかと思います。産業医の先生について、ここはなかなか難しいですね。

(吉川委員) 嘱託であれ専任であれ、産業医の先生が十分認識を持ってですね、という話ですが、例えば私が行っていたところは大きな会社だったのですが、最初は「エイズ検査は分かるが、肝炎ウイルス検査はなぜ。」と。その当時はまだC型肝炎は分かっていたので、B型だけだったのですが、「これだけは入れてください。」ということで入れてもらったのですが、事業者の方に丁寧に説明をしていかないと、なかなか十分理解してもらえないのではないかと思います。どれだけ肝炎に対する認識を持って現場の職域でのサポートをやっていけるかということが大事ではないかと思います。

(臺丸委員) 平成23年5月16日に策定された肝炎対策基本指針を踏まえ、事業者への啓発を厚生労働省が実施しており、肝炎対策の産業保健領域に対しては、色々な検査事業を強化した際に通知として、「事業所における肝炎対策を推進してください。」というのが出たわけですが、継続的にそういったことの啓発が必要であるということを認識しています。比較的最近の事例でございますが、父子感染の事例がございまして、お子さんがB型肝炎にかかったということで検査をして分かったという事例があったと記憶しており

ます。ちょっと今詳細なものが手元に無いのですが、そういったことからやはり職域というようなところで検診検査が受けられる機会をちゃんと確保できることがとても大事なことだというふうに感じております。そういったことの啓発も必要ではないかと思えます。

(田中委員) 今年度、ある事業所の方で肝炎ウイルス検査を実施する調査研究の話をしました。説明をする前は、肝炎ウイルス検査は「個人の判断の問題だから職域では実施が難しいか。」と思っていましたが、実際は、「陽性だったときの通知の仕方とか説明の仕方が分からないのでしなかった。」「検査結果を説明していただけたり、検査の結果通知を個人宛に送ってもらえるのであれば是非導入したい。」ということで、800人規模の事業所で肝炎ウイルス検査を行うことにしました。検査結果は他の検診の結果と同じ封筒に入れるのではなくて、先程委員長が言われたように、自宅に直接送るといような配慮をしています。それに紹介状や検査所見を付け、県内の専門医療機関リストも一緒に入れて送ることにする計画です。職域での検診が進まないのは、肝炎ウイルス検査に対する知識やその意義とか、50代60代でのキャリア率が高いという知識が浸透していないことが一つの要因だと思うのです。検査を受け、その後医療機関へ受診することの重要性などもうちょっと広めることが大事と思えます。

(茶山委員) これの回答の仕方ですが、1つを選ぶだけですか。それとも複数に○をしてもいいのですか。

(事務局) 問いによって違ってまいりまして、「複数回答可。」と書いてあるものは複数回答でございます。

(茶山委員) 「予算の問題」がちょっと少ないのでびっくりしたんですけど。陽性の人はちゃんと見つけてちゃんと治療まで行くと、多分、健康保険組合の財政が破綻する可能性が高い。だから「ほかにいい選択肢がないから、まあこれにしとくか。」ということで、経済的な問題もあるのではないかと思います。

(委員長) そうですね、今のところは大事なファクターで、もう一つのファクターはですね、キャリアって分かった段階で今度は経営者側も転勤の指令・命令を出して、それから、配置転換をしたりするときの支障になるのではないかと、経営者側が恐れる、だから「知りたくない。」というのがありますね。ですから、今まではどうしても受診者、患者側、キャリア側からということでしたけれども、もう一つの別の見方、そちらもあるということをし念頭において考えていく必要があると思えます。あまり考えすぎたら立往生になりますけどね。そういうこともあるということです。

(岡馬委員) 「再度聴きたくない。」ということもあると思えます。どうしても肝炎患者がそこに出てきたら、ある程度配慮しなければならない。プラス面もあればマイナス面もあるということだと思うんです。私は「肝炎だ。」というのをもう公言していましたから、会社の中で「自分はB型肝炎だ。」というのはいっていましたけど、あるとき、海外出張をするときに、「お前、肝

炎大丈夫か。」ということを上司から聴かれたりしたことがありますが、だから意外に情報が全部伝わって、「そういうことを意識しているんだな。」ということをおもいましたけど、だから、やはり知らない間に何か排除されているんですね。つまり、差別というところまでいかないにしても、「何らかの形で考えないといけない。」というような形が出てくるので、「それは避けたいな。」というのは経営者側からはそういう部分があるのではないかと、思います。

(佐々木委員) そういう形で社員が会社に知られるというのは「人事上の差別」、そのところの工夫はどうしても必要なんですね。

(田中委員) その項目は、患者会や肝炎相談室への相談項目にもあったと思うのですが、治療の相談や医療費などの相談はあると思いますが、差別とか、いわれなき風評とか、相談数というのは患者会ではどれぐらいですか。全体の相談数の中のどれぐらいを占めるのですか。

(岡馬委員) 次のときにまとめてお話ししようと思っていたんですが、最近はそういう差別的な話は見えにくくなっているんですね。何か出にくくなっている部分があると思うんです。というのは、例えば、私達は「広島肝友会」という封筒で送るんですが、「その封筒で送ってほしくない。」という方が何人かあります。それをだから、分からないような形で送ったりしている方が今もありますね。というのが、島嶼部であったり山間部であったりすると、「やはりあの家は。」とか、「あの人は。」とかということが知られるとやはり困るというんで、前よくあったケースは、島嶼部からこちらの都市部の方へ受診に来る。地元の病院では「あれが雇っている。」ということになると分かってしまうので困るから、こちらの病院とか、そういうところで受診するというような人もいます。だから非常に見えにくい形になっているので、実際に「こういう差別を受けた。」とかということで来るケースは表立ってはあまり出なくなっていると思います。ただ、潜在的にはある。

(田中委員) 差別を受けたという件数がどれくらいあるのかを把握して、だから正しい知識を普及しなければならぬという指針が国から出ています。実際どれくらい頻度なのかをちょっとお伺いいたします。

(岡馬委員) かつては、例えば歯科診療とか、老人福祉施設に入るときに、「C型肝炎だ。」と分かたら断られてしまう。「いや、来ないでください。」と言われたとか、色々な形がありましたが、そういう形で表に出るようなことは減ってきた。それだけ、ある程度知識が普及したという意味はあると思うんですけど、逆に潜行する形であるのではないかと気がします。

(6)「第2次広島県肝炎対策計画」の策定方針について

(岡馬委員) それでは少しお時間をいただいて、今患者がどういうことを求めているんだろうか、私も実際こういう形でボランティアをやっていますが、必ずしも情報がどんどん入ってきているという状況ではなくなっています。あまり入らなくなっているところもあります。ですから、本当に患者

の求めていることを今日ちゃんと言えるかどうかという非常に自信が無いんですが、ただ私が最近思っていることを少し述べさせていただいて参考にしていただければというふうに思います。

最近一番感じることは、講演会とか相談会を開いても参加率が非常に悪いんですね。極端に減っています。なぜだろうと思うんです。いろんなPRの仕方をしてしてもどうも参加率が悪い。私達の会だけかなということで、全国の色々な患者会からの声を聴いたんですけど、やはり減っている。会員の数も減っているんですが、なぜだろうと考えてみたのですが、そうすると自分のこれまでの経験を振り返ってみて考えたのですが、最初はとにかくみんな不安だったんですね。なんか分からん、ウイルスも分からん、C型の場合だと nonAnonB とか、非A非B ウイルス型とか言われて、なんか分からん。B型のウイルスがどうも分かっただけで、というようなところで、そういうときに今度、週刊誌が「エイズよりも怖いB型肝炎」とかというような見出しで出るようなことで、だから、このころの差別はもっとすごかったですね。「職場で排除された。」とか、「仕事を辞めさせられた。」とか、そんな人たちからじゃんじゃん電話がかかってくるような状況でした。その中から、当初はみんな不安だったから、講演会とかあったら参加するし、それから、栄養相談をやっても参加するというようなことで、苦労しなくても患者が集まってくれるので、講演会もスムーズに開けるといって、会場規模を300人位用意しても、もういっぱいになってというようなことがありましたけども、最近はそんなことがほとんどないんですね。なぜだろうということを考えていくと、C型の治療法がある程度確立されて、それがある程度、新聞とかテレビとか色々なメディアで知らされるようになって、情報は結構増えてきている。それで、実は分かっているんだけど、知った気になってしまうとか、そういう部分が出てきて、本当は不十分な知識でしかないんだけど、「まあ、あんなもんよ。」という感じの受け止め方が出てきて、「何かあったらお医者さんに任しときゃいいの。」みたいな感じの依存、それまでは「自分で何とかしないと、情報を入れなければ。」という感じだったのが、そういうふうに変わってきたのかな、ということを感じています。もう一つあるのが、ある程度治療法が確立されてくると、治る人と治らない人が出てきてしまう。治る人は「治ったからもういいや。」という感じで会をやめてしまう。それで自分も勉強するのをやめてしまうし、実はがんがある可能性があるのですが、そういうことも放っというて、海外旅行とか行ったりとかですね、いろんな形で「もう自分は治ったんだから。」という感じの人が一方で出ると同時に、片方で、大半の人が、半分以上ぐらいがそうなんですけど、治らない。「自分はインターフェロンで治らなかったし、だから、今、ほかの治療をいろいろ調べてみたけども、なかなかいい治療法がない。そこで、取りあえず肝庇護療法で強ミノを打ったんだけど。」というような感じで、「でもお金もかかるしなあ。」とかいうような感じの人たち。あえて言えば諦めに近いような、

「いつかは自分，がんになって死ぬんだろうね。」とかいうような感じの，そういう人たち。そうなってくると，また気力が沸いてこないで，どうも積極的に講演会へ行ったりして情報を得ようとかいう形がなかなか無い。どちらの意味でも新たな情報を何とかして得ようという形の人たちが減ってきたのかな，ということを感じるんですね。

もう一つあるのは，2番目に書いていますが，C型，B型2つの肝炎訴訟，これも，このニュースが出る度に患者会にじゃんじゃん電話がかかってくるんですね。「自分はカルテが無いんだけど。」とか，「カルテを探しているんだけど。」とか，「もう20年以上前からよ，11年前だから。」とか，長々と色々話をされるのですが，そういう人たちからの電話なんですけども，「でも，やはりそのカルテがないし。」とか言って「薬害C型肝炎訴訟の対象外だ。」と言うんで，「今，何の補償の対象もありませんよね。」という感じで諦めてしまうというか，そういう意味での社会的に何か働きかけていこうとか，そういうことも出てくる。肝炎訴訟で前進した部分もありますが，逆に格差が広がっているというか，一部の人は確かに対象になったということがありました，逆に「それは自分達とは違うよね。」という感じの人たちが増えた。

もう一つ，肝炎対策基本法が出てきたその後にガイドラインができましたが，この大きな動きの中でどうなんだということですが，確かに国の責任ということで，「最後は国が実施する。」ということでの責任の所在はある程度明らかになっております。対策もある程度体系化されていくと思う。けどその中で「もうやはり自分はその対象からどうも外れているのではないか。」とと思っている人が沢山いる。それは，肝硬変や肝がんに罹っている人たちということで，このインターフェロン治療費助成とか，核酸アナログ製剤治療費助成とか，色々な形で進んできたわけですけれども，やはりその対象にならない，そこからも取りこぼされてしまうという感じで，患者会にも段々参加しない形になってきている。問題はこの数は結構いる，沢山いらっしゃる方達ですが，結局これまでの仕組みの中から外れてしまっている，そこに問題があるのかなということを改めて思いました。

この協議会での審議・協議でこれから考えていくうえで，確かにメンバーのみなさんが医療関係の方々が多くて，医療対策の方から，医療の面からのことは色々やってくられたし，それから広島県に関しては他県に比べても治療支援ネットワークとか，色々な形で努力，肝炎患者に対する支援の仕組みを早くから作っていただいたと思っています。それくらいに恵まれた環境にあるなというふうに思われますが，一方でやはり私達がこうやって会報を作って患者さんの所へ郵送するんですけど，その度に何人かから，「実はこの7月に亡くなりました。」という形で家族の方から電話がかかってきます。「肝がんで亡くなった方がやはり続いているんだな。」と。健康でも年齢が高くなって，「実際に会合に出たくても出られない。」という方が増えてきているということも現実としてある。そういう意味で言う

と、医療の面だけで救済をしていくというのは現実的にどうなんだろうということをおもいます。

もう一つ、医療と関係してくることも知れませんが、最近、当患者会でやっているのは、「栄養面で日頃の食事とかそういったことをどうしたらいいですか。」ということで、そういう面でのこともやったりしています。そうすると、割と少人数ですけども、積極的に参加してくださる方も出てきたりしています。「一人暮らしになった。」という方もいらっしゃるんですね。例えば、「高齢者対策として、市の方でやっていらっしゃる配食サービスなんかもありますよね。ああいうふうなものも上手く利用したらいいんじゃないんですか。」と回答することもありますし、だから色々なアプローチが必要ではないかなと思うんです。単に「国の仕組みが無いから県の方ではちょっと難しい。」っていうことではなくて、色々な仕組みを使っていけばもうちょっといろんなことができるんじゃないかなと。そういう意味では私達も声をあげていかないと、「こういうことをもう少しやってください。」ということをおもわないといけないな、というふうにおもいますけども、こういう場で恐縮なんですけども、きめ細かな改革をぜひお願いしたいということです。以上です。

(佐々木委員) 岡馬委員、ありがとうございました。非常に重要な御指摘だと思っております。

この協議会の委員をお願いしている県庁職員としての立場ですが、この協議会の構成から見て云々ということなんですけど、この後次の計画を議論していただく中で、支えていく、アプローチを仕掛けていく、それを県に言ってもらえる人がどこにいるのかを精査していきながら、場合によっては私も一緒に考えていきたいと思っております。

(事務局) 「第2次広島県肝炎対策計画」の策定方針について説明。

(田中委員) この3つの三角形の普及啓発のところ「感染予防」というのが小さく書いてあるのですけれども、新規感染の防止という意味で大きくして頂く方が良く思います。やはり医療機関とかハイリスク集団における感染予防の知識の普及ということも従来通り大事ですので、項目として入れていただいた方がよいのではないかと思います。

(委員長) ハイリスクというのはどこがハイリスクかという、血液に触るというリスクです。その中の代表例が透析をしている人、透析患者が皆かというんじゃない。どうしても他の患者に比べるとリスクが高いというのが分かります。後はですね、意外と気が付かないのが、救急の人、消防の人ですね、それから人を介抱する人、つまり相手が誰か分からない人の血液に触れるチャンスのある人、公的職業にある人に結構多いんですね。その人たちに対しては、やはり少し手厚く県としては考えた方がいいのではないかと。特にB型の方です。感染力が強いですから。今のところ部分的に申し上げた職種のところの一部分の人は、積極的にワクチンを打つ対象になっていません。残念ながら「3回打ったらおしまい。」で、その後の効果判定

も何も無いという、「打ちっぱなし。」というのが今の状態でありますので、その辺をもう少し詰めていく必要があるのではないかというふうに思います。予防に関してはそういうふうに思います。それから、今の外枠の話をしていながら、先程の岡馬委員からの患者会の方々の活躍の場はいっぱいあるのではないかと、つまり、この外枠で大枠でできあがったことを充分周知した上で、それを「こういう使い方がある、こういう道もある。」という具体的な例示をコーディネーターとして働きかけができるかと、それも考えていただくと、先程の要望にいくらかでもそういう形になるような、それをしてくれれば何か問題点があったら、それから何かして欲しいことがあったら、それがこの中で要望として出していただく、というやり方をしますと、相互通行になるのではないかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

(岡馬委員) 患者会自体も非常に難しくなっているんですね。というのが、中心になって活動していらっしゃる方が、病気が悪くなったりとか、それから、例えば、そういう方がまた介護しなければならないとか、色々な負担が増えて活動できない、というような状況もあるんです。それで、「患者会に対するサポートをして下さい、直接サポートして下さい。」というのはなかなか言いにくいのですが、それをある程度お互い支え合うような形になっていけたらいいなあ、ということをおもうんです。実際、会をやっていくようなのはボランティアの人たちに加わって頂かないとできないのが実情だと思うんですけども、この患者会に限らずに、色々な会でそういう人たちが加わっていかないとできないという部分があるので、そういう意味で、例えば後援会、広島市とやる場合は、広島市の方から「今回はどこの区が担当するから。」ということで、保健センターの方から「では、どういう形でやりましょうか。」という相談があったりしますけれども、お互いにこう連携しながらやっていけたらいいのかなということも思うし、人的な面も含めて、経済的な面ももちろん大変なんですけども、患者会をどう支えていくのか、私達がこうやっていく中で悩んでいることです。そういうことも含めて、連携とかいうことが何かできないのかな、ということで、お互いに何か情報交換する中でそういうことが見えてくるといいな、ということをおもいます。

(吉川委員) 医師会の立場から考えますと、まず、かかりつけの先生の所に十分な情報を持ってもらうということが一つあると思います。自分の所で何ができるか、専門医の先生の所で何ができるか、連携についてですね、そこをまずもう一回考えていかないといけないのではないかというのがあります。治療に関してですが、特にかかりつけの先生は治療を受ける方の性格や生活背景を見ながらその病状に応じて治療をされているという面が強くなると思います。それを考えると、やはりその患者さんの状態でどういう支援ができるのかということですね、入れるというひとつの考え方があってもいいのかな、というのを岡馬委員からの話をお聞きしながら思

っておりました。

(近末委員) 治療をした場合に、長期的な予後は改善されるんですか。C型は改善されると思いますが、B型はどうなのでしょう。

(茶山委員) B型の場合は、炎症と関係のない発がんもありますけれど、やはり肝硬変に近づくと発がんのリスクがどんどん高くなりますし、それはもう全然違います。

(近末委員) 今後、肝炎は減少していくと思いますが、全体としての対策は概ねこれまでと同様でよいということでしょうか。

(委員長) 結局、今の肝炎対策の基本はですね、日本全体で言えば、C型肝炎ウイルスの感染についてもB型肝炎ウイルスの感染についても、大枠で言いますと新たな感染というのはですね、極めて少なくなっているんですよ。C型に関してはほとんど無いに等しい。特例の特例はもちろんあります。B型についても同じなんです。ですから、年齢毎に見ていきますと、若年層のキャリア率がぐんと減ってきているんです。新しい感染が特別なハイリスクな集団についてはあるのですが、一般集団ではあまり無い。それをベースにして今の肝炎対策の基本ができていますね。それは既に感染してしまっている人を早く見つけ出して、見つけ出した人について治療をして肝発がんを抑制する。これが一番大切な「早期発見・早期治療」です。「早期発見」といいますと、肝炎ウイルスの持続感染者を発見するという意味で理解する。治療はこの10年位前に比べても隔世の感がありまして、B型についても、C型についても、極めて有効になってきています。問題は、決めた適応に従ってどういうふうな治療を具体的にちゃんとシステムティックにするか、そのためには専門医に行き着かないとダメだと。もうそろそろ遠慮を取り払って、専門医に最初に治療を託すシステムに治療を変えるべき時期に来ていると思うんです。その時に互い違いの先生にどういう立場でどういう教育をしてもらうか、その辺のことのシステムを考えていかないといけない。その時にやはり行政のひとつの、ステーションとしての保健所の役割が大きいだろうと思います。

(近末委員) 確実に適切な治療をすれば、長生きできるというふうに考えていいですか。

(委員長) 治療をスタートする時期によります。それが適応の問題ということです。何もしないよりも治療した方がもちろん意味があるんです。それは科学的に立証されているわけですから。そこに疑義をはさんでは肝炎対策がスタートから成立しないことになるんです。それはある程度前提で考えて。ただ、発見した段階で、もう肝硬変のレッドステージになっている場合は、肝がんは細胞レベルにできているわけですから、臨床レベルの肝がんは悪なんですね。だから肝発がんを二種類に分けて考えなければいけない。細胞レベルの発がんを臨床レベルの発がんというふうに考えなければならぬ。それでも細胞レベルの発がんになったとしても、今の適切な治療をすることによって延命効果は充分得られるわけであって、それが担当をやっ

ている臨床医の常識であって、それをみんなで推進して、ここ数年の格段の進歩を遂げている、その連携で対策をとっていかうということになるわけです。

(岡馬委員) あの、聞き慣れていると思うんですが、私達が最初に肝炎になって、こういう色々なことが必要だということを患者会の中でやっていかないといけないと思ったのは、例えば肝硬変、今だったら「肝硬変」と言いますが、昔、私達が最初に話した頃、「肝硬変」なんて言えなかったですよ。「肝硬変」だったら、「＝死」だったですからね。「肝硬変になった人はほとんど死んじゃう。」という感じで皆思っていた。それが、今は少なくとも生きていられること自体が、それだけすごく医療が進んできたってことだと思いますし、ここ数年のC型肝炎治療の進み方とか私たちも本当にびっくりして、次から次へと薬が出てくるし、期待している部分も大きいのですが、だから期待が外れた時も大きいんです。そこがこれからの問題。それができなかった人達にもやはり対策が必要だということで、基本的なベースとして、先程委員の皆様が言われたように、肝がんになることを防ぐことがやっぱりリスク、死へのリスクを埋めるか低くすることになってそこがベースになりますよね。

(委員長) よろしいでしょうか。いくつもの問題点も出てきましたし、それから要望も出てきましたので、そこはポイント用というふうに調整していくことに今からなるかもしれないですけども、大分時間が超過しまして、大変貴重な意見を全員出して頂きまして、本当にありがとうございました。

7 配布資料一覧

(1) 報告事項

- ア 肝炎ウイルス検査事業について
- イ 肝炎治療特別促進事業について
- ウ 肝疾患診療連携拠点病院事業について
- エ 人材育成・普及啓発事業について
- オ 調査事業について

(2) 協議事項

「第2次広島県肝炎対策計画」の策定方針について

- (資料1) 広島県肝炎対策計画～ウイルス性肝炎対策計画～
- (資料2) 肝炎対策の推進に関する基本的な指針
- (資料3) 広島県の肝炎対策について
- (資料4) 広島県肝炎対策協議会設置要綱