

奈良県地域医療等対策協議会  
第1回糖尿病ワーキンググループ

平成20年7月11日（金）  
午後2時00分～

事務局： それでは、定刻よりも若干早目になりますけれども、おそろいですので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会第1回糖尿病ワーキンググループを開催いたします。

私事務局を務めます奈良県健康安全局の地域医療連携課の杉中でございます。  
よろしく願いいたします。

皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、本日の会議に御出席いただき、ありがとうございます。

それでは、開会に先立ちまして、奈良県健康安全局の武末次長からごあいさつ申し上げます。

武末次長： 奈良県健康安全局次長、地域医療連携課事務局武末でございます。

本日は本当にお忙しい中、皆様御参集いただきましてまことにありがとうございます。

この委員会は奈良県の地域医療等対策協議会の中の一つのワーキングとして位置づけられておりますけれども、本当は地域の保健医療計画の中で5事業の中の4疾病の中の糖尿病について御議論いただいていた会をベースにつくったものです。ただ、やはり、協議会のポリシーとして、データに基づき一から議論をするというところがございますので、前回の流れは一応参考としながらも、必要なことがあれば方向性の見直しも含めて1回目から少しやっていきたいと考えておりますので、どうかよろしく願いいたします。

今後ともどうぞよろしく願いいたします。

事務局： それでは、座ったままで失礼いたします。

お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。

まず、会議次第、配席図、委員名簿の一式でございます。それから資料でございますが、地域医療等対策協議会糖尿病ワーキンググループの資料と書いたとじでございます。それから、他府県の医療計画の抜粋をおつけしております。兵庫県様のもの、茨城県様、富山県様のものが3種類ございます。それと連絡先についてというペーパーをお配りしております。

それから、今度7月30日に地域医療連携等対策協議会の方が主催いたしまして、医療の受ける側の皆様にもこの奈良県の医療提供対策の問題についていろいろな認識を持っていただきたいということで、聖路加国際病院の日野原先生をお招きして、協議会としての第1回シンポジウムの資料もおつけしております。お時間がございましたら、ぜひいらしていただければと考えております。

お配りしております連絡先についてというペーパーでございますけれども、今後の日程調整とか資料の交換をさせていただく際にお届けしたいメールアドレス等についてお伺いしているものです。連絡先等に関する情報に関しましては、協議会に関する連絡以外には使用いたしませんので、後ほど事務局へお渡しいただくか、後

日御連絡をいただければ幸いに存じます。

なお、本日の会議は、奈良県審議会等の会議の公開に関する指針によりまして、公開で行われます。報道機関の取材及び傍聴をお受けする形で開催いたしますので、御協力をお願いいたします。

この会議の議事録につきましても一般に公開する形で行わせていただきますので、大変お手数なんですけれども、後ほど議事録作成の関係上、御発言いただく際にはお手元のマイクを御使用いただきますようよろしく御協力をお願いいたします。

では、続きまして、糖尿病ワーキンググループの委員の皆様をご紹介させていただきます。

座長をお願いしております奈良県医師会理事の平盛先生でございます。

座長の右手の方から、県立医科大学第3内科学教授の福井委員でございます。

奈良県病院協会理事の松本委員でございます。

奈良県歯科医師会常務理事の森本委員でございます。

奈良県栄養士会理事の小池委員でございます。

天理よろづ相談所病院糖尿病センター長の辻井委員でございます。

郡山保健所長の山田委員でございます。

次に、事務局のメンバーを紹介いたします。

続けてあちらの方から地域医療連携課の杉本でございます。

地域医療連携課参事の松岡でございます。

先ほどごあいさつ申し上げました次長の武末でございます。

地域医療連携課の杉中でございます。よろしくをお願いいたします。

後列になりますが、地域医療連携課の村中でございます。

同じく吉井でございます。

健康安全局総務室の小山でございます。

健康増進課の田中でございます。

では、ただいまから議事に入らせていただきますが、以降の進行につきましては、座長の平盛委員にお願いしたいと思います。

では、先生よろしくをお願いいたします。

平盛座長： 座長を仰せつかっております平盛でございます。

本日は、お暑い中、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。

早速ですが、議事に入らせていただきたいと思います。座らせていただきます。

まず、資料をいろいろつくっていただいておりますので、これにつきまして、事務局からまず御説明いただきたいと思います。

事務局： それでは、事務局より資料の説明をさせていただきます。

まず、奈良県地域医療等対策協議会第1回糖尿病ワーキンググループの資料と書かれたものがありますので、これに基づきまして、御説明をさせていただきます。

この資料の1ページですが、昨年度に奈良県保健医療推進会議糖尿部会において検討されました医療計画案でございます。これは、検討途中のものであり、完成されたものではございませんが、その途中経過の案をかいつまんで御説明いたします。

委員の先生方には、昨年度の繰り返しになりますが、確認を兼ねてということで再

度概要を説明させていただきます。

まず1ページ、糖尿病の現状ですが、平成14年患者調査では、糖尿病が強く疑われる方が740万人、可能性が否定できない方は880万人でありまして、急速に増加しております。また、奈良県の推定患者数は約2万4,000人です。

2ページをお願いいたします。糖尿病による合併症の割合・糖尿病の年齢調整死亡率を提示しています。奈良県の糖尿病の年齢調整死亡率は平成17年に全国男性が7.3、女性が3.9、一方奈良県につきましては、男性5.6、女性3.1と低いという状況になっております。糖尿病の医療につきましては、(1) 予防、続いて(2) 診断、(3) 治療、保健指導、(4) 合併症への対策について、それぞれの段階の要点の概要をまとめております。

次に4ページからの第2医療機関とその連携では、目指すべき方向、各医療機関と連携について基本的治療、積極的治療、専門的治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療とそれぞれの時期の目標、医療機関に求められている事項及び機能について示しております。

続きまして6ページの第3数値目標については、現在、項目を提示しており、これについては、後に議論をしていただきたいというふうに考えております。

以上が奈良県の現状を含めまして、昨年度の検討状況でございます。また、資料の8ページは昨年度の部会でお示しいたしましたものと同じ資料ですが、平成18年度の医療機能調査の集計表、糖尿病に関する各病院の機能をまとめたものです。平成18年調査のデータですので、病院名・医療機能等現時点では若干変わっているところもあるかと思っておりますので、医療計画を策定する際には再度確認が必要であると考えております。

資料の9ページから12ページにつきましての奈良県における糖尿病の現状について、健康増進課の田中の方から御説明いたします。

事務局： それでは、9ページから説明させていただきます。

奈良県における糖尿病の現状ということで、先ほどの説明と重複するところもあるかと思いますが、よろしく願いいたします。

まず、糖尿病による死亡の現状ですが、死亡数・平成18年人口動態統計調査の結果より集計しております。死亡数が男性57、女性が63で、全国が7,268、女性6,382ということで、死亡率は全国に比べ低い状況にあります。

それから年齢調整死亡率については、先ほどの説明のとおりです。

糖尿病による死亡率の推移でございますが、人口10万対の死亡率はほぼ横ばいの状態が続いております。それから、罹患の状況で全国と奈良県の受療率を示しておりますけれども、見ていただいたとおり全国より低い状況にあります。

(2)の平均在院日数の状況については、退院患者平均在院日数は、減少傾向で、全国よりも短い状況にあります。

それから、(3)の医療施設専門医の状況につきましては、先ほどの8ページの調査のまとめをしているものですので、その状況について御確認いただきたいというふうに思います。

続きまして、10ページの(3)、(4)についても先ほどの8ページの調査のまと

めです。4番目の健康診査生活習慣等の状況ということで、これは奈良県の市町村が実施しております基本健康診査の結果で、ヘモグロビンA1cの5.5以上の割合をとっております。このヘモグロビンA1c 5.5といたしますのは、基本健康診査の中で要指導とされる数値をとっております。平成16年度から19年度までの値を示しております。ここに増加傾向にあるというふうに書いてありますけれども、19年度の数字については概数なんですけれども、18年度に比べ、やや5.5以上のものの割合は下がっております。それから、下の欄に5.2以上ということで書かせていただいておりますけれども、これは、今年度から始まりました特定健診が新たに制度として導入されておまして、特定健診でヘモグロビンA1cの値が5.2以上のものを保健指導の該当者としてのリスクの一つとして考えられているため、ここに再掲しております。

(2)は基本健康診査結果の異常ありの割合を年代別に示しております。平成18年度、19年度とも40歳から74歳までは年齢が上がるにつれて、その割合は増加しております。男女とも同じ傾向が見られました。

11ページをごらんください。これは、肥満者BMIが25以上の割合の推移を示しております。平成12年及び平成16年に県民健康調査の際の25以上の者の割合を示しております。(4)が運動習慣を有する者の割合ということで、同じく平成12年、平成16年の調査の結果から示しております。

12ページですけれども、これは年度別ヘモグロビンA1cの比較ということで、平成17年、18年、19年のヘモグロビンA1cの度数分布で示したものです。そうしますと、17年から18年、17年から19年ということで、平均値に差があることがわかりまして、地域の全体の状況としましては、その平均値がやや高い傾向にあるということがわかりました。

事務局： それでは、そのほか添付しております資料ですけれども、別とじて3冊、兵庫県と富山県、それから茨城県の保健医療計画を添付しております。

それでは、3県の医療計画、兵庫県、富山県、それから茨城県の計画の中の糖尿病部分だけを抜粋したものを御紹介させていただきます。

今回この3県の出しておりますけれども、ほかの県の医療計画もございますので、もし必要であれば、事務局に申しつけていただければ御提示することができます。

3県の特徴的なところといたしまして、各治療状況ごとの医療機関の選定基準です。

兵庫県の計画ですと、選定する基準といたしまして、計画の128ページの下段のあたりに書いてますが、糖尿病の専門治療の機能を有する病院の現状が記載されております。内容としては、次のいずれかに該当する病院ということで、糖尿病の専門的検査、専門的治療の実施、専門医師のチームによる教育入院の実施、常勤の日本糖尿病学会専門医または日本内分泌学会内分泌代謝科専門医がいるというような条件です。

また129ページ中段には、糖尿病の急性増悪時治療を担う医療機関の選定条件が、そして130ページ中段には糖尿病の慢性合併症の治療を担う医療機関の選定条件が、そしてそれぞれにつきまして、各圏域ごとの医療機関名が掲載されております。

このように、施設基準を定めて、医療機関名を記載している県が比較的多いですが、兵庫県の131ページの初期安定期治療、歯科医療の機能類型を担う医療機関のように、医療機関が多くてどんどんかわっていくというものについては、県のホームページの中で提供していくというような記載方法をとっているものもございます。また、これ以外の記載方法といたしまして、例えば、富山県の計画のように、計画本文には医療計画に求められる事項を、そして118ページの体制図ですが、その中に医療機関のみを記載しているもの、また、茨城県計画では、望ましい医療機能のみ記載し、医療機関名については記載していないといった計画もございます。

それから、ほかに数値目標に関しましては、茨城県では、茨城県の93ページの表のように細かく記載されているものがございますし、富山県では120ページに記載されてます。

計画の構成内容につきましては、いずれの県の計画につきましても、まず各県の糖尿病医療の現状や課題、続いて必要とされる機能・施策・方向・数値目標の流れで書かれております。

また、糖尿病医療の連携図が盛り込まれているといった構成になっています。

以上、簡単ではございますが説明を終わります。

事務局：引き続き、医師不足と糖尿病連携について説明をさせていただきます。平成20年度から第5次医療制度改革がスタートしているわけなんですけど、その中で大きな保健医療政策の変更がありまして、特に保健医療計画の策定につきましては、これまでのような国主導のやり方ではなくて、国が示した指針に沿って各自治体がそれぞれの地域の状況に合わせて計画を策定すると、いわゆる地方分権型に移行したということでございます。糖尿病の医療体制構築にかかわる指針の中に示していますが、計画は従来どおり5年を一区切りとしておりますけれども、さまざまな客観的な指標例えばアウトカム指標により評価をして、いわゆるPDCAサイクルを導入した点が画期的な点であるというふうに言われてございます。

そして、具体的に優先して取り組む課題として4つの疾病と5事業というものがございまして、4つの疾病の中に糖尿病が入ってございます。

1980年以降、糖尿病患者が急増しております。中核病院の糖尿病の専門外来のみでは急増する患者さんに対応し切れずに、未治療もしくは効果的な治療が不十分な患者さんが続出して、今後、糖尿病性の網膜症や腎症の合併症が急増するのではないかと懸念されていることから医療計画の具体的な優先して取り組む課題として糖尿病が入れられております。平成18年度には医療法の一部改正が行われ、翌19年7月20日には医政局指導課長の通知により疾病または事業ごとの医療体制についてと題した通達が示されております。

その通達の中で指針が示されておまして、これが、糖尿病の医療提供体制構築にかかわる指針でございます。大体、これは例示的に示されたものでございますので、これを参考としながら各都道府県でつくっていただきたいということになっております。1として糖尿病の現状、第2として医療機関とその連携、3として構築の具体的な手順、ここが5カ年で何をどういうふうにするのかという計画を各都道府県でつくっていただきたいということになっております。

そして、その3の指標による現状の把握で、ストラクチャー指標とプロセス指標と、特に今回特徴的なのはアウトカム指標も入っているということです。

手順の2としまして、医療機能の明確化及び圏域の設定に関する検討があります。これも今回の医療計画の大きな目玉でございます。従来、2次医療圏ごとに病床を中心とした医療計画を立てていくというのが医療法のこの保健医療計画のやり方だったわけでございますけれども、今回の改正された医療計画においては、必要に応じて疾病ごとに医療圏を設定して構わないということでございます。ですので、奈良県における糖尿病の医療提供体制の実情や実態にあわせた、または医療施設の配置にあわせた医療圏を設定して、その中で取り組んでいくべきであるというようなことも検討して可能となっております。

3. 連携の検討及び計画への記載、4. 数値目標及び評価というところが書いています。以上でございます。

実は平井愛山先生はこの協議会のアドバイザーとして医師確保及びこの糖尿病のところで少し場合によっては相談に乗っていただいてもいいよということで、糖尿病に関してもし何か相談事があれば、いつでも連絡をとっていただきたいということでもございました。

その取り組みについて例示的にお話ししたいと思います。

地域医療連携クリティカルパスというのが今回の医療計画の中で盛んにいわれておりますけれども、それは、あくまでも手段でありまして目的ではございません。ただ、一般的な地域連携クリティカルパスには脳卒中をはじめとする急性期から維持期とか回復期をすごろく的に連携をしていくクリティカルパスと、あと一方糖尿病においては連携する病院とかかりつけ診療所の間で診療情報の共有をするとともに糖尿病についてはインスリン療法を含む糖尿病診療がある程度同じレベルでシームレスに継続することが必要であるという地域連携クリティカルパスの2通りがあります。同じ疾病の専門医がある程度病気の進行度、病状にあわせて連携していくパターンと、さまざまな眼、腎臓、あるいは脳神経血管の科が糖尿病という病気を持った方を同じレベルで糖尿病の治療をやっていくというようなパターンの連携のクリティカルパスの2つがあるというふうなことが一般的にいわれておまして、脳卒中・心筋梗塞は比較的前者のすごろく型、一方通行型のクリティカルパスで、後者の方を専門家による循環型のクリティカルパスというふうに呼ばれているところでございます。

一般的なその循環型のクリティカルパスをつくる手法としては、まずは、何よりかにより、緊密なヒューマンネットワークをつくる必要があるということです。その次に、糖尿病の診療技術のチーチンとしての診療所の医師を対象とした定期的な糖尿病の勉強会をするというようなことがあります。

一般的にどうも地域連携クリティカルパスというと電子カルテであるとかインターネットなどが注目されがちなのですが、これは、先生の位置づけとしては単に促進意思であって、基本的には緊密なヒューマンネットワークであるというふうなことでございます。

こういった技術移転などが一定のレベルに達したところを確認した上で、循環型の

地域連携システムを構築して運用を始めたということでございます。

そこにPDCAサイクルみたいなものをつけて、実際、その研修の成果が上がっているか、連携の効果が上がっているのかというのをモニターしながらきちっとやりましたよというようなことが書いてございます。

以上です。

平盛座長： ありがとうございます。

多岐にわたる資料で一遍に目を通すことは難しいかもしれませんが、ただいま御説明いただきました資料・説明に、まず質問がございましたら。質問または御意見ということで伺いたいと思いますが。

順番にいった方がよろしいでしょうか。

なかなか多岐にわたるので、まず、一番なじみのあるといたしますか、一番最初の糖尿病ワーキンググループの資料という一番厚手のものですが、最初の方にありますのは、昨年少し検討したものをもう一度載せていただいております。現状について奈良県の情勢、少し数字が入っているところですが、目次のような説明をいただいたわけですが、昨年、たしかこの場で少し見た上でワーキンググループのワーキングチームのようなものでちょっと検討して、文言少し改めたところもあったかと思えます。

もともと4ページのところからあります医療機関とその連携というところで、4疾病のほかの疾病と違って、糖尿病の場合のすみ分けといたしますか、基本的治療を行う医療機関、専門的治療、急性増悪時、合併症とあるんですけど、医療機関名を公表しようということが当初言われていたことなんですけど、どこかの県にもありましたように、基本的治療をする医療機関というのはものすごく多いわけで、糖尿病専門でない診療所、もしくは内科専門でもない診療所でも糖尿病をたくさん見ているということが特徴といたしますか、奈良県だけの特徴ではなく疾病としての特徴かなという話は出ていたかと思えます。このあたりで何か御意見ございますでしょうか。

ちょっと指名させていただいて、一緒に考えていただいた辻井先生から。

辻井委員： これは、今回の目的は保健医療計画の見直しというのか、もっとコンパクトにするということでしょうか。私、これ前、去年のときはテンプレートみたいな形で、それを当てはめていったような気がするんですけど。ほかの県のを見ますと、もう少し具体的にもなっているというような気がします。

見やすいという数字も出てて、見やすいというのは、こういうものかなという気がしますけれども。こういうものの奈良県版をつくろうということで解釈してよろしいでしょうか。

武末次長： 前回までに、とりあえずある程度テンプレートに基づいて今つくっていただいているものがございます。

先ほど御説明に使いました指針、これは多分先生が言われているテンプレートだったのかなと思えますが、それでよろしいでしょうか。ちょっと時期的にこれが出たのが平成19年7月20日でしたので、前後関係がちょっとわからなかったのですが、多分、これをテンプレートとしてつくっていただいたという理解でよろ

しゅうございますでしょうか。

平盛座長： ちょっと違いますね。

武末次長： 多分、これ、ちょっと出たのが遅かったりして、多くの都道府県で間に合わなかったということも聞いておりますので、すると、また別のものだったかもしれません。ですので、一応、またこれも一つ参考にしていただきながら、他の都道府県のものもあくまでも参考ですので、こういうようなやり方もあるよというのを参考にしていきながら、では奈良ではどうするかというのをある程度また、ゼロから考えていただくのか、今、そこまでつくっていただいたところを修正する方向でいくのかということからまず御議論いただければと思います。

平盛座長： 私から発言させていただきますと、その他県のを見ましたら、随分シンプルにしておられるところもありますし、文言をできるだけ残してという感じで奈良県では割に同じ言葉が何度も出てきたりして、ちょっとごたごたしているなというイメージがあったのですから。もっとすっきりさせてもよさそうな気がちょっとしてまいりました。

例えば、先ほど御説明いただいた兵庫県のまとめ方なんかは割に、病院面も入れておられますけれども、こういうところを例えば専門治療の病院と定義しようとかいうふうにされているので、わかりやすいような感じはありますね。よくされていると思いますが。この連携の図は、ちょっと今パッと見ただけで検討できないんですけども、奈良県のイメージは少し他県と違うような気がしておりますが。素早く評価していただいた先生いらっしゃいますか。

武末次長： もう一つちょっと言い忘れておりましたけれども、保健医療計画の大きな改定の目玉は、今まで保健医療計画、ほとんどの住民、県民の方が御存じなかったということなんですけれども、今回の保健医療計画は住民の方が見てわかることを前提としています。医療機関名を書くというのも実はそういうような趣旨で、じゃあこの計画に基づいて自分がこういう治療を受ける場合どこにいけばいいのかというのがわかる、そういうのも一つの目的になります。ですから、今の例示で見ていただいた兵庫県の保健医療計画の127ページの図で言えば、これは場合によってはですけども、例えば専門治療というところに具体的な医療機関名を書いていたとしても構いません。ここの慢性合併症の治療で、整形外科やとかどこどこ病院とかいうような形で書いていただいても構いませんし、そういったように実際、住民の方が見てわかるという側面ですね、治療を受けるときに役立つという側面と、あと、もう1点、先ほど申し上げたように、5年間で奈良の糖尿病治療をどのように向上させていくかということを実践的にやっていくということを検討いただくという、その2つの方向性があるというのが、示されているところでございます。

以上でございます。

平盛座長： すみません、もう一度お伺いします。

2つとおっしゃいました。1つは住民の方にわかりやすいこの連携図。自分がどのような医療を受けるべきかというときの指標になるようなものを作成する。もう1つは5年間で何が実現できるかですか。

武末次長： 奈良県の糖尿病治療がどのように連携して資質が向上するのかという、その5カ



年計画を奈良県がつくるというのがもう1つ。それは冒頭、医療計画の説明したとおりです。

辻井委員： たしかこの連携図、奈良県版もあったんじゃないですか。

平盛座長： ありましたね。今回は入っていない。

事務局： 奈良県版の去年考えていただいたのは、兵庫県のやつの4枚目ですかね、連携図があると思うんですけども。兵庫県のやつの127ページですね。これは、国の示された連携図に右下のところに歯科医療というのがつけ加えられた感じになっております。奈良県の場合、前回、歯科医療というのは入っていないんですけども、初期安定治療と専門治療の間に積極的治療ということで、血糖コントロール不十分または不良例に対する治療が実施できる病院・診療所というのをつけ加えた形で奈良県の方の連携図はつくっていただいた形になっております。

平盛座長： 富山県のと茨城県のが似ている格好で、兵庫県のは割と独自の形をつくられたように見えますが、奈良県も少したしかアレンジしたと思ひまして、その連携の矢印の数が随分多かったような気がします。

事務局： ちょっとコピーしてまた配らせていただきます。

平盛座長： お願いします。

全国的な患者さんの数や合計的なことは多少の都道府県によっての差はあるものの、そんなに大きな都道府県ごとの事情の違いというのは疾患からいうと余りないのかなと思うんですけども、そうなってくると、この連携の体制のとり方というのは、ほとんど同じものができてしまうということになりそうな気がします。そうではなくて、奈良県独自の連携をとる上での問題点とか、連携を阻んでいるもの、もっと連携させたら回っていくようなものがないかどうかというのも、本当はこの会で検討していくべきだろうと思っております。

先ほど脳卒中などのようなすごろく的な進行にあわせての連携とかクリティカルパスではなくて、糖尿病の場合は、もっと面のような、もう少し平面的な時間の流れがこれ連携図に、横軸に時間の流れととって行って、上に縦軸に血糖コントロールととる、この軸のとり方自体もこれでいいのかなという気がちょっとしているんですけども。

このあたり福井先生いかがでしょう。

福井委員： 結局、どういうことを目的にしているのかというのをはっきりしないと、なかなか議論が煮詰まってこないと思うんですが、具体的にそれぞれの専門治療とか分担する病院名まで挙げていくということになりますと、かなり難しい面がいろいろ出てくるかというふうに思いますが。

ですから、ちょっと一般的な話になって、図は細かいところをこうつないだらとかいろいろ出てくるかと思いますが、まず、何をこの委員会で最終的に目標とするのかというあたりがはっきりしておれば、議論もしやすいかなというふうに思っております。例えば、糖尿病と肝疾患と違うかもしれませんが、肝疾患って割とある意味で専門医の方が指導的であって、それでかかりつけ医との間で連携といいますのが専門医の方が指導していくような形で、お互いのというのは、すみ分けは割としやすいんですね。ところが、糖尿病の場合、このうちのどれをお願いするというの

ではなく、むしろ我々が考えていた糖尿病はその先生に診てもらっている、あるいはこっちで診るといような、なかなか部分部分に連携しにくいような気がするんですけども、その辺のところちょっと僕、糖尿病の方はあんまりどういうぐあいに専門医がかかりつけ医に指導していったらいいのかというあたりがちょっとぼやっとしていると思いますので、ちょっとそれも含めて、お教えいただいたらと思います。

平盛座長：　そうですね。今ので少し問題点は、先ほどちょっと言いました糖尿病専門じゃない内科の先生、内科でもない他科の先生という、非常に大きな底辺というか、面があって、その中で専門医は専門治療をしますというようなピラミッド型では済まないような気がしておりますが。

今、配っていただきました奈良県の連携図、去年見たままで、その後検討しませんでしたけど、印象どおり矢印の非常に多い、結局自分のところが属する医療機関以外のところと全部連携をとるとい、すべてと矢印でつながっているような図になっていたというのがポイントだと思います。この他県のと違うのは、初期安定期という表現を使わずに、基本的治療ということで、すべての診療所を包含するというような図をつくったように今思い出しましたが、そういうことでしたでしょうか、辻井先生。

辻井委員：　これ例えば、他の3県の案を見せていただいているんですけども、例えば兵庫県とかというのは、専門医の数ってわかります。奈良県は22人ですよ、糖尿病の専門が。規模が違うかもしれないんで、それぞれ比較、同じものを持ってくるべきかどうかはちょっとあれなんですけども。

平盛座長：　それと、専門治療は兵庫県はいろいろ条件があって、全部教育入院ができるということも満たしていないといけなかったんで、入院施設がある有床診療所または病院ということが専門的治療の必須条件になっていたと思うんです。奈良県はそれを言いますと、専門医がいて、かつ病床があるところという、かなり少なくなってしまうんですが、このあたり松本先生いかがでしょうか。

松本委員：　この体制図ですね、この中にそういうふうな医療機関のものが見えるといのか、医療する方の側から見る情報をたくさん盛り込むといのか、市民だよりのように受ける方がさっと見て、どこへ行ったらいいんやなといふに一つのを両方から見ようとするのを1個つくったら全部いけるんやといのは、道路標識と一緒に、1個あったら皆がわかるんやではちょっとわかりにくいといえるのかなと思うので、医療従事者といふんですか、医療を供給する方はこういう体制がありますよと。別にそれを隠すわけでもないんですけども。

今回、この会議といふんですか、ここで県民向けの糖尿病が今一番話題になっているといえ、一番話題になってますよね。それが話題になっているから、どうかなと思って見る人が、そしたら私はどんな状況でいふことを自分で大体の持っている情報と地域・地区、自分の心配事、目が心配だからどうしようかと情報を与えるのかいふことで作ろうとしているものが変わってくるのではないのかと。最初に前年度でしたか、県がそういうことをあんまりおっしゃらずに、とりあえずこれを作ろうといふことで、だれに何の様式をつくるのか、道路工事を、工事中であると

ということ、一方通行やということを用いんかなということ、別にもっと簡素にしてもいいと思うんです。また、座長の先生おっしゃるように、医療を供給する方から、こういう心得みたいな形で作るんやということも、それはだれがどうニーズしているのかなと。そのまだ私らそのニーズがわからないので、県がニーズされているのがこの委員会にニーズされているのが県民からも作ったってくれよとおっしゃっているのか、それは、座長さんに一考があるという。

平盛座長： いえいえ、私も頭が混沌としておりますので、今先生、言っていて、確かに2面、2方向から考えないといけませんね。先ほど御説明いただいた中で住民の方が、県民の方がわかりやすいようにというのは、もう絶対必要なことだと思うんですが、すごろく方式の一方通行のパス、クリティカルパスのようなものと、医療機関としては、自分が流れのどこにいて、上流はどこで下流は何って位置関係が一方通行、一方向にわかっているればよしというイメージが脳卒中や心筋梗塞などの主に急性期疾患ではそういうふうだったと思うんですけど、糖尿病の場合は、自分がどこにいるかも、これも面でわかっていないといけないというか、そういう感じがしますね。となると、例えば、開業の診療所の先生で糖尿病の患者さんたくさん見ていただいている先生は、どことどうつながったらいいか。ちょっと専門しているようなものがどうつながったらいいかというのがわかるような連携図と、一般の方がわかる連携図は複雑さにおいて、向きは変わらないと思うんですけど、複雑さにおいて、少し違ってきてもいいのかなという気がしてまいりました。

武末次長： ちょっとなおさら混乱させてしまうかもしれません。茨城県の医療計画の90ページですね。3枚目になると思いますが、多くの実は医療機関が似たり寄ったりの中で、この茨城県だけではないんですけど、大きく違う図を出してきています。これは、先ほどちょっと私が口頭で説明したように、基本的な糖尿病の治療はこういうふうにしなごら、合併症が起きたら網膜症だったらここですねと、腎症だったらここで透析、だったらここ、または神経障害だったらこういう先生いますね、他の医療機関ありますねっていうような見せ方をしているのが1点ですね。それともう1つは、先ほど座長の先生から教育入院ができないと専門治療機関ではないというふうな御発言がたしかあったと。

平盛座長： 兵庫県の場合で、定義でですね。

武末次長： という、多くの医療機関が実は例えば保険診療で何か定義されているものを使ってきて、規準を使ってきて定義している中で、この茨城県さんはこの基準ページの注のところにあるように、県独自で、例えば糖尿病診療連携医という資格とか、制度をつくって、これは、県が歯科医師会、県が実施する研修を終了した人が糖尿病診療連携医というふう位置づけて、この医療計画の中に入っているという意味で、非常にユニークな取り組みをしているという意味で、この計画を挙げさせていただいています。

逆に、何を言わんとしているかというところ、かなり自由度があつて、いかようにでもしてくださいというところが多分今実はこの会が、少し方向性がわかりづらいところだと思うんですけど、従来のようなひな形があつて、それにそって流し込んでいけばいいということではなくて、ある程度考えていただければなというところ

ですけれども、さりとて全くないとちょっと困るだろう思いまして、例示とか、プロセス的に5カ年計画というイメージを持っていただくために、例えば千葉のSDMの13年からの取り組みみたいなものを提示させていただいたというのがちょっと事務局的な意図でございます。

すみません。以上です。

平盛座長： ありがとうございます。私は、奈良県の今配付していただいた資料の分が割とよく考えてつくったなど、ちょっと今になって思ったんですが、見ていただきますと、基本的治療というのが一番底辺にありますけれども、その次にほかのところは多分その後すぐ専門治療に入るんですが、奈良県は積極的治療という枠を一つ余分に作りまして、この中に登録医のいる何々診療所、何々医院というふうに登録医という表現を盛り込んだところが奈良県の特徴であろうと思っております。

この登録医についての注釈はつけておりませんが、これは、辻井先生、ちょっと説明していただいたら、茨城県との似通った部分が出てくるかと思えます。

辻井委員： 医師会主導ということではないんですけれども、全国で日本糖尿病協会という患者さんの友の会と医療スタッフが参集する団体があるんですけれども、そこに専門医と糖尿病を見ている診療所の先生が集っています。実際にそういうたくさん患者さんを見ているドクターも巻き込んで、全国で糖尿病医療指導医という形で認定しようという、これが2年ぐらい前から活動を始めています。それで奈良県版として、今私が奈良県の支部で預かっているので、とりあえず中心的なメンバーを療養指導医という形にさせていただいて、療養指導医と登録医の認定制度ということで動き始めているんです。それにその勉強会を年何回か開催させていただいて、ハードルを低くして、眼科や泌尿器科・整形、診療所で本当に実際に糖尿の方を見てらっしゃる先生がたくさんおられますので、そういう方にも糖尿病学会に入らなくても、それに参加していただくとということで、一応広報活動はしているんですけれども、なかなか進んでないという状況ではあります。

平盛座長： これは先生、登録医は歯科の先生も登録できるんでしょうか。

辻井委員： 全国でも4,000人ぐらいの方、歯科医師の先生が登録医として参加されてますし、奈良県もホームページにずっともう医師検索なり医療機関の検索ができるんですけども、たしか歯科の先生で53名ぐらいの方が登録しておられます。

今言いましたように、糖尿病協会のホームページを見ていただくと全国の医療機関検索ができます。そこで療養指導医なり登録医、あるいはCDEというか療養指導士コ・メディカルのいるところというのは、協会でないという登録できませんので、協会員であるということが第1条件なんですけれども。それであれば、そこで検索できるような形にはなっております。

今、現実的には奈良県では療養指導医として35名ぐらい、登録医が10人ちょっとぐらいですね。そういう状況です。

平盛座長： というと、これは、去年この図を考えたときより少し進んでいる話も入っていると思うんですけど、そうなりますと、歯科の先生を慢性合併症の治療のところの歯周病というところだけしか入らない格好で、合併症の治療をしていただくというよりは、歯科のコントロールをきちんとしていただくことで、糖尿病の状況もよく

なるということが知られておりますので、そうなりますと、この左側の積極的治療の登録医の部分に歯科の治療という部分も、もしかしたら一角を担っていただく必要があるかなと思うんですが、森本先生いかがでしょうか。

森本委員： 今、座長がおっしゃっていただいた様に、歯科の方も、今回ガイドラインというんですか、糖尿病治療ガイドにも歯周病が慢性合併症として出てきております。歯周病はもとより口腔機能というか、咀嚼機能をしっかり維持向上していくということは、何でも食べられますし、よく噛むということは過食による肥満や生活習慣病を防ぐなど様々な効用があり、非常に大切なことではないかなと思っております。

歯科の特に口腔ケアといいますか、口腔健康維持向上と全身との関連という意味で、私も昨年日本糖尿病協会の歯科医師登録医の方に登録させていただいたんですけども、今53名の歯科医師登録医がいるということでございました。この医療体制の図の中にも、歯科治療や口腔ケアということを入れさせていただきたいと思っております。

平盛座長： 数の上では、医科の者より歯科の先生の方が登録の数が勝っていただきますので、ぜひまた一緒にこのすごろくではない図をつくるという点でかかわっていただきたいと思うんですけど。

今、ちょっとそう思って見ますと、茨城県ではかかりつけ医と眼科や腎臓の方の先生、そういう慢性合併症の方のところとはつながりが、直接のつながりを線がないんですね。それもちょっと問題かなという気はいたします。

案外、奈良県のはそういう意味では線さえたくさん書けばいいというものではありませんけれども、連携しようという気持ちを矢印の数で表したつもりだったと思うんですけど、こういう基本的治療をするところの先生の役割と力というのはものすごく大事になるような連携図なんですけど、現在のところ、登録の先生も少のうございますし、すべての診療所の先生方はここできちっと書いたような診断及び生活習慣病の指導とか生活習慣の行動変容していただくような指導が確実にできているかどうかという、それは十分ではないのではないかとこのように思っているんですけども、小池委員さん、これ栄養指導などで、管理栄養士さんを雇用されているところはいいと思うんですけども、雇用でなく、例えば派遣の栄養士さんを受けているところとか、パートで指導に入らせていただいているとか、市町村の栄養士を利用していただいているところというのは、かなり多いのでしょうか。

小池委員： 現在栄養士会の方でもその辺いろいろ取り組んではいるんですけども、なかなか診療所とそういうところに栄養士が不在な診療所等には置いていただくようにというのはなかなか話は、努力はしているんですけども余力はついていない。今のところ例えばこれ始まってますよね、メタボに対しての特定保健指導ですか、そういうところから少しずつ広がりは見せているようなんですけども、糖尿病の指導に対して管理栄養士の必要性というのは、なかなかまだ診療所等では進んでいないような気がします。

例えば、当院においてなんかでも近くの診療所の先生からちょっと食事の指導をしていただきたいけれども、どういうふうな形で紹介あるいは案内をさせてもらったらいいかというふうな御連絡をいただくんですけども、なかなか、はいどうぞ、はいどうぞって行って、気楽に行ったり来たりできるものでもない、そのあた

りの本当に連携ですよ、診療所と近くの病院との栄養指導における連携というのももう少し何か取り決めがあればスムーズに行くのかなというふうに感じます。

ちょっと聞いたところによると、兵庫県なんかでしたら、そういうふうな栄養士と医師会の間でそういうふうな話を進めていって、指導だけでも依頼ができる、他施設に依頼ができるというふうなシステムをだんだん広めていっているというお話も聞いたことがあるので、そういうふうなところもこういうふうな会議の中において進めていっていただければ、もう少し食事に対しての指導というは、かかわっているのかなというふうに思います。

平盛座長： 確かに、今回の特定健診と特定保健指導を一つの足がかりとして、連携をとれるチャンスかもしれないと私も感じているんですが、医師会の方で恐らくニーズが出てくる、今年度はちょっと難しいかもしれませんが、そのニーズが出てきて初めて連携をとることになるのかもしれないというふうに思っております。

奈良県でも栄養食事指導だけを引き受けますというふうな地域連携室からの案内をいただいた病院もあつたりするんですけど、先ほど、じゃあいらっしゃいという簡単に行き来できないとおっしゃった、その簡単に行き来できない理由は何かございますか。

小池委員： 単に患者さんの手間というか、そういうところだと思うんですけども、診療所から病院に案内、紹介状を書いて、その病院の中ではカルテ、何も検査データもないので、そういう情報を全部すべて送って、また違う日に予約をとって、そこで診察、再診というか、そういうふうな形でというふうになると、どうしても患者さんの方から足が遠のいてしまうというふうな、そういうふうな問題も聞いたことがあるので、もう少し電話一本入れて、じゃ、今からFAXなり何かでデータを送りますから、今から行きますねというような形で、すぐ取り組めるような状況であれば、もう少し患者さん自身が動きやすくなるのかなというふうには。何かこう手間が煩雑になってしまって、それが患者さんに負担がかかってしまうのかなというふうに思います。

平盛座長： これは、大きな病院などで栄養士さんがたくさんおられるようなところで、そういう患者さんの診療として全部引き受けるとか、紹介を受けるということではなく、指導の分だけ紹介を受けて指導をすとかいう形をとることは可能なかどうか、ちょっとわからないんですけども、辻井先生のところではそういう授業といいますか、医療以外の、医療には入らないんですかね、これは。指導だけっていう、医師の指示のもとに指導を行うということが必須ですから、初診料ないし再診料ないし、何かに加えての指導ということしか無理ですね、病院の中では。

辻井委員： 聞くところによると、医師会の指導で栄養ケアステーションという形で、そこで派遣するということはお聞きしますけれども、一病院でそういうことができるような体制にはなっていないと思うんですけども。

平盛座長： となりますと、医師会で作る、あるいは市町村の保健センターがどう活動するということになってくるかもしれません。

ちょっと話が少し脇へそれたかもしれませんが、それ以外何か全体の中で御意見ございますか。

山田委員： さっきから座長おっしゃいましたように、糖尿病というのは基本的にはそういう心筋梗塞とか脳卒中の連携とはかなり違うだろうというふうに思っていますし、それでおっしゃった面の連携というのは、非常に重要になってくるかなと思うんです。やっぱりチーム医療をいかに進めていくかということではないかなと思うんですね。こういう専門病院であっても、専門病院でなくても、例えば一診療所であっても、例えば眼科の診療所と連携することによって治療もできるでしょうし、また腎機能が低下してくれば泌尿器科と連携しながら治療ができるでしょうし、それ以外にそういう栄養指導、それから運動指導ができなければ、そういうことをやっている診療所と連携するということで、治療の成果が出るのかなというふうに思うんですけども。先ほど茨城県の例がそういう当面診療連携医という形で参加を募り、その参加した医師については地域連携医として指定したいということなんでしょうけども。

それと先ほど平山先生の資料でもいろいろな研修会を病院が中心になって開いておられる。そして、実質、御意見もされているというようなことを書かれておりましたけども、糖尿病に関してはこういう連携が非常に重要になってこようかなというふうに思っています、これは医者だけではなくて、むしろ歯科医師もそうですし、栄養士さんとか、看護師さんとか、運動指導士さんとか、それ以外のいろいろな認定される職種があるかと思えますけども、そういう方々の合同研修会なども、例えばこういう委員会が中心になって研修計画を立てて開催するとか、そういったことにおいて連携を図っていくということが大事じゃないかなと思っています。そういう意味では茨木の例がいいのかなと思うんですけども。

それともう一つ、専門治療と積極的治療とそれから慢性合併症の治療と、本文中では専門的な治療の機能という表現だったんですけど、これが治療を行える病院という形にフロー図の中ではなっているんですね。だからこういう分け方が本当にいいかどうかですね。病院名が入っているフロー図とか、その辺整合性はどうかというふうには思うんと、それから、病院名を入れると、これ5年計画なんですか、フロー図に病院名を入れると、例えば変わっていけば、これ5年間このままいくわけには行かないんじゃないかなと思うんですけど。そういった場合、例えばそれは別冊にするとか、そういうふうな方法もあるかなと思いますし、次長がおっしゃった医療システムですね、あれで機能もついているわけですよ。一般の方に対する公示といいますかね、公示するのと、こういう紙媒体で公示こうすると、その辺の整合性がどういうふうに図っていったらいいのかなというのが、ちょっと気になるところなんです。

武末次長： もちろん5年間一定にするわけにはいきませんので、都道府県によっては別冊という形で、半年ではなくて1年に1度ぐらいリバイスすると。計画は5年間変更できませんので、計画の中には入れずに、医療機関名は別にするところがまず1つです。

もう一つ具体的には、今年度のもう一つ医療法改正の中で詳しい情報提供をインターネット等で行うということがございまして、今、そのシステム構築をやったところでございますので、その中に糖尿病に関するファンクションというところを明記

して、計画できるようにするというのもあるかと思います。

平盛座長： ちょっと進め方が何だか混沌としてあれなんですけど、5年間でどういう方向に持っていくかということなんですけど、ちょっとそっちの話をこの際進めていきたいと思うんですけど、糖尿病に関して、5年後の目標をどこに定めるかというのは、とても難しいように私は思うんです。というのは、診療という立場で見ると、糖尿病の患者さんの指導をしたり、いろいろ行動変容を起こしてもらって、血糖コントロールをしたり、合併症の検査や治療をしたりして、その結果というのは、何もなくて当たり前という疾患ですから、うまくいった場合は変化が起こらない。うまくいかない場合は悪くなると。失明を一つ例にとってみると、何もせずに放置すると失明したが、何らかの介入をすると失明が防げたということが一つのアウトカムだと思うんですけど、5年でそれは可能かと言われると、全くそれは難しい話ですね。

例えば、数値目標などで、そういう指導のできる医療機関の数をふやすとか、そういう数値目標だったら結構ですけど、失明者を減らすということになると、ちょっと難しいのかなというふうに思っています。どういうところに目標を置くのがいいかですね。可能か不可能かは別として、どういう指標があり得るかということをし少しブレインストーミングで出していただけたらなと思うんですけど、いかがでしょうか。

あと、それから平井先生の前からなさっている話をお聞きして、きょうもこの資料いただいて、SDMという研究会をつくって勉強会を重ねてきておられることと、技術移転という言葉で、いい言葉だなと思うんですけども、例えばインスリンの大きな病院で専門の医者がインスリンを導入したら、それを紹介元に戻ってこられた場合に、その同じインスリンをずっと使い続ける。よくても悪くても同じのを使い続けるという医療をつい行ってしまおうと思うんですけども、そうではなくて、状態に応じて併行するとか、あるいはインスリンの導入も御自分でなさるようにできるとか、そういう技術移転というものは非常に望まれておりますし、有用なことだと思います。それを1人平井先生のようなリーダーがおられて、していただくということになりますと、奈良県内ではリーダーといいますと、ここにおられる辻井先生とか福井先生のところのスタッフの方とか、専門医22人でそれをやることになってくると思うんですね。そんなことが果たして可能かどうか。22人で手分けすればできるのかどうかということも考えていくべきことかなというふうにちょっと思ったんですけども。私がしゃべっている間に少し考えていただけたでしょうか。

福井先生、何かございますか。

福井委員： 一般の先生方に例えばインスリンコントロールができるように教育してほしい、そういうその22人ですね。ですから、どういうんでしょうか、私のところも紹介されたら診るのが今のところ精いっぱい、なかなか出て行ってそこまでやっていただけるドクターをふやしている現状にはないというふうに思うんですが。そのもう一つ段階で、少なくとも内部治療に関しては、一般の先生方全部きちっとしていただけるようなところまでいけば、随分違う。ところが、あるところでは、本当はもう一般の先生方にお返ししたいのやけれども、そのままずっとその病院にずっと



居残ってしまわれて、結局そういう意味できちっとした病診連携できないということもあります。どこらあたりまでかということをやっぱり、そこらあたりを一般の先生方にしていただくのが大事な何かというあたりを、そういう人たちが考えていただいて、辻井先生がしようとされている登録医というのをどんどんと一般先生方にふやしていただいて、少し積み上げていくことは可能かなと思うんですね。なかなか、どうでしょうかね。辻井先生いかがですか。僕わかりません。

辻井委員： 平井先生のところは、医療圏って20万ぐらいの確か医療圏なんでしょうね。たしか、先生のところと数カ所の病院と周囲の診療所という形で、勉強会そのものもたしか病院で毎月開催されていると、そういう医療圏での仕事なので、その医療圏を全国とか、全県とかにもっていけるかどうかというのが、非常に難しいことだと思うんですけども、平井先生の個人的な努力が大きいと思うんですけども、それで実がかなったというところもあるので、これを専門医全員に求めるというのは、ちょっと難しいかなと。

平盛座長： 実際、製薬会社の主催なさる糖尿病関連の講習会、最近割と多いですね。たくさんある中で、かなり参加者が多いんですね。一般の診療所の先生方、内科以外の先生方の参加も見られるようになってきて、皆さんやはり興味を持って糖尿病も自分のところで見せやろうと思っておられるけれども、その技術というか、ノウハウというか、それが自信がないという先生方がやっぱり多くて、偉い先生、県外から有名な偉い先生来ていただくといいお話が聞けて、分子生物学のような話も聞けますし、最先端の話も聞けるんだけど、だけど、実際どのインスリンを何単位から始めたらいいかとか、そういうことが聞きにくいので、そういう先生の話は聞きにきたついでに、私のような者に、この人どうしたらいいのというふうな質問をしていただくこともあるんです。

だから、何かニーズはあるはずなんですけど、それをどうまとめていくべきなのか。その雨後のタケノコのような研修会をもうちょっと有機的に、系統的に、SDM研究会ほどにはできないけれども、何か方向性を持ったような一連のものにできないのかなといつも思うんですね。毎回毎回よく勉強するんだけど、単発で終わってしまうという、そういうところがあるんですけど、そういうのは、大学の先生方で計画していただいたら、非常にありがたいと思うんですけど、いかがでしょうか。

福井委員： まだその前の段階にあると思うんですけど、こういう事例がありまして、ある患者さんが非常にコントロールが悪い糖尿病であって、もうヘモグロビン10を超えてきていると。ところが、近くの先生方にはお任せしている状況なので、こっちは手を出さないで、慢性化肝炎を見ておったと。ところが、慢性肝炎がひどくなって、肝硬変に近くなったということで、とうとう先生が投げてください、糖尿病のコントロールやって、それからインターフェロン治療という形になったんです。その場合も投げてくださいような形で、その辺が連携ができていないわけ、結局。だから、その先生がさらにもっと早い時期にインスリンコントロールを導入していただけるような形であれば、もっとスムーズに行くとは思うんですけどね。そのあたりが、結局、肝がんができるかわかっているからということで、かえって言いやすいんですけど、糖尿のコントロール悪いですから、何とかしてくださいって、なかなか

かこれが言いにくいところが僕らにはあるような気がするんですが。実際に専門医の先生からそういうことはどうなんでしょうか。

近くの先生がそういう血糖値コントロールされてて、時々こっちに来られるというときに、どちらがイニシアチブをとってどうしているかっていうようなことは実際あるんでしょうかね。

平盛座長： 私のところは、糖尿病一応専門ということでしておりますと、近くの先生方からも御紹介いただくんですが、やはり糖尿病って自分でもそうなんですけど、患者さんと長くつきあってきて、ちょっとコントロール悪くなったから薬ちょっとふやして、やっぱりあかんからまたふやして、またあかんからまたふやしてって、種類かえて出して何やらして、ごたごたごたごたして、もう4種類、5種類の薬をどれ効くかわからん状態で使ってしまうということがやっぱりあり得るんですね。それは患者さんがほかには行きたがらない、それからその先生を信頼している。インスリンの導入といわれると嫌だから、専門医に行くのも拒むし遠いしということで、結局双方、どうしても何かずるずるとしてしまうというのはよくあるんです。

だから、そうなってくると、今度は紹介しにくいといえますか、ちょっと診てもらうのつらいなというふうに主治医の先生もなられるようで、もういよいよになって、御紹介受けることもありますし、かなり早目に言っていただく先生もあります。

一度そうして送っていただいたら、私の方でインスリン使ったりいろいろして、ある程度コントロールついたら、必ず帰っていただく。帰っていただいたら、そちらでふだん見てもらってくださいという格好で帰ってもらうんですが、そうすると、患者さん帰りたがらないんです。やっぱり専門の先生についていうて、えらいおだてられるんですが、見てもらいたいですって言われると、むげに帰れと言いにくいんですが、とにかく一端帰ってくださいと言って帰ってもらって、私がしているのは、2カ月ないし3カ月、月1回程度の診療をもとの先生にさせていただいて、4カ月目か、それぐらいに1回ぐらいちょっと顔を出していただく。それはどの治療をしている人もそういうふうにして、インスリンの複雑な打ち方している人も、このインスリンは元の先生、主治医の先生が出してくださいます、大丈夫ですと言ってお返しして、そのとおりしてもらって、そのかわり3カ月か4カ月に来られたときに、多少アレンジしたりする場合がありますので、アレンジだけします、また帰ってくださいということにすると、大変機嫌よく年に数回お見えになるという、そういうやり方は可能かなと思っています。

福井委員： 専門医でない者にちょっとそのところはわかりにくいんですが、肝臓がんなんかやったら、インターフェロンはここでやる、すごくすみ分けしやすいんですね。ところが、そのあたりが糖尿病の場合、例えば、インスリンをここから処方していただいている、どうもこの単位数がおかしいように思うんだけど、どうしたらいいんだろうかというような方が、なかなかどっちも手出しにくいとか、そういうところがあって、そこがもっとすみ分けいくといいかなと思うんですが。専門の先生方が、いわゆる地域の先生方に対して、どのようにしておられるかをぜひ私たちも勉強したいなと思っています。

平盛座長： 天理ではいかがですか。そういう場合どうされて。もとの主治医の先生。

辻井委員： それはそれでいいんですけど、診療所、周囲から来られる場合はもちろんこちらでやってお返しするというか、そういう形で、もし何か月に1回のところで教えて、アドバイスするなり手紙のやりとりでまたインスリンやっている場合ですけど、そういう形でつながりを持つというか、そういうことはやっていますけれども。ただ、やっぱり先生おっしゃるように、すみ分けではないんですけども、もともとのさっきの平井先生のお話でもありましたようにヒューマンネットワークですか、それがなくなかなかうまくいかない。それはありますので、一応、病診連携の会議等はやってはいるんですけど。

そうすると、集まってくださる方は決まってくるので、それもちょっと困るなどというように思います。

平盛座長： もう一つ困るのは、インスリンなんかを打っておられる場合に、自己注射指導料、管理料ですね、あれが月に1回算定ということになるので、同じ月に2カ所から請求できないので、患者さんに先言ってしまうんですね。そういうことに、保険のルールがあるので、今月その先生のところでインスリンもらった場合は、その月には来ないようにと。もめると困るので、後で面倒なことになるので、そのあたりを御理解くださいっていうと、何かよくわかっていただいて、ちゃんとそうされている方はおられるんですが、まだまだ少ないので、それが広がればいいなど、実は思っております。

ただ、こちらから全くコンタクトのない先生に向かって、そういうことをさせてもらいますよ、どうぞよこしてくださいというようなことも、またちょっと言いにくいので、こういう図が、フロー図ができて、名前が出たら、何ができるということをお示しして、入院してインスリン導入ができる、あるいは私のところなんかは、通院で導入しますので、外来でできるなどの特徴を書けば利用していただきやすいのかなと思ったんですけど。

病診連携、いろいろアプローチ、小さなあちこちの地域であると思うんですけど、前に糖尿病対策推進会議という奈良県の会議、これは医師会と糖尿病学会と糖尿病協会と、あと歯科の先生にも今度入っていただいて、あと眼科医会と。今度、国の方では国保連合会が入られたので、また奈良県もそうなると思うんですけど、そのようなグループの集まりがありまして、そういうところでまた連携をとっていったらなというふうに思っています。

あともう一つはコ・メディカルの方々の会、勉強会、これもたくさんあって、医師の勉強会にもコ・メディカルの方がすごく参加されますので、それをもう少し活用していったら立派なメンバーが育っておられます。それで、療養指導士という資格もとるべく勉強されているんですけど、大変残念なことにその療養指導士という資格が全く功を奏さないというんですかね、認められない。保険診療上も認められませんし、制度的にも公的にも認められないので、その方々がせっかく資格をとられても更新難しいし、生かせないということで、もう資格の更新やめようかというくらい気持ちになられる方もふえて困っておりますが、それを何とか奈良県で活用できる手はないかなと思っております。

武末次長： 今のお話ありました、療養指導士ですか。今、この医療計画の方向性ととも一つ

医療費適性化計画というのがあります、これは地域医療連携課の所管するところではないんですけれども、御存じのように、5年後のさらに改定の際には、都道府県による診療報酬の最良というのが出てくる可能性があります。もちろん、そう簡単にできるものではないと思いますし、ある程度の有効性のエビデンスみたいなものがないとそうできないでしょうし、そんなに大きな1万2,000点みたいな話ではないと思うんですが、本当に10点とか5点とかかもしれない。そういったものが、この5年間で、じゃあそういう資格の方々があることで糖尿病の治療が非常によくなるんだということがこの取り組みの中で明らかになれば、場合によってはそういうのを打ち出していくこともできるというのが先ほど冒頭申し上げた地方分権の一つの流れでもありますし、そういうの一つでもあるかと思います。

平盛座長： 道州制とはまた別の問題ですね。都道府県ですか。特区とも違うんですね。

一つ例を出しますと、先生方恐らく御存じだと思うんですけど、この4月から保険適用になった合併症のケアの適用の点数がつきました。何をいうているかという、フットケアですね。糖尿病のフットケアをした場合に、30分以上をかけて資格のある者がすれば、医師または看護師がすれば170点の算定できると。月1回に限り170点。皆喜んだんですね。これまで看護師さんたちが数時間かけたりして物すごく細かにケアをしていたものにやっと点数がついたと言って、非常に喜び、療養指導士の資格の持った人なんかは、これで私たちの出番だと思って、大変喜んだんですが、後にわかったことで、これは講習会を受講しないといけない。その講習会は2日にわたって10何時間かで実習を伴うものである。2日間で5万円の参加費を、宿泊費なしの講習のみで5万円をかけていかないといけない。その前にあった情報では、糖尿病の認定看護師さんだけが算定できると言われてたんですけども、その方も講習受けないと、少しは講習受けないといけないそうですが、認定看護師さんは、奈良県には1名だけという、そのための170点ということで、余計にがっかりという気持ちをそがれた制度で、そういう点数をもしつけるのであれば、なぜにそのような点数をもしつけるのであれば、なぜにそのような高いハードルを設けるのかというのが非常に思うところなんです。私のようなところでも外科はありませんが、フットケアものすごく手間かけてやったりしてますので、都道府県でオーケーということになれば、認めていただくような点数を算定してもらったらなというふうには思っていますし、そうすることで療養指導に当たるコ・メディカルの方々もやる気が維持できるのではないかなと。点数が設定されてますので、場合によったらそれが報酬にも反映してくれば一番いいんじゃないかなというふうに思うんですが、これは、私の個人的な希望ですね。座長の発言ではありません、すみません。

ほかにもうちょっと5年間の計画というところで、アウトカム指標というところで、これは、5年計画の目標ではないと思うんですけど、アウトカムの指標として考えられるものが薬物療法からの離脱実績、治療中断率、医師の判断によらない物に限るとありますね。糖尿病に合併する脳卒中、心筋梗塞の発症数、失明の発症数、新規透析導入率、調整死亡率ということで、こういう指標を挙げていただいているんですけど、糖尿病の指標としてほかに何かありますでしょうか。

先ほど申しましたように、失明が防げるとかということになると、ちょっと期間が短いなというふうには思っているんですけど。

むしろその前のところのストラクチャー指標とか、プロセス指標の方が現実的かもしれないませんが、いかがでしょう。

山田先生、いかがでしょうか。

山田委員： そういう人材といいますか、糖尿病の専門とか。マンパワーの問題につきましては、指標にはないんですか？専門医については、今22人しかおられないということでございますけれども、糖尿病専門のお医者さんとか栄養士さんとか、療養士です、そういうふうな人材養成の指標というものはあるんでしょうか。

平盛座長： これ例えば、先ほど療養指導士ということで申しましたけど、日本糖尿病療養指導士というのは、何らかの国家資格を有した人で、糖尿病の専門医のいるところ、学会員のいるところの医療機関で、何千時間以上の臨床経験を有して、かつ症例数何例以上を提出して、2日間の講習を受けて試験に受かった方というかなりのハードルがありまして、それに受かった方が奈良県で140人ぐらいもおられますんですが、例えば、奈良県でその日本の療養指導士としては、余り報われない立場におりますけれども、それだけの条件をクリアして資格を得た人ということを奈良県で新たに認定してといいますか、お認めして、活動していただくと。それをこのフロー図に盛り込むということはいかがでしょう。

福井委員： そういうスタッフのこともいわゆるアウトカムの指標の一つにすると。確かに。

平盛座長： 先ほどこの大きい表を見せていただきましたね、医療機能調査の表なんですけど、よくよく見ますと、何だか矛盾している部分もあるんですが、右から四つか五つの広い枠のところは糖尿病診療スタッフの配置状況ということで、療養指導士認定機構その他の団体が認定する療養指導士の数ということで、常勤者、非常勤者あるんです。ところが、これ病院だけでして、診療所に所属している方も結構おられますので、それが全く入ってきませんので、例えばそういう方々のたくさんおられる診療所でしたらそれはプラスに名前は公表すべきではないかなというふうに思うんです。

福井委員： そういう専任スタッフの数は簡単に勘定することはできるんですか。

平盛座長： できると思います。

福井委員： それは確かにアウトカムの必要は簡単にとれるものではありますね。

アウトカム、これは僕、ちょっとどういうふうにしてこれを計算するのかちょっとよくわからないんですけども、いわゆる協力病院とかそういうのが皆決まってあって、その病院から得たものをもとにしていくのか、あるいはもういわゆる何かの県の方のおまとめになるようなものでこれが出てくるのかどうかということなんですけど、こんなんは難しいでしょうかね。この糖尿病による失明発症率とか糖尿病に関する脳卒中何とかというのは、これはなかなかどういうふうになればこんなもの実際出てくるんですか、この数字は。

武末次長： 現実的にすべてを網羅するというのは難しいと思いますので、やはり、ただできるところで前提をつくっていただいて、それが一定のそのサンプルになっていけばいいのかなと思います。5年で終わりのことではないので、5年目はこういう範囲

で調べて、このサンプルでフォローアップをして、もう一つこの委員会の議論で、ではどうやってそういう個数、母体を把握していくのか。またもう一つ議論していただきたいのは、やはり計画的な観点からすれば本当に全数把握する必要があるのかどうかということまで専門的には御議論いただければと思います。

福井委員： 例えば、簡易研修はこれに入ってませんですけども、一応専門病院もかかりつけ病院も一応リストアップします。ですから、やろうと思えばその病院が何人診たということが出てくるわけですね。たった5年間で難しいかもしれないけど、最終的にその肝がんの発症というものを一つのアウトカムすることは可能だけど、簡単に言えば、患者さんをどれだけよくしたかということで、数を出すことができると思うんですね。そこの糖尿病の場合は、だから、もしかそういう病院がそういうふうにノミネートしてしまうのであれば、その病院がどれだけ実績を持って、どの患者さんのヘモグロビンをどう下げたとかいうあたりがあれば、5年間で下げたかどうかぐらいはいけるかもしれない。ただ、糖尿病の患者さんがふえたということは、これはよろしくないのかどうかわかりませんが、それは今回の目標ではないんですね。それぞれの患者さん治したということが大事なんですね。今回の目標として。そうすれば、どれだけ患者さんを見たかということも一つのあれかなというふうに思うんですが。ただ、その場合には、必ず協力していただく病院というのを決めないとなかなか難しいでしょうかね、ちょっとよくわかりませんが。統計とる場合にお願ひしますということで、アンケート用紙配って、どこの病院も答えていただけるのかどうか、その辺についてもちょっとあるかと思うんですけど。

平盛座長： 奈良県での例えば糖尿病の失明数、幾つ目の目が失明したとかかそういう統計って、ここには今出していただけませんか。これは調べれば出てくるんでしょうか。

事務局： かなり難しいと思います。

先ほどのA3の横の表なんですけども、これは18年度機能調査してもらったときに、病院さんだけを対象にさせていただいてまして、それをまとめさせていただいたものになっています。

あと、数値目標とかの話なんですけども、今の失明のことも書いてあるんですけども、一応資料の6ページですね。前回相談させていただいてまとめた段階の部分はワーキンググループの資料の6ページの下。概算の数値目標というところで、療養指導士との関係とか、その辺も含めて、前回まとめさせていただいた部分は載せております。ただ、この中でも糖尿病による失明発症数とかいうのがまだ残っているんですけども、前回もお聞きしたと思うんですけども、どないしてこれを使うのかというところがかなり難しいと。

平盛座長： これはどうでしょう、私は、内科なので、ちょっと眼科の情報は知らないんですけど、例えば奈良県眼科医会とか、奈良県透析部会みたいなものがあると思うんですね。そちらで調査を依頼するということはどうなるんでしょうか。

事務局： 新規の透析の導入の数とかってというのは透析医会の方でおまとめになっていたと思います。糖尿病による失明発症数っていうんですか、これに関しては、ちょっとまだ眼科医会の方へ一回確認させていただかないと、そういう統計をとってはるかどうか、ちょっとわかりません。

武末次長： 一つは、例えばレセプトの電子化がされた際には、糖尿病性網膜症というのが失明の前の原因としてとらえることができるかもしれませんが、例えば、その保険者のデータが集められるかどうかというのは、ちょっとまだ。

平盛座長： 網膜症というだけだと、バックグラウンドのものから増殖性のものまで、全部網膜症なので、そこにステージ分類は出てきませんから、レセプト病名内には出てきませんので、精密眼底検査をすれば糖尿病網膜症または網膜症の疑いの病名が入ってくるので、糖尿病と名がつけば、必ず眼底検査をするということになりますと、糖尿病者数イコール網膜症者数というようなレセプト調査になりかねないんで、それはちょっと現実的ではないような気がしますね。

武末次長： 現実的に言いましたので、レーザー治療やったところで補足してもいいかもしれませんが、それはむしろ眼科の先生に検討していただくという。

平盛座長： 障害者手帳の交付数。あれは・・・でも手帳が出るのですか。

武末次長： 実は行政が入手し得る個人情報については、かなり頑強な法律的な網がかかってまして、これが使えるかどうかちょっとまた、ちょっと難しいかなと思いますので、むしろ眼科医会の方に御協力いただくとかいう方が割と簡単にしかも安く、できるかなと。ただ、そのときにどれぐらい補足できるのかなというものが、逆にあります。一般的に行政がやる、データでやると、補足率が高いというので、一般的にやれるといわれる期待を持っていただくんですけども、意外と精度が低かったりとか、今言ったように難しかったりとかするので、そこはむしろ先生方で御検討いただいた方がいいのかなという気がします。

ですので、今でもこれは学術的な研究ではないので、5年間でどこまで県としてやるのか。また、逆に言えば、5年間でそういったある程度の探索的な調査があって有効ですということになれば逆にそういう行政的な情報を伝えましょうという雰囲気にもなろうかと思えます。

平盛座長： 最初に言いましたように、失明を防げるなどという大それたことは5年では無理だと思うんですが、それは無理だとしても、把握すべきですよ。5年になるか、10年になるか、もっとになるかわからないけれども、今の段階でどうなのかというのは、本当は知っておかないと次の計画をどなたかが立てる場合に必要ですよ。

武末次長： 逆に、ちょっと御質問なんですけど、糖尿病で失明した場合で、眼科医しか知らない患者さんってどのぐらいいるんでしょうか。

平盛座長： 眼科医しか知らない。内科にかかっていない。

武末次長： 普通、糖尿病の専門の先生方や関係者には御協力いただくという前提でこの会議は成り立っているのかなと思ってしまして、今どうもお話を聞いていると、そういう人以外で、漏れている人を補足したいとすると、その人が5%なのか1%なのか、それとも半分ぐらいそういう人がいるのかということで必要性が出てくるかなと。

平盛座長： 専門医じゃない先生が診ている人の数が。

武末次長： 私の理解では、糖尿病で失明する過程で全く糖尿病の治療を受けてない方はいないのではないかとこのように思っていて、眼科医会にお願いするというのもどうということなのかなということなんです。当然、何らかの形で糖尿病の先生方の網にかかって、その方が失明したという情報がちゃんと伝わればいいのであって、い

きなり糖尿病の眼科の先生に失明した人で糖尿病の患者さん何人でしょうというのは、何かちょっと集め方としても、どの程度の有効性があるのかなということがあったものですから、実際、いわゆるいきなり失明で、調べてみたら実は糖尿病であったみたいな事例以外ですよね、今、先生が眼科で知りたいというのは。でも、実際糖尿病の治療をしている人をきちっとドラックしていれば、その中で失明した人というのは補足できるのかなと思ったりもします。

平盛座長： 本来そうあるべきだと思うんですけど、そうはいっていないのが実情だと思うんです。今日の午前中に来られた方は、おととい失明されたんです。片目ですけど。それまで近くの先生にかかっておられて、見えにくいというので、自分で眼科に行った。それまでは眼科に一度も行けと言われなかった。コントロールはよくない。今はちょっとましですけど横ばい。失明をしたので、もう治らないと言われて、ショックを受けたと言って、だれの紹介も受けずに私のところに来られた。そういう方は、私はわかりましたが、もとの先生はわからないわけですから、眼科の先生はそのキーポイントにはなっているものの、内科の医者としては、まだ私はきょう診ただけなんで、主治医というほどのことにもできていないですけど、内科の主治医が知らないことは結構あるんじゃないかなと思いますけど。二人の内科の主治医の前と後の方がいて、一人が知っていればいいというようなものですけども。

武末次長： それと、やはり、例えばですけども、この医療計画の糖尿病のワーキングで、そういった人をどうやってとらまえるのかというのを検討いただくというのも一つのこのワーキングでの議論になるかもしれませんし、もう少しスパンを長くすれば、5年間でそういう人をとらえましょうという目標を設定して、それに向けて何をやるのかという計画を立てていただくという、二つの何か方向性があるような気がします。

平盛座長： なかなか難しいですね。そういう人をどうつかまえるか。

例えば、実は糖尿病と診断されていない糖尿病の人いっぱいいるんですよ。血糖が高いと言われました。糖尿の気があると言われました。もうA1cは立派な数字の人たちで、自分はまだ糖尿病になっていないと信じている人。それから、この前話を聞いて笑いましたが、インスリンを打ったら、本物の糖尿病になってしまうから嫌だって言って逃げている血糖の高い人。患者さんの認識の中では糖尿病でないと思っている人が多いので、糖尿病の人で眼科に、とりあえず不定期でもいいから眼科に行ったことがある、行っている人っていう率を挙げるというのは、糖尿病であれば一度は目を見てもらいましょうという、そういうキャンペーンを張ってもいいのかなと思うんですけど。一度も目を見てもらわないで失明しちゃったということのないようにですね。これ一つの簡単な、今動き得る一つのアプローチかなとは思いますが。

やっぱりまだこんな人たちがおられるというのは、失明もそうですし、足の壊疽なんかもそうですし、糖尿病だと思ってなくて、もう戻らない時点前で行ってしまった方っていうのはまだまだおられるので、糖尿病なら一度は足を見てもらいましょうというポスターがあって、そのポスターをでかでかと張ったら、非常に患者さんたちが靴下脱いで足を見せる準備をして入ってくださるので、非常にやりやす



くなったというのもありますので、目と足に関してはそういうアプローチは可能かなと思っています。

事務局： ちょっと質問なんですけども、内科がなくて、眼科にかかって初めて糖尿病っていうのがわかるっていう場合とかもあるんでしょうか。

平盛座長： まだまだあります。結構多いです。結構多いといってもどのぐらいと言われると困りますが、軽い糖尿病じゃなくて、そういう方々は割と糖尿病自体が悪くて、長いこと糖尿病を持ってたらしいことを全く気づかなかった。定期健診を受けていれば、ある程度わかったと思うんですけど、受けなかったというのはまだまだおられます。

特定健診が義務化ですので、そうなった場合に、先ほど合計2%以上とすると、40何%が引っかかってくるんですね。えらいことですね。

事務局： きょうお示ししている数字は、内服中の方とか、治療中の方も含んだ数字で、現状のデータでは分けることができませんので、一応受診した点数ということで分類しておりますので、ここからはもう少し減るかとは思いますが。

平盛座長： 実際、ヘモグロビンA1c 5.5で切ったときと5.2で切るときとでかなり差が出てきて、その差の方々が、今後どっと医療機関に押し寄せることになるのかなという。そうなった場合の受け皿はだれが確保するんだろうと思うと、恐ろしいものなんですね。

例えば、5.2か5.3で受診する。空腹時血糖をはかって正常だからもういいでしょうと放ってしまうということはある得ると思うんですね。肝炎ウイルスと同じで、肝炎ウイルスがあるけれども、トランスアミラーゼが正常だから、様子を見ましようみたいになっちゃうというのと、同じようにそこで再検査をするものの技量というか、すべきことというのがかなり問われると思うんですけど。

福井委員： だから、実際数字にはしにくいですが、一般の先生方の診療レベルをかさ上げしていただいて、そういう人を1人でも少なくするということは、もう5年間は絶対せないかんことやろうとは思いますが、具体的にそやから、そのアウトカムをどうするかと言われるとなかなか難しい問題ではありますよね。ですから、患者さんの数とかそういうようなもので何かいかなしょうがないかなというふうに思うんですけども。

肝炎なんかの場合やったら、そのインターフェロンをやっていただく病院という形で認定すれば患者さんそこへ行くということもあるから、病院とすればある程度メリットもあるし、そういうことを伴って、例えば患者さん実数を出してくださいとか、1年ごとにどうですかということ報告していただくことは可能。ただ、あれは法的にはそこまで求められていないので、やろうと思えばできるけれどもというあたりでストップしているわけですね。だから、糖尿病なんかの場合もアウトカムしっかり出していくのであるなら、もうちょっとそこがはっきり、最初僕は病院挙げるのはぐあい悪いとか言いましたけども、こういうことに協力していただいたら、その病院にはメリットがあるということになれば、御協力いただけるかなとも思うんですけど、その辺ちょっとどういう方向に持っていかれるのかということでもまた違ってくると、もちろんそういうことです。

平盛座長： 例えば、天理よろづ相談所病院なんかは、物すごく患者さんの数たくさんおられると思うので、これ以上集まったら、大変。私も5分間ルールというものができて、当然それ以上かかっているんですが、あれに、もううわっと診なければいけないこともありますし、これ以上ふえたらひとり一人の顔を覚えていられないというのがあるので、あんまりふえるのも困るんですね。

辻井委員： だから、一般のたくさん診療所の先生方にもたくさん見ていただいて、それまでをちゃんとしていただけたらいいわけですね。ですから、どのように一般の先生方に数多く診ていただいて、その重要なところをちゃんとしていただくか、体制を整えるということ。

それから、何らかで、また患者さんがこっちに流れて来るようなことがあるから、それはよろしくないのでスムーズな准看をそうしたらいいかと。

平盛座長： 下手にしゃべると、つらいんですけど。

例えば、栄養士さんの先ほどの派遣ですね、開業の先生のところにある一定のレベルの指導経験のある管理栄養士さんを派遣するというようなことは、今細々と、幾つか個人的なグループだろうと思うんですけど、されているようなんですけど、もっとこれを栄養士会全体としての事業にしてなさるつもりがあるならば、どういう形をとるべきかを考えるのはこの会でも悪くないのかなと思うんですけど。

小池委員： 今やはり、アウトソーシングというのが起こってきているので、今のところは特定基本健診に対しての栄養士会としての派遣という形では、取り組んでいるんですけど、後々はやはり慢性疾患に対してということも含めて、2年後、3年後にはそういうふうな軌道に乗ればということを考えていますので、そちらの方に力を注げるとは思うんですけど、やはり糖尿病療養指導士というところにもすごく力を入れて、研修なさっていらっしゃる栄養士の先生方も多いと思うんですけど、やはり、実際先生おっしゃったように点数につながっていかない、収入につながっていかない、やはりそういうところが一つのネックになってしまって、なかなかそちらの方に力が注げないというのがやっぱり現実としてあると思うんです。なので、先ほどおっしゃっていただいたように、そういうふうなところをやはり何かやれば、何かとして見返りがある、やれば自分らの成果にもつながっていくというところが期待できるのであれば、もう少し指導という面では広がっていくのかなというふうに思います。

平盛座長： 実際糖尿病の方で初診で来られて何年も糖尿病をしていた方で、どっかでちゃんと見てもらっていた方で栄養指導を受けたことがない人がいっぱいおられて、それはもう仕方がない部分があって、管理栄養士さんを常勤で雇用できるだけのキャパ、必要なところ少ないもんですから、一人や二人の患者さんのために常勤でおられることは無理だとして、その患者さんもいつ来はるか分からないので、来はったときに腹八分目にしいやとか、甘いもんやめときやで食事指導が終わっちゃうんですね。だから、きちんとした食事指導をされたら、ずっと下がるという経験、私たちもしている、その栄養食事指導の率、総糖尿病患者数の中の指導率上げるというのは可能でしょうか。

小池委員： 栄養士あるいはそういうふうな療養指導士としてかかわっていきこうという気持ち

を持っていらっしゃる方は多いと思うんですけど、やはり医師の指示のもとというふうな方法がありますので、勝手に独断でこの人はこういうことが必要だから話した方がいいというようなことはできないので、やはりその辺は先ほどからもお話が出てますように、内科の一般的な先生方がそういうふうなことを必要とさせていただいて、糖尿病の気があるっていうけれども、そこで食事の話聞いていただいたりというふうなことを指導として振っていただけたら、もう少し広まっていくような気がするんですけど。栄養士側から積極的に指導したいのでというふうに通しかけてもなかなか件数としては率としては上がっていきにくいのかなというふうにも感じます。

平盛座長： どうでしょうね。これはお互いにその気がありながらつながっていない片思い同士の話のような気がしますね。これは、医師の方に医師の指示を待っている栄養士さんがたくさんいるよということをキャンペーンする必要がありますかね。これもそんなに難しいことではないような気がしますね。

福井委員： 実際出向いていただいて指導していただけるのを簡単にできるわけですか。その医院のところに。

小池委員： それは、その病院に籍を置いていらっしゃる栄養士さんであればなかなか難しいと思うんですけど、アウトソーシングされるような個人的にそういう活動されていらっしゃるような栄養士さんであれば、今それはすごい求めていらっしゃる場所なので、お話しさえあれば何うことは多分可能だと思います。

平盛座長： そういうフリーというか、フリーでかつ実力のある栄養士さんをプールされているかどうか、数どれくらいおられるか、奈良県全部で何人くらいおられて、実働トータルで週何時間可能かみたいなものがあればお尋ねしやすいですね。そういう窓口があればですね。

福井委員： 栄養指導件数がふえるかと。

平盛座長： 栄養指導件数の医療費分析は可能ですか。レセプトには入ってきますけど、病名には入りませんか。

事務局： 国保のデータがどういう形なのかは私詳しく知らないのですが、国保の関係の担当している課の方で、ちょっとどういう形のものがあるのか、一回確認させてもらいます。ただ、それと病名をリンクさせてまで見れるかどうかというのもちょっと確認してみないとわからないので、その辺また確認して、後日報告させていただきたいと思います。

平盛座長： 糖尿病の食事指導はほかの疾患の食事指導と違って迫るものが少ないんですね。腎臓の食事指導なんかは、物すごく真剣で、やっぱり命がかかっているところがありますけど、糖尿病の食事指導はうるさいなという部分があるので、あんまり喜ばれないし、栄養士さん、あんたの顔見たら点数上がるから嫌やというて逃げられるので、実際される回数は少ないですけども、何らかの形で広げられたらですね。ぜひ窓口をつくっていただいて、プールしていただいて、勉強会を。

小池委員： 栄養士会の方でまたそれ持ち帰って、そういうふうな動きがあるということも含めて、報告させていただいて件増の方向に進めていきたいと思います。

福井委員： 話戻しますが、奈良県でいわゆる病診連携で近くの先生方に御指導されていると

というのは、指導医の先生方、専門医の先生方というのは、幾つか地域に、先生ところとかありますのでしょうか。そういうようなあたりがもっと活発になればいいかなというふうに思いますんですが。例えば、肝炎なんかの場合、まだそこまでいってないんですね。こっちがなかなかそこまで行けないんだけど、こういう病診連携のそのプロトコルがあるので、加わっていただけませんかという方で、周りの先生方に加わっていただいたら、随分実効性が上がるというふうに思うので、そういうぐあい一般の先生方の興味を持っていただいて、その先生方がまた多くの患者さん診ていただくようにすれば、それはおのずと5年間ですごい成果が上がると思うんですが、そういうあたりが数字にならないかなと思うんですね。

辻井委員： 宣伝をして興味を持っている先生は集まってこられるんです。興味を持たない先生は全くノータッチです。だけど、そういう先生方もやはり糖尿病をみていらっしゃる。

福井委員： そうですね、そこらあたりですね。

辻井委員： それはやっぱり医師会の方から誘導するか何かで、そうしないとなかなか広がらないような気がするんですけどね。我々個人とか医療機関として皆さんに集まっていたいただいて、連携して検討会とかやるんですけど、やっぱり来られるのは興味のある先生。そういう方が集まりやすいんですね。

福井委員： 肝炎みたいに肝がんになりますよという話があったら、そういう意味でちゃんと加わらないかなかなと思いはるのかもわかりませんが、ですからそのあたり難しいですね。すぐにどうこう言うというのは、何か難しいので、患者さんもちよっとイージーに考えるし、先生の方もちよっとイージーに考えることがある。

平盛座長： 例えば、先ほど登録医の件がありましたが、まだ10人ぐらいしかおられないので、これを登録医という格好で登録していただいたら、このリストに載せるとか。リストには載るんですね。登録医というリストはあるんですね。これに奈良県の、たくさんでしょうけど公表させていただきますということにすると、インセンティブになるでしょうか。

山田委員： 先ほど研修会のことを私は言いましたけれども、座長おっしゃっておられましたように、医師の研修会も多数ございますし、コ・メディカルの方々の研修会もかなりあるようなんですね。私も知らないんですけど、例えば看護協会がやっている研修会もありますし、歯科医がやっている、栄養士会がやっている研修会もあると思うんですけど、そういうのが何か一覧のように見れるようなものがあれば、非常にありがたいなというふうに思うんですけど。というのは、私ども難病のネットワーク会議をやっているんですけども、そこでも医師系の方、保健、それから医療の方、それぞれ重複して研修会をやっていたり、あるいは、統一研修会があるのを知らなかったとかいうようなことがありまして、それをオープンにするかどうかは別なんですけども、もしオープンにさせていただけるのであれば、参加して頂ける機会が増えるのでは。そんなような多職種の交流するような研修会をぜひ考えていただければありがたいなと思うんですけども。

先ほど栄養士さんがおっしゃってましたけれども、栄養士さんの思いはあるんだけど診療所側からそういう求めがないとか。それはやはりヒューマンネットワーク

じゃないですけども、顔あわせて初めてそういう思いが伝わるといふふうに思うんで、できれば医療連携のネットワーク会議のような形をそのいずれかの研修会の中にテーマとしてとり入れていただければありがたいなというふうに思います。

それから、もう一つは、例えばこの病院名がオープンになった場合、例えば専門医療機関の名前ですね、外へ出ていくわけですね。そうすると、これ先ほどの話じゃないですけども、患者の移動が起こる可能性があると思うんです。専門でない医療機関から専門の医療機関に患者が移動する可能性が高い。そうすると、今でも大変な専門医療機関がパンク状態になってしまうという可能性があるわけですね。平井先生のところで大変だから診療所に患者さんに移していったんだということですよ。しかし、単に検索機能つけて、どうぞ見てくださいという形でオープンにすれば、何の説明書きもなければ、患者さんは専門医療機関に行くでしょうね。

だから、そこがやはり患者さんも、そのデータをちゃんと読める、私はこういう状態だからここの診療所で十分だという、そういうふうに、理解できるような公表の仕方を考えていただければありがたいなというふうに思います。

以上です。

武末次長： まさにおっしゃるとおりですけども、そこは多分この計画の中でどの時期に医療機関を公表するのかということも含めて、じゃあどういふふうな状態になれば専門医療機関を公表して構わないのかと。あるいは、公表する前に専門医がどれだけ一般医療機関に技術移転ができていて、その技術移転をするためにはどういふふうな体制やどういふふうな取り組みをする必要があつてというふうに爆発的に少し計画を立てながら、何も今すぐやれというわけではございませんので、そこもある一定の条件がそろったときに専門医を出しましよと、それまでは医療機関名は入れないで出しましよみたいなやり方もあるかと思ひます。

いずれにしても、このワーキンググループでお願いしたいのは、県の糖尿病の医療体制の制度を考えていただきたいということですので、いろいろと治療をいかにしようかという御意見は多数出たと思ひますが、そこを医療制度という観点でどういふふうに組み立てていくかということをお次回までに考えていければと思ひます。

平盛座長： はい、ありがとうございます。

山田先生、最初におっしゃった、各職種の連携のネットワークのような会議、ヒューマンネットワークつくりますよと言っただけではだめなので、実際に顔をあわせるというのは何かできないかなと、ちょっと今考えたところですけど。栄養士さん側と診療所側のようなお見合いのような、こんなことができますよということを知らずにいる人々が多いと思ひんで、そういう会ができたらいいなと。できたら、県全体で最初はまとめるとしても、このヒューマンネットワークはやっぱりもう少し小さな単位で動くのが実際じゃないかなと思ひんですね。顔の見える範囲も決まてきますし、患者さんの移動できる距離というのものもあるので、その移動能力もあり、情報収集能力のある人は一足飛びに専門病院にぼんちやちやって、そうでない人たちが地元のところに残るといふような形は決して連携、医療制度とおっしゃいましたが、連携の形としていいものではないなという気がするので、小さな単位でも連携のとれるようなネットワーク会議のようなものが計画できないかどうか。

それと、数少ないたった22人の専門医ですけど、この専門医それぞれがあんまり知らないんですね、お互いを。大学に何人かおられて、大きい天理などに何人もおられますけど、それ以外はほぼ一人一人ぱらぱらとおりますので、そういう専門医も含めた、例えば地区5医療圏でもいいと思うんですけど、その医療圏ごとに専門医数名、一般の先生数名で集まれるような、そこにコ・メディカルの方が入っていただけるような勉強会を県主導でしていただけたら一番いいなというふうに思うんですが、いかがでしょう。勝手に提案しちゃいました。

武末次長： 県主導というのは、計画に書いていただければ、それが県主導になると思いますので、それは私どもの判断というよりはこの会議での議案であるかなというふうに思います。

その際には、実際本当にそういうふうな枠組みをつくっていくのがいいのか。例えば、この19年7月20日の医政局通達によれば、糖尿病対策推進会議というのが各ところにあるので、それを活用してほしいということも書いてありますので、例えばですけれどもそういうのがいいのかとかいう検討をしていただければいいと思います。別にここに書いてあるからそっちを使えというわけではなくて、今先生が御提案いただいたようなお願いということであれば、県の計画ではまず枠組みで〇〇をしていくというふうな形で計画を書いていただければと思います。

平盛座長： 幸か不幸か今年度の糖尿病対策推進会議、奈良県の分がまだ全く動いておりませんで、これから計画立てるところですので、もし可能であれば、それこそ連携して考えていきたいなと思っております。

こんなん言っちゃっていいですかね、辻井先生。推進会議として。

武末次長： 一応、医療法に基づく指針に糖尿病対策推進会議の活用を図ることと書いてあるわけですから、よほどの事情がない限りは活用していただいていいという姿勢をこのワーキングとしてとっていただいて全く構わないと思いますが、さりとて、法律で書いてあるからやれよというのもなんですので、そこはちょっと相談していきながらやればいいんですけど。

平盛座長： じゃあ糖尿病対策推進会議も一緒に活動するというので、このワーキンググループとして決めてもよろしいでしょうか。

じゃあ今後は両方でしていきたいと思います。

実動部隊として対策会議を使うのもいいと思いますし、対策会議の方のメンバーにコ・メディカルの方々ももっと入っていただくというのも可能ですし、それはまた流動的に考えていけたらと。

福井委員： ちょっと質問なんですけど、多分、学会なんかで糖尿病の治療について本当にわかりやすく書いた冊子とかつくっておられると思うんですけど、多分糖尿病初めてかかったときに、すべての開業の先生がそれをお渡しいただいて、年に1回は眼底検査受けましょうとか、そんな書いたやつお渡しいただいたら、渡す方の先生もそれは認識するだろうし、もらった方は、最初にそれを認識すると思うんですね。そういうあたりが最初にどの先生も必ず何人か見ておられると思うので、そういうものがもっと行きわたるようにしたらどうかなというふうに思うので。そういうお金はどこから出るのかということがあるんですけど。

辻井委員： 最初の推進会議で先生が持ってらっしゃるようなあれのコンパクト版のリーフレットみたいな医師会雑誌と一緒に全員、会員の先生方には配られていると。

福井委員： 肝炎なんかでは最初に来られたときにそれをお渡しするんですね。それをお渡しすることによって、次のときまでに御質問くださいというような形。だから、最初に絶対せないかんことというのをお渡しすることが一般の先生もお渡ししたら一番いいかなと。

平盛座長： そうですね。資料があふれているので、かえってどれがいいか。もう渡したような渡してないような、うやむやになっちゃうと思うんですが、シンプルに例えば目と足とは定期的に栄養指導受けましょうみたいな標語のような、ちょっと色をつけたようなものがあれば、一番シンプルですね。漏れのないということですね。

これは、やはり糖尿病対策推進会議の方がいいかもしれません。御提案いただいたということでそちらで考えたいと思います。

ありがとうございました。

ほかに、御意見ございますか。

森本委員： 数値目標は兵庫県、茨城県と、富山県で皆まちまちですね。兵庫県の場合は、数値目標の方は出てないんですね。茨城県の資料は目標8項目のうち3～7は現状の1割を減少させるというふうな内容ですし、富山の方は奈良県でデータを出していただいたようなものを5年後の目標とされている様で、非常に各県で差があります。

もう一つは、この医療体制というのは去年から検討をされたんですけども、県民の方も見るという観点から、大変難しいことと思いますが、よりわかりやすく、かつよりコンパクトな方向でいいんじゃないかなと思います。体制の図も含めまして、県民の方が見るということは、自分はあまり考えてなかったんですけども、我々としてもこのことを十分に意識する必要があると思います。

平盛座長： ありがとうございます。私もその観点で、両方からということが今回よくわかりましたし、その場合に山田先生がおっしゃっていただいたようにすごろく型と違うもんですから、一般の方が見られて一足飛びに思い込んで専門病院に軽症の方までどっと殺到することのないようなわかりやすいニーズに応じた図がかけるかどうか、公表の仕方も含めて、またこの続きで考えていきたいと思います。

ほかに御意見ございますか。

どうも進め方が県が考えていただいていたのは大分ずれて、ごたごたさせてしまいましたけど、時間が過ぎてしまいましたので、以上をもちまして第1回糖尿病ワーキンググループの会を終了したいと思います。

委員の皆様には長い時間、進行に御協力いただきましてありがとうございました。今後ともよろしく願いいたしたいと思います。

次回また行われる予定でございますが、日程に関しては、また事務局の方で調整をしていただくことになるかと思っております。よろしく申し上げます。

武末次長： 日程の方の調整と2回目に向けての研究の方向性も含めまして、きょうの議論を踏まえてまずは座長の先生と御相談の上、2回目、どういった議題でやるかはあらかじめ今度は御提示させていただきたいと思っておりますし、それぞれ意見を承った上で2回目の開催の方を決めていただきたいと思います。

以上でございます。

森本委員： 大体いつごろ。

武末次長： 9月ごろになるかなと。そんなに間隔はつまってませんで、比較的この計画自体は予算的措置は余り伴わないものかと思っておりますので。ですので、じっくり検討していただけます。ただ、比較的予算的措置が伴わないものというのは、関係者間での調整とか相談がかなりかかるものが多いでございますので、そこは拙速にしないで、逐次やっていきたいと思っておりますので、どうかよろしく願いいたします。

平盛座長： では、どうもありがとうございました。

以 上