

奈良県地域医療等協議会 糖尿病ワーキンググループ

午後2時05分～3時53分

事務局： 少し時間が過ぎましたけれども、定刻となりましたので、ただいまから奈良県地域医療等対策協議会糖尿病ワーキンググループを開催いたします。

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まして、ありがとうございます。

私、本日の進行を務めさせていただきます、事務局の奈良県健康安全局地域医療連携課課長補佐の青山です。どうぞよろしく願いいたします。

それでは、会議に先立ちまして、当協議会の事務局であります奈良県地域医療連携課中川課長の方からごあいさつを申し上げます。

中川課長： 地域医療連携課長の中川でございます。

本日はお忙しいところお集まりいただきまして、誠にありがとうございます。

昨年の7月11日にワーキングを開かせていただいて以来、もう1年以上経っております。非常に皆様方には御心配もかけ、またいろんな意味でも御心配もかけ、なかなかどうなっているのかなという意味でいろいろ御心配をかけたこと、本当におわびいたしたいと思っております。

その間につきましても事務局としましては、本日御説明させていただきます、糖尿病につきましても原案を作らせていただいております。これに基づきまして、平盛先生を中心として中身について御議論いただければと思っておりますので、よろしく願いしたいと思っております。

それと、本日の次第の最後の方でございますけれども、国の方に厚生労働省の前政権の中で、補正予算ということで最後かなりの補正予算が計上されております。ただ、民主党政権に変わりました、どういう形になるのかわからないですが、今の情報では地域医療関係につきましても凍結を免れるというふうな新聞紙上の報道等で確認をしているところです。国の方に確認をいたしましてもそれ以上のことがわからない、政治的な判断も当然あるということです。ただ、そういう地域再生関係の基金が全国で3,100億ございます。それにつきましても、奈良県としてもせっかくのいい機会でございますので、国に対して要望をしていきたいということでございます。その要望の中身につきましても、糖尿病ワーキンググループで御議論いただいたものにつきまして、反映できるものは反映をさせていただいて国の方に要望をしてまいりたいと思っておりますので、一番最後になりますけれども、そちらにつきましても御報告をさせていただきます。と思っております。

それでは、お忙しいのに済みませんが、よろしく御議論のほどをお願いいたしたいと思っております。

ありがとうございました。

事務局： それでは議事に入ります前に、皆様方にお配りしております、お手元の資料の確認をさせていただきます。

会議次第、それから委員名簿、配席図、あと資料という構成になっております。

皆様方、資料の方はございますでしょうか。

なお、本会議につきましては、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、公開とさせていただきます。

続きまして、本ワーキンググループの委員の御紹介をさせていただきます。

まず、今回ワーキングの座長を務めていただきます、奈良県医師会理事の平盛委員でございます。

平盛座長： 平盛です。よろしくお願いいたします。

事務局： 続きまして、公立大学法人奈良県立医科大学第3内科学教授の福井委員でございます。

福井委員： 福井でございます。よろしくお願いいたします。

事務局： 続きまして、奈良県病院協会理事の松本委員でございます。

松本委員： 松本です。よろしくお願いいたします。

事務局： 続きまして、奈良県歯科医師会副会長の正田委員でございます。

正田委員： 正田でございます。よろしくお願いいたします。

事務局： お向かいに移りまして、大和高田市保健センター所長の吉岡委員でございます。

吉岡委員： 吉岡でございます。よろしくお願いいたします。

事務局： 続きまして、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。

辻井委員： 辻井です。よろしくお願いいたします。

事務局： 最後になりましたが、奈良県栄養士会理事の小池委員でございます。

小池委員： 小池でございます。よろしくお願いいたします。

事務局： なお、本日公立大学法人奈良県立医科大学第3内科学客員教授の岡本委員、それから奈良県看護協会監事の深本委員、それから郡山保健所長の山田委員が欠席となっております。

それでは、ただいまから議事に入りますが、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。

それでは平盛委員、どうぞよろしくお願いいたします。

平盛座長： どうも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。

それでは、ただいまから議事に入りますが、その前に昨年7月11日から1年2カ月もあいてしましまして、どういうことを議論していたか整理をしてみたいと思います。

まず、資料の中に糖尿病の医療体制（案）という図のチャートがございます。これは平成19年、最初のころから検討してきて、ある程度形が見えてきました。もともと県の方で作っていただいたたたき台がございましたが、奈良県の特徴を持たせることになり、左側の「基本的治療」の上に「積極的治療」という枠を作りました。これが特徴的な部分だと思います。

さらにその「積極的治療」の中に、指導医・登録医のいる病院、診療所だけでなく、歯科診療所にも入っていただいて、一緒に積極的治療を担っていただくということである程度の案が出てきました。

それから「積極的治療」の中で、それを行う医療機関の条件として、日本糖尿病協会認定、登録をしております「登録医」や「療養指導医」というものがありますので、そういう方々のいる医療機関としたらどうかということでした。

それから、栄養指導の点では、糖尿病の治療の中では欠かせない基本となるところですが、診療所と近くの大きな病院や保健センターなど、きれいに連携ができているとは言えない部分もあるようですので、このあたりのシステムづくりが大事だという意見をいただきました。

連携体制の中では、「ヒューマンネットワークづくり」ということで、医師、歯科医師、看護師、栄養士、運動指導士等、糖尿病にはさまざまなメディカル、コ・メディカルの連携が必要だと思います。そのさまざまな職種を巻き込んだような合同の研修会のようなものも必要ではないかという意見がありました。

そういうことを踏まえ、さらに先例となるべき他府県での現状や計画を参考にさせていただきながら、最終的にはこの医療体制のこの図の中に盛り込んでいく医療機関の名称を決めていく上で、その基準をどのように定めるかということを検討しようということになりました。

こういうことを踏まえて、この1年2カ月の間に事務局の方で案を練っていただきました。

本日、その案を提示していただきましたので、その説明から始めたいと思いますので、事務局からよろしく願いいたします。

事務局： 地域医療連携課の片岡です。医療計画（案）を説明させていただきます。よろしく願いいたします。

それでは、座って説明の方をさせていただきます。

それでは、お手元の資料1ページをご覧ください。

糖尿病の医療計画（案）の全体の構成をまず説明させていただきます。

まず、「現状と課題」がありまして、次に「医療等の流れとそれに伴う目指すべき方向性」、それから「医療機関と連携体制」、最後に「施策の内容」となっております。

この構成は、現在、同様に作成しておりますほかの疾病や医療計画の中のその他の項目についても、ほぼ同様なつくりとなっております。

まず1ページの方をご覧ください。

まず1番としまして、「糖尿病の現状と課題」で、現在の奈良県の糖尿病の状況、死亡率や受療率などですけれども、それらの全国比較などを記載しております。

まず1行目の「糖尿病はインスリン作用の」というところですが、ここでは糖尿病がどのような疾病かということに記載しております。ここは国が出している医療計画の作成指針により、引用をしております。

次に一つ目の丸ですけれども、死亡の状況を記載しております。

奈良県内での糖尿病による死亡者は年間119人、がんをトップとした死因別の死亡順位では第13位となっております。

また年齢調整死亡率を見ますと、男性が女性より高いですけれども、全国より低くなっております。

こちらの方の経年変化の推移をグラフにしております。

続きまして2ページをご覧ください。

一つ目の丸では、糖尿病の受療動向を示すため、受療率を記載しております。

平成11年、14年は全国を上回っておりますが、平成17年には人口10万当たりでは151人と、全国を下回っております。推移としましては、年々下がる傾向にあると思います。

次に2つ目の丸ですけれども、糖尿病の予備軍がいかに多いかということを示すために、「糖尿病が強く疑われる者」と、「糖尿病の可能性が否定できない者」の人数を記載しております。こちらは全国数値なんですけれども、厚生労働省の国民健康・栄養調査から引用しております。

平成19年では、「糖尿病を強く疑われる者」は約890万人、「糖尿病の可能性が否定できない者」は約1,320万人と、年々予備軍と言われる方々が増加傾向にあります。

その下の3つ目の丸ですけれども、奈良県の糖尿病の予備軍の人数です。

これは、厚生労働省の国民健康・栄養調査をもとにして計算しているんですけれども、この国民健康・栄養調査は全国数値しか出ておりません。そのため、この数値を利用して奈良県の予備軍の人数を計算して出しました。

その結果、「糖尿病が強く疑われる者」は約10万1,000人、「糖尿病の可能性が否定できない者」は約14万9,000人となっております。

次に(2)としまして、治療の状況を記載しております。

まず一つ目の丸では、糖尿病は初期段階で自覚症状がないので、健診に行って初めて見つかることが多い。そのためにも早期発見が重要とされています。

また、重症化や合併症予防のため、早期治療も重要とされていることを記載しております。

次に合併症の状況についての記載です。

3ページをご覧ください。

一つ目の丸ですけれども、新規人工透析導入患者のうち、糖尿病性腎症になった人数と割合です。平成20年では新規の導入患者が444人、うち糖尿病性腎症は202人と全体の45.5%を占めています。新規人工透析導入患者のうち、糖尿病性腎症の割合が非常に高いことを示しております。

次に2つ目の丸ですけれども、こちらでは新規の身体障害者手帳の交付を受けた人のうち視覚障害者の人数とその視覚障害者のうちでさらに糖尿病が主原因の人の人数です。

奈良県の数値は、新規身体障害者手帳の交付を受けた者は3,663人、そのうち視覚障害者は161人、そのうち糖尿病が主原因となる人が30人で、視覚障害者のうち18.6%が糖尿病が主原因となって視覚障害となる方がいらっしゃいます。

次の3つ目の丸は、専門医と糖尿病の患者数の関係です。

県内の糖尿病の患者数は約2万4,000人で、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医が23人です。専門医1人当たりの患者数を単純に計算してみますと1,043人となります。全国値も同様に単純計算しますと、専門医1人当たりの患者数は710人となりまして、奈良県の方が333人多くなりますので、専門医への負担が大きくなるということを記載しております。

また、先ほども説明させていただきましたが、予備軍の患者さんもいらっしゃいま

す。今後、糖尿病の患者は増加すると推測されますので、さらに専門医に患者が集中しないような医療体制が必要だと思われます。

以上が糖尿病の現状と課題です。

次に2「医療等の流れと目指すべき方向性」です。

4ページの方をご覧ください。

まず(1) 予防の段階なんですけれども、ここでは生活習慣の改善について記載しております。

目指すべき方向は、食生活の改善や運動習慣の定着など、気軽に楽しみながら取り組める環境づくりを推進します。

次に治療・保健指導の段階です。

①「境界型」と判定された場合は、肥満の解消、食事量の制限、脂肪摂取の制限や運動の奨励などの生活習慣の改善を推進します。

次に②薬物療法開始後、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の投薬を減量したり中止できることがあるため、管理栄養士、保健師等のコ・メディカルの専門職種と連携して、食生活や運動習慣に関する指導を十分にします。

また、糖尿病の全般的知識や治療に関する教育は、糖尿病療養指導士の活躍が期待されます。

次に③血糖コントロールが不十分または不良例の治療には、糖尿病教室や個別指導による生活習慣改善の指導を実施したり、薬物治療の再検討を行います。

④血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療は、教育入院などによるさまざまな職種が連携したチーム医療を実施します。

次に5ページをご覧ください。

4ページの(2) 治療保健指導の中の③、④の中に「血糖コントロールが不十分」とか「不可例」などの用語が出ておりますので、5ページの最初のところに血糖コントロール指標と評価の表を記載しております。

次に3「医療機関とその連携」です。

ここの部分は、平成19年度の時にも平盛先生と辻井先生の方に、大変御尽力いただいて作成していただいたところです。

それでは、こちらの部分は別紙の医療連携図と照らし合わせてご覧いただくとわかりやすいと思いますので、資料の10ページの方にあります、医療連携図の案です。連携図に関しましては、この医療計画の案の中の7ページにも掲載しているんですけども、少し小さいので見にくいと思いましたので1枚物を用意いたしました。

まず最初に、「基本的治療」ですが、図では一番下のところです。

ここの機能としまして、合併症の発症を予防するための基本的医療を行う機能としております。この機能で医療機関に求められる事項は、糖尿病の診断及び指導、治療が可能であること。食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること。低血糖時及びシックデイ(発熱、下痢、嘔吐を来し、または食欲不振のために食事ができないとき)の対応が可能であること。インスリン治療の継続ができること。尿中アルブミン定量検査が定期的実施可能であること。専門治療を行う医

療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして、相互に連携をしていることとなっています。

その医療機関の例としましては、すべての医療機関に望まれる。

次は「積極的治療」です。図では「基本的治療」の左上の部分になります。この「積極的治療」なんですけれども、これは先ほど平盛先生の方から説明いただきましたように、奈良県独自の治療の段階です。平成19年度に計画（案）を検討していただいた際に、専門医への患者の集中を避けるために、「専門的治療」を2段階に分けました。ちょっとわかりやすい言葉で申しますと、「ちょっと専門治療」と「大分専門治療」ということになるんですけれども、その「ちょっと専門治療」というのにふさわしい言葉を検討していただいて、「積極的治療」ということになりました。

この「積極的治療」の機能は、血糖コントロールが不十分または不良例の積極的治療が可能な機能です。

この機能で医療機関に求められる事項は管理栄養士による食事療法が実施可能であること。糖尿病療養指導士、指導医、登録医による薬物療法が実施可能であること。糖尿病療養指導医、登録医によるインスリンの導入が可能であることです。

その医療機関の例としましては、社団法人日本糖尿病協会が認定する糖尿病療養指導医・登録医・歯科医師登録医が在籍する病院または診療所。強化インスリン療法を実施する病院または診療所。糖尿病教室等を実施する病院または診療所。フットケアを実施する病院または診療所。糖尿病の専門治療と急性・慢性合併症治療の医療機関と相互連携を図っている病院または診療所となっております。

こちらの方で出てきます「療養指導医」と「登録医」なんですけれども、御存じいただいている先生方もいらっしゃると思うんですけれども、簡単に説明させていただきます。

「療養指導医、登録医」というのは、日本糖尿病協会に登録を行っております。

「登録医」は日本糖尿病協会の会員で、糖尿病患者10人以上を診療していることが条件となっております。「療養指導医」の方は「登録医」であるということが条件で、さらに糖尿病教室や糖尿病教室の啓発活動を実施していることや、糖尿病関連の学会、研究会、講習会を年4回以上受講していることや、チーム医療を実践しているなどの条件をクリアしている医師の方となっております。糖尿病が専門でいらっしゃらなくても多くの患者を診ている医師や、糖尿病に関心のある医師の先生方になっていただけます。

次に6ページに移りまして、「専門的治療」です。

医療連携図の方では「積極的治療」の上の部分です。

ここでの機能は、血糖コントロール不可例の専門的治療を行う機能です。

この機能で医療機関に求められる事項ですけれども、各専門職種のチームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた専門的な治療（心理的ケアを含む）が実施可能であること。糖尿病患者の妊娠に対応可能であること。糖尿病患者の手術に対応可能であること。糖尿病教育入院等が実施可能であることです。

医療機関の例としましては、社団法人日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が在籍する病院または診療所。日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する日本糖尿病療養

指導士が在籍する病院または診療所。強化インスリン療法、インスリン皮下持続注入療法による治療を実施する病院または診療所。糖尿病の基本的治療と急性・慢性合併症治療の医療機関との相互連携を図っている病院または診療所です。

次に「急性増悪時治療」です。

図では「専門的治療」の上です。

ここでの機能は、急性合併症と急性増悪時の治療を行う機能です。

この機能で医療機関に求められている事項なんですけれども、糖尿病昏睡等急性合併症の治療が可能であること。糖尿病腎症の急性増悪時の治療が実施可能であること。糖尿病網膜症の急性増悪時の治療が実施可能であること。糖尿病性足病変の急性増悪時の治療が実施可能であることが挙げられます。

医療機関の例としまして、社団法人日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が在籍する病院または診療所。社団法人日本透析医学会が認定する透析専門医が在籍する病院または診療所。日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士が在籍する病院または診療所。糖尿病網膜症、動脈硬化性疾患の冠動脈硬化症・脳血管障害・下肢閉塞性動脈硬化症、歯周病疾患への専門的対応が可能な病院または診療所。人工臓器による治療を実施する病院または診療所。人工透析を必要とする糖尿病腎症、糖尿病網膜症または糖尿病足病変など、合併症への対応が可能な病院または診療所。地域の医療機関と慢性合併症治療を行う医療機関と相互連携を図っている病院または診療所となっております。

次に「慢性合併症治療」です。

図では「急性期増悪時治療」の右下の部分です。

ここでの機能は慢性合併症の治療を行う機能です。

この機能で医療機関に求められる事項は、糖尿病慢性合併症の専門的な検査・治療が実施可能であること。単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はありません。糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血、網膜剥離の手術等が実施可能であること。糖尿病性腎症の場合、腎臓超音波検査、腎生検、血液透析等が実施可能であることとなっております。

医療機関の例は、日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が在籍する病院または診療所。日本透析医学会が認定する透析専門医が在籍する病院または診療所。糖尿病網膜症・動脈硬化性疾患の冠動脈硬化症・脳血管障害・下肢閉塞性動脈硬化症、歯周病疾患への専門的対応が可能な病院または診療所。地域の医療機関との相互連携を図っている病院または診療所となっております。

以上で医療連携の機能とその機能を担う医療機関の条件を説明させていただきました。

7 ページの一番下の米印のところなんですけれども、「医療機関名の記載について」記載しております。

今回の医療計画の改定のポイントとしまして、各医療機能を担う医療機関名を記載するということになっております。現在、掲載していく予定のものは、別紙なんですけど資料 1 1 ページなんですけれども、「糖尿病における 2 次医療圏ごとの専門医等の配置状況」、この表を掲載していけばいいかなと思っております。

専門医の方は日本糖尿病学会、療養指導医、登録医は日本糖尿病協会のホームページを参考にしてこの表を作成しました。

続きまして、8ページの方をご覧ください。

こちらの方では4番の「施策の内容」を記載しております。

「(1) 発症予防の体制づくり」のところでは、予備軍の増加は大きな問題となっておりますので、今後、予備軍の増加を防止するような施策を記載しております。

この予防の部分につきましては、県の健康増進課という部署の方で担当しております。そちらの方で「健康なら21計画」の方も策定しております。この「健康なら21計画」との整合をとるために、文中に「「健康なら21計画」に沿って、以下の施策に取り組みます」というふうに入れております。

まず一つ目の丸なんですけれども、食生活の改善。食育活動や情報提供などをしていきます。

2つ目の丸ですけれども、運動習慣を持つ人の増加ということで、生活の合間に気軽に運動を取り入れたり、または健康情報の提供などを推進していきます。

3つ目の丸ですけれども、糖尿病リスクの普及・啓発です。こちらは教育機関との連携をして子どもの保護者への啓発や、たばこ対策などを推進していきます。

続きまして(2) 治療の体制づくりのところでは、発症後定期的に診療を受け、早期に生活習慣の改善ができる体制づくりや、糖尿病の知識の普及・啓発を行います。

また合併症予防のため、糖尿病の初期から眼科受診をする仕組みの構築や、歯周病の予防や治療意識が向上するような施策を取り組みます。

一つ目の丸ですけれども、糖尿病治療の知識の普及と啓発です。こちらは冊子やリーフレット、ポスターなどの作成・配布をしていきます。

2つ目の丸ですが、眼科受診率の向上としまして、糖尿病網膜症などの眼の合併症予防のために早期からの眼科受診が必要となってきますので、そのための仕組みづくりが必要となってきます。

次に9ページに移りまして一つ目の丸なんですけれども、歯科治療との連携です。

口腔ケアも合併症を予防するためには必要なものです。合併症予防対策に歯科医師も連携体制に加わっていただく必要があります。

続きまして「(3) の医療提供の体制づくり」のところでは、一つ目の丸で非専門医への診療支援です。こちらは現在厚生労働省の糖尿病予防のための戦略研究「J-DOIT2」というのがありまして、ここでは糖尿病患者の治療の中断を防ぐための研究がされているところです。そこで2型糖尿病の診療を支援するシステムを開発されていまして、それはどのようなシステムかと申しますと、簡単に言えばアラーム機能のようなもので、これはインターネットを使ってするんですけれども、例えば3カ月に1回ヘモグロビンA1cの検査を受けるとしまして、例えばきょう9月25日にヘモグロビンA1cの検査をした。次回は3カ月後の12月25日に検査しなければならないというときに、それを事前にお知らせするような仕組みを、そのようなシステムです。

また、専門でない医師を受診している患者さんに対して疾病管理をするという観点から、院外の糖尿病療養指導士の援助を受けることができるような仕組みづくりを行

いたいと思います。

2つ目の丸なんですけれども、医療機関相互の円滑な連携体制の構築ということで、前回のワーキンググループの方でも「ヒューマンネットワークづくり」がとても重要だということが、そのような意見がかなり多数出ましたので、その御意見を踏まえまして異職種間の交流ができるような体制を構築していきます。

3つ目の丸ですけれども、専門医への患者集中の防止ということで、専門でいらっしやらない開業医の先生への逆紹介が可能な体制や、開業医の診療レベルの平準化、また患者さんが開業医へ受診するような動機づけというものが必要になってきます。

4つ目の丸ですけれども、療養指導医と登録医の認定制度の周知。この制度は、平成18年にできて、まだ最近できたものなんですけれども、現在では増加傾向にあります。全国では、ことしの9月1日現在で療養指導医は2,089人、登録医は1,107人です。奈良県の方でもことしの9月1日現在では、療養指導医は45人、登録医は19人となっております。

さらに増加していくような、周知していくような広報とかが必要だと考えられます。

また療養指導医と登録医の「積極的治療」における役割を明示したり、活動における利点が生じる仕組みを構築していく必要があります。

一応、これで案の方は説明させていただいたんですけれども、最後に今回の医療計画の改定には数値目標を入れるということになっています。今回の計画（案）の方にはまだ記載はしていません。

資料の12ページ、13ページ、こちらの方に千葉県の医療計画にある糖尿病の数値目標を参考につけております。

糖尿病は、予防に関する部分がかかなりウエートが大きいと思われまので、「健康なら21計画」との整合が欠かせないと思われま。

ただ、今「健康なら21計画」の方も現在改定の方をしておりますので、今後、「健康なら21計画」との進捗に合わせて、座長先生の方と調整しながら数値目標を設定していきたいと考えております。

以上で説明の方を終わらせていただきます。

平盛座長： はい。ありがとうございました。

通して説明していただいたので、全体像はよく見えたと思いますが、個々の部分について皆様に御意見をいただいて、本当に良いものを作っていきたいと思いますが、この全体を見渡して御意見ありますでしょうか。

「この並び方、問題じゃないかとか」、「こういう分け方はおかしいのではないか」とか。連携図のところも合わせて見ていただいたらと思いますが、御意見いただけますか。

はい、お願いします。

正田委員： 歯科医師会の正田でございます。

歯周病も糖尿病の第6番目の合併症という意味で、平盛先生以下委員の皆様が歯科医療との関連、歯周病のことについてご理解いただき、記載していただいているということにありがたく思っております。

この糖尿病の合併症としての歯周病についてのエビデンスはかなりあり、ガイドラ

インも良いグレードにあるのですけれども、さらに申し上げたいのは、重度の歯周病がある場合、その歯周病をコントロールすることによって、血糖値のコントロールがしやすくなり、ヘモグロビンA1cが下がったとか、CRPが下がったとか、そういうデータがかなり出てきております。もしできましたら場所は難しいのですが、例えば一番最初の4ページに治療と保健指導の記載がありますが、その中の、血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療といったところに、この歯科医療の必要性和、提供者として歯科医師の名称を入れていただければありがたいです。重度の歯周病をコントロールすると血糖コントロールもよくなるというのは、かなり高いレベルで信頼度があると思います。

平盛座長： ありがとうございます。

そうですね。合併症としての歯周病という方向の話は入っているんですけど、歯の方から血糖コントロールに対して影響が強いわけで、これだけの職種名を連ねてあるのに歯科医師の名称が入っていないのは、片手落ちかなという御意見だと思います。

これは入れていただくことで問題はないのかなと思います。また検討をさせていただきたいと思います。ありがとうございます。

他に御意見ございますか。

松本先生、いかがでしょうか。

松本委員： 最初、何を前に話していたのか、全然忘れていたので、平盛先生の説明、また役所の方の御説明で順次少し記憶を取り戻しておったんですけど、これ、最初に私考えた時に、だれ向きに出すのかと。医療機関向けに出すのか、患者さん向きに出すのかということ、自分で判読していたんです。患者さん向きに出すんなら、これですね、確かにこのとおりに思うんです。私は住んでいるのが近鉄奈良線、生駒を含めてずっと奈良まで。そこで病院協会の立場から言うと、奈良から行くと沢井病院があって県立奈良病院があって、西の京があって、高の原があって、西奈良があって、大倭があって、西部病院があって、倉病院があって、東生駒があって、全然ないんやね。確かに糖尿病って難しい病気といえば難しい病気やけれども、さっきおっしゃったように患者の知識とか啓発とか、そこの方がウエートが大きいん違うかなと僕は思うんですね。第1型糖尿病で、1日切れるとびっくりするような値が出たりとかするのは、かなり少ない例だと思う。ほとんどの人が体重オーバーだの、運動しないの、太る物ばかり食べてるの、医者に行かないのと。いかに医療機関に行かすかということの着眼点が抜けているん違うかと。それはなぜかということ、専門、専門、専門と専門ばかり、専門が中心になるからだと。それよりも、医療機関に行かせたらそれでいいんやと。役所に言わせたらね。役所から考えてもらったら、平盛先生の方から見れば糖尿病はこうであると、立派な資料を作っていただいたんですけど、役所から言わせたら予防注射と一緒に医者へ行ってくれと、それで良いのだと。それにはどうしたら良いかということ、きょう気づいたのは、非常にいい名刺を2つほどいただいたんですね。NPOの方とそれからヤマト医療改革プロジェクト。

話変わりますが、私、auの携帯を持っているんですね。朝起きたら、その日の天気をメールで送ってくれるんです。見たくないときもあるんですけど、喜んで見ているときもありますけど、最後まで見ないんですけど。そしたらもう一つは県が少子

化対策の結婚ワクワクこどもすくすく県民会議で、年間300回ぐらいお見合いイベントをやっていて、結構人が集まっているんです。もしこういうところが協力してもらえらるなら、お金はかかるかもしれませんが、糖尿病としてプライバシーの問題あるけど、登録したら「何月何日にA病院、A医院に行かれたのなら、次は何月何日ぐらいにヘモグロビンA1cと血糖チェックしてくださいよ」のメールというのは、簡単にプログラムで出せるん違うかと。その人あてにね。もちろん登録してはるんやけど、いらぬなら切ったらいいと思うんです。そうして医者サイド云々、病院サイド云々、専門医さん云々、栄養士さん、歯科医さん、保健師さん云々よりも、そっちの方を入れたら良いと思っただけです。それだけです。そんな感じを受けました。

平盛座長： ありがとうございます。

「登録医」とか「専門医」とかの表ですが、実は辻井先生に後で御意見いただきたいと思いますが、療養指導医は少し難しいかもしれないですが、登録医はかなりハードルが低くて、少し患者さんを診ている普通の医者なら、極端に言えば内科専門でなくても糖尿病の方を10人診てくださっていたら登録できます。ですから、ここにざっと名前を挙げることは非常に簡単な話で、先生がおっしゃっていただいた奈良沿線のほとんどの医療機関で可能だと思います。ただ、それが周知できていなくて、そんなものがあるんだと御存じないのではないかなと思います。それからもう一つ申しますと、登録医はこの時点で19名ということになっているんですが、現状では歯科医師の先生の登録の方が数が多いですね。

歯科の先生のそのリストも同じに並べると紛らわしくて一般の方にはわかりにくいと思いますが、歯科医師の先生の登録医のリストを作るというのは必要で、それは作成できるリストではないかなと思います。

辻井先生、この登録医の登録を促進する活動をしてくださっていますけれども、さらに増やすことは可能か、現状はどうか、教えてください。

辻井委員： 「糖尿病協会」というのは、もともと患者さんとの会で、それに医療スタッフ部会という形で、医療スタッフと患者さんが一緒になって盛り上げていこうという、そういう会なんです。そこで医療スタッフ部会に所属している医療スタッフでコ・メディカルの人もありますし、それから医師も入っています。その中でさっき松本先生がおっしゃったように、専門医の立場というのがあって、今の制度の中では専門医で、つまり専門医というのは糖尿病学会に所属していて専門医資格を持っている人で、そういう人たちはそれだけでは療養指導医とは言えなくて、協会員になっていただくと、それで自動的に療養指導医という認定をもらえるんです。そうすると専門医の方はいいんですけれども、実際にはさっき説明がありましたように糖尿病患者さんはいっぱいおられますので、専門医だけではカバーできないということで、一般の先生方に、つまり糖尿病学会員や内科の先生方だけでなく非内科医といいますか外科とか整形外科とか泌尿器科とか、そういうふうな先生方も一緒に一般では糖尿病を診ていただいていますので、その先生方にも加わっていただいて糖尿病診療を支えてサポートしていこうという流れでできたものです。

一つの問題点はやっぱり広報なんですけれども、実際に活動している療養指導医の先生方をお願いして、周囲の先生方を巻き込んでいただこうというふうには思っ

いるんですけど、なかなか糖尿病協会そのものは、そんなに強い力を持ったしっかりした組織ではありませんので、こういう機会、行政とかあるいは医師会の先生方の力をお借りして広げていければというふうに思っています。

もう一つは、こういう認定制度というのは専門医という、他の学会でもそうなんですけれども、その認定料とか資格を維持するための研修会の参加料とかいろいろお金がかかるんですね。そうすると、一般の診療の先生方にとってはそれも一つのハードルになる。つまり、療養指導医とか登録医になるためにも、その認定をするだけで少しお金がかかってしまう。時々お話をするとそこをよく突かれるんですけど、普及させるためだったらただの方がいいんじゃないかというのがあるんですけど、そうはいかなくて。質の担保というかそういう意味合いで年4回とかの勉強会に参加していただくことと、糖尿病に興味を持っていただいでいて積極的に治療してやろうという気持ちのあらわれとして、そういう認定料をいただく、少々費用がかかっても意欲を持った先生方に参加してほしいという気持ちもあります。あれこれあって、今回9月から認定料を下げるとか、あるいは本来なら登録医から療養指導医にステップアップしてほしいんですが、ずっと登録医でも構わないんじゃないかということになりました。他の認定医とかも一緒なんですけど、とにかく継続していただくことが大事なので、登録していただいた方がずっと継続していただくためにずっと登録医のままで勉強会だけには参加していただくようにする。情報収集だけはしていただく、それでそれを診療に生かしていただこうと、そういうふうな、まずは現実路線を通ってきているというところだと思います。

とにかく、そんな認定制度の中では協会自体が力のあるところではありませんので、どちらかという、もう少し支える、バックアップしていただける行政とか医師会とかそういう組織や制度に少し乗っかって増やしていきたいというのはあります。

事務局： 今、松本委員、それから辻井委員の方からの患者さんに対する啓発が大切であると。それから、辻井先生の方からも広報の重要性のお話が出たかと思うんですが、実はこれ、8ページに発症後の体制づくりの施策の内容で上げさせていただいておるんですが、県の方で「健康・医療ポータルサイト」と申しまして、患者さんに健康情報、医療情報、そういったものを特性に応じて提供していこうというような考えも計画ですけども持っておりまして、そういった中で患者さんにそういう啓発も取り入れていきたいなというふうに考えております。

一方で、先ほど説明いたしました9ページの非専門医の方ですね。先生の方に対する支援ということで、県内で患者調査で2万4,000人、強く疑われる者となりますと県内で約10万人の方がおられるという中で専門医が23人と。単純に割って1人で5,000人ということなんです。あと、平盛座長がおっしゃったように、他の登録医、療養指導医の活用ということもあるんですけども、それでも足りない分についてはその非専門医の方々をこのシステムでもって支援していこうということで、両輪で施策を考えていこうかなということで載せさせていただいております。

ポータルの方は、また追加で載せたいと考えております。

平盛座長： ありがとうございます。

松本先生、おっしゃっていただいたようなメールを出すとかそういう形で患者さん

に受診を中断させないためには、そういう患者さんたちへのメールというのが役に立つと思うんですけど、それを広げて非専門の先生方に対してお知らせするのはどうでしょうか。糖尿病が専門でなく他の分野を専門にされていますので、糖尿病にあまり手間をかけずに何とか漏れがないように診ていただくためのものです。そろそろ眼科に行ってもらった方がいいですよとかいう、そういうことを気づかせてもらう、少し肩をたたいてもらうというようなシステムが、9ページの(3)の1番の丸の分かなと思っております。

どんな形でするのが理想的なのかということは、またこれから検討かもしれませんが、松本先生がおっしゃったような内容が盛り込めるのではないかなと思います。登録された患者さん全部にというのはどのぐらい経費がかかるのか私もわからないので、現実的かどうかわからないですけど、その患者さんとかかりつけの先生がセットになって、一単位としてそれを気づかせてもらうようなシステムがあれば、アラーム機能のようなおっしゃっていたんですけど、そういうのがあれば、ある程度の意味はあるのではないのでしょうか。

他に御意見いただきたいと思うんですけど、指名させていただいて。

福井先生、いかがでしょうか。

福井委員： この医療計画を見せていただいて、原則的な流れは非常にすばらしい流れだなというふうに思っております。

ただ、これを具体的に行くところがもっと大事かなと思いました。例えばどういう形にして専門医の患者集中を防止するのかと。そう言いながら、後ろに専門医の名前が書いてあるとますます専門医に集中するわけでありますので、これを具体的にしていくためにどうしたらいいか。また、これを先ほど松本先生が言われたれ向けなのかと。政府向けであるならば、厚労省向けであるならば、ある程度より具体的であって、数値目標もより具体的なものに基づいて作らないと奈良県の独自性が出てこないと思うんですが、この数、どう入れるかという憲法のような形のこれは非常にすぐれていると思いますので、これをより具体的な方向に進めていただけたらどうかなというようには思っています。

それともう一つは、現実には確かに1人5,000人ですが、実際はそうではなくて、実際の現状を踏まえて、今、一般でないものがたくさん診れる状況がありますよね。そこをどのようにしていくのかと。

例えば、私なんかでしたらなかなか年4回というのも難しいわけで、その都度一生懸命本を読んで、その患者さんの指導の前に勉強しながら何とかやっているというようなことですが、20人、30人は診ているわけです。そんな人が多いと思うんですね。ただ、大学なんかおるから難しいのは専門に任せるという形にしてやっているわけですが、今、そういうふうな形でおられると思うので、eラーニングも含めていろんな連携をどうしてしていったらいいのかというあたりも、次なる方策、それに向けて予算というものがついてくると思うので、その予算っていうのはやっぱり具体的にこれのためにこれだという形で現実性のあるものにしないといけない、次なる施策をというか、方策をさらに入れていただけたらどうかなと思います。

以上です。

平盛座長： ありがとうございます。

幾つかおっしゃっていただいた中で、専門医から開業医へどう向かわせるか、これは先ほど言われた患者さんが開業医を受診する動機づけという部分ですね。これは患者さんに対しての動機づけの部分がありましようし、医療機関に関しては専門医の先生が抱えている患者さんを専門でない先生の方に回していくような形で動機づけができるのかどうか、ということになります。これは難しい問題をはらんでいると思います。形だけ言うとそういうふうの流れられればいいなと思うんですけど、患者さんが専門医の方を選んで受診されているものを、逆向きに流れを持っていくというのは、非常にエネルギーがいる話ですね。患者さんをどこで分けるか、簡単な患者さんは開業医で、難しい患者さんは病院でとか、そういうシンプルにいかないのではこの連携図の案になったわけです。これを見ますと、すべてのところに病院と診療所の両方が入っているんですね。逆に言いますと、「基本的治療」に全医療機関と書いていますが、この中には病院も入っているわけで、言えば大きな病院で糖尿病を専門にされているところは、基本的治療をしないのかというと、そんなことはない、当然診ているんですね。慢性合併症や急性増悪だけ診ておられる糖尿病専門大病院なんてないわけです。基本的な診療もしながら難しい症例も診ていただいている。それぞれにできる範囲というのがあるんですが、そのできるトップだけ見ているんじゃないでなくて、基本があるからトップがあるわけですので、その流れを無理やりはがして基本のラインは開業医に持っていけということ、だれが命令してもできることではないだろうという気がしています。

大学の先生、病院協会の先生、大病院の先生もおられますが、大きな病院というものの運営というのがかかわってくると思います。これだけ患者さんがたくさんになりますと、医療機関にとっては収益にもなっているだろうと思います。たくさん患者さんを抱えることは、1人の勤務医にとっては大変な労力を果たしているわけですが、その分きちんと収益が上がっているわけで、それを開業医に全部持っていくことの抵抗というのがないかどうか、きっとあるだろうなという気持ちはしています。

そのあたりも、病院の規模によっても専門分野によっても随分違う事情だと思うので、一絡げにはお話できないと思いますけど。この中に含まれる問題点というのがあるので、この文章に書きづらい部分が少しあったかなというふうに思っています。

そのあたりは考えておいてください。

それから、医療スタッフの連携、とくに院外の療養指導士を活用するという話がありましたが、栄養士さんの活用と言うと失礼ですが、すべての糖尿病患者さんが栄養指導を受けてもらいやすい体制というのができるのかどうか、この図の中に盛り込めるのかどうか、小池先生、御意見いただきたいなと思います。

小池委員： 療養指導士なんですけれども、療養指導士の資格を持っているものが、現在、勤めている職場で、いかに指導に対しての資格を生かしているかということ、なかなかそこまで認められていない部分があって、現実的には余り生かされていないような気がします。

先ほど、登録医とか認定医の先生方のお話も出ましたけれども、それを更新してい

こうと思うといろんな費用の面であつたりとか、それから研修の時間であつたりとか、そういうところ辺も大変なので、やはり継続して取っ払いという方も途中で断念されてたりしますので、療養指導士でどうかかわるかということは、この先ハードルが高いような気もするんですけど、資格として管理栄養士が指導にかかわれることというのは、今、現に仕事をしている中で現医療機関の中で新しい患者さんに接する機会というのは、随分数が少ないように感じます。

というのは、たまたま栄養士会のことなんですけれども、この1カ月の間に糖尿病の新患を10名集めて、その方の指導にかかわる追跡調査をしろというふうに日本栄養士会の方から言われるんですけども、奈良県で100名集めないといけないんですが、恐らく集まらない。半分も満たないだろうということで、先生方の協力もとてもお借りしないとできない話なんですけど、そうなってきたところでどうしようかというふうにいる施設で考えたんですけど、やはり、診療所であつたりとかそういうところ辺からそういう方を紹介していただいて、指導という形でかかわっていただけらなという話も出ていましたので、先ほどいろいろお話出ていましたけれども、そういう地域の連携というところ辺で、何かうまくネットワークづくりができればかかわれる時間っていうのも増えて、いろいろ栄養士としての指導もできるんじゃないかなというふうに思います。

実際問題仕事をしていますと、診療所の先生から指導してほしいという依頼を受けるんですけども、何か私たちにはわかり知れないいろいろ病院と診療所の関係とかそういうところがあると思うんですけど、なかなかスムーズにそういうふうなシステム、ネットワークが作れないような現状もあるようで、その辺もうまく公的な部分もかかわっていただいて進めていただけたら、うまくはかどるのかなというような気はします。

平盛座長： ありがとうございます。

保健センターの栄養士さんとか、奈良市総合医療センターなどの栄養士さんたちは、地域の開業医の先生からも紹介を受けて指導されているようですね。そこはどういう費用分担でされているかわからないんですが、今おっしゃったのは、保険診療でどこまでやるのかということですね。実際は初診料、再診料なしに栄養指導だけということとは難しいですね。

小池委員： そうだと思います。情報提供の部分も検査データをどういうふうに受け渡しするかとかいうところもあると思いますし、まずそういうところだと思うんですけど、患者さんが来ていただいて、まず初診で病院で診察して、それをまたこちらで指導してというような手間とか時間というのは、患者さんには随分負担になるので、どうしても「そしたらもう結構です」とお断りになられる患者さんもいるというのは聞きました。両方の面、合わせてだとは思いますが。

平盛座長： 難しいですね。天理よろづ相談所病院や奈良医大付属病院でも栄養士さんが単独で、フリーで指導するという体制は、多分今のところ取られておりませんね。希望は多いだろうと思うんですね。例えば天理よろづ相談所病院で栄養指導を受けたいとか、そういう方は多いと思うんですけど、じゃあ毎月診察に行きますかということ、それは1回だけで結構です、というようなパターンになるんじゃないかなと思います。実際そ

ういう依頼があったら受けておられますか。

辻井委員： 少数例ですけれども、初診だけ見てあとの治療の継続はふだんかかっている先生に診ていただいている、栄養指導だけ来ていただいているという、定期的に来ていただいているというパターンはありますね。

平盛座長： それをシステム化するお考えはありますか。

辻井委員： 要望次第でしょうけどね。受け入れのキャパシティーの問題もありますので、今は少数だから特に問題なくやれていると思うんですけど。

平盛座長： こういうマンパワーと言いますか、栄養士さんも病院に勤めている方だけではなく、OBの方ですとかフリーの方々を、いかに指導の場に入ってきていただけるかということが大切ですね。そういうことはだれもやってないんでしょうか。栄養士会ではなさっていますか。

小池委員： 今現在、「栄養ケアステーション」というのを立ち上げて1年ぐらいになるんですけど、動きは多少ゆっくりですけど進んでいるように思います。そこに依頼が来れば、そういう指導も受けさせていただいているとは思いますが、まだ十分な活動状態ではないので、このあたりも栄養士会としてももう少ししっかり進めていかないと、その辺の形には整っていかないかなというふうには思います。

平盛座長： 頑張っていたきたいですね。行政の方にもそういうものがあるという情報が行っていますでしょうか。

事務局： 「栄養ケアステーション」というのは、今、初めて聞いたんですけども、どこにあるのかなと思っていました。

小池委員： 奈良県栄養士会が母体になっているんですけども、奈良県に4つございまして、奈良市とそれからはつきりちょっと覚えてないんですけど、西部、南部、東部だっと思いたうんですけども、4区域に分かれていまして活動はしているんですけども、それぞれ広報というかそういう担当している者がおりまして、各市町村にいろいろお願いなり御案内には、この春ぐらいからは行かせていただいているとは思いますが、まだ十分なことはできてないと思いますので、また持って帰りまして、その辺も進めていくようにさせていただきます。

事務局： これは病院にあるんですか。役所の方にあるんですか。

小池委員： 栄養士会の中に。

平盛座長： 大々的に宣伝されても、まだキャパがそんなになかったら困るので、ぜひ県の方にも御案内だけはしておいてください。

最後に済みません、吉岡先生、保健センターなどあるいは保健所、行政の方の栄養士スタッフたちを指導に入らせていただくというようなことは、前からされていますね。

吉岡委員： まず「健康なら21計画」がございまして、市町村にもそういう21計画がありますので、糖尿病だけではないんですけど、生活習慣病に関するワーキングチームという中で栄養士と保健師と、それから行政と、という形で予防体制の体制づくりというのをしております。

ただし、過去の生活習慣病に関する基本健康診査という国の施策が変わりましてから、どちらかと言えば特定健診という方向に移った部分、ワーキングの中でも糖尿病を改めて掘り下げるといのがなかなか難しくなっております。

その部分では、歯科のワーキングチームの中でですとか、歯周病の関係で、いろいろより専門的な部分での行政でのかかわりという形で入って話し合いをしてもらうという形でしか、今、なかなか難しくなっているのは事実です。

平盛座長： そのあたりいかがですか。

正田委員： すこしずれるかもしれませんが、先ほど福井先生がおっしゃっておられた、この原則的な流れの次のところ、つまり具体的にどうするのかというのが一番気になるところです。

この計画の流れの中に歯科医療の名前を入れたいでいて、重度の歯周病をコントロールするといいい結果が出ると記載されていても、はたして、歯周病とはどんなものか、さらにそれが重度なのかどうかまで、糖尿病を治療される医師の先生方にわかっていただけるのかということが、はっきり申し上げて一番の心配なのです。

もう40年になりますけど、私の学生の頃にはもちろんそういう考え方はなかったんですね。つまり、糖尿病になると歯周病になるとか、全身疾患によって歯周病が引き起こされるというそっちの流れは習いましたけれども、反対に、歯周病があるといろんな病気になるとか、あるいは歯周病をコントロールすると全身疾患もよくなるというようなことは、1980年から1990年代の広範な調査研究によって出てきたんですね。歯周病が妊娠トラブルの原因になるといったこともその頃です。だから、多くの開業歯科医はそのことを余り理解していないし、医学部でも授業として、奈良医大に口腔外科ができたのは20年前前だけですので、きつなかったのではないかと思います。

そんな意味では、この連携が進んでいく中で、先生方が診察されていてコントロールが難しいなと思われたとき、あるいは最初のスクリーニングのときなどに、「眼科にも行ったらどうですか」と同じように、例えば「歯がぐらつきますか、血はよく出ますか」とか、「この1年で歯茎が腫れましたか」とか、聞いていただく。ほんのわずかなことで結構重度の方をピックアップできます。成人全体の8割ほどが歯周病に罹患していると言われてはいますが、重度になるとそんなに多くありません。

歯科医師会として、医師の先生方に、歯周病のわかりやすい診断基準としてカラー写真つきでお配りしたいと計画しております。それを参考に診ていただいて、「あんた歯医者へ行った方がええよ」というようなことをおっしゃっていただく。歯科との連携はなかなか進みにくいのですが、このへんから進めて行ければと考えております。

平盛座長： 先ほどのアラームの部分で歯のことも、ところどころでピンポイントに1回診てもらったらいんじゃないかとか、症状を聞いてみることもとかというのがいろいろありますね。専門医の方でもいろいろ聞きますが、初診でお目にかかった時も歯のところまで聞くことは少ないです。たいてい2回目です。少し遅れていますね。ありがとうございます。

他に御意見ございますか。

私、全体を見ていて、「中断」については余り入っていませんね。「J-DOIT 2」の話はありまして、それは糖尿病を専門にしている者は知っているもので、中断研究ということで有名なものです。あれは研究ですが、中断をいかに防ぐかというのはすごく大きな問題でなかなかできないんですね。

それともう一つは、特定健診などで要支援になられた方は、動機づけ、積極的にどっちにしても保健者さんの網にひっかかって指導を受ける立場としてレッテルを張られるのですが、受診勧奨というものがあります。これは指導の域を超えて受診すべき人、つまりそれより重症の人が、逆にお留守になってしまっているんですね。「行ってください」で終わりなんですね。「本当に行きましたか」、「行ってどうでしたか」、「何を言われましたか」、「治療は要らないんですか、要るんですか、どうですか」、「食事療法だけでいいんだったら積極的支援など動機づけ支援の人に加わっていただければ話をしますよ」とすべきなんですけど、「行ってください」で医療機関に投げられて終わりなんです。そのあたり吉岡先生、どうですか。ポイントだと思っ
うんですね。

吉岡委員： 私たちもとりあえずまだ1年目で、追っかけて積極的支援、動機づけを、今するだけで精いっぱいなんですけど、本来の、先ほどお話にありました、個別対応も大事なんだけど、集団でみんなで健康意識、病気への学習ということで、改めて自分を振り返るとい
うのを個別にするか集団にするかということ、かなりみんながそういう気持ちにさせるということの大切さがあると思うんですけど、受診勧奨という形を、今後、もう少し私たち自身が保健センターとして見直して行って、その人たちがどうな
っていったかということ掘り返していくということの訓練も、行政としてしていかなければなら
ないかなというふうには感じております。

平盛座長： ありがとうございます。

他に御意見ございますでしょうか。

はい、お願いします。

福井委員： 肝炎の検診なんかと比較した場合に、肝炎の検査は例えば何人か受診してどうい
う異常があって、どれだけその次の専門機関あるいは医療機関を訪ねたかというデータがあ
って、それをもとに話を進めていくわけですけども、いわゆる精密検診ですか、それでも血
糖値はいろいろあると思うんですが、それがどのようになられたかというのは奈良県とし
ては把握はされていますか。

平盛座長： 代わって、私が先に言わせていただきます。部局が違うと思うんですが、これ
実際は、今回の特定検診は実施主体が保険者さんなんですね。これまで市町村の栄養士さ
ん、保健師さんたちが主になってなさっていたのが、市町村国保が中心になるというこ
とになったのです。保険者さんは数の把握はされています。一人一人の把握が難しい
のは、保健師さんたちをお願いして、課は違うけれども、保健師さんの方で指導し
てくださいということで、個々の事例はそちらに投げられています。

県としては、トータルの数、何人が指導になり何人がどうっていうことは把握され
る予定ですが、これがまた実施率が低く、請求が速やかにされていないので実数がつ
かめているかどうかよくわからないということです。だから、そんなきれいな例の精
密検査のようにはいかないんです。

福井委員： 奈良県がそういう現状であるからこれを進めていきたいと思いますというふう
に、何らかのそういったものを出していった方が、ただ統計上奈良にこれぐらいいます
という話だけではダメかなと思います。

例えば、肝炎なんかの場合は、そのインターフェロン治療では、開業医の先生と一

緒にやっていくことがあるんですが、糖尿病の場合、じゃあ非専門の先生方と何を一緒にやっていくのかというのをはっきり示していただいでですね、構築しやすいかなと思えました。何か一緒にやっていくところがあれば、そういう具合に連携するという考え方があると思うんですけども。

平盛座長： 私、不勉強で知らないですけど、先生、インターフェロン治療を一緒にやるっていうのは、どういう形でされているんでしょうか。

福井委員： 非常に開業医の先生に頑張ってもらってと、それから責任はこちらにあるという2つのやり方があるんですが、責任はこちらにあるというやり方は、例えば最初の導入の時期に12週まで見て、それから以後、用量の設定は専門病院でやりながら週1回のインターフェロンの投与はそのまま開業医の先生方にやっていただくと。それを夜診でやっていただくような形であれば、患者さんに非常にメリットがあると。

ところが、ずっと昼間に1年も通われるのは大変なことです。そういう形で手帳を持って行ったり来たりしていただくという形を進めているところが、ぼちぼち進み始めていると。

もっと進んだところは、専門医が開業医の先生と一緒に地域で勉強会をやりまして、その前には非専門の先生方も薬の用量までいらわれると。その代わり、同じようなレベルまで一緒に勉強しながら、一例、一例、事例研究をやるというような形で進めているところもあるようです。

そういうことで、たくさんのC型肝炎の患者さんも治療できる方向に今は行っているというふうに思います。

毎週、例えば専門病院に行っておれば絶対限りがありますので、しきれないんですが、僕、存じませんが、糖尿病もそういうことで連携を進められる場合、どのような形で共有していくかというあたりを、何か絵をかいていただくと非常に進みやすいかなという気がします。

平盛座長： これは症例数の問題が大いにあると思いますね。普通の糖尿病の方だけだと大変な数になりますが、インスリン治療をしている人だけでもかなりの数ですね。天理でもインスリン治療中の方を恐らく何千人、もっとですか、抱えておられるでしょう。1,800人ですか。

福井委員： それをずっと抱えていると、何かあったときにやっぱり天理病院に来るわけです。それは地域の先生がある程度対応していただくところまでいけば、もう少しは楽になると思う。

辻井委員： 最初慣れていただいたら、多分楽にできると思うんですけども、多分、先生のおっしゃるインターフェロンの場合は、同じ量がある程度の期間打ちながらですよ。インスリンの場合は血糖がすぐ数値として出てきますので、それをまた見てそれをどう判断するかという、どちらかという、経験上、その患者さんが自分で測っていて目にしますから、患者さんの方が医師よりも上手だったりとか、そういうのがあったりするんです。血糖値は日常生活の結果なので本当のところ患者さんが熟知するのは当たり前なんです。血糖値に変動を与える影響として食事や運動とか生活習慣とか、かなり影響しますから、その人の生活がわからないとなかなか判断しにくいというのが出てきて、患者さんから言われてその医師の方が困るというか、そういうことがあ

るみたいですね、やっぱり。

対処の仕方についても先生方に慣れていただくと、それはもちろん当然患者さんは自分の生活なんですから自分がわかっているはずなんで、それをちゃんと誘導してあげたら、それはそれで治療としては進むんですけども、その辺の経験が少しあると、インスリン治療はどこでもできる方法ではあると私は思うんです。

平盛座長： 私の少ない経験ですけど、インスリンの導入が必要だという方、それも外来でしてほしいという方もたくさんおられるので、そういう方を導入させてもらって、食事の指導もして、多分、数カ月かかって大体の方針が立ったところで、紹介をいただいた開業医の先生にお返しする。ずっと帰りなさい、ということではなくて、たまに来てくださいという格好で、数カ月に1回、その先生と約束した上で、その月だけは来ていただいて、糖尿病の手帳にインスリンちょっと変えましたとか、一言これについて検査、貧血になっているようなので以後検査お願いしますとか、何か連絡帳みたいなことをしています。それをきちっとシステムにできるかどうかは、その先生とのヒューマンネットワークというつながりにかかっていますね。もし、登録医になろうかとおっしゃっていただいて、勉強会に顔を出していただける中で顔がつながればいいのではないかと思います。

糖尿病の症例を登録するような研究会みたいなものもありますので、そういうところで大規模な登録事例の研究をされていたりします。私もそれを勉強していきたいなと思っています。

他に御意見ございますか。

福井委員： 歯周病の話でありましたように、歯周病はどの歯科の先生でもそれは対処していただけるのでしょうか。近くに行きなさいというのか、やっぱり興味をきちっと持った先生方にある程度診ていただく方がいいのか。

正田委員： やはり得手不得手がございます。少なくとも日本糖尿病協会に登録した歯科医は、それなりに自信があると思います。

つい最近に発表された広島大学のデータですけれども、血糖コントロールが悪い症例のうち、重度の歯周病の人だけをピックアップして、およそ1カ月ですが、週に1回ですから4回の受診で、投薬と局所の調薬、それと歯石の除去や歯磨き指導程度で、2カ月たったらヘモグロビンA1cが0.5から2ポイントまで下がったという報告があります。歯周病が重度であると効果があるということですが、重度の歯周病に対応できる歯科医はそう多くありません。登録歯科医のリストを見ていただいたら、一応は出てくると思います。

平盛座長： 今、奈良県で何人ぐらい登録されているか御存じですか。

正田委員： 70人ぐらいですかね

平盛座長： 医科より多いです。

ありがとうございます。他によろしいでしょうか。

それでは、時間が迫ってきたので取りまとめをしたいと思います。今日いただいた意見を今すぐ全部まとめるのは大変ですので、できましたら、事務局の方でまとめてもらって、座長の私とで協議して決めるということにらせていただければありがたいと思いますが、いかがでしょうか。

全委員：（異議なし）

平盛座長：ありがとうございます。

ではそうさせていただきます。事務局の皆さん、きょうの記録をお願いいたします。その御意見を入れ込んで計画（案）の修正をさせていただきます。

ある程度のところでこんなところかというところでメールなどでお送りさせていただきますので、またそれを見ていただいて追加の御意見ございましたらいただきたいと思えます。よろしいでしょうか。

それではそういたします。

今後の予定をどうしていくかについて、事務局の方から。

事務局：済みません。座って説明させていただきます。

今後の予定なんですけれども、本ワーキンググループで取りまとめをいただきました案につきましては、今後医療計画、他の分野もございまして、それらと合わせまして、関係団体、市町村等意見照会をさせていただくとともに、パブリックコメント等の手続を取る予定でございます。

また、このワーキングにつきましては、本日の会議で一旦取りまとめをさせていただきましたので、今後、皆様方に御相談をさせていただきたいことが出てきましたら、基本的にはメールあるいはファックス等で御連絡を差し上げたいというふうに考えております。

ただし、何らかの事情で大幅にこの計画の内容が変わるといようなことがありましたら、その場合は改めて皆様方にお集まりいただくと、お願いをするといようなことがあるかもしれません。その際は、よろしく願いいたします。

以上です。

平盛座長：ありがとうございました。

では、そうさせていただきますが、その前に一つだけ済みません。

11ページでいただいたこの表ですが、専門医と療養指導医の1、1となっていて、上から5つ目の高の原すずらん内科を見てもらいますと医者1人なんです、2人いるようになっています。重複していると思えます。計1人になります。そういう医療機関が恐らく5つ6つあると思えますので、これも訂正することになると思えますので、御承知ください。

それでは、きょうの予定の議案は以上です。続きまして事務局から少し報告されるがございます。

よろしく願います。

事務局：地域医療連携課の松本と申します。

完結に説明させていただきます。座って説明させていただきます。

本日お配りの資料の中に、ホッチキス左どめの2枚もの、平成21年度厚生労働省補正予算（案）の概要、「抜粋」というものをお手元の方にお届けしているかと思えます。この内容について、完結に御説明いたします。

皆さん、既に今年度の経済危機対策ということで5月末ごろに新聞等で、報道でお聞きいただいているかもしれませんが、国の経済危機対策ということで、平成21年5月29日に前政権時でございましたが成立しております、総額15.4兆円に上

る過去最大規模の経済危機対策が成立しております。

このうち、厚生労働省の補正予算額も4兆6,000億強となっております。緊急雇用はもとより地域医療・医療新技術としましてお手元の抜粋ペーパーにございます7,684億円が計上されており、この中で地域医療の再生に向けた総合対策、また医療機関の機能、設備強化等が柱となっているところでございます。

このうち、地域医療の再生に向けた総合対策では、救急医療の確保、それから地域の医師確保など、地域医療の課題を解決するために都道府県が2次医療圏を基本の単位としまして策定する「地域医療再生計画」と言われるものに基づく事業に対して、各都道府県に基金を設置し、国から財政支援が行われることとなっております。

抜粋のペーパーの方の下にも国のスケジュールということで掲げさせていただいておりますが、国におきましては全国から提出される各計画を10月中ごろまでに受付、その後、有識者による協議会を11月に開催し、審議した上で各都道府県からの計画を採択決定する運びとされているところでございます。

本県におきましては、今回の地域医療再生計画でございますけれども、本日、ワーキングを開催させていただいておりますもとの全体ですね、地域医療等対策協議会、これを平成20年5月に設立いたしまして、地域の医療提供体制の整備、それからさまざま課題に対応する具体策を検討してきました奈良県にとりましては、まさに機を得たものではないかということで、現在、10月半ばの提出期限に向けて鋭意作成をしておるところでございます。

なお、本計画を国へ提出するに当たりまして、各関係者等から意見を聴取することが要件の一つとなっておりますので、来る10月2日に地域医療等対策協議会の本会議を開催し、意見を伺いたいと考えているところでございます。

この地域医療再生計画という経済危機対策と、それから奈良県、実は少しおくれておると言われております医療計画との関係でございますが、地域医療再生計画というのは、冒頭、少し申し上げましたように、地域の医療課題を解決する具体策、いわゆるアクションプランということになるかと思いますが、一方で医療計画はそのマスタープランと位置づけられるのではないかと考えております。

次に、現在、奈良県の方で策定を進めております地域医療再生計画の骨子ということで、柱になる項目を口頭で御紹介しますと、地域医療の中核となる高度医療拠点病院、マグネットホスピタルというふうに呼んでおりますが、高度医療拠点病院を県内に複数カ所設置。それから次に、重要疾患における医療連携体制の構築。それから1次救急への対応ということで、拠点となる休日夜間応急診療所の設置・整備。それから、奨学金を活用した救急医の養成・確保。また、粗い言葉ですが医師の安定的な配置を行う仕組みづくり。また、救急医や地域医療を支える総合診療医の育成。さらに看護職員の離職防止と定着の促進。それから、途中で私ども、青山の方から御紹介ありましたけれども、ポータルサイトというようなお話もありましたが、健康・医療等に関する情報をよりわかりやすく県民に提供という、このようなものを柱にして現在、計画案を策定しております。

それで、今回の糖尿病ワーキングとして、そしたらこの地域医療再生計画にどのようなかわりがあるのかということなんですが、本日、医療計画（案）の9ページ

で施策の内容の（３）医療提供の体制づくりというところで、具体的な取り組み策を少しお示ししていたと思います。糖尿病ワーキングとしましては、検討いただいた内容からは２点地域医療再生計画に反映していけるのではないかとということで、今、検討しております。

一点は、今最後に申し上げました健康・医療等に関する情報を、よりわかりやすく県民に提供するということでの「健康・医療ポータルサイト」という、より必要な情報を取得していただきやすいサイトの設置・運営ということを掲げております。

それからもう一点ですが、これが９ページの（３）の一つ目の白丸とつながってまいります。非専門医への診療支援というようなところで、この９ページでもガイドラインや最新のエビデンスに基づいた医療を行うための診療支援システムの開発。それからもう一つの院外の糖尿病療養指導士の活用が可能な体制の構築というところで、これからまさに具体化していかないといけないのではないと思いますが、このようなサポート体制ですね。ここを地域医療再生計画の方でぜひ反映していきたいと、現在、考えております。

非常に簡略な説明で申しわけありませんでしたが、地域医療再生計画につきまして、御説明をさせていただきました。

松本委員： これは止められないのですか。

事務局： 止められないかというのは、民主党政権が。

冒頭、少し青山の方が申し上げましたが、規制からの対象としては現在除外される方向で動いているという、一部報道で出始めております。まだ確たる情報をキャッチしているわけではないんですけれども、一応、医療の方の分野につきましては逃げるんではないかということで、従来のスケジュールどおり粛々と作業を進めております。

平盛座長： はい、ありがとうございます。

何か他に御質問ございますか。

生々しいことをお伺いするのですが、３、１００億円のうちどれぐらいいただこうとされていますか。

事務局： ３、１００億の話が出た時の話なんですけれども、国の方の話によりますと、２５億が４７都道府県分と。それから、あともう一つ計画を出すんです。２つ計画を出すとして、片方の２５億は内容がよければ１００億と。ですから、最大で１２５億というようなことになるのかと思います。３、１００億の計算上、そういう形になります。

平盛座長： そのうち、糖尿病ワーキングの部分はどれぐらいをいただけるんでしょうか。

事務局： 具体的な金額は、まだ把握しておりません。申し訳ありません。

平盛座長： この話は医師会の方でも前から何度か伺っていて、県だけではできない問題でもあります。私たちのこのワーキングなどの母体がなければできないということもあり、いろいろなところが協力しないといけないものでもあります。政権が変わって、もしかしたらだめになるかもという意見もあるんですが、申請を出さない限りはもらえることがないので、とりあえず出していきましょう。そのためには、協力しようという気持ちで私は思っておりますが、特に御異論がなければその方向で進めていただくということでよろしいでしょうか。

ぜひ頑張ってくださいと思います。いい案を出して１００億にアップしてもら

えるように頑張っていたきたいと思います。

それでは、大体このぐらいで終わりにさせていただきます。

それから、先ほど取りまとめと申ししたのは、また何回も会議を開いて少しずつたたいいこうということではなくて、大体、これでもう、作ってしまおうという気持ちでおりますので、きょうの会議をもちまして、一旦区切るということにさせていただきます。

御協力いただきまして、ありがとうございます。お忙しい中、御参加いただきましてありがとうございます。

事務局： 平盛座長、ありがとうございます。

今のこの地域医療再生計画なんですけれども、10月の中ごろに国の方に出すということなんですけれども、その時点でワーキングの委員の皆様方の方にも計画の方はお送りさせていただきますので、よろしく願いいたします。

本日は、皆様方、お忙しい中御参加いただきまして、それぞれ御専門の立場からいろいろと専門的な御意見をいただきましたことに厚くお礼を申し上げます。

今後ともよろしく願いいたします。

以上をもちまして、本日のワーキングを終了させていただきます。

ありがとうございます。

以 上