

令和5年度第1回
神奈川県保健医療計画推進会議
糖尿病医療連携検討部会

令和5年9月22日（金）

Web会議

開 会

(事務局)

それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第1回神奈川県保健医療計画推進会議糖尿病医療連携検討部会を開催いたします。私は、本日司会を務めさせていただきます、神奈川県医療課の柏原と申します。よろしく願いいたします。

会議に先立ちまして、県医療課長の市川よりご挨拶申し上げます。

(事務局)

神奈川県医療課長の市川です。どうぞよろしく願いいたします。糖尿病に係る部会として、医療課をはじめ、医療保健課、がん・疾病対策課、健康増進課等、関係課も参加させていただいております。代表して私から一言ご挨拶させていただきます。

委員の皆様、本日はお忙しい中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。また、委員へのご就任をご承諾いただきましたことを重ねてお礼申し上げます。本日は、5疾病の一つである糖尿病に関しての部会を立ち上げ、第1回目の開催となります。本県の医療需要は増加が想定され、そのピークはこれから迎える見込みです。限りある医療資源を有効活用する体制を県全体で整備する必要があり、糖尿病の体制においても同様となります。また、本年度、県では第八次県医療計画の策定の年となります。本県での糖尿病に係る取組や連携体制の整備を推進していくべく、計画の見直しを進めております。

本日は、日頃、糖尿病患者等にご対応いただいている委員の皆様が一堂に集まる貴重な機会となりますので、ぜひ忌憚のないご意見を伺わせていただければと存じます。糖尿病をはじめ、生活習慣予防の推進を県民の方々に普及啓発していくためにも、委員の皆様のお力添えを頂きたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。ご挨拶は以上です。

(事務局)

それでは、本日の会議の開催方法等について確認させていただきます。本日は、現地とウェブでの参加というハイブリッドでの開催とさせていただきました。ウェブでご参加されている委員の皆様、本日はお互いの顔を見ながら議論ができればと考えておりますので、カメラは常時オンにさせていただくとともに、発言の場合を除きまして、マイクはオフにさせていただきますようお願いいたします。また、事前に送付させていただきました「ウェブ会議運営上のお願い」と題した資料にも同様の内容を記載しておりますので、いま一度ご確認いただければと思います。

また、委員の皆様には、本日の資料を事前にメールで送付させていただいております。お手元に届いていない場合、申し訳ありませんが、本日は資料を画面共有させていただきますので、そちらをご覧くださいと存じます。

次に、本日が第1回目の部会開催となりますので、事務局から委員の皆様をご紹介します。

ていただきます。本来であれば、皆様からご挨拶を頂きたいところですが、お時間の都合上、お手元に配付しております委員名簿に基づき、事務局からのご紹介とさせていただきます。

まず、神奈川県看護協会より看護師長の岩本委員。

神奈川県健康増進課副課長の小野委員。小野委員は本日、欠席とのご連絡を頂いております。

神奈川県薬剤師会より理事の唐澤委員。

全国健康保険協会神奈川支部より主任の近藤委員。

神奈川県医師会より理事の高井委員。

神奈川県歯科医師会より常任理事の田中委員。

神奈川県糖尿病対策推進会議より副会長の津村委員。

以上でございます。

次に、会議の公開について確認させていただきます。本日の会議につきましては原則として公開とさせていただいており、開催予定を事前に周知いたしましたところ、傍聴の方が2名いらっしゃいます。なお、本日の審議の速報、また、会議記録につきましては、発言者の氏名を記載した上で後日公開させていただきますので、よろしく願いいたします。

次に、部会長の選出についてです。保健医療計画推進会議糖尿病医療連携検討部会設置要綱第4条第2項により、会長は委員の互選により定めると規定されております。どなたか立候補の方はいらっしゃいますでしょうか。

立候補の方はおられないようなので、事務局からの提案といたしましては、神奈川県医師会の高井理事に部会長をお願いしたいと存じますが、委員の皆様はいかがでしょうか。

(異議なし)

(事務局)

ご異議がないようですので、部会長に高井理事を選出させていただきます。それでは、以後の議事の進行につきましては、高井部会長をお願いいたします。

(高井部会長)

神奈川県医師会理事の高井でございます。私自身は鎌倉の大船で糖尿病専門のクリニックを開業しております。ご指名ですので、部会長として議事を進めてさせていただきます。円滑な議事の進行に尽力してまいりたいと思いますので、皆様のご協力をよろしくお願いいたします。それでは早速、これより議事に入ります。

協 議

(1) 神奈川県第八次保健医療計画 素案たたき台について

(高井部会長)

協議(1) 神奈川県第八次保健医療計画素案たたき台について、事務局から説明をお願いいたします。

(事務局)

(説明省略)

(高井部会長)

ありがとうございます。皆さん、今の資料説明を聞いていかがでしょうか。計画の目標など、どなたかご意見のある方は手を挙げてください。津村先生、どうぞ。

(津村委員)

県庁様のほうで丁寧におつくりになられていて、つくる側からするととても大変な作業でいらっしゃると思うので、まず初めにそのご苦勞に敬意を表したいと思います。その上で、今ご説明いただいた中で、議長の高井先生から何かということでしたので、ご説明順に気になったところを、初めの回でございますのでコンセンサス形成のために確認させていただければと思います。

まず、一番初めの糖尿病の医療体制で、国の指針に基づく具体的な手順の1番から4番のところを本日議論する事項とお示しくさせていただきました。このロジックモデルを本当に機能させる上では、実際にその評価がどのようになされて、そのPDCAサイクルを回して、いかにまた次の施策立案につなげられるかということが一番大事になってくるので、どのタイミングでどういう評価を想定しているかを初めにある程度は共有しておかないと、評価指標は何が妥当なのかという意見が普通は出せないと思うのです。それに関して、県庁さんの中で施策にフィードバックさせる評価の時期というのは、ある程度は共有したほうがいいかなと思いました。1点目でございます。

あとは、評価指標について幾つかございましたが、ほとんどの評価指標の設定の基盤となる神奈川県の立ち位置、例えば年齢調整死亡率、新規透析導入の患者数、重症低血糖の割合が全国比較のデータで議論されていて、その中で神奈川県の立ち位置が高いのか低いのかをよしあしで表現していたようにちょっと聞こえました。本来はそうではなくて、そもそも全国的に高くてもより高さを求めていくことが、医療政策とか医療計画をつくる上では重要になります。仮に低くても、それが致し方ない合理的な理由があれば、評価指標とかに入れる必要もないし気にする必要もありません。ロジックモデルをつくる上で、具体的に言うと、例えば重症低血糖について、神奈川県はちょっと高いとお書きになっていますが、いずれにしてもこの絶対値はすごく割合が低いのです。この差が医療政策を立案する上で本当に意味のある差なのかと言われると、私にはあまり差はないというか、あまり重要ではないと思います。一方で、例えば透析導入等に関しては、レセプトデータと紐づけして入手はしやすいのですが、透析導入をしないこと、もしくはできないことは、糖尿病医療のクオリティーが悪いからとは限りません。社会的な事情とかいろいろなことが

あるので。という視点で、幾つか評価指標の取捨選択をどういう視点でするといいのかというところの合理性を見たほうがいいかなと。

あとは、後半の糖尿病の療養指導士、これも基盤となるストラクチャー指標では重要ではありますが、これはC D E Jの表を基に数値を引用していらっしゃると思いますけれども、日本糖尿病療養指導士が少ないところ多いところというのは、地域の糖尿病療養指導士の多い少ないとトレードオフの関係になって、両方の合計数で評価していかないと、基盤となるストラクチャー指標としては合理的ではないとか、いろいろと気になるところが何点かありました。それは今後、微調整していけばいいのではないかと思ひながら拝聴しました。簡単ではございますが、以上でございます。

(高井部会長)

津村先生、ありがとうございます。なかなか肝のところを突いていると思います。例えば、インスリンの導入率が高いと、重症低血糖もある程度増えざるを得ないということがありますし、何をもちょうどいいのかとか、インスリン治療の実施割合よりは在宅注射管理ですか、今、GLP-1なんかは1週間に1回打つ製剤とか出ていますから、そういうもので見たほうが僕は合理的かなと思います。

あと、ちょっと細かい話になりますが、糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合は、糖尿病の専門クリニックのところはあえて取りません。取るとかえって保険点数が減る現状があります。これは病院を対象とした指標です。病院はほとんど重症予防に関していろいろ患者さんを世話しても全く点数にならなかったところを、一応これは学会が主導して、それではあまりにひどいだろうということでこれをつけたわけで、もしやるのであれば、何床以上の病院でこれを取っているか取っていないかの割合で見るというぐらいだろうと思います。だから、これが高い、低いで糖尿病のことをよくやっているかの評価はできないと思います。

外来食事栄養指導の実施割合、これは非常にいいことだろうと思います。ヘモグロビンA1cやグリコアルブミンはほとんど全国的に差がなくて、ほかに糖尿病診療をきちんとやっている指標としては、尿中のアルブミンの検査数ですね。それはぜひ入れていただきたいと思います。早期の糖尿病性腎症を早めに見つけてそれ対応していくという作業は非常に大切なのですが、それも尿中のアルブミンを測らないと駄目なのです。それはどこかに入れていただいたほうがいいかと思ひます。

あと、ほかに何かお気づきの点はないでしょうか。総合的にやってこれでどのぐらい糖尿病の診療や患者さんにとっていい方向に向かうのか、ロジックモデルで云々という話はしているのですが実際に回るかなというのが僕の印象で、会長がこんなことを言っているのじゃないのでしょうか、なかなか難しいのではないかと思ひますが、各立場からお話を頂ければと思ひます。歯科医師会の田中先生、いかがでしょうか。

(田中委員)

初めまして。歯科医師会の田中と申します。主に医科歯科連携の事業部を担当させていただいております。今お聞きしていて、1つ提案というか純正な質問みたいな形になってしまうのですが、医療資源の指標で、糖尿病専門医が在籍する医療機関数というのがございますよね。頂いた資料にも、糖尿病は治療の専門性が高いため、専門医による治療や糖尿病の栄養指導士による指導が必要になりますと書いてあります。例えば歯科でいうと当然、歯周病専門医とかインプラント専門医というのがいるのですが、実際的には患者さんたちはそういう専門医のところばかりで治療を受けているわけではなくて、一般的な歯医者で治療を受けているわけです。現実的に糖尿病の患者さんというのは、どのくらいの割合で専門医のいる医療機関で治療を受けているのでしょうか。専門医でないところで治療を受けた場合の治療効果というのは、やはり専門医で治療を受けたときと比べると大幅に下がってしまうのでしょうか。

(高井部会長)

今の質問に対してきちんと答えられないのですが、まず、糖尿病専門医だけで糖尿病の患者さんを全部診切るのは全然不可能です。それは間違いないと思います。それから、糖尿病の専門医にかかれば患者さんの血糖値がよくなるかという話なのですが、どのぐらい前ですかね、十数年前に保険医協会で糖尿病の患者さん云々で、各専門医から100人ぐらいずつピックアップして、その平均ヘモグロビンA1cを一般のかかりつけ医の先生と比べたのですが、ほとんど差はありません。ですが、やはりインスリン治療とか、はるかに悪い人は当然多いわけです。それから、尿たんぱくの陽性の患者とかは多くなります。当然、重症の患者さんというのは、一般の先生から専門医に紹介する機会が多いわけですので、そうなるのはもう仕方がないと。もちろん専門医だけで糖尿病の患者さんを診られるわけではないので、むしろ一般のかかりつけの先生方が、より糖尿病の診療に対して意識を持っていただいて、より高いレベルになっていただくと。それが神奈川全体の糖尿病の患者さんにとってはいいことだろうと思いますので、そういうことを何とか目指せるような施策が打ち出せればと思っています。田中先生、ありがとうございます。

(田中委員)

ありがとうございます。

(高井部会長)

あと、薬剤師協会の唐澤さん、お願いいたします。

(唐澤委員)

こんばんは。今日はZoomで申し訳ございません。神奈川県薬剤師会としては、患者さんの服薬状況とか、インスリンをやられている患者さんに対してのフォローアップとか、そういったところに努めているという現状がございます。糖尿病療養指導士も神奈川県の場合はコメディカルにやらせていただいているということがありますので、そういったチーム医療で進めていくということも、やはり重症化させない、予防をいかにやるかというこ

とが大事なのではないかとお話を聞いていて思いました。以上です。

(高井部会長)

唐澤さん、ありがとうございます。まさしく唐澤さんのおっしゃるとおりで、薬剤師さんは、定期的にどのぐらいのお薬の数が出ているか、そういうことを把握されるわけで、当然これは数が合わないでしょうとか、受診率がどうかとかはつきり分かるわけです。そういう意味では、やはりチームでもって患者さんを見ていくという姿勢が非常に大事だと思います。ありがとうございます。看護協会から出られていると思いますが、岩本先生、よろしくをお願いします。

(岩本委員)

こんばんは。Zoomで失礼いたします。看護師の岩本です。資料はすごく見やすく比較できていて、いい資料だと思っています。看護師の視点で言うと、療養外来を医師と一緒にやることが多いので、少し気になったのは重症化予防の点で、「糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実績割合」と表記されているのですが、この実績はその施設にいる医療スタッフに左右されたりすると思うので、別個のデータにしてもいいのかなというのは少し感じているところです。

そしてあと、用語のところで私がちょっと不勉強なのかもしれないのですが、糖尿病療養指導士のポイントというか在籍人数を表現するところに「糖尿病療養管理士が在籍する医療機関数」という表記があります。こういう名称が存在するのか、私が不勉強で分からないのですが、そこの表記が疑問に感じました。以上です。

(事務局)

この(資料2・p25)③のスライドの上の「糖尿病療養管理士」について、誤記であり、ご指摘の通り「糖尿病療養指導士」が正しいです。

(岩本委員)

ありがとうございます。

(高井部会長)

今、特定看護師で糖尿病のことをやられている看護師さんもだんだん増えていると思います。まだ少数なのでこういう指標にはちょっと不向きかもしれませんが、その数というのも糖尿病の医療レベルの下支えをする一つの目標ではないかと僕自身は思っています。ありがとうございます。

今回、栄養士さんの代表の方がいらっしゃらないのでその辺はお話ができないのですが、どうでしょうか、むしろ近藤先生、健保とか、国保でもいいのですが、そのほうの立場からこの事業に関して、もし何かご意見があればお願いいたします。

(近藤委員)

全国健康保険協会神奈川支部の保健師をしております近藤と申します。どうぞよろしくをお願いいたします。医療保険者としての立場からというようなどころがありますけれども、

今話題になっておりました、重症化を予防する透析の予防指導ですとか、糖尿病の合併症管理というようなことでは、私どもでも実施しているところではあるのですが、ある一定の基準の患者さんに、保健指導のご案内を400人ぐらいに差し上げても20人ぐらいしか応募がなく、この数字が少ないことは私どもも課題に感じているところです。こういったところではやはり私どもも危機感を持っておりますので、県の皆様にはいつも私どもでは実効性のある対策をぜひお願いしたいところでございます。以上です。

(高井部会長)

ありがとうございます。県の医療課に幾つかあるのですが、なかなかこういうものは、国からの素案が出てきて、それから外れるとまずいというところがあるのではないかと思います。ただ、今、いろいろ津村先生からもご意見があったと思いますが、やはりちょっとそぐわないものも結構あると思うのです。その辺はある程度修正が利くものなのでしょうか。

(事務局)

医療課長の市川です。冒頭、津村先生からもロジックモデルのつくり方について、やはりもう少し考えたほうがいいのかというご意見を頂いたかと思っております。今、高井先生からお話のあったとおり、我々も国から示されたものを使いながらやっているというところもありますし、このロジックモデルの作成は慣れておらず、難しくもあります。なので、第2回目の会議に向けて、その会議の間に少しこちらも勉強させていただきつつ、個別にご相談もさせていただきながら、次に向けてどこまでどういう形でご意見を反映できるのか、検討してみたいと思っております。

(高井部会長)

僭越ですが、一応今、いろいろな団体の方に入っていただいていますけれども、やはり多職種云々ということでは、僕は栄養士の方に入っていただきたい。できれば、いわゆるCDE Jをお持ちの方、あるいは、そうでなくても神奈川県ローカルのKLCDEをお持ちの方で、実際に糖尿病の患者さんを指導している管理栄養士の方から現場のご意見を頂きたいと思うので、予算の都合もあるかもしれませんが、ぜひもう一人メンバーを中に入れていただくと、より実効性の高いものができるのではないかと思います。課長、いかがでしょうか。

(事務局)

栄養士さんからご意見を頂くということで、次回に向けてどういう方にどういったご意見を頂くのか、そのあたりを少し整理してご相談させていただいた上で、2回目に向けてその部分についても検討させていただければと思います。

(高井部会長)

ほかにもしこの際、ご意見があればどうぞ。気楽にお話をさせていただきたいと思うのですが、よろしいですか。どうぞ。

(津村委員)

一応、厚生労働省が示している29項目の中で、実際に神奈川県で入手できるデータがあるのかなのかによって、国が示している一つのたたき台の項目を神奈川県で採用できるかどうか、フィージビリティが決まっていくと思うのですが、国が示している項目のリストに挙がっている中の、例えば眼底検査の実施とかのデータを神奈川は入手できるのですか。

(事務局)

県の医療課の柏原からお答えさせていただきます。国が参考指標例として示しているものは、原則、国のデータから取れるものが提示されていますので、例えば眼底検査の実施割合についても県の数字が取れると。

(津村委員)

では、糖尿病患者さんの新規下肢切断術とかも取れるわけですね。

(事務局)

取れると認識はしておりますが、詳細については改めて確認させていただければと。

(津村委員)

厚生労働省が示す29項目の中で、基本的にロジックモデルというのは、それほど医療分野の医療計画を立てるためのロジックモデルでは、都道府県の独自性はあまり出す必要がないと言われていています。要は、わざわざ神奈川だけの病気とかはあまりないですから。それはつくる側からすると余計なことをしないほうが楽だということもあるし、出てきたものの全国比較とかもしやすいので、ほかの県で普通に考えていることはやろうという。そういう意味だと、全国のモデルで出ている指標の中で、神奈川でもし省くものがあるならば、なぜ省くのかというのは一応この会議の中でもコンセンサスというか理解を得たほうが、後で評価する段になってあらぬ批判を浴びないのではないかと思います。

あと2点目は、第八次医療計画策定の糖尿病に関係するロジックモデルの検討について、明日、全国の糖尿病の専門医が100名以上集まって、全国の都道府県の職員さんも50名近く集まる会議があります。私自身、国のいろいろな研究企画の兼ね合いでコメントを求められたりしていますけれども、神奈川県の方は参加されますか。申し込んでいらっしゃるかどうか。

(事務局)

出席予定はありませんでした。

(津村委員)

恐らく私が今聞いている範囲ですと、都道府県庁職員さんで50名以上来ますので、神奈川が出ないともったいないです。私から結果をお話ししてあげても構いませんが、全国で糖尿病についてのロジックモデルの議論を専門医含め、トータルすると恐らく200名ぐらいが集まるという会がもう予定されています。そういう中で神奈川だけ後れを取らない。

ほかの県で普通にやっていることをなぜできないのかというのはちょっともったいないので、出席してほしいと思いました。

(事務局)

ありがとうございます。

(高井部会長)

津村先生、ありがとうございます。ほかにご意見のある方はいらっしゃいませんか。よろしいでしょうか。それでは、いろいろご意見を頂きましてありがとうございます。突然の指名をさせていただいて恐縮でございます。

(2) その他

(高井部会長)

次回の部会につきましては、12月頃を予定しているということです。改めて日程等をご連絡させていただきます。

それでは、以上をもちまして、本日の会議を終了させていただきます。本日はどうもご出席ありがとうございました。

閉 会

(事務局)

委員の皆様、お忙しいところご出席いただきましてありがとうございました。次回また改めてご連絡させていただきますので、引き続きよろしくお願いたします。それでは、本日の部会はこれにて終了とさせていただきます。ありがとうございました。