

平成 30 年 豊橋市地域保健推進協議会生活習慣病対策部会 議事録

日 時	平成 30 年 12 月 20 日 (木) 13:30~15:00
場 所	保健所・保健センター 第 1 会議室
出席者	豊橋市地域保健推進協議会生活習慣病対策部会委員 5 名
事務局	健康増進課
事務局	資料 1 について説明
委員 B	透析医療費の増加について具体的に実感できた。
委員 A	レセプト診断名で慢性腎不全が 7 割ということだが、この中に糖尿病性腎症を基礎とした慢性腎不全が含まれている。様々な疾患が慢性腎不全に含まれているため、レセプトがこのようになっているのは致し方ないか。
委員 C	本来はこの慢性腎不全のうち半分から三分の一は糖尿病が原因だと考えていい。
事務局	豊橋は透析ができる環境が整っている。透析に対し積極的に動くことができる環境にあるため、数字が高く出るのではなか。
委員 C	社保離脱とはどのような状態か。
事務局	社保離脱とは、国保加入者の状況を調べるシステムの中に、加入理由に社保離脱という項目がある。社会保険加入者で仕事の継続が困難になり国保に加入してきた方を社保離脱という扱いで捉えている。そのため企業の連携も大切である。
委員 C	資料を見ると、そういった方の数が多いということがよく分かる。
事務局	豊橋は 40 代後半から 60 代にかけて人工透析の数が多い。この年代から考えると年齢による国保加入よりも若い年代からの国保加入が考えられるのではないか。
委員 A	こうなると、若い方の対策が大切である。
事務局	若い年代では、週に数回の透析により仕事の継続が困難になり退職し、社保から国保へ変更するのではないか。
委員 A	年齢をみると 40 代から 50 代の方が県や国に比べて割合が高く、社保離脱の原因が定年退職ではないことは間違いない。明らかに病気で切り替わっている。
委員 D	40 代から一気に増えているが、全国と比較して圧倒的に多いのか。
事務局	社保離脱というのは、全国的にみて多いのか。
委員 A	このようなデータを示している市町村が少ないが、先進的な寝屋川市ではこういったデータを公表している。全国的にはデータが少ない現状。寝屋川市も社保が多かったと思われる。やはり国保の対象者だけでなく、それ以前からアプローチをしなくてはいけない。
委員 B	透析をしながらでも仕事を続けられるシステムがあるが、透析導入を遅らせるように我々の努力が必要である。
委員 E	若い世代で尿たんぱくが出たり腎機能が落ちたりすると、高齢になってから落ちてくる人よりも悪化のスピードが速いといわれている。そのような対象を食い止めようとする、40 歳からの特定健診で手を打っているのでは遅い。メタボは 30 代から始まっている。30 代あるいは 20 代後半からの生活習慣に関与するような取り組みが求められるため、特定健診だけでは足りないか。そのため、職域との連携は大きい。
委員 A	これは、糖尿病や慢性疾患に限った話なのか。
委員 A	特に豊橋では糖尿病にかかってしまう方が多い。県内でも糖尿病患者が特に多いまち

委員E	ということになっている。
事務局	若い世代というと、以前ベトナム人2名を健診した結果、2名とも尿たんぱく陽性だった。約半年間透析したが、この資料にはこういった人も含まれるのか。
委員A	透析患者というカテゴリであるため、対象が国保加入者であれば含まれる。透析は、糖尿病により増えていると思われるが、若い年代からアプローチしていくことはそこまで難しくはない。
委員B	制度的にも、20代30代から健診をしていくことは、なかなか難しいか。
事務局	一部対象者を拡大して若い方に健診を行っている自治体もある。豊橋市では、健康診査として30歳と35歳の希望の方に実施している。
委員A	それを知らないと思えないため、積極的にPRしていかなければならない。
事務局	資料2の説明
委員A	実際、初めて来院した患者にはすぐに服薬にならないことは多い。糖尿病に関しても、まずは生活指導から始める。
委員C	薬があれば、次の薬が無くなる前に来院の指示ができるが、薬が無いと1回の来院のみで来なくなる人もいる。医療機関と指導者で、病状の認識が一致していないと、患者はより易しい指示に従うことがあるため、連絡票を使用して指導内容などの情報交換に利用すると動きやすくなるか。保健師側からの意見が記入できると良い。
委員B	私は、最初から薬を出すかの判断含めて健診データを確認しただけでは出さない。糖尿病治療には生活習慣無しでは効果を表さない。食事・運動・他の習慣を改善しなければ、投薬はしたくない。それは、医師が治してくれるものではなく、自分は何もしなくても薬さえ飲めば治ると思われては困るため、あえて最初から薬を出さない。この事例のように5年間の経過を全員確認でき、eGFRの低下や尿たんぱくの陽性化を説明されると、重症であることが初めて理解できる。この表があれば、よりしっかりと患者説明ができ、薬ももう少し早い段階から出すことになるかもしれない。十分な情報の出し方も大切か。医療機関として、ぜひここまで知りたい。
委員A	継続データがあれば、紹介しやすい。
委員C	多くの患者は、食事介入の受け入れに抵抗がある。薬は楽だから受け入れやすい。
委員B	糖尿病の教育入院をすると、うつの尺度が上がる。今までの自由な生活が犠牲されてしまうからということであるが、そこを乗り越えていかなければならない。
委員C	もしかしたら、うつの尺度が上がるということは、空腹感が強くなることを嫌がるのではないか。糖尿病の治療初期は血糖値が上がる一方、インスリンも上がるため、そうすると空腹感が強くなる。そのようなときに糖尿病の治療介入をすると、空腹時間が伸びてしまう。
委員A	高血圧とか他に治療している疾患があれば定期通院につながるが、そうではない場合につなぎとめておくツールがあれば良い。
委員C	保健所では単年度のデータで対象者を選んでいるが、前のデータはどれくらい遡って見られるのか。
事務局	5年間は見られる。
委員C	受診を勧めるときに、5年間のデータを付けていただきたい。
事務局	毎年定期的に受けている人であれば5年間のデータが付く。間隔が空いたところで受

	<p>けている人でもデータは付く。今連合会で新たに始まった取り組みとして、3年分のHbA1c、空腹時血糖、血圧等のグラフ化されたものを保健指導の際に本人に渡している。その様式をもっていくというのはどうか。</p>
委員C	<p>そのようなデータがあればもっと早く治療ができるかもしれない。</p>
委員D	<p>薬局では、医師の前では良いところを見せたくて、本当はやっていなかったが、やっていると答える人もいる。医師の前ではデータを見せないが、私が薬を出すわけではないので安心して検査結果を見せてくれる。薬を飲みたくない。病識もある。糖尿病が心配だが大丈夫だ、というお墨付きが欲しくて検査結果を見せる。薬も余っているのではないかと聞くと自分の前で余った薬を見せる。医師に相談しようかと提案すると、医師に怒られるかもしれないため拒否する。このように医師に見せる顔と、薬局で見せる顔が違う。かかりつけ医が言われる見解のずれというのは、本人が本当のことを言っていないからかもしれない。患者には病識を理解してもらわなければ、3年も5年も経過して未治療といったケースがよくある。患者が糖尿病の病識をもち、患者の病識と治療を結びつける方法を考えていかないといけないか。</p>
委員C	<p>保健師の前で何と言っていたのかなどをやりとりできるシステムが欲しい。</p>
委員A	<p>アプリを使うのはどうか。指導というと怒られるイメージがある。マイレージのアプリを用いて自分で頑張った結果が目で見確認できる。医者から見た自分ではなく、自分で自分を見ることができることが良いかもしれない。医師の前では、今までやっていたことをそのまま言ってしまうと怒られることが分かっているから言わない。そのため結局血液データでしか追えないところがある。</p>
委員E	<p>医師に言う前に保健師など他の職種が指導できれば良いと思う。</p>
委員A	<p>ただ、対象を全員集めることは難しい。2、3人を集めて、保健師に糖尿病教室をしてもらうことはできるか。</p>
事務局	<p>保健指導の中に集団指導はあるが、本人が個別教室か集団教室を選択している。</p>
委員E	<p>具体的な職業はどうなっているのか。</p>
委員C	<p>もし農家であれば、集団で集まりやすいか。</p>
事務局	<p>しかし、農家の対象者にアプローチをすると、休みが無いと言われることが多い。</p>
委員C	<p>そのような職業の情報も知りたい。継続データも用意して、受診を勧めてほしい。見解の相違について、医師会員に発信できれば、後押しになるか。</p>
委員B	<p>例えば、豊橋市健康マイレージのアプリを医師会報に掲載し、患者への紹介を勧めても良い。</p>
委員C	<p>医師会報は月に1回発行されるため、専用ページを設け、取り組みについて紹介しても良い。</p>
事務局	<p>結核など、様々な分野があるため、保健所専用ページがあればありがたい。</p>
委員C	<p>保健所専用ページがあれば、保健所と医師会の連携がしやすくなる。糖尿病重症化予防事業はターゲットの医師が限られていて、最大4つの医療機関しか参加していない現状である。医師も身近に感じられるものがあると良いか。</p>
委員B	<p>人数が変わると、また少し変わるか。</p>
委員A	<p>第5水曜日に糖尿病勉強会を実施している。最大で人数が140名程度集まる。そうでもなくても5、60人くらいの医師で勉強会を実施している。豊橋だけではなく東三河地</p>

	<p>方の医師が含まれるが、その人数の医師は糖尿病に関心があるため、そのような医師に誘導しても良いかもしれない。かかりつけ医がいないときは患者が近くの医療機関を選ぶように糖尿病治療に熱心な医師の一覧を用意して誘導できないか。</p>
委員C	<p>手上げ方式のようにできれば良い。</p>
委員B	<p>そのように選別をする場合は、手上げ方式が良い。ある程度のハードルを設けるなど、条件をつけたほうがいいのか。</p>
委員C	<p>保健所主催で糖尿病性腎症重症化プログラム説明会を開き、そこに参加した医師に声をかけるか。年に数回集まれるような機会があると良い。</p>
委員D	<p>薬局では受診勧奨をしているが、患者からどこに受診すればよいか質問を受けることがある。そういったときに糖尿病専門の医療機関のリストがあると説明しやすい。</p>
事務局	<p>予防接種も手上げ方式を採用している。講習会の後に、受託される医療機関の医師用の提出書類を書いてもらう方式にしている。特定健診においても、実施予定内容を事前に告知し、医師へ手を挙げてもらうと良いか。</p>
委員C	<p>来年は無理でも、方向性について周知し、1年かけて構築していく。</p>
事務局	<p>1年かけて構築し、次回の講習会では実施可能な仕組みを示す。</p>
委員B	<p>東三学術講演会の具体的な予定として、次回は1月30日に予定しているが、スライド等については相談したい。その次は5月末を予定。</p>
委員C	<p>1月の講演会では、糖尿病性重症化予防プログラムについて話す予定。その中で、今日の話は報告して、保健所と医師会の連携について話をするのが良い。</p>
委員A	<p>連絡しながら取り組めば、さらに先に進むだろう。</p>
事務局	<p>資料3の説明</p>
委員C	<p>特定健診が始まって10年、健診データが受けてそのままなっていた。本人が持っているだけだったデータを、受診や治療へ結びつけるために動きだしている。もう少し積極的に関係者が治療に結びつけるべきだ。まずは、受診者を増やす意味で治療行動へ結びつけるために、医療機関と保健所が密に連携して取り組むしかない。</p>
委員A	<p>そのような状況だと一番先に来るのは開業医だと思うが、病院と開業医の立ち位置について保健所側はどう考えているのか。</p>
事務局	<p>先日ベーリンガーの講演会に出席したときに、蒲郡市が一般診療所から専門医に紹介する基準について、検査数値がいくつ以上で紹介するというような仕組みを明確にしていた。色々な医師に事情を伺うと、紹介する基準値が分からない医師もいた。いくつかある専門医の中でも、紹介基準に違いがあると聞き、そういった不安のある中で医師も安心して紹介することが難しいと思われる。今回のような話し合いを通して、基準を明確にすることで然るべき対象者が専門医につながれるか。</p>
委員B	<p>中核病院の専門医も、基準があれば非専門の開業医も対応しやすくなる。</p>
委員C	<p>連携パスについても構築していかないといけない。</p>
事務局	<p>手上げ方式をとる場合、条件を明確にして、専門医と一般開業医との紹介基準を明確にしていく必要があるか。</p>
委員A	<p>連携パスというような大げさなものではないが、一定のラインを超えたら専門医へ紹介するというように、ラインを設ければ我々も対応しやすくなる。</p>
委員C	<p>もちろん糖尿病だけでなく、腎臓の専門家も参加してもらわないといけない。手をあ</p>

事務局	<p>げるのは、その間をつなぐ開業医か。</p> <p>そうなったときに診療報酬提供料がとれるとなると、かなり面倒になるので、かえって進まなくなるのでは。</p>
委員C	<p>開業医から中核病院へ運ぶときは、紹介状を用意すれば良い。問題は、保健所が健診結果を説明したところから専門医との開業医へ紹介したときに、それに返事を書いた場合、文書料が発生しないと明確にしておかなければならない。手を上げてもらった医師のところへ保健所から返事を書いても点数は無い。しかし、必要に応じて医師が紹介したらそこで点数が発生するというのを、今後どのように明確にするか。</p>
事務局	<p>今も、連絡票にはそういった一文を入れている。</p>
委員C	<p>手上げ方式のために、なるべく簡単な方法にしなければならない。</p>
事務局	<p>続けなければいけないため、文書料についても含めて検討に時間がかかるか。</p>
委員C	<p>まさにワーキンググループを作成し、検討するのが良いか。</p>
委員A	<p>ライン決めに時間がかかると、かえってやりにくい。一応の共通のラインを設けると良いか。問題は、がんの連携パスはあるが、生活習慣病の連携パスはあるのか。</p>
委員C	<p>難しくなってしまうため、最低限共通の治療方針を簡単に決めた方が良いか。</p>
委員B	<p>電子連絡票についても、大元ができれば難しくはない。</p>
委員A	<p>ワーキンググループで1年ほどかけて、次の特定健診説明会くらいの前頃に形にすることを目標に頑張ってもらいたい。今もメール等の連絡手段はあるため、それをもとに連絡票を作っていけば良い。</p>
事務局	<p>なるべく早く取り組み、来年度夏頃には形にし、実施してみて修正していきたい。</p>
委員A	<p>医師会報はすぐにできるか。</p>
委員C	<p>まずは今回話したことについて掲載し、マイレージの宣伝を次に掲載できれば良い。</p>