

平成 26 年 7 月 24 日

各 位

医療政策課 伴正海

第 1 回糖尿病医療体制検討会議(概要)

1. 日 時 7 月 24 日(木)18:30～19:30

2. 場 所 本庁第 2 応接室(2 階)

3. 出席者

出席委員:藤本委員、有澤委員、石黒委員、池田(成)委員、池田(隆)委員、大西委員、菅野委員、
中村委員、高松委員、鈴木委員、吉本委員

欠席委員:末廣委員

事務局:(健康長寿対策課)山本企画監、(安芸福祉保健所)徳弘チーフ、(医療政策課)浅野補佐、
安藤チーフ、岡野主事、伴

4. 決定事項 第6期高知県保健医療計画の平成 25 年度評価(別紙(案)参照)

5. 主な議論内容

(1)予防について

池田(隆)委員:

未受診・未治療者に対してどう働きかけていくのか。県民啓蒙や研修などの機会というのも医療従事者同様中央に偏在している。市町村からの講師依頼もほとんど無いという現状で、市町村に対して県が働きかけできないのではないかな。

事務局:

毎年講師派遣を周知しているが、依頼が少ない状態。市町村が必要と考えて依頼してくれないと、こちらからは動けないのが現状。今後は糖尿病だけでなく、CKD など他疾患も含めた連携の中で、予防全体として考えて生きたい

藤本座長:

相手から働きかけないと動けないが、そこを検討会議で行うのは難しい。ただ、郡部でも啓蒙等を行っていけるよう、今後も考えていく。

そもそも、健診が非常に大事で、耐糖能異常がある程度進んでいる人に対して受診勧奨が必要である。受診勧奨について数値目標を行っていくことが糖尿病対策としては客観的である。

事務局:

健診について市町村間で格差あり、それぞれに頑張ってもらいたいところ。紹介状システムやその後のフォローを現場がどれだけ行えるかどうか。担当者会ではそこを促してはいる。

課題としては、直営だと現場保健師の人材的にも厳しく、委託先もなかなか無いという現実がある。

石黒委員:

特定健診未受診者の中に医療機関受信者がどれだけ含まれているのか把握できていないことが問題ではないか。健診未受診者がかかっている医療機関からデータをもらえないか。

事務局:

医療機関受診者を健診として取り扱うための工夫については、香川県や島根県等から得られたヒント集を医療機関に説明している。

医療機関での検査結果で、特定健診と被る項目は健診結果として読み替えることはできるが、費用は医療機関持ちとなってしまっている。

現在、健診を受けずに医療機関も受けていない部分がブラックボックスになっており、現状把握が難しい。保険者も含めて今後取り組みを考えていったらどうか。

藤本座長：

県はレセプトデータを把握しているのか？

事務局：

医療計画を立てるための NDB は手元にあるが、個人データは消去されているため、せいぜい 2 次医療圏や市町村単位で集団としての数字を出せるぐらい。保険者は個人情報付きデータを所持しているため、新たに都道府県がデータベースを作成するのであれば、健診データと紐付けすることは可能だが、かなりの労力と費用が要求されるため、全国でも行っているところは少ない。

鈴木委員：

特定健診はそもそもレセプトデータを突合できるもの。次の保健医療計画に向けては健診とレセプトの突合をしていったほうがいい。

栄養調査や患者調査で全体把握はだいたいできるはず。

事務局：

KDB については、現在国立保健医療科学院が厚労省科研費で人材育成を行っているところ。ただ、市町村レベルでも担当者が数年おきに変わるという中でどのようなやり方がいいのかは不明。

藤本座長：

今後も正確なデータに基づいて計画をたてていきたい。今後の医療のキーワードはインテグレーション。医療も介護も含め、県全体で行えるよう尽力お願いしたい。

高松委員：

県全体の受診率を上げるため、活動が積極的な安芸のノウハウを横展開することが必要ではないか。それは県のやるべきことではないか。

事務局：

受診率向上に一番効果があるのは住民の声掛けが重要。いい取り組みは拡げる努力しているが、実践できるかどうかは課題。安芸市も H25 は受診率は下がっているという現状もある。未受診者のための受診促進は国保関連の補助金等で現在も対応している。

高松委員：

地域の声かけが今後のキーワード。特定健診だけでなく認知症や在宅などでも重要。全組織を活用した運動を県全体で推進してもらいたい。

また、以前から気になっていたが、県の縦割りで対策ごとにどこが窓口か分からない。結果、医師会等の団体がほとんど行っている。評価調書を見ていると、県としては禁煙対策しかやっていないように見える。

事務局：

医療政策課であれば、医療の連携。予防であれば健康長寿対策課。確かに縦割りではあるが、声かけがあったときにたらいまわしというのはしていないと認識している。

藤本座長：

今後も県庁内の横の連携をとって、糖尿病を立体的に捉えて欲しい

(2)在宅について

菅野委員：

インスリン注射の方が、自己注できなくなって困るケースが出てきている。家族がいればいいが、独居に近いと難しい。県としては今後どう対応していくのか。

事務局：

そういったケース等に対して今後も現場から良い考えを教えていただきたい。

藤本座長：

医療機関と在宅の間の住宅系施設が必要になってくるだろう。糖尿病だけでなく総合的な対策を立ててもらいたい。

事務局：

今後は新基金の対象として介護も入ってくるので、介護とも連携していきたい。現場の良い案をどんどん出していただきたい。

藤本座長：

我々としては、今後は介護福祉士などの介護人材に対しても LCDE で核となれるような人材育成を行っていきたい。

高松委員：

県や市町村としては、高齢者に対して在宅で対応するのか、それとも施設なのか。地域でもその認識が分らないと、現場での対応策が立てづらい。

事務局：

まずは地域医療構想を立てることで、その中で必要な医療資源も見えてくる。また、南海トラフ対策の中でも地域という考え方があり、そこは医療も同じ考え方であると思われる。

在宅ありき施設ありきではなく、地域ごとの特性に合わせて今後の対策を考えていくこととなる。診療報酬上も、施設は在宅として扱われている。

鈴木委員：

今後は在宅における医療と介護の連携を市町村単位で行わなければならない。最終的には地域包括ケアを市町村単位で医療と介護の連携が進んでくる。

藤本座長：

全体の流れの中で、糖尿病をうまく乗せていくことが今後大切となる。

6. まとめ(検討事項について)

- ・予防について、糖尿病を立体的に捉え、様々なステークホルダーを絡めて対策を検討する。
- ・健診等のデータ活用についても検討する。

以 上