

平成 29 年度第 1 回 糖尿病重症化予防連携推進会議議事録(概要)

日時：平成 29 年 8 月 1 日（火）19 時 00 分～20 時 30 分

場所：総合保健福祉センター 61 会議室

事務局あいさつ

本会議は、関係者が連携を図り糖尿病重症化予防に取り組むことを目的として、新たに立ち上げたものである。国も健康寿命の延伸、医療費の適正化という観点で、糖尿病の重症化予防に一層力を入れてきているが、本市においてもこの糖尿病重症化予防に重点的に取り組んでいきたいと考えている。

本日の進行であるが、会議の前半では、主に現状についての取組の情報共有とし、後半は、来年度に向けて新たな取組「糖尿病連携手帳を使った新たな連携」について事務局よりご提案させていただき、それについてのご意見などを承りたい。

構成員紹介

別紙 構成員名簿参照

議題 1「国の情勢について」

事務局

平成 28 年 3 月 24 日に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省三者で、糖尿病性腎症重症化予防の連携協定を締結している（参考 1）。中に連携協定の目的等書いているので、ご覧いただきたい。

（参考 2）連携協定を受け、ひと月後の 4 月 20 日にその三者連名で糖尿病性腎症の重症化予防プログラムというものを作成している。主旨等はご一読いただければと思っているが、糖尿病性腎症の重症化予防プログラムの 13 ページ見出し 6、「かかりつけ医や専門医などとの連携」以下となるが、医師会や糖尿病連携推進会議等、地域との関係者の十分な会議、また、糖尿病の合併症の一つとして歯周病及び歯の喪失があることからということで歯科との連携についても明記されている。14 ページに「保健指導を実施している途中であってもできる限りかかりつけ医と実施状況を共有していることが重要」と記載がある。継続的な治療、継続的な支援が必要であるということ、糖尿病連携手帳を活用し本人並びに関係機関と情報共有できるようにすることが望ましいという記載があるが、本人を中心として関係者が情報を共有する仕組みを本市においても作っていきたいと考えている。

（参考 2 - 2）国のプログラムを受けて、福岡県も糖尿病性腎症重症化予防プログラムを今年の 6 月 21 日に出しているので情報提供をさせていただく。

（参考の 3）このような重症化予防に係る体制構築のために厚生労働省による財政支援制度が整えられている。国民健康保険の制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として平成 30 年度から「保険者努力支援制度」が創設されることになっている。特に国保に関しては、平成 28 年度からこの主旨を踏まえて前倒し実施することになっており、参考 3 のとおりの評価指標で採点がされ、先般、支援金が交付されているところである。150 億円の予算ということで 29 年度、30 年度と予算額も増えるので、しっかりと予算を獲得していくことが保険者として求められているところである。28 年度は糖尿病重症化予防の取組は最大 40 点の配点となっているが、29 年度

30 年度は更に大きな配点になっていくように先日発表がされている。共済組合、健保組合、共済組合、協会けんぽでは、財政基盤が脆弱ではないので以前国保でも言われていた加算、減算という制度が 30 年度すべての保険者で始まるといった状況になっている。

議題 2「北九州市の現状」

事務局 (参考 4) 国の統計である。糖尿病が強く疑われる方、糖尿病の可能性が否定できない方は、2012 年に少し減少に転じているが、双方あわせると依然多い状況になっている。それに伴って、年々透析の導入患者数が増加しており、2015 年末には 32 万人を超えるまでに至っている。(資料参考の 3) 本市においては増え続ける慢性腎臓病患者への対策として CKD 予防連携システムを構築し運用している。CKD の重症化に伴う人口透析患者の主要の原疾患は国の統計では、43.7%が糖尿病性腎症ということで明らかになっている。

(資料 1) 平成 28 年度の北九州市国保の健診結果から糖尿病の現状を見ているものである。あくまで健診データで診断ではないということで、注をつけて表記をしている。赤囲みをしているが、血糖の値が悪いのに治療につながっていない方、治療をしているのに血糖の値が悪い方、こういったところから重症化する人が出てくるので特に厚めの対策が必要になってくる。平成 20 年度から特定健診の制度が始まり、今年で 10 年目になるが、治療の必要な方が治療につながっている割合、治療中の方のデータの改善等みられている。

(資料 2) 20 年度からの北九州市の改善状況や福岡県での北九州市の位置を示したものである。参考にみていただきたい。

(資料 3) 本市の国民健康保険における人口透析患者数の推移である。新規透析導入患者における糖尿病の有病率は 82.5%。そのうち糖尿病性腎症の診断のついている者は 52.6%となっている。

ここで、糖尿病の実態ということで診療現場から見える実態について構成員にご発言をお願いしたい。

構成員 糖尿病の実態と本日配布した、全国糖尿病臨床医会が糖尿病学会誌に載せた中断に関する論文を参考にしてスライドにしたものでお話ししたい。

現在では世界の糖尿病患者は 4 億人を超えている。特に西太平洋と南東アジア（インド）中国、東南アジアで急速に糖尿病患者が増えているのが実情である。中国論文であるが、中国で糖尿病患者が急速に増えている。国が急に豊かになると急速に糖尿病患者が増えることから、昨年で 1 億人を超えている。日本の糖尿病の 5 年毎の大きな調査では糖尿病患者は確実に増えている。今回 2012 年の調査では境界型が少し減っているが、これは特定健診の成果であると厚労省が言うが、実は同じ年にリーマンショックがあっている。次の 5 年後経済の影響なのか、グルメブームの影響なのかかわかるだろう。この調査で、肥満度が男性は年を追って増えている。普通は BMI22 が標準であり、男性で筋肉質の場合は BMI23 でよいが、上がっている。女性が下がっている要因は若い女性のダイエットブームであり、閉経後の女性はやはり肥満度が増えている。JDBM のデータであるが、2016 年まで測定している。青が 2 型で赤が全体である。糖尿病専門施設からの約 5 万人のデータであるが、平均のヘモグロビン A1c は 7.0%くらいである。対象者については、同じではなく、毎年入れ替えがあり、新しい患者も入っているが、下がってきている。よく見ると DPP 4 阻害薬、SGLT 2 尿糖排泄促進薬が出てきて下がってきているが、現在、少し頭打ちになっている。平均年齢は上がっている。高齢者の糖尿病が新しく増えている。全体でみると 65.5 歳。自院でみると、

昨年の5月のデータであるが、1,070人の患者のうち、60代70代が多く、平均年齢は、ほぼ同じ66.7歳、やはり高齢者が対象者になっている。高齢者が対象になるということは、年齢によって腎機能が落ちてくるが、糖尿病によって腎臓にかかる負荷が出てくる。糖尿病だけでなく、高脂血症の率が50%を超えてきている。高血圧も50%弱。合併率がかかなり高い。これも糖尿病による動脈硬化を発症しやすい背景にはなっている。2型糖尿病だけ940例をみても、高血圧や高脂血症が全く無い、糖尿病だけの方は4分の1であり、高血圧のみが17%、脂質異常症のみは31%で、残りの4分の1以上が両方（高血圧と脂質異常症）を持っている。非常にいろいろな合併症が主に大血管障害を与えやすい状況になっている。自院の千人余りのデータでは、網膜症の率が3割くらいであり、腎症2期（微量アルブミンであるのでまだ腎不全になっていない人も含めている）がやはり3割くらい。末梢神経障害3割。虚血性心疾患はかなり厳しい定義、典型的症状と顕性所見がある、PADを受けたとして1割9%くらい。脳梗塞よりも心疾患のほうが多いが、脳梗塞ではっきり確かめられたもので厳しいものでこれくらい（表中）である。

集団研究であるが、全国糖臨床糖尿病医会は北海道から沖縄まで全国に会員が141名いる。そこで調査したが、通院中の2型糖尿病患者における中断歴である。参加したのが47施設、対象患者が1743例。分析してみると、対象者として中断患者を調べるのは来院がないのでこれは不可能である。現在来院のある患者を対象にして調査している。その方に、過去の中断歴を調査用紙で調査した。中断というのは2つあり、「糖尿病といわれてまだ治療を受けていない、半年以上放置している」のもある意味中断であり、もう一つは「治療開始後の中断」。その2つを調る。施設の影響を受けるので各施設で50例までの登録にしている。対象はやはり60代が一番多く、先ほどの調査結果と同じような対象者である。「糖尿病と言われて半年受診しなかった人」は2割弱くらい。「行き始めたが治療開始後中断し今は来ている」のは2割強いる。その中身を見ると「糖尿病と言われて半年以上行かなかった人」の率は専門職や管理職が優位に多い。運輸通信業はほとんど男性である。男性で、要職にいる人は仕事の代わりがないのでなかなか受診しないということだろうと思う。その他は少ないが、ここは主婦や退職した男性で、優位に少ない。つまり糖尿病と言われたら、すぐに病院に行きやすいのだろう。すぐ行かない人には男性が優位に多い。糖尿病歴には差が無い。最近のヘモグロビンA1cは受診に行っていない人のほうがいいが、解釈が難しいが、心理的調査していないので言えないが、もしかしたら、受診していないので「一生懸命頑張ろう」とモチベーションが上がったのかと想像でしか言えない。糖尿病と診断されたときの年齢は優位に行っていない人の方が低い。若い人のほうが糖尿病といわれてもすぐに病院に行かない。「過去に治療中断したことのある人」は22%くらいだが、男性が優位に多い。最近のヘモグロビンA1cはここでは差がない。腎症の1期は腎症ではない、2期からですであるが、1期からスコアにしてみると中断した者のほうが優位に腎症の進行がある。中断は腎症を起こしやすい状況を作ってしまう。重度の視力障害というのは身障者手帳の1・2級の人だが、ぎりぎり有意差はないが、中断した人に悪い傾向がみられる。末梢神経障害に差は無い。脳血管障害を過去に起こしたことのある人は中断者には少ない。冠動脈疾患では差が無いが、高血圧の合併症がある人には中断者は少ない。脂質異常症がある人も少ない。これはたぶん脳梗塞を起こしたら怖いからやっぱりちゃんと行くということが働くのだと思われる。高血圧や脂質を合併した人は多いが、他の薬も飲む。他の薬があるとやはり中断しにくい。糖尿病の薬だけとかあるいは食事療法だけの人は中断率が上がってくると思う。初診時年齢6歳くらい違う。若い人のほうが中断しやすい。「過去に糖尿病と言われて半年以上行かなかった人」が将来中断する人が優位に高い。最初に「糖尿病と言われて行かなかった人」は要

注意である。多変量解析で解析すると男性が 1.6 倍中断する率が高い。それから若い人のほう中断する率が高い。指摘後、過去に 6 か月以上治療しなかった人が将来中断する率が 1.5 倍高い。そこをかなり注意していないといけなだろうと思う。まとめると、「指摘後 6 か月未治療」は男性が多く働き盛りが多く、専門職、管理職、運輸通信職は気をつけないと行ってくれない。中断の可能性の高い人は男性が多く、初診期年齢が比較的若い 40 台前半の人が多く。高血圧や脂質異常症の併発疾患の薬物治療を受けていない人、過去にこういう経歴のある人は 50%高い人は注意が必要。糖尿病重症化予防するには治療開始を遅らせない。開始したら中断させないというのが合併症に対して大事ということだ。

かかりつけ医 CKD について小倉医師会の健診結果データをまとめてみるとヘモグロビン A1c が 6.0%くらいのところからたんぱく尿が出ている方が 1 割程度いる。eGFR は、地域住民の健診の場合は高血糖が、6.5%以上になると eGFR が上がってくる。よって、「糖尿病だけ eGFR がいいので、たんぱく尿が少し出ているだけどいいか」というのは、すでに手遅れであるということをかかりつけ医にわかっていただくことが重要だと思う。専門医の先生方は重症患者を診療しているので eGFR が下がってきているのが現実であると思うが、かかりつけ医では軽症の場合では、eGFR の値はあまり当てにならないということ、やはりヘモグロビン A1c あるいは空腹時血糖でみて糖尿病の診断を速やかに付けてどのように重症化を止めていくのかということである。

私は糖尿病の患者を診ているが尿中のアルブミンの測定をする。それで、対象者に現状を伝える。そして中断させないようにしていく。自覚症状が何もないので、何かデータを出して患者を引き付けていくしかない。だから努力はしている。この「糖尿病連携手帳」を使って、状況をご自身にわかってもらうしかないのかなと思っている。

歯科医 基本的な質問で申し訳ないが、具体的に糖尿病での通院が開始されたときにどういう周期で治療を持てるのかということ、その費用、治療の内容はどういうことをされるのか伺いたい。

通院を開始して糖尿病の重症化を予防する点で、糖尿病ですよと言われた方が具体的にどのような治療を受けていか。例えば歯周疾患では、定期的に通りの治療をした後、状況に応じて 1 か月 2 か月 3 か月の周期でメンテナンスを行っているが、具体的な糖尿病の治療というのが解らないので。

糖尿病専門医 まず、糖尿病の患者が糖尿病かどうか、可能性のある場合に最初にブドウ糖負荷試験を行い、HbA1c の値の両方で糖尿病の診断をし、患者本人に糖尿病の病気の概略をお話して、看護師が診療内で説明できなかった部分を補足している。そして、看護師が詳しいアンケートを聴取する。アンケートを聴取することが患者にとって糖尿病を教育する意味にもなる。その日あるいは次回の来院時に、次回とは 2 週間後か軽い人は 1 か月後になるが、そこで管理栄養士が食事の指導をしている。

最初は、4 週間程度は重症でない限りは、薬は出さずに経過を見て、それから必要であれば経口薬を出す。あるいは重症の場合は来た時からインスリンを使わないといけない場合もある。場合によっては近くの病院に紹介して教育入院という場合もある。ある程度ヘモグロビン A1c がいい状態にならなくても、下がってくる傾向が見え出したら 1 月に 1 回くらいで薬を増減しながら始めてみて、患者に定期通院させるということが重要で、治療方針が決まったら、2 か月 1 回ということもありますが、とにかく定期的に来所させるということが糖尿病の診療に一番大事なこと。そのためのいろいろな話を主にスタッフ、看護師とか管理栄養士とか受付が指導している。

歯科医 食事療法、運動療法、重症の場合であれば投薬、インスリン注射ということであるが、「中断させないで通

院させる」ということは、私たちの世界では、歯周病と同じである。患者さんのモチベーションを下げさせないで通院させなければ、「縁の切れ目が〇〇」というような感じで問題は同じであると感じた。

かかりつけ医 私は専門医ではなくかかりつけ医であるので、若い人から高齢の方まで病院の近隣の方が受診する。その中に糖尿病の方もいる。糖尿病のみの診療を行っているのではなく、あくまで一般内科医として診療している。中断をされる患者は多い。中断防止については、私は、人によっては将来の健康状態について説明すると半分くらい戻ってくる。そこで変にきれいごとと言わない。

特に特定健診でのeGFRは、これまでの経過を見ずに健診結果のデータのみで下がりか上がりか見なければならぬ。経過を見るためには次回、医院に来させなければいけないというので、本人の来所がない場合は家族に来院を促すようお願いすることがある。3か月後に診療し、結果がいい場合はそれでいいし、必要に応じ3か月後に食事指導し、もう一度来院を促し、「その時悪かったら服薬」と伝える。最初から薬を処方するとまず来院しない。

かかりつけ医 私は循環器内科で腎臓の方も見せていただいているが、どちらかという、当院に来院する患者は糖尿病初診というよりは、冠動脈疾患や脳梗塞で継続診療という形が多いので、途中で血糖異常とか見られたりすると、循環器だと多剤なのでこれをいかに処方していくか、服薬管理もすごく重要なものになっていくので、どのように導入していくか日常悩ましいところである。

糖尿病性腎症についても非常に高齢者になってくると慢性糸球体腎炎とか他に隠れていることもあり、網膜症の有無等があるかどうか重要なポイントになっているので眼科との連携が非常に重要であると思う。眼科に診療情報提供をして、紹介することもあるが、やはり非常に手間がかかるというかできればこういう糖尿病連携手帳と関連して併用できる眼科との連携というかすごく助かるなと感じている。

かかりつけ薬局 薬剤師の立場からだが、私たちは服薬支援ということで、きちんとお薬を飲んでいるかどうか確認します。残薬、お薬を残す問題等のチェックを含めて、そのところをきちんと。

処方薬が出たときはそこを確認する。飲んでいなければ、なぜ飲めないのか、もしかしたら何か思いがあって、もしかしたらわざと飲んでない方もおられるかもしれないので、服薬に関して障壁になるものを探していく。

かかりつけ医 比較的高齢者の方が多い。自分で責任もって受診しなければ、平均寿命はかなり昔より伸びているので自分で自分の体をメンテナンスできないとだめだということを言っている。

口から入ることが一番大事なので歯科との連携というのは非常にいいのだろうと思う。定期的に見ていただく。

それからもう一つは、指導はもちろんするが、体重計に乗せられるかどうか。もちろん太っている方痩せている方おられるが、メタボの方なのか何なのか判断するが、基本的には「体重が増えるとだめだよという方」と「減らさないといけないよという方」がいるわけである。だから体重の管理ということの導入ができれば半分その人は脱落しないだろうなど。自分で体重計に乗るということをさせるということが非常に大切なのかなと自分は思う。

歯科医 ヘモグロビン A1c を 0.4% 改善すると数値として良いほうなのか。ヘモグロビン A1c 7.0% を抜歯の微妙な臆病になる数字というふうに考えているが、ヘモグロビン A1c を 0.4% 下げることができるとすると皆さんにとってはありがたい話なのか。

糖尿病専門医 もちろん、その内容で異なるが、0.4% 下がるということは非常に重要なことである。ヘモグロビン A1c 7.0% にこだわる必要はないし、もともと少しずつでも下がれば患者にとってはメリットがある。先ほどの中断の話にも関係するが、一番は結局、専門医がどうのではなく、かかりつけ医の先生が一番患者を診ているわけであり、一

番中断のためには重要な先生方である。

循環器とか心疾患とか脳梗塞とか起こしている人は、基本は痛い目に遭っているので来院する。だからドロップアウトしない。それよりも健診ではじめて要治療となった人が一番問題になる。健診で要治療となり症状も無い、先ほどの「半年以上受診に行っていない」とか「症状ないから自分はたいしたことないのではないか」と言う人は、私たち専門医のところへ重症化して紹介された時に、未受診理由を聞くと最初に受診した先生が、「あなたこれくらいだったら別に大丈夫」と言われたので「自分は糖尿病ではない」と思っていたと言われる。きっと先生は糖尿病と説明しているはずであるが、結局みんな人間は良い方にとるので、主治医の先生が「糖尿病と言われたことなかった」と普通に言う。だからそこを最初厳しく言う、そこが一番重要なのではないのかなと。症状が無いところで、後々の 0.何%ももちろん重要だが、最初のきっかけとかいうのが問題なのではないのかと思う。

歯科医 まさに歯周病治療と同じである。どのようにモチベーションを低くしないかということ。私の病院では予防的なことを始めて二十数年になるが、二十年毎月通われている方がいる。そのような方たちのモチベーションの上がり方とドロップアウトしてしまう方たちの性格的な問題もいろいろあるし、多くは時間的な問題、お金の問題、精神的な問題、そういったところの問題をどういったふうの一つ一つ剥がしていくか、なかなかドロップアウトを防ぐのは難しいなと思っている。

一般の報告ではあるが、愛媛県の方で、歯科での歯周治療によって慢性症状が改善すると、インスリン抵抗性の 2 型糖尿病でのヘモグロビン A1c が平均 0.4%改善するという報告がされている。歯周病と糖尿病というのは裏表の関係で、「これはどうしても治らないね」という方に簡易型ではあるが、私の歯科医院では簡易血糖を、随時血糖を測っている。「測らせてください」と言う。随時血糖を測ってみると 200 mg/dl を超えている方が結構いる。そういう方は難治性の歯周病になっている。「内科に行きなさい」と「管理しなさい」と、「糖尿病になっていますよ」と指摘される人が月に 1 人位いる。そういった歯科でできることが実はたくさんあるので、ぜひご協力できればいいなと本音のところである。

市の方で予算等を獲得していただければ、歯科でスクリーニングを行った場合に糖尿病の早期発見に繋がると、モチベーションをお互いに上げていくということが可能ではないかなと今回資料を読ませていただいて思った次第である。

事務局 (資料 4) 平成 25 年度に策定した国の健康日本 2 1 を推進するための本市の健康増進計画である健康づくり推進プランの概要図になる。健康づくり推進プランの中においても生活習慣病の予防および重症化予防ということの位置付けで赤囲みしており、本市としても重要であると捉えている。

(資料 5) 平成 27～29 年度までの計画、国保のデータヘルス計画の概要図である。

医療の状況等、分析をして、右に取組のイメージを書いているが、重症化を防ぐためにしっかり短期目標、中長期目標に沿った計画を立てて保健事業を実施しているという内容になっている。

議題 3「検討内容」

事務局 (資料 6) 第 2 回の CKD 予防連携システムの意見交換会の中での情報を元に作成している北九州市における糖尿病重症化予防の現状である。意見を元に作成しているので、違うところがあれば後ほどご意見いた

だければと思っている。国保としても、健康づくりのラインとしても、歯科保健のラインとしても色々重症化予防の取組をしており、また、本日ご参加いただいている団体における取組を掲載している。

(資料 7-1) 国の健康日本 2025 で掲げている糖に関する目標のみを記載しているのでご覧いただきたい。

(資料 7-2) 糖尿病に関する本市の健康づくり推進プランと下段が本市国保データヘルス計画における糖尿病に関する指標である。

(資料 8) 健康づくり推進プランが今年度までの計画となっている。第 2 次健康づくり健康プランの体系ということで、健康づくり懇話会で提示させていただいている資料になる。本市の健康に関する資料等は提示しているが、「データヘルスの推進」ということで次期プランに関しても「データに基づく生活習慣病の予防及び重症化予防の推進」として糖尿病の重症化予防ということを取組としていきたいと思っている。確認していただきたい。

(資料 9) 次期の健康づくり推進プランで評価指標にするための案ということでご提示させていただいた。重症化予防と発症予防をしていくためにということで、あまり大きな目標値の改定ということとは考えていないが、さらに目標値に向けていくためにということで「糖尿病連携手帳を活用した多職種連携」を強化することで計画の指標をしっかりと推進していきたいと考えている。

(資料 10-1) 本日は「糖尿連携手帳」を配布させていただいている。「糖尿病の重症化予防の連携推進に関する取組について」ということで、手帳を使った具体的な推進のあり方について資料 10-1 の方に案をお示している。詳しくは中の方に記載をさせていただいているが、関係各団体と行政の役割について掲載をしている。まず、特定健診を受診していただいて糖尿病に関するデータの蓄積を図るとともに、健診結果から重症化予防の対象者を抽出した後に様々なデータを活用しながら、未受診者の方や中断者の方へアプローチしていくということで、「必要な方を医療機関に繋いでいく」こと、「治療の継続を図る」ということを目指していきたいと思っている。それぞれの立場でしっかり網の目を密にして脱落や中断、未受診を防ぎながら、必要な保健指導につながる体制を構築していきたいと考えている。

この「糖尿病連携手帳」を活用していくにあたり、簡単にわかりやすく連携を図ればということで手帳の表紙にシールを貼ってはどうかと考えている。「糖尿病連携手帳」も第 3 版になっているが、糖尿病の合併症である網膜症と歯周疾患の管理も十分にできるようにということでページも追加されており、本日お集まりの皆様方等と連携をしていきたいと考えている。忙しい診療の合間で、どの機関を受診しているかがページをめくってみないとわからないという現状があり、それなら表紙に歯科や眼科、保健指導を受けたということが一目でわかるように、受けた月を本人に○を付けてもらうという仕組みを啓発していければなと考えている。市内の中にたくさん糖尿病の方がおられるが数の把握、評価をしていくために国民健康保険の特定健診の受診者からと考えている。

(資料 11) 「糖尿病連携手帳」の配布が必要な方の概数を示している。「糖尿病連携手帳」に関しては、受診をして、診断をする「かかりつけ医の配布」というのが主になってくると思うが、必要時かかりつけの薬局やできれば歯科とか、未受診の方や中断者の方を医療に繋ぐという視点から行政からの配布も必要になるのかなと考えている。こちらに貼っているシールに関しては、行政で必要数準備を思っており、患者は「お薬手帳」や眼科で配布のある「眼手帳」など複数種類お持ちである。前回の会議で、カバーによる包装というご意見もあったが、包んでみたら「なかなか開かない」、「シールに書けない」等様々なデメリットもあるので、事務局案としては、リングで繋いでほしいと思っている。リングはシールとともに配布してはどうかと考えている。

本市としては次の健康プランの重要な目標として、この糖尿病の重症化予防をやっていくというところ、それから重症化予防のために中断される方をどう防いでいくのか、それから市民の方に普及をしないと意味がないということで簡単なもので簡易なツールがないのか、こういったシールを貼って多職種連携を進めていくにあたっては、必要な方が手帳を持っていただくというのが前提になるので、この手帳の普及の部分について、こういった場所からどういうふうな配布がいいのか、様々な立場の関係団体の先生の方からご提案、ご意見、「わたくしどもの団体ではこういったことができる」ということがありましたらご意見いただければなと思っています。

糖尿病専門医 「糖尿病連携手帳」を持っていない人が多い。

かかりつけ医のところで配布できる環境が整っているのかどうか。

かかりつけ医 この「糖尿病連携手帳」は、医師会の研修会の時に配布した時は医師会が使うということで薬剤メーカーより無料で配布されたが、行政が入手できるのか。また、個人の医療機関が各薬剤メーカーに連絡して配布を受けるのか、または医師会や区医師会として受領し各医院に配るのか。シールはいい案だが、貼ってある形か医療機関で貼る形で用意するのか今後検討していただきたい。

糖尿病専門医 各医療機関内科と限らず眼科も歯科でも提携している薬剤メーカーに言えば準備できる。この上に貼るのは記憶では許可を取ったと聞いている。問題ない。

私の医院では継続的に全員渡しているが、歯科に持参していない人が結構いる。当院に受診するときだけ持参している人がいるので、積極的にスタッフは各科に持っていき時に持って行きなさいとお伝えしている。この手帳は継続的にかかりつけ医、主に内科が渡すことになるが、内科を受診していない人もいるので、「糖尿病連携手帳」歯科から歯科の所見を書いて、「内科の先生に書いてもらって」と渡すこともあっていいと思う。どの職種から渡しても問題ない。保健指導からでも「また内科に行って書いてもらいなさい」と言ってもいいと思う。この「糖尿病連携手帳」を大いに活用して職種間連携とか、行政と開業医との間の連携を作るのであれば、どこで最初に渡してもいいのだろうと思う。

事務局 この仕組みが回るための一つのポイントとしては必要な人に持っていただくということがある。一つ提案であるが、いろんな関係機関で配布できるものなのであれば、一つは配布を広めていく。本日関係者が集まっているので、そういったことが可能なかどうか。それと、ある程度この手帳の配布が普及してきたら、この「糖尿病連携手帳」に貼るシールについては患者さん自身が○を付けて持参しないといけないので、先生方から働きかけをしていただかなければいけないものになると思う。

歯科医 糖尿病専門医にかかられている患者はほとんど持ってくる。糖尿病があるのだったら「お薬手帳」と一緒に「糖尿病連携手帳」を持ってきてくれと声掛けしている。「糖尿病連携手帳」が第2版までは歯科部分は1行程度であったが、新しい3版になって、書き易くなってきて、早めに3版に替えていただけたらうれしい。現在は一般の開業医の先生からの手帳持参は非常に少ない。

かかりつけ医 一番普及しているのはやはり「お薬手帳」である。ほぼ日本中に広まっている。以前、薬局のシステムに乗せていただいて、薬局で「糖尿病連携手帳」を持っているか患者に声を掛けていただいて、それができると広がると思うのだが。

糖尿病専門医 確かに患者さんは「お薬手帳」を持ってきているし、「高血圧手帳」を持ってくる。「糖尿病連携手帳」も当院では忘れたという人は少ないくらいで、皆さん3・4冊持っている。それが病院に係る覚悟になっている。

「お薬手帳」をほとんどが持っているのだったら、「糖尿病連携手帳」を薬局から配布するという手もある。薬局であれば薬剤メーカーからの納品があると思う。

かかりつけ薬局 「お薬手帳」は東北の大震災をきっかけにかなり普及している。最近言われているものに「電子版お薬手帳」がある。そのようなシステムも出てきているので、紙の手帳の形での運用がいつまでできるかというのが私達にもこれわからないことも多いが、そこを含めた上で、今の現況で今の紙手帳が有効なツールであるというのが皆様からご理解いただいて、わたくし共も一所懸命やっている甲斐があるなと思っている。これからはたしてデジタル化されたときにスマホとこの手帳というのこれから先あるのかなと思っている。

かかりつけ医 ICT 化は難しいのではないかと。まず医者側が紙カルテの人は書き換えてスマホ対応できないということ。自治体が大きくなればなるほどICTは難しくなる。年間維持費だけで数千万。システムの運用管理費も毎年出している。そこまでしないとできていないし、それでも乗れないという医療機関も結構ある。今の若い世代が年を取ったときはできるが10年20年以内にはかなり難しいのかなと思うが国は推進している。

事務局 行政としては、まず、最初の目的を達成するために、職種の連携や患者さんが手帳を関係科へ持っていく文化というか、そういうものを根付かせていきたいと思っている。電子手帳ができるまでに、活用意識の醸成についてご協力いただければと思っている。確かに電子手帳の課題はある。

管理栄養士 栄養指導している時の印象であるが、専門医から紹介された患者は糖尿病連携手帳を持っているが、かかりつけ医から紹介された患者は持っていない印象である。所持していても持参されない患者も中にはいる。栄養士が持っておいて、配布を受けていない患者に説明し配布することは可能かなと思っている。

看護師 看護師については、「糖尿病の手帳」の認識が専門医のところではあるものと思うが、看護協会も様々な、いろんな背景施設の人がいるので、「持っているという認識をしていく」ことによって活用できるとかそのような形の中で声掛けとかしていくこととかもご協力できていくのかなと考える。

ただ、スタッフへの糖尿病手帳の使い方について説明は必要。利用されると手帳が厚くなったりするのでその辺のところをもっと整理されると使い易くなったりすると思う。

CDE の会 私は患者さんに「糖尿病連携手帳」の説明をするときに「糖尿病手帳でなくて連携の手帳なんだよ」と言って渡している。内科だけではなく、他科に行ったら必ず手帳を出して「今こんな検査をしています、今こういう状況の段階です」ということを言ってくださいと伝えている。

初診の患者で「糖尿病連携手帳」を持っている方がいたが、以前は大学病院で管理されており手帳を活用されていたが、転居後、かかりつけ医に転院後は記載されておらず、血液検査もされていなかった。そういうところでもやはり「糖尿病手帳」を出していただいて、最近検査してなかったら、患者本人からでも検査の実施について医療機関へ相談されてはと思ったところである。

歯科医 八幡歯科医師会では力を入れてきたので歯科医の日糖協の会員は伸びてきている。他の区は進めてもらいたい。八幡歯科医師会は薬剤師会と連携について相談、検討している。

歯科医 私の区では「糖尿病連携手帳」を持ってこられる方は現実にはいない。こちらの方から指摘して、見せていただくということはあるが、「お薬手帳」も持って来られない方が多い。「持ってきてください」というと3冊、4冊持ってきて。「糖尿病です。ではどのくらいの数字ですか」と聞くと「知りません」という方が圧倒的に多いと私は感じている。遅れているのかもしれないが、現実である。北九州市の歯科医として、お作りしている、「糖尿病といわれたら歯科医さんに

もかかりましょう」リーフレットは各医院の方で配っていただきたいし、非常にありがたいと思うのは「糖尿病連携手帳」にシールを貼っていただいて歯科と書いていただくというのが、患者さんにとって「歯医者も関係あるのか」となる。歯科において全身症状について患者に質問すると怒られていた「歯を治しに来た」と。そのあたりも含めて連携が取ればなと思うので、市としてできる「ポスターを作る」、「講演会を開く」、「糖尿病の手帳、お薬手帳、高血圧手帳を歯科受診の際には持参してくださいね」というのを周知する」のは明日にでもできることだと思う。

かかりつけ医 糖尿病専門医がない区がある。機関病院と開業医の連携自体が糖尿病において、システムとしてできていないので今後変えなければいけないなと思っている。

糖尿病専門医 やはり手帳をいろんな他の分野から渡して「書いてもらいなさいよ」ということで、現在配布していない医療機関にも周知できる。

歯科と内科の連携で、私は去年、1年前から歯周病の調査、全国臨床糖尿病医会として調査を始めた。その先生方と糖尿病をやっている者との連携ができてきて、その歯科から「糖尿病の患者がいるがどうしたらいいか」という問い合わせが入るようになって。やはりどちらから労を惜しまずに手を出していくというのが大事だろうと。お互いの連携を作るためには、連携の方式を作るよりも労をいとわず、どんどんどこからでもいいので、どの職種からでも情報の発信が必要だろうと思う。

CDEの会 先ほど、国保の65歳以上が多いということであったが、年金生活者には金銭的な負担もある。そういう方の優先順位をどういう風につけたらいいかと思っている。「ちょっと歯科をお休みして眼科に言ったら」などは勝手に言えないので。もしこの手帳でチェックがあれば、「そろそろ眼科にもいったらどうか」と歯科から言っていただければいいかなと思った次第である。

事務局 「糖尿病連携手帳」の活用の状況や関係多職種の連携の状況については、資料12に案を示しているが、かかりつけ医や歯科、眼科等の定点調査等により把握していきたいと考えている。

実施に当たってはハードルもいろいろあるかと思いますが、いただいたご意見をさらに事務局の方で案をブラッシュアップして検討してご報告させていただきたい。

次回は1月を予定。

閉会