

第3回 長野県保健医療計画策定ワーキンググループ会議
(生活習慣病等対策・歯科・医薬WG) (要旨)

- 1 日 時 令和5年8月28日(月)午後5時～
- 2 場 所 長野県庁西庁舎1階 111号会議室
(Web会議併用)
- 3 出席者 上條祐司構成員(オンライン)、駒津光久構成員(オンライン)、
齋藤彦次郎構成員(オンライン)、清水昭構成員(オンライン)、
内藤隆文構成員(オンライン)、野邑敏夫構成員(オンライン)、
林みどり構成員(オンライン)、丸山和敏構成員
- 4 議事録(要旨)

【会議事項】

(1)分野ごとの検討について

①糖尿病対策

丸山座長

丸山です。皆様方、御出席いただきありがとうございます。

それでは、会議事項1分野ごとの検討についてです。本日は次第に記載されている順番で、各分野の計画本文等の内容について皆様と検討したいと思います。

初めに、①糖尿病対策です。

こちらについては、次第に記載の検討事項として3点挙げられております。

まず1点目、ロジックモデルと計画本文案について、事務局から説明をお願いします。

(米澤保健・疾病対策課がん・疾病対策係長、資料1により説明)

丸山座長

ありがとうございました。ここからはロジックモデルに沿って検討を進めたいと思います。

構成員の皆様にはロジックモデルの内容、それに対応している計画本文の書きぶりや指標の目標値など、御意見をお願いしたいと思います。

まず、ロジックモデルの分野アウトカム及び中間アウトカム①について何か御意見をいただければと思います。よろしくをお願いします。

清水構成員

資料1-3の7ページの施策の展開2「県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組」に、市町村等と連携し、保健指導が受けられる体制を整えますとありますが、ここの体制整備は必要であることは確かですが、各保険者において相当苦勞をしているのは、対象者に保健指導を積極的に受けたいという意思が低く、むしろ回避したいという意向が強いことにあります。また健診を受けることをPRするCMなど少なからずあるわけですが、特定保健指導のPRは現状では目立たないので、体制を整えるとともに、対象となった人自身が積極的に保健指導を受け入れるような啓発に取り組むというニューア

ンス、展開の方針も加えていただけたらどうかと考えます。

丸山座長

ありがとうございます。事務局から何かございますか。

田上健康増進課長

清水構成員、御意見ありがとうございます。特定健診の普及啓発につきましては、健康増進計画の健康づくりの章がございますので、そちらの施策展開で書かせていただこうと思っております。その健康づくりの章と平仄を取りながら文章の記載の検討をさせていただきます。

清水構成員

ありがとうございました。おっしゃるとおり、血圧や脂質に関しても全く同じことが言えるかと思えます。特定保健指導の全般のところでも取り上げていただければ結構でございます。大変ありがとうございました。

田上健康増進課長

ありがとうございます。

丸山座長

それ以外には何かございますか。

齋藤代理構成員

資料1-3の7ページの4「糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組」に、医師、薬剤師、看護師等とありますが、今、糖尿病連携ということで歯科医師も重点的にやっていますので加えていただけるとありがたいと思います。

丸山座長

多職種連携が本当に大事になっておりますし、加えるということによろしいですね。他になにかございますか。

上條構成員

ロジックモデル案を見ていますと、目標と個別施策が遠いものがあり、やはりその間の指標などが必要ではないでしょうか。

また、アウトカム指標として本当に適切かという評価がなされるといいと思いました。

加えて、実現可能性という観点で、その指標がしっかり計測できるものなのかという検証も必要と感じたところです。

丸山座長

ありがとうございます。たたき台という形で今回検討させていただき、次回WGにて、今回を含め今までいただいた御意見を組み入れたものを事務局からご提案いたします。

他には何かございますか。

駒津構成員

資料1-4の【急性合併症・専門的治療】の4の8「1型糖尿病の専門的治療を受けられる体制の整備」に指標がないとありますが、ポンプ治療（持続注入ポンプ）を行っている施設数が、おそらく1型

糖尿病の専門的治療を行っているところになると思われます。それを参考にしてはいかがでしょうか。

丸山座長

ありがとうございます。事務局は御検討ください。

続きまして、ロジックモデルの予防の区分の中間アウトカム②と個別施策、それに対応する計画本文の内容について御意見はありますか。事務局、何かありますか。

田上健康増進課長

個別施策の指標の信州ACEプロジェクト推進ネットワークに関しまして、資料1-3の7ページの施策の展開1「県民が糖尿病（略）」のところに説明を加えております。

県が取り組んでおります健康づくり県民運動信州ACEプロジェクトに参画してくださっている関係団体、市町村、企業等で構築されているネットワークのことを指します。

また、中間アウトカムで糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合を示させていただいて、追加でメタボリックシンドロームの割合もと御意見をいただきました。メタボリックシンドロームに関しましては、健康づくりの章に生活習慣病の項目、章がありますので、そちらの指標にしております。

また、特定健診の受診率と特定保健指導の実施率というものが、特定保健指導の実施率は初期・安定期治療に入れるとよいのではないかと御意見もいただいております。両方正解だと思っております。

まず、本当に根本的に糖尿病にならないようにするための指導もありますし、早期発見のために特定保健指導を受けるということもあり、どちらでもよいかと思っております。健康増進計画の市町村や構成員などの意見を聞いたところ、やはり特定健診と特定保健指導はセットで実施・普及させていくことを考えているということで、県民にもセットで考えてほしいという思いがあるということでした。

ですから、中間成果②の予防のところ特定健診と特定保健指導の実施率を並べさせていただいております。

丸山座長

ありがとうございます。予防の中間アウトカムについて何か御意見よろしいですか。

それでは次に、初期・安定期治療の区分の中間アウトカム②、個別施策、計画本文の内容について御意見ありますか。

ないようですので、先に進めますが、途中でまた御意見がありましたら御発言をお願いします。

続きまして、ロジックモデルの急性合併症・専門的治療、及び他疾患治療のための入院中の患者の血糖管理を行う体制の区分中間アウトカム②、個別施策、計画本文の内容について御意見をいただきたいと思ひます。

上條構成員

計画のたたき台については、かなり改定すべきと思ひっており、それに合わせて本文も変える必要があると思ひています。それが多岐にわたり、実際にその後どのように修正がなされるのか、根本的にロジックモデルの骨組みを少し変えるところまでの意見がどのように反映されるのか分からないので、意見を言うのが難しいです。

丸山座長

ありがとうございます。次に、ロジックモデルの慢性合併症の区分の中間アウトカム②、個別施策、計画本文の内容について御意見ををお願いします。

無いようですので、続きまして、ロジックモデルの地域や職域と連携する機能の区分個別施策、計画本文の内容について御意見をいただきたいと思ひます。

事務局

事前にいただいております意見の資料1－4の職域等の連携のところ、清水構成員、上條構成員から御意見をいただいておりますが、ここは県の機関内で少し調整が必要であり、どういった指標を設定するか検討しておりますので、今後整理ができたところで先生方に見ていただければと思っております。

駒津構成員

このロジックモデルの地域や職域との連携する機能のところ、就労支援がいろいろ書いてありますが、その中間アウトカムで「糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている」とありますが、現在の糖尿病学会などで、スティグマとアドボカシーという2つの言葉がキーワードになってこれに関して語られています。ここで具体的なことを言うのは割愛しますが、スティグマとアドボカシーをお調べいただいて、それを入れた文言を作られた方がいいと思います。

丸山座長

ありがとうございました。

続いて、ロジックモデルの記載と対応していない計画本文の内容について御意見いただきたいと思えます。

糖尿の医療体制について、及び計画本文に記載するコラムの案について、御意見いただきたいと思えます。11ページ記載のコラム案に追加などございますか。

上條構成員

このコラムとはそもそも何でしょうか。

事務局

参考資料1の現行計画を御覧ください。388ページに「糖尿病治療における多職種連携」のコラムがありますが、基本的には計画の本文の中に書き切れない細かい内容や取組等の記載を分かりやすくするというのでコラムというものを採用しております。現在考えています計画本文もここまで細かくは多職種連携について書いていませんので、現行計画の内容を時点修正することがよいのではないかと考えているところです。同様に現行計画の390ページ、394ページにコラムが載っています。次期計画についても、コラムの項目は現行計画を踏襲し、中身を時点修正するという案となっております。

駒津構成員

このコラムですが、今回また新しくテーマを考えるということによろしいですか。

事務局

テーマは同じものを考えており、その中身を時点修正したいと考えております。

駒津構成員

それでもいいと思いますが、流れ的にコラムとしてふさわしいトピックスがあるように思います。

事務局

この場で御意見いただければ、コラムとして採用できるか検討させていただきます。

駒津構成員

先ほども言ったように、今の世の中、スティグマとアドボカシーが糖尿病のキーワードになっていますので、そのコラムを書いて分かっていただくことが大事かと思えます。現時点で多職種連携は当たり

前になっていますので、それを書くよりも、スティグマとアドボカシーの解説、考え方がよいかと思いました。

丸山座長

ありがとうございます。それを踏まえてまた検討させていただきます。

上條構成員

これは世間で話題になっていることをコラムとして記載したということと思いますが、糖尿病対策として県がどのように考え、対策をしているのかというものもよいかと思います。実際に県としてそれを推進するように取組をしているのであれば、それを紹介すべきだと思います。もしそういった取組がないのであれば、それを推進するための今後の抱負などが、県の計画としては妥当ではと思います。

例えば糖尿性腎症重症で送るのも各地域でやっているとは言いますが、実際何をやっているのか、進捗しているのか、どうしても疑問に思ってしまう。糖尿性腎症の重症で送る側にしてもまだまだ不十分だと思いますので、実際に県が前向きに、どのように取り組んでいるのか、その姿勢を示していただきたいと思います。

丸山座長

ありがとうございました。

駒津構成員

確か現行計画では、コラムは県ではなく、委員が専門のワードを解説するみたいなコーナーだったかと思いますが。

事務局

コラムについて補足ですが、先生方をお願いして書いていただくところと、県側として書くもの両方ございます。お書きいただくかどうか整理できておりませんが、本日は書くべき項目の洗い出しをするという観点で見いただければと思います。

丸山座長

本日は、コラムの項目として何かあればということですが、これ以上の御意見はないようですので、次に、糖尿病の医療に関する機能別医療機関の一覧について、事務局から説明をお願いします。

(米澤保健・疾病対策課がん・疾病対策係長、資料1により説明)

丸山座長

ただいま事務局の説明がありました、機能別医療機関の一覧に関する変更内容等について何かございますか。要件の変更等ですが、御意見を聞かせてください。

駒津先生、糖尿病の医療体制は非常に難しい問題がありますし、患者さんを網羅しなければならないのですが、今の要件について率直な御意見ございますか。

駒津構成員

現時点ではございません。

丸山座長

ありがとうございます。

上條構成員

この急性合併症のところは糖尿病専門医がいるだけでは駄目ということですか。

事務局

そういう案もいかがでしょうか。本日お出しした案がよいのか、現行の計画の方がいいのかというところで悩んでおります。御意見いただければと思います。

上條構成員

例えば、糖尿病専門医はいるけれど、2、3、4の要件を満たさないというケースもあるのでしょうか。そういうケースは余りないと思いますが。

駒津構成員

専門的常勤医が在籍し、かつ②糖尿病療養指導士（CDE J）が在籍すること、③糖尿病看護認定看護師が在籍すること、④日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること、とありますが、この④は患者会等が消失しているので、専門の中に入れるのは厳しいと思います。

それから、②はいいと思いますが、③、④は厳密に読むとハードルが高いと思います。

上條構成員

①専門医はいるけれども、②常勤の糖尿病療養指導士がいないという施設はないということでしょうか。

駒津構成員

②がいなければ専門的な治療している施設はないと思います。

もう一つは、地域糖尿病療養指導士（LCDE）を②へ加えるというのもいいと思います。

③、④は想像するに、ハードルが高過ぎるのではと思います。

上條構成員

②、③、④いずれかに該当するというところでよろしいですか。

駒津構成員

そうですね。

上條構成員

糖尿病専門医は必ずいて、そこにプラスして、②又は③又は④の内容。

駒津構成員

それであればいいと思います。その際に、CDE Jだけでなく、LCDEも入れておいていただきたいと思います。

上條構成員

気になったのは、糖尿病専門医はいるが、②、③、④がいないという施設はこのリストから外れることとなりますが、それは大丈夫ですか。

駒津構成員

LCDEを入れていただければ、まず大丈夫だと思います。

上條構成員

分かりました。

駒津構成員

専門医がいてLがないところはまずあり得ないと思います。

丸山座長

御議論ありがとうございます。それでは今の話を踏まえて検討させていただきます。
ほかに変更内容について御意見等はございますか。

上條構成員

この慢性合併症治療のところは、透析施設を持っている医療機関は全部載るということ、とりあえず維持透析できれば、それが全てリストに載ってくるということによろしいですか。

事務局

それで問題ございません。

上條構成員

分かりました。

駒津構成員

この慢性合併症という言葉ですが、目と腎臓があるという意味合いのようですが、別にそこに載っていないからといって慢性合併症の患者さんが通うべきではないと、そういうこととは違いますよね。

丸山座長

そのとおりです。

駒津構成員

要するに慢性合併症治療ができるようなこういう要件を持った施設を増やしましょうと、そういうことですか。

事務局

増やすというよりは、そういったものが県内にこれだけありますよと示すものになっています。

駒津構成員

分かりました。

でしたら、これは慢性ではなく、重症などでもよろしいのではないのでしょうか。慢性合併症といっても、眼科は標榜せず、外の眼科の先生が診ているところもあると思いますし、透析がないと難しいのですが、CKD、DKC、慢性腎臓病の人を診ているというところは非常に多いと思いますので、重症とつけてもいいと思います。

上條構成員

今ずっと違和感を抱いてるのは、例えば重症の慢性合併症の治療、重症化予防を行う機能というのが、

例えば1透析施設の維持透析クリニックですよね。透析だけをやっている、そういったクリニックとか結構ありますが、そういったところがこれに該当するのかなと思うと、それはどうだろうかと思います。例えば、透析になっていることを重症と捉えればそうですが、それ以外にも様々な合併症が起きてくると思うので、もしこれを誤解なくやるのであれば、本当に糖尿病性末期、糖尿性腎臓病の透析治療ができる施設、糖尿病性網膜症の治療ができる施設という、全く誤解はないと思いますが、慢性合併症発症予防、治療、重症化予防を行う機能という非常に広がってしまう気もしますので、例えば慢性合併症の中で非常に強い合併症というやっぱり心臓、血管病などになりますので、それを言われているのでしょうか。生命の危機を予測するような重症化した人の治療する施設が挙げられていなくて、ただ維持透析を行っている施設がこれに挙げられてくるというのは違和感を感じる場所です。

駒津構成員

確かに。

上條構成員

どのようなリストを作りたいかによります。透析治療ができる施設のリストや、糖尿性網膜症の治療を行えるリストということでしたら問題ありませんが。

宮島保健・疾病対策課長

今、7次計画では、専門的治療が行えて、なおかつ人工透析の施設を有している、あるいは眼科を標榜しているということで、地域の若干基幹的な機能を持つ医療機関を掲載させていただいております。8次計画でも同様に専門的治療が行え、なおかつ人工透析の装置を有している、あるいは眼科を標榜している医療機関ということで検討しております。そもそもこの考え方が余り正しくないのかどうかというところを教えていただければと思います。

上條構成員

左記に該当し、ということは、例えば糖尿病専門医がいないと、これは全て外れてしまうということですか。

宮島保健・疾病対策課長

今の段階ではそうなります。

上條構成員

そうしますと、基幹病院であっても、必ずしも糖尿病の専門医がいるわけではないように思いますが。

駒津構成員

大きい病院はいますが、いないところも多いです。

宮島保健・疾病対策課長

参考資料3を御覧ください。人工透析の施設、装置を有していることということで、例えばですが、佐久の県域ですと、こもろ医療センター、佐久総合病院、佐久医療センター、浅間総合病院、小海分院、軽井沢病院といったようなところを機能として掲載させていただいております。

駒津構成員

これで右側があるところということですか。

事務局

そうです。そのような整理をさせていただいておりますが、それについて御指導いただければと思います。

駒津構成員

そういう定義を決めて、その数がどのくらいだというならば、約束事に従って調べるというのは別にいいと思います。この7次計画の表に、常勤の糖尿病専門医がいるという縛りをかけると、これは結構減ると思います。

宮島保健・疾病対策課長

減っても問題ないのか、その辺りはいかがでしょうか。

駒津構成員

全国的にどういう基準で数を調べたりとかはないということですか。

宮島保健・疾病対策課長

参考資料2ですが、糖尿病の医療体制構築に係る指針というのが出ておりまして、7ページ(5)慢性合併症の発症予防、治療、重症化予防を行う機能の②に医療機関に求められる事項が5項目ありまして、ここを基に各県で医療機能を少しずつ独自にアレンジして決めているところです。

駒津構成員

結論的には各県独自でいろいろ基準を決めていいということですね。

宮島保健・疾病対策課長

はい、そうです。

駒津構成員

であれば県がどちらかに決めていただければいいですが、専門医要件をかけると、今までとの比較が難しいと思いました。

我々の立場では、専門医を増やさなければならないという一般論は変わっていませんので、そこは我々の努力目標でやりますが、ここはどちらか明記していただければいいと思います。一般の人がこれを見て、病院を選ぶといったことを決める資料ではありませんよね。

宮島保健・疾病対策課長

はい、そうですね。

駒津構成員

であればどちらでもいいと思います。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。では、検討させていただきます。

丸山座長

先生のおっしゃるとおりで、糖尿病の専門医をもっと増やす必要があると言えばそういう手法で厳しい条件になりますし、一方で、しっかり診ているという要件になれば少し緩い話になりますので、検

討させていただきます。

貴重な御意見ありがとうございました。

機能別医療機関について何か御意見ございますか。

上條構成員

この新しくできた「予防」と「連携」のところですが、これは全医療機関が該当するということですか。

事務局

そうですね、そういう表になります。

丸山座長

ほかには何かございますか。

上條構成員

例えば「予防」で、糖尿病を予防する機能というのは、病院または診療所となっていますが、眼科や整形外科などいろいろあるかと思いますが、内科に限らずそういったところも全て入るということでしょうか。

事務局

その定義になります。

上條構成員

糖尿病診療をそもそもやっていないということはないかもしれませんが、メインではないところも結構あるかと思いますが、どうお考えですか。

事務局

非常に先生の御意向も分かるところですが、参考資料2の国の指針5ページ目のところに、③関係者の例というのがありますが、ここに国から示された内容で、予防の分野は病院または診療所という記載がありまして、このあたりを参考に考えているところです。

丸山座長

国から指針出ているとはいえ、県独自の話となりますので、これでは問題があるということであれば、また御意見いただければと思います。

それでは機能別医療機関の一覧表作成について、先ほどの話等を反映しながら、事務局に作成いただきますので、御承知いただければと思います。

それでは、次の検討事項に入りたいと思います。

糖尿病に関する二次医療圏医療圏相互の連携体制について、事務局から説明をお願いします。

(米澤保健・疾病対策課がん・疾病対策係長、資料1により説明)

丸山座長

ありがとうございました。今事務局のお話がありました相互連携について意見をいただければと思います。

駒津構成員

これは本当にやむを得ないと思います。木曾と大北は常勤医がいないので、将来そこにいるような状態にしたいと思っています。非常勤では複数の曜日で外来をやっておりますから、必ずしもそこで専門的な治療が受けられないという意味ではありませんが、現状どうしようもないのではないかと思います。

丸山座長

ありがとうございます。ほかに何か御意見ございますか。

上條構成員

この連携というのは、連携するようになると何か指示が出ているのでしょうか。自然とそうなっているという印象ですが。県として何か定めがあるのでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

この連携体制につきましては、この医療計画の策定会議におきまして10圏域で医療圏を構成しつつ、その中で不足のある部分については、相互で連携していきましようというような、糖尿病についてというよりは各分野についての連携ということが今回キーワードとなっております。その中で糖尿病というのもやはり大事な大きな柱になっておりますので、この中でそれぞれの圏域の方がしっかりと治療にアクセスできるというものを、今ちょうど表でお示ししております連携体制の中に載せることで、安全に医療ができますというようなところを示すというものでございまして、決めなければいけないというよりは、むしろ連携ができることによって医療にアクセスできない人がいないような計画を県で考えますという意図でございます。

上條構成員

県として何かアクションをしているのでしょうか。

事務局

こちらの表に基づきまして、医療政策課で補助メニューを用意しております。

こちらの中で、がんや脳卒中など、そういったところに黒い四角のマークがついている部分がございます。こちらが、例えば木曾、大北であればいろいろな分野で四角がついていますが、ここが医療資源の弱い部分ということで、データに基づいて県で指定をさせていただきますと、この弱い部分を強化する取組を補助で支援してございます。医療資源が弱いところには機器整備等の支援をしつつ、またこの中で例えば木曾ですと、黒四角で松本とありますが、この松本地域で木曾地域の脳卒中やがん治療などを支援する医療機関を強化する補助金も用意してございます。疾病ごとに弱い地域をデータに基づき、分析し、そこに補助をしていくという形で取組をしております。

上條構成員

分かりました。

丸山座長

医療圏の話も、実は相澤先生からいろいろ出まして、やはり医療圏の見直しが必要ではないかという話がありましたが、図らずも長野県では、それぞれの連携が自然に行われていたため、医療圏の見直しはできないという結論になりまして、その代わり連携強化をと、県で認識されているようですので、御理解いただければと思います。

事務局には、本日のいろいろなご意見を踏まえて、次回のワーキンググループ会議に向けてまとめていただきたいと思います。

糖尿病に関して、全体として何かございますか。

よろしいようですので、糖尿病対策の検討についてはこれで終了いたします。

ここで、次の検討に入る前に、10分間休憩といたします。35分に開始したいと思っておりますので、よろしくをお願いします。

(休 憩)

(再 開)

②CKD対策

丸山座長

それでは、休憩前に続きまして、CKD対策について事務局から計画本文案の説明をお願いします。

(米澤保健・疾病対策課がん・疾病対策係長、資料2により説明)

丸山座長

ただいま事務局から説明ありました。CKD対策について何か御意見等をいただければと思います。

上條構成員

いいと思いますが、今の腎臓病協会や、今回の現状などについては、例えば透析のことだけは書いてはありますけども、国でも問題視しているのは、腎代替療法の選択の問題で、例えば末期腎不全になると、血液透析という状況になっていますが、腹膜透析や腎移植などが適切な人には、しっかりと説明を行い、移植が適用になる人は移植をという大きな取組が今話題になっており、腎代替療法説明で保険点数が取れ、実際行われているという現状があります。

ですので、例えば施策の展開のところで、腎移植に対する理解の啓発とその推進などが入ってもいいのではと思いました。

長野県の現状としては、やはり全国的な傾向と同様、血液透析という人がほとんどという状態とは思っています。

CKDは予防ができれば一番いいのですが、なってしまった人に対して、県としても移植医療の拡充、推進していくというのも一つかと思いました。

コラムなどで「腎代替療法選択」に触れてもいいと思います。

丸山座長

ありがとうございました。では、コラムか、本文か検討させてください。

確かに、先生のおっしゃるとおり、選択肢はあるといいと思います。

ほかには何か御意見はございますか。

医師会ではどうでしょうか。CKD対策含め、野邑先生、意見等はございますか。

野邑構成員

計画本文案を見て、このとおりでいいと思いますが、腹膜透析について、最近聞かなくなり、どの程度問題視されているのか気になるところはございますが、一応、透析はこれでいいと思います。

上條構成員

数値目標で、県の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った取組の実施市町村数がありますが、CKDにおいて糖尿病性腎症は第一に対応すべき疾患ではありますが、それだけが問題ではありません。

現在、腎硬化症が増加している状況もあります。CKDの重症化予防プログラムに沿った取組の実施市町村数が、現状はほとんどありません。実際、CKD対策として取り組んでいるのは、松本、佐久、飯田くらいではないでしょうか。ですので、それを増やすという数値目標はいかがかと思えます。つまり糖尿病性腎症重症化予防だけではなく、CKDとして重症化予防を考え、実際に行っている市町村数が増えてくれるとありがたいと思っていますところですよ。

今後CKD対策について、県、そして医師会と相談し、今後その対策を打っていこうという最中ですので、ぜひそういった指標があるとよいかと思いました。

丸山座長

腎硬化症は、私も高齢者の方を診ていると多いと感じています。それでは、今の話を踏まえて事務局検討してください。

CKD全般に対して何かございますか。

清水構成員

確認ですが、1ページ目の図1ですが、医療計画の出来上がりのときに掲載されるのでしょうか。それとも今回の資料限りなののでしょうか。というのは、この図を見ると、全国と長野が同じ図に載っていて、印象とすると長野は右肩上がりですが、少ないという印象を受けるわけですけれども、この図は何を表そうとしているのか、要は右と左の単位の設定基準は、どうしてこの形になっているのか教えてください。

丸山座長

事務局、説明をお願いします。

事務局

現段階では推移を表したくて記載したところですが、御意見いただきましたとおり、こういう目盛りの振り方が正しいのかというところまで検討できておりません。また、このグラフの部分もこういったグラフが入るという想定ですので、いただきました御意見を踏まえて、分かりやすい記載やこちらの意図を表せる記載を考えたいと思います。御意見ありがとうございます。

清水構成員

お願いいたします。ありがとうございました。

丸山座長

ありがとうございます。

上條構成員

補足ですが、県によって透析導入者数の推移は異なってきています。長野県は他県に比べると、比較的透析患者数の導入は抑えられている状況ではあります。県によって、この辺りはかなりバラつきが大きく、本来数だけでなく、年齢調整した透析導入数など、そういったものもあるので、各県を比較するにはいいかと思えます。

また、特定健診受診率が高い県の方は透析導入率が抑えられるという事実はあります。県によってやはり様々ではあります。

丸山座長

貴重な御意見ありがとうございます。県としても分かりやすい指標ということが第一になります。先

生のおっしゃるとおり、他県と比べてというのが医療費適正も含めてあるかと思しますので、また検討させていただきます。

ほかに何か御意見ございますか。それでは、CKDに対する検討はこれで終了したいと思います。続きまして、COPD対策について、事務局から計画本文案の説明をお願いします。

③COPD対策

(米澤保健・疾病対策課がん・疾病対策係長、資料3により説明)

上條構成員

ここは専門ではないのですが、長野県の習慣的に喫煙している人の割合で、この資料を見て驚きましたが、若者がたばこをととも吸っている、20代だと44%ぐらいですか。その図1になりますけど、図2と対になって、全国と比較すると、特に男性の20代、30代、40代、50代の喫煙率が非常に高いように見えますが、これは全国でも同じ傾向なのでしょうか。もしくは、長野県で30代から50代の喫煙率が全国に比べて高いということであれば、ここの層に対しての啓発がとても重要になると思いますが、いかがでしょうか。

田上健康増進課長

資料3の図1と図2のグラフについて、長野県は図2のとおり、20歳以上の年齢調整をしたものを載せていますが、決して全国より多いというわけではございません。ただ、図1を見るとおり、長野県で吸っている人の年齢割合は20代、30代の男性が比率的には多いという形です。全国的に長野県の喫煙者率が多いというわけではございません。

上條構成員

では30代、40代の恐らくCOPDになるであろう人たちの割合というのは全国平均レベルと考えてよろしいでしょうか。

田上健康増進課長

全国平均を超えているというわけではございません。

上條構成員

全国もこれがトレンドだということでもよろしいですか。

田上健康増進課長

そのとおりです。若干全国平均より少ないぐらいと認識していただければと思います。

上條構成員

そうすると、結局病気が増えてくる段階になって初めて禁煙するという姿が見えてくるので、やはり比較的まだ元気な層にいかに行行政がアプローチするかがとても重要だと思うので、ぜひ比較的年齢が若い人たちに有効的に発信できるような啓発を考えていただければと思います。

田上健康増進課長

ありがとうございます。県としても、若い学生のうちからの教育が必要と認識しております。今後の喫煙防止教育につきましては、健康づくりの章のたばこの章で施策展開を述べさせていただこうと思っ

ているところでございます。

丸山座長

電子たばこも入っているのでしょうか。

田上健康増進課長

電子たばこを含めるかどうかは、事務局で確認させていただきますが、恐らく国の調査に関しても区別していない可能性が高いと思います。宿題とさせていただきます。

丸山座長

上條先生のおっしゃったとおり、法律違反ですが、高校生ぐらいから吸っている人もいます。

また薬物などもあると思いますが、若い層にもアピールする、将来の危険性などの話をぜひしていただく必要があると思いました。

COPDについて、野邑先生、医師会として何か禁煙外来含め、行っていることはありますか。

野邑構成員

各市町村の医師会の活動は把握できておりませんが、たばこに関しては、県でも取組をしており、県医師会からもその取組に役員が入り、喫煙、禁煙についての話はやっております。

丸山座長

禁煙外来をやっている先生もいらっしゃいますが、最近余り聞かなくなった印象がある一方で、喫煙者の方はよく見かける印象があります。

事務局は、ただいまの御意見の反映について検討願います。COPD対策については検討を終了したいと思います。

続きまして、歯科口腔医療について、事務局から計画本文案の説明をお願いします。

④歯科口腔医療

(田上健康増進課長、資料4により説明)

丸山座長

ありがとうございました。ただいま事務局から説明がありました歯科口腔医療の計画本文案について、何か御意見ございますか。歯科医師会の齋藤先生いかがでしょうか。

齋藤構成員

歯科口腔医療の計画につきましては、歯科医師会としての意見は、また別の会議でいろいろ言わせていただいていますので、いいかと思えます。

本日の生活習慣病ということに関して言うと、歯科も、う蝕に関して、歯周病に関して、やはりシュガーコントロールを中心とした食事指導にずっと以前から取り組んでおりますので、本日の糖尿病に関しましても、重症化する前の段階でしたら比較的歯科医療も携われる部分があると思います。そういった意味で、やはり相互の連携は大切だと考えています。

丸山座長

ありがとうございます。

ほかには何か御意見等ございますか。

保険者協議会の清水構成員さん、別の観点から何か御意見いただければと思いますがいかがですか。

清水構成員

大丈夫です。ありがとうございます。

丸山座長

よろしければ、これで進めていきたいと思っておりますので、御承知願います。

それでは、歯科口腔医療の検討は終了したいと思います。

続きまして、医薬分業・医薬品等の適正使用について、事務局から計画本文案の説明をお願いします。

⑤医薬分業・医薬品等の適正使用等について

(有澤薬事管理課長、資料5により説明)

丸山座長

ありがとうございました。ただいまの事務局の説明につきまして、何か御意見等ございますか。

全般でも結構ですし、個々でも結構です。御意見いただければと思います。

上條構成員

分からないところがあるのですが、医薬分業・医薬品等の適正使用の輸血製剤のところの「第3 数値目標」に、「献血推進計画に定める献血者の目標人数に対する達成率」の現状は95.3%、目標は100%以上という記載になっている一方、血液製剤の適正使用の表7を見ると、供給量が多く、使用量は90%から95%ぐらいで、これでいくと過不足なく供給できていると見えますが、この供給量以上に供給が必要という理解でよろしいですか。

有澤薬事管理課長

御質問ありがとうございます。血液製剤、献血に関しましては、関東ブロック全体として血液をいただいて、それを全体として利用しているという形になります。その中で、長野県はこれだけの人数、これだけの血液を確保してくださいという計画が毎年立案されます。現在長野県では、当県の方は当県の献血で賄っているという状況でございます。

上條構成員

分かりました。長野県は結構頑張っているが、全体として見ると不足しているので頑張ってくださいということですか。分かりました。

有澤薬事管理課長

ありがとうございます。

丸山座長

ほかには何か御意見等ございますか。信大の内藤先生、何か御意見いただければと思います。

内藤構成員

医薬分業率も7割、75%ほどいっていますので、作成していただいた資料のとおり、かかりつけ薬局、

薬剤師というものも今6割程度でもありますので、そちらを増やしていくということ、さらには在宅や土日24時間対応できる薬局を増やしていただくような施策等を含めていただけるといいと思います。

さらに、がんやCKDなど、ある程度専門的に関わられるような機能を持った薬局、薬剤師はまだまだ少ない部分もございますので、長野県全体として地域偏在のない形で応援していければと思いました。

後半のドラッグについて、前回コメントにありましたように、今は中学生ぐらいから大麻などが問題となっておりますので、小学生に対する学校薬剤師の活動を含めていただけるといのは大変いいことだと思ひまして聞いておりました。

有澤薬事管理課長

ありがとうございました。

丸山座長

ありがとうございました。

先生からありましたように、大麻は増えていますが、危険ドラッグ、違法ドラッグも若者のブームもありますので、先ほどのたばこと同様、若い世代対して啓発していただきたいと思ひます。

他に御発言がないようですので、いただいた意見を基に修正し、本文へ採用したいと思ひます。

それでは、全体を通して、御意見等ございますか。追加事項等ございましたら御発言ください。

よろしいでしょうか。

御発言がないようですので、以上をもちまして本日の会議事項を終了いたします。御協力ありがとうございました。

【閉 会】