

第2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6月12日(金) 午後6時～
- 2 場 所 長野県庁西庁舎1階 112会議室  
(Web会議併用)
- 3 出席者 井口光世構成員(オンライン)、加賀美秀樹構成員(オンライン)、  
上條祐司構成員(オンライン)、駒津光久構成員(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) 疾病・事業ごとのロジックモデル及び論点について

丸山座長

会議事項1、疾病・事業ごとのロジックモデル及び論点についてです。

まず、事務局から説明を受けた後、構成員の皆様より、それぞれのお立場から計画の目指す姿、取り組む事項等について御発言をお願いしたいと思います。

それではまず①糖尿病対策について、ロジックモデルの構成と目指す姿について、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。ただいま事務局から説明がありました、糖尿病対策のロジックモデルについて、最初に資料1-4にあります、目指す姿、分野アウトカムについて検討します。

事務局が示されている論点、またそれ以外についても何か御意見がありましたら、御発言願いたいと思います。よろしくをお願いします。

指名させてもらって、駒津先生、いかがでしょうか。

駒津構成員

私、これを今回送って見せていただいて、結構良くはできているんです。何かたたき台みたいなものはあったんですか。どういうことからこれを組み立てたのかというのが分からなかったんですけども、もう1回教えていただけますか。

大本が何かあるんですか。

事務局

そのあたり、駒津先生にも学会等のロジックモデルがございますかというのは、照会させていただいた中でなく、正直参考にできるものが何もなくて、先ほど説明したとおり、国から出ています指針と指標例、そちらを基に構成しております。

あと、参考にしましたのは、全体的に疾病対策なので、がん対策で国の計画が出ておりました、国が  
んの計画がロジックモデルで作られておりますので、そのあたりの構成の雰囲気は参考にはしたんです  
が、あまり参考になる資料はなかったです。

駒津構成員

私自身もロジックモデルになじみがないので、何てコメントしていいか、今、一生懸命考えていると  
ころなんですけど、違う構成員からの御意見も聞いてみてください。お願いします。

丸山座長

ありがとうございました。他の構成員の先生方、何かもしあれば。  
上條先生、よろしくお願ひいたします。

上條構成員

資料1-4の基本的な4つの柱というのは結構いいとは思いますが。資料1-3はこの次ですか。

資料1-4のこの4つの柱で述べているんですか。問題は、これを達成するために、どのようロジッ  
クモデルを組んでいくかというのがポイントになっていくかと思うんですけど、それぞれ指標とか、そ  
このところで資料1-3でどうかなというところもちよっとあるものですから、それを次のときですか。  
とりあえず資料1-4のところでいいですか。

事務局

まずは一番右側の、目指す姿（分野アウトカム）のところをまず議論させていただきまして、それが  
終わりましたら次へ進みたいと思っています。

上條構成員

基本的に、予防があって、糖尿病の原疾患の治療がきちんと行われて、あと合併症治療が行われて、  
あと地域や職域等関係機関との密な連携があるということで、これが達成されればいいと思って、ここ  
については特に異論はないです。いいと思います。

丸山座長

ありがとうございました。他に委員の皆様、何か。何でも結構ですので、よくまとまっているとい  
うお話も出ましたけれど、何かございますでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、特に御異論ないようですので、分野アウトカムについてはこのまま  
進めさせていただきます。

では、これにて分野アウトカムを終了いたします。

次に、中間成果（中間アウトカム）について検討します。

それでは、まず、糖尿病の予防に係る中間成果（中間アウトカム）について、事務局から説明をお願  
いします。

**（田上健康増進課長、資料1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、糖尿病予防に関わる中間アウトカムについて検討します。  
事務局が今、示された論点、またそれ以外について何か御意見がありましたらお願ひいたします。

駒津先生、お願ひいたします。

駒津構成員

今、何をやればいいのかの確認なんですけど、この資料1-3のロジックモデルの案が、これでいいかどうかを確認する作業を今、主にしているという、そういう理解でよろしいですか。

田上健康増進課長

そうでございます。中間成果の中間アウトカム①②のところ、これでよろしいかということでございます。

駒津構成員

そうすると、これは言葉の問題かもしれませんが、この中間成果2の中間アウトカム②の一番上の文章、これは読んでみると、糖尿病発症予防のための生活により糖尿病のリスクが減少できていると、これ日本語的におかしくないですか。

田上健康増進課長

そうですね。

駒津構成員

糖尿病発症予防のための生活とは何ですか。糖尿病発症予防のために生活している人なんていないと思います。言いたいことは何となく分かりますが、要するに健診の受診率を指標にして、それを上げるということですよ。

田上健康増進課長

そうですね。生活習慣に気をつけてのような、そういう意味合いにできたらと思っているところでございます。

駒津構成員

そうですね。もうちょっと言葉を考えた方がいいと思いますが、上條先生が手を挙げられていますけども、いかがでしょう。

上條構成員

これ、多分思いもあると思いますが、糖尿病予防は基本的には未発症の方とか治療中断者を拾い上げるという、それが一番の目的になっているので、ここの中での生活改善というところは、どちらかというと、3つ目の項目にしたほうがいいという気がします。

だから、糖尿病が強く疑われる予備群の患者、早期発見が目標になって、指標としては特定健診の受診率。どちらかというと、その指標欄の2番のほうは、もしつけるのであれば、糖尿病発症予防のための生活を行うという目標に対しての指標になるかなと思います。

2つを交ぜてしまうから分かりにくくなるのではないですか。

田上健康増進課長

承知しました。

上條構成員

これはそれを、国保連合の支援・評価委員会ですとこら辺のことを、市町村の方々は本当に苦労されていることをよく知っていますが、多分恐らく、次にどういう対策をやったらそこが向上するかという、そこが一番なので、次の個別施策のレベルという気がします。

ただ、中間成果としては、誰もが目指すところは多分これでいいと思います。早期発見して、きちんと問題がある人は病院に行ってもらって、生活習慣の乱れを正してもらえるような保健指導を行うという、これでいいと思いますが、ここは3つの柱のほうがいいという気はします。

事務局

ありがとうございます。また先生方の御意見を基に整理させていただきます。

丸山座長

ありがとうございます。ここでまとめる必要はないので、ぜひ忌憚のない意見を頂ければと思いますけれども、他に先生方、よろしいでしょうか。

開業医の立場で、野邑先生、一言どうですか。お願いできますでしょうか。

野邑構成員

このとおりで、予防して治療していく形の重症化予防や、これで色んな合併症があるわけですから、そのところに単科とか色んな他の科の先生方が発見したりしてということで、この順番でよろしいかと思えますけど、特にこれ以上言うことはありません。

丸山座長

ありがとうございます。他の委員の先生方、何かございますでしょうか。とにかくまとめる必要はないので、今のように御意見頂ければと思います。よろしいでしょうか。

御発言がないようですので、糖尿病の予防に係る検討を終了します。

続いて、糖尿病の医療に係る中間成果（中間アウトカム）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。

ただいま、事務局から説明がありました、糖尿病の医療に関わる中間アウトカムについて検討に入りたいと思います。

先ほど事務局から御意見頂きたいと、論点が出ておりますけれど、それに限らず何でも結構です。かなり幅広い分野になっていきますので、御意見頂ければと思います。よろしくをお願いします。

駒津先生、続けてお願いいたします。

駒津構成員

これは指標をどのように集めるのか、考えてもいいと思います。

例えば、眼底検査の実施割合など、いろいろ書いてありますが、あるいは低血糖とか糖尿病の急性期入院したとなると、これは例えば国保の病名で見るとか、何かそういうことを想定しているのでしょうか。

事務局

ありがとうございます。一応、国の指標例から採用しておるところがありまして、国でデータをまとめており、NDB等データがあるということにはなっております。細かくまだ見れておりませんが。

駒津構成員

なるほど、分かりました。

それからもう一つ、コメントを求められた専門医と地域のかかりつけ医の連携については、これは長野県内の地域によって全く違うと思いますので、中核病院というのは二次医療圏を更にもっと分けたような、二次医療圏に3つ、4つぐらい大きい病院があると思うんですけども、そういうところに専門医が複数いるような地域では、結構地域の先生との連携ができていますが、そうではないところは、紹介されたら診るということではあまり系統立ったことはできておりません。要するに、非常にばらばらであって、なかなか画一的にはできていない。専門医が不足しているということも言えるかと思います。

なので、こういうルールでなど、こうやっているということ、画一的に言うのは難しいかと思いました。以上です。

丸山座長

上條先生、続けてお願いいたします。

上條構成員

ここの部分については、結構言いたいことはいろいろありますが、まず、3番のところ、ヘモグロビンA1c高値の者が適切な治療指導を受けられているという、治療継続者の割合、これはいいと思いますが、適切な治療とか指導を受けられているかというところをどう判断するかということだと思います。

ヘモグロビンA1cが低ければ低いほどいいかというところと微妙なところもあって、高齢者だとあまり低くし過ぎしないという流れも今あるので、著しく高いヘモグロビンA1cの者が減っているというのはいいと思います。

なので、もしこのヘモグロビンA1c高値の者が適切な治療・指導を受けられているという指標があるとしたら、治療継続者の割合と、ヘモグロビンA1cが異常に高い人の率の減少です。恐らく、高齢者で8%、7%ぐらいを目指したほうがいいだろうという。駒津先生、その感じでもよろしいですか。9%以上はやっぱり、高齢者でも駄目ですね。

なので、9%以上の人の割合の検証などが目標になってくるといいと思いました。

4番目の、駒津先生も危惧されるというか、これもやって、次にどんな介入をするのかというところがとても難しいところだと思います。つまり、中間評価として重症低血糖発生を指標にしますとなったときに、じゃあこれ、どういった介入をするんですかという、その次の介入も分からないし、なかなか重症低血糖発生をデータヘルス計画で取り上げたほうがいいのかというのは、疑問に感じるところです。

データヘルス計画は、やっぱりより多くのマスで、一般市民の方々に、より標準的な治療を行う、もしくは早期発見を行って、標準的な治療を行って全体として良くなっていくというもので、その中で、確かに重症低血糖が起きる場合がありますが、それを予防するというのはデータヘルス計画でやるというよりは、全体集団の中でより問題がある人について、より個別に解明していくという、対象集団が限られるというのと、重症低血糖の発生率もKDBでうまく抽出できるのかというところは疑問になるところです。

あと、5番の他の疾患や感染症で入院したときにも適切な治療を継続して受けられているのですが、これも、何をもちって適切な治療というかとても難しい。だから指標検討中と書いているかと思いますが、とても曖昧でなかなか、中間指標としてはやりにくいと感じます。

です。ので、僕の中でこれは糖尿病自体の治療の重症化予防としては、治療継続者がしっかり治療継続できているか、あとヘモグロビンA1cなどが逸脱しない状態の患者さんがいかに多くなるかということかと思っています。

その次の合併症の治療のところ。これが、7番の糖尿病合併症への適切で専門的な治療を受けられているので、いきなりここでまた糖尿病腎症による新規人工透析導入者数などがありますが、基本的に糖尿病患者さんは、合併症の予兆がですね、多くの方はかかりつけの先生方とか、非専門の先生とかにかかられている方たちの中から、いかにリスクの高い人をきちんと検査して抽出して、適切な治療をやってもらえるかということがあるので、僕の中では糖尿病合併症の早期発見ができていくという中に、

最終的に向かうどの目標も透析患者数を減らしてとありますが、やっぱり尿蛋白検査の実施の割合、GFR検査の実施の割合、そういったものを入れたほうがいいと思います。

下肢切断の発生というの、糖尿病腎症も重篤な血管合併症の一つにはなりますが、相当、合併症のレベルとしては、心臓血管病の更に重症化したような人たちになるので、そのような方たちなので、これを持ってくるのは結構難しい気がします。

あと、眼底検査実施率の割合は、これは基本的にかかりつけ医の先生方で眼底検査をやっているわけではないので、例えばこれ、眼科の先生の紹介率とか分からないですよ。眼科受診率とかそういったことにしないと、なかなか、かかりつけ医の先生が眼底検査やることはまずあまりないと思います。やるとしたら眼科でやるので、眼科医の紹介率などになると思います。

その中に、他科受診とか、眼科、歯科、あと定期的な合併症評価というような、専門医療機関への受診など、そのようなものの方がいい気がしました。

検査の方向としては、やっぱり合併症の中でとても重要な予知マーカーとして、尿蛋白、GFRというものがあるので、これをぜひ入れてもらいたいと思います。

あと、地域や職域関係との連携になりますけれど、僕の中の認識では、糖尿病の患者さんは、基本的にかかりつけ医の先生がすごく困った状態にならないと、なかなか専門医療機関に御紹介いただけなのというのが、僕の理解です。

明らかに腎機能が悪くなってきているとか、目がすごく悪くなってきてしまったとか、実際にペットボトルをめちゃくちゃ飲んでいるとか、にっちもさっちもいかないようなところまで追い込まれないとなかなか専門医療機関との連携がされにくい領域が糖尿病ではないかと思っています。

ですので、皆さんが想像されているより、そんなにですね、重症になった患者さんの病診連携にはなっていないのではないかと思います。比較的まだ、合併症が出現する前の患者さんで、将来の合併症を発見するために積極的な病診連携ができているかという、それはできていないというのが現状だと思います。

なので、いわゆる病診連携というのは、重症化させないための病診連携であって活発化させるというのはありと思います。

いろいろ申し上げましたけど、そんなところですよ。ちょっと雑駁になりますけど。

丸山座長

ありがとうございました。いろんな意見を上條先生から受けましたけど、他に御意見等ございませんか。

野邑構成員

いいですか。

丸山座長

どうぞ。

野邑構成員

今、下肢切断の発生が、確かにこの重症化予防の指標になっているところだということで、もっとその前に、例えば、皮膚潰瘍の問題とか、皮膚科受診とか、そういうものを下肢切断の前に入れてみたらい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した。他科受診ということで、先ほどの話で、紹介する側からすると、私もどの程度で紹介したらいいかということも、多分病院あるいは医院でかなり違ってくるとは思いますが。そ

れから年齢の問題もありまして、これをまとめるのはかなり大変だという印象を私も持っております。  
歯科の話も出ましたので、歯科医師会の井口先生、歯科的な分野から何かコメント頂けますでしょうか。

#### 井口構成員

専門的なお話ですので、歯科がこの点に関わるというのは難しい問題と思いますが、やはり糖尿病連  
携手帳を見ますと、やはり歯科の部分ですとか眼科の部分というのもありますので、初期の段階あるい  
は安定期というんでしょうか、そのようなときに、そういった手帳を活用して、多少連携を取っていく  
ということも重要ではないかと思いました。

以上です。

#### 丸山座長

ありがとうございました。続きまして、他の委員の先生方、何かありますでしょうか。

指名して申し訳ございませんけれど、調剤薬局、薬剤師の役割もかなり大きいかと思しますので、薬  
剤師会副会長の加賀美先生、お願いいたします。

#### 加賀美構成員

今までの内容のお話で、非常に私たち薬剤師からしますと難しい部分になろうかと思えますけれども、  
当然合併症であるとかそういったことも含めて、多くの薬剤を服用しているというケースの患者様もい  
らっしゃるかと思えますので、そういった合併症に絡んだ薬剤の選択や、それから、他科受診をされて  
いるようなケースについては、一元的な管理というものが必要になってくるかと思えますので、そうい  
った部分が、薬剤の部分で言えばあると思えます。

#### 丸山座長

ありがとうございます。続いて、内藤先生、病院の薬剤師はまた役割は違いますし、多科にわたって  
大変だと思いますけど、何かその辺り含めて御意見等頂ければと思います。よろしくお願ひします。

#### 内藤構成員

特別追加の意見はありませんが、やはり患者さんがかかりつけ医を各二次医療圏で置くことと、しっ  
かりと治療継続するという形で、かかりつけ薬局に関してもしかり患者さんが、今半分を少し超える  
ぐらいだと思いますので、一元的に1つの薬局でしっかりとお薬を飲めるような環境をつくるというこ  
と、加えて、患者さんにしっかりと自身の病気について理解させるというところが大事だと、病院の薬  
剤師からは思っております。以上です。

#### 丸山座長

ありがとうございました。他にいかがでしょうか。

先ほどから上條先生にいろいろ御提案頂いたように、特定健診の話も出ておまして、なかなか特定  
健診の受診率も上がらない中、いろいろと取り組んでいることと思えますが、行政的な面も含めて、飯  
田市健康福祉部長の林構成員さん、よろしくお願ひいたします。何でも結構ですので、コメントを頂け  
ればと思います。

#### 林構成員

医療の面は行政の部分では難しいところがありますけれど、こちらのできることにすれば、特定健診  
の受診率の向上ですとか、特定保健指導の実施率を上げるとか、そういったことになると思っております。

丸山座長

ありがとうございました。何か他に、追加事項でもし御意見いただければと思いますけれど、よろしいでしょうか。

宮島保健・疾病対策課長

先生方に教えていただきたいところがあります。

御指摘のとおり、私どももこの指標、非常に苦勞しております、何をもって指標とするか考えているんですけど、こんなものができるのかというような、素人的な話で申し訳ないんですが、薬剤師の先生方いらっしゃるので、まず1点目としまして、他科の他の疾患や感染症などで入院したときに適切な治療ということですが、これは恐らく病院の中で薬のチェックをして、それからほかのお薬についても入院中の薬剤の指導などが入っているのではないかと思うんですが、こういった服薬中あるいは使っている薬をチェックし、それと糖尿病との状況を指導している病院の数なんて、そんな指標はできるのかどうかということと、それからもう1つ、専門のところの、専門医とかかりつけ医の連携も非常に苦勞しているんですが、例えば地域でこのかかりつけ医や専門医を、医師会の研修会などで一緒に研修をしているとか、フィードバックをしているなんていうものが使えるかどうか、この辺の指標を試しに考えているんですが、これについて御意見頂けますでしょうか。お願いいたします。

丸山座長

いかがでしょうか。今、非常に難しいもの投げられた感じはしますけれど、院内の入院された方の糖尿病について服薬指導、あるいは薬のチェック等について今、御質問頂きましたけれど、内藤先生、いかがですか。

内藤構成員

当施設では、入院された方に関して、ほぼ100%、今まで飲んでいたお薬や、全ての病院で飲んでいて、全ての病院から処方を受けている薬についてチェックを入れて、それについて重複や減薬を含めて、しっかり飲めるような環境を、入院した主科の先生と相談させていただくという形になっておりますので、そこで何かパラメーターを取って評価していくということに関してフィードバックしているような、対薬局、対病院の医師に対してどのような状況かということに関してフィードバックしているような、対薬局、対病院の医師に対してそういった報告はしていますが、なかなかそれを拾って管理していくというところが難しい印象がございます。以上です。

丸山座長

ありがとうございました。医師会ではいろいろ学術根拠を含めて勉強会をやっているんですけど、野邑先生、何かその辺、連携できるような形とか、何か指標になるようなそういう形の方法とか、何かございますでしょうか。

野邑構成員

どうでしょうか。医師会としてはそういうことをできるだけやりたいと思っておりますが、その辺に関してはどうのようにしていくかは、まだはっきりとわからない部分もありますけど、今後はそういうこともやっていかなくはないとは思っております。

丸山座長

ありがとうございました。上條先生、お願いいたします。

上條構成員

これ、あくまでデータヘルス計画の一環だと思うんです。そうすると、先ほどの、例えば病院外の様々



な評価とかを行政が集めようというところになかなか無理があるんです。そもそも何をもって適切な治療と言うかということになってきてしまうので、とても難しいと思います。

あくまでも行政が得られるデータの範囲で計画を立てていかないと、すぐ破綻してしまいます。というのは、そういった各病院から適切に統一指標をもって様々なデータを得ることが本当にできるのかというと、病院と協定を結ばないといけないので、とても難しいと思います。

ですので、あくまでもカルテデータベースや検診等のデータで得られるような指標、また受診状況とか、そういったものからつくる計画にしていけないと、目標は掲げたけど結局達成できないということになってしまうと思います。

あと病診連携の状況の把握については、これは今、松本市において、糖尿病性腎症重症化予防プログラムという、松本市医師会と、我々松本市の地域包括医療協議会で、そういったプログラムによって、病診連携を行っています。

この病診連携の数を把握するのにどうするのかという話になりますけど、これを把握するとなると、かかりつけ医からの情報をまとめるか、専門医からの情報をまとめるか、もしくは病診連携が行われたということを行政が認識できるようにするかという、こういった3パターンしかないです。

かかりつけの先生方に病診連携をしましたという情報を、一々御報告していただくというのはとても大変で、そう簡単じゃないというのが現状です。

市町村によっては、病診連携を行うときに、その病診連携を行ったという情報提供のところの一部をFAXして、行政がそれを取りまとめるとやっている地域もありますが、全てがそこまでできているかどうかは分からず、さらにかかりつけの先生方がアクションを起こさないと、それは達成できません。全ての病診連携を網羅するのは結構難しいと思っています。

ちなみに、松本市糖尿病性腎症重症化予防プログラムにおいては、専門医療施設が松本市なので信州大学、まつもと医療センター、相澤病院、松本市立病院と限られているものですから、その専門医の先生方をお願いして私は収集している、そういった状況です。それで何とか病診連携が行われているかというのが何とか認識はできる、そういった状況です。

ただ、それを全県単位で行うとなると、病診連携のためのネットワークを構築しなければいけないので、なかなか病診連携の状況の把握は難しいと思います。

あと、カルテデータベースでも、何のための紹介だったかは分からないかと思います。病院に行ったことはあるかもしれませんが。ということで、簡単には把握できないというのが、率直な意見です。

実際にこういった病診連携の試みをやってみて感じていることですが、誰かが相当努力しないとできないです。

丸山座長

ありがとうございました。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございました。

丸山座長

本当に雲をつかむような話です。今、お話のありました、松本市は割と普及しているかと思いますが、地域によっては全く専門医等いらっしやらないところもあるかと思います。

ただ、行政的には成果が上がったということを示さないといけないので、何らかの指標がとても大切になりますけど、ぜひ他県の情報等収集していただいて、そういう意見等も入れていただきながら、今の意見を基にして、修正等行っていただければと思います。

よろしいでしょうか。時間の関係もありますので、一旦これで糖尿病については終わりにしたいと思います。

続きまして、2番目のCKD対策について、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2により説明)

丸山座長

ありがとうございます。ただいま事務局から説明がありました、CKD対策について、先ほど事務局が示された論点、それ以外何でも結構です。よろしくをお願いします。上條先生、引き続きお願いします。

上條構成員

CKD対策については、日本腎臓病協会、日本腎臓学会が独自に評価を作って、そこでもってどのような方向性でCKD対策をすべきかというのが、先ほど紹介があった、腎疾患対策検討会報告書、これに記載されているんです。

そこには既に、ロジックモデルが作られているんです。参考資料2の17ページを参照してください。病期に応じた腎疾患対策の全体像というのがありますけれど、これがまさにロジックモデルです。結局、CKDの早期発見、早期治療、そして重症化予防をするために何が必要かというところで、地域における医療提供体制の整備、普及啓発、診療水準の向上、人材育成、研究開発の推進、この辺が基本的な方策になるんです。

それに向けて必要なことを各地域においてやってくださいということをやっています。地域における医療提供体制の整備のところは、これは健診受診率の増加、そしてかかりつけ医と専門医の間の病診連携という、こういったものを構築することとなっているわけです。

今、長野県においては、基本的にこういったしっかりとした早期発見のための医療機関による検査、特に尿たんぱくの検査率ですね、こういったものが、腎機能の悪い方でも正しく行われていないという現状があるので、こういうものが指標になってきますし、病診連携については、病診連携を構築されている地域を増やすことというのが目標になってくると思います。ということで、これはロジックモデルをまさにやっていると思っています。

だから、これに則って計画を立ててもらって、具体的には健診受診率の向上はもちろんなんですけど、あとは尿たんぱく検査率の上昇、これはカルテデータベースからとれるのではないかと思います。

あと、病診連携体制の構築については、そういった連携体制をしっかり構築して実践している地域がどれだけ増えているかという、そういった指標になってくると思います。そのあたりは恐らく行政も関わってくるはずなので、連携が出来ている地域が増えてくると、恐らく提供体制の整備が充実していったというものになってくると思います。

あと、CKD対策について、皆様と御相談できるような協議会のようなものの設置を求めていますので、そういったものについても御検討いただければうれしいです。

その中で、診療水準向上のところ、多くのかかりつけ医の先生方に標準的な治療をしっかり学んでいただけるような制度、CKD対策協力医やCKD連携病診制度など他県で行われているものもありますので、そういったものを実施するという、そしてその参加者の増加、こういったものをアウトカムしていけばいいと思います。

丸山座長

ありがとうございます。本当に多様な御意見、それから先生の熱い思いが伝わってきたと思います。ありがとうございます。

上條先生、ほかによろしいですか。

上條構成員

取りあえず、今言ったような内容で、基本的には日本全国の腎臓内科としては、腎疾患対策検討会報

告書の基本方針に則って、各地域で活動を続けてるところになります。

ただ、これは専門医だけが頑張ってもなかなかできないものですから、かかりつけ医の先生方に御協力いただかないとできないんですけども、なかなか僕らが抱えている問題というのは、CKDの対策とか、糖尿病もそうですが、御協力いただける先生は今のところ一部に限られているという状況があって、より多くの、なかなか興味を持っていただけない先生方いかに参画いただくかという、これがとても重要だと思います。

ですので、行政には、制度的にかは分かりませんが、多くのかかりつけ医の先生方が参加するとメリットがあるようなシステムを作ってもらとうれしいです。

具体的に言えば、実際そういったものに参加された先生が、例えばこういった生活習慣とか、糖尿病とか、腎臓病の連携協力医というか、対策協力医というような名称を与えて、そういった先生方のところに受診勧奨を行うときの受診勧奨先として、ホームページ上ですとか、あと患者さんとか、そういったときに御案内するというものがあれば、恐らくかかりつけ医の先生方も参加をいただけるようになると思います。

本当に興味を持っていただけるかかりつけ医の先生方いかに参加をしていただくかという、それがポイントになると思います。

丸山座長

ありがとうございました。非常に具体的かつ重い御意見をいただきました。また他県もいろいろやり方あると思いますけれども、検討するという形で事務局お願いします。今、CKDはコマーシャルでもしきりにやっておりますけど、関心の差があるという。

上條構成員

ただ、CKDに関しても、宣伝は一応してはいるんですが、国民の認知度はとてもとても低い疾患です。8人に1人は国民病と言えると思いますが、とても認知度が低い疾患にはなります。

なので、啓発活動が必要です。これも専門医が大事だと言ってもなかなか進めないところがあるので、例えば報道ですとか、そういったメディアを使ったアピールを行政側から、一般の県民に向けて発信していただくと、とてもありがたいと思っています。それはCKDのみならず、糖尿病の啓発もそうですし、あとは個人的には私は移植医療もやっているの、臓器移植の啓発もそうですが、行政側から県民への強い発信、これが重要と思っています。

丸山座長

ありがとうございました。できることはいっぱいあるかと思っています。

重い課題ですが、やっぱり先生がおっしゃるとおり、関心を持つということがまず大事だと思いますので、長野県モデルとして何かいいものができればいいと思います。そういう形で事務局は御検討ください。お願いします。

また、いろいろな意見があると思いますが、時間も限られておりますので、続きましてCOPD対策について、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3により説明)

丸山座長

事務局から説明ありましたけれど、何か御意見等ございますでしょうか。

呼吸器専門の先生はいらっしゃらないですが、一般論でも結構ですし、御意見いかがでしょうか。上條先生、お願いします。

上條構成員

COPDは全く専門外ですが、どの疾患においても、早期発見、早期治療というのはとても重要になってくるかと思います。

COPDとかにおいて、早期発見するために、例えば健康診断だとか健診とかで、それを認識できるものは何かあるんですか。まずはデータヘルス計画として、得られるデータ中からCOPDが早期発見できるものが何かあればと思いました。

丸山座長

事務局から何かございますか。

宮島保健・疾病対策課長

広く行われる特定健診や、一般の定期健診には項目はないですが、人間ドックなどですと呼吸機能検査を行うので、閉塞性、梗塞性の鑑別などは多少できると思います。ですが、このドックの結果だけでは指標には難しいと思っております。以上です。

上條構成員

さらにドッグの結果や、人間ドックのデータ等を行政が把握することはできるんですか。

宮島保健・疾病対策課長

基本的には、特定健診の項目が把握できるもので、それ以外については把握できない状況でございます。

上條構成員

そうですね。そういった点では、データヘルス計画としてやっていくのに、取っかかりが難しいと感じました。

宮島保健・疾病対策課長

ありがとうございます。御指摘のとおり、非常に難しいと思っておりますので、またお知恵を貸してください。お願いいたします。

丸山座長

ほかに何か御意見ございますか。喫煙率とか、そういうのも1つのデータになるかと思います。

上條構成員

COPDの背景にある喫煙率とかですか。何となく喫煙はかなり悪さしていると思うので、喫煙率ですとか、そういった禁煙のための様々な取組というのは行政が比較的やりやすくて、COPD対策につながりやすいと思います。

丸山座長

ありがとうございます。ほかに御意見、よろしいでしょうか。

よろしければ、御発言ないようですので、これでCOPD対策については終了します。

続きまして、4番目の歯科口腔医療について、事務局から説明をお願いします。

(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について、事務局が示されている論点、それからそれ以外でも結構ですので、御発言をお願いします。

上條先生、どうぞ。

上條構成員

歯科口腔医療の指標案になりますけど、例えばこれ、病院数は結構指標に挙げられていますが、これは行政的に何かアクションを起こして、病院数を増やすことを目標とするということでもいいですか。具体的に、行政がはたらきかけて増やせるものなののでしょうか。

田上健康増進課長

今の事務局提案(4)の専門的な口腔管理による退院支援を実施している医療機関数のところですか。

上條構成員

事務局提案の次期長野県の保健医療計画歯科口腔医療指標案というところに、例えば1番だと歯科口腔外科設置病院とか、あとその下の障害児・者への歯科診療に対する病院数とか、あと摂食嚥下診療に対する病院数とか、あと専門的な口腔管理や退院支援を実施している医療機関数というものが、指標に上げられていますが、これは行政的なアプローチによって、増える指標でしょうか。

田上健康増進課長

ストラクチャー指標だからだと思います。一応、今までも現行指標で歯科口腔外科、例えば設置病院のストラクチャー指標が上げられておまして、増やすというわけではないんですけど、現在の水準を維持することを目標としておしますので、示させていただいた次第でございます。

上條構成員

行政がどう関わり、どんな介入をしてこれを維持、または増やしたりできるのか考えたのですが、何か補助が出たりしているのでしょうか。

田上健康増進課長

(2)の障害児・者の歯科診療に対応する病院に関しましては、やっぱり障害児・者の患者さんを診ることによりまして経費がかかってしまう、お時間もかかってしまうということがございますので、一部補助を出しております。

上條構成員

そうですか。そういった具体的な介入があって、それに対するアウトカム指標ということだったら何となく分かりますが、具体的な介入がなく、ただ指標があっても、何のことなのかという感じがしてしまうものですから、具体的に介入できるものに対してのアウトカムというものが、適切だと思いました。

田上健康増進課長

ありがとうございます。

丸山座長

ほかには御意見ございますでしょうか。井口先生、いかがでしょうか。歯科医師会から何かございませんか。

## 井口構成員

ありがとうございます。歯科医療、歯科保健については、計画策定懇談会がこのワーキンググループの下にあると思いますので、具体的なことはそこで議論いただければいいと思いますが、この検討いただきたい事項という中で4つ挙げられていますので、ちょっと発言をさせていただきたいと思います。

指標についてということですが、この参考3-1で「これまでの現状と課題」を整理していますが、歯科医師会が課題と思っているのは、診療所数とかそういうものについて見ている数字はここにあるんですけども、やはり歯科医師の高齢化というんでしょうか。そこは一つ気になる点ではあります。1,200名ほど会員がいますが、平均年齢が62歳になっています。高齢の先生方は、いろんな診療スタイルがあるかと思いますが、特に中山間地域でやっていらっしゃる先生は高齢の方が多い。そうすると、高齢の方がリタイアしてしまうと、中山間地域での歯科医療の提供というのは少し困難になるという状況があるかと思いますが、計画に盛り込めるかどうか分かりませんが、そんな現状があるということをお話しさせていただきたいです。

それと、(2)でございますけれども、これは特別に配慮を要する児・者、障害のある子供さんたちについてどうするかというようなことだと思いますけれども、先ほど上條先生からもありましたけど、病院の歯科のことについてです。行政の関わりで、公的とか公立病院の中に、いろんな関わりを持って歯科、口腔外科というものを標榜、設置をしていただいている、この数になっていると思いますけれども、歯科口腔外科のその担当は、各病院ではその守備範囲というんでしょうか、本来からの歯科口腔外科疾患を対応する病院歯科、あるいは摂食嚥下に特化してきている、あるいは在宅医療に特化してきているなど、いろいろな病院歯科のタイプが出てきていると思いますので、そのタイプ分けといいますか、機能分けというのを少しやっていく必要があるのではないかと思います。

3番目です。新興感染症や災害発生時ですが、今回のコロナについては患者さんが感染して、しかも急性症状で歯が痛くなってしまった、腫れてしまったというような症状が出たときにはどうしたらいいのかと、ついては長野県、行政も含めてですけども、信州大学にデータの御協力をいただいて、参考資料3というような形で整理をしていただいている、これは一つ対応は整っているものかと思いますが、災害発生時ということについては、今のところ私たちはどこで関わっていたらいいのかというのがあまりはっきりしていないのが現状だと思います。

災害発生時の初期段階というのは、救命とかそういうところに重きが置かれますので、我々の出番というのは少ないと思いますけれども、応急対策を講じる場合、いわゆる避難所が開設されてそこで少し生活が始まったというところになると、食事の摂取に関して入れ歯がないとか、入れ歯の調子が悪いとか、あるいは歯が痛いとかニーズが出てきますが、どう介入したらいいのか、あるいはどんな指揮命令の中で入っていったらいいのかというのは、はっきりしないところもありますので、もしこの災害時の歯科医療、歯科保健というところで、我々の関わりの部分を盛り込んでいただけるようなことがあれば、明確にするというのが大事だと思います。

4番目でございますけれども、退院支援の観点から、歯科の標榜のない病院にというような内容ですけども、やはり早期退院を支援するためには、積極的な歯科の関与というのも評価されてきていると思います。しかし実際歯科が病院については、そのニーズがあるのかないのか、あるとするならば、どういった形で介入をしてもらうのかというようなことも、まだ手探りな状況もあるかと思いますが、どこか病院を決めて、何かモデル事業的に始めてみるというものも必要ではないかと思いますが、

雑駁な発言で恐縮ですが、歯科からの発言とさせていただきます。以上です。

## 丸山座長

ありがとうございます。貴重な御意見、たくさんありがとうございました。

ほかに発言もあるかと思いますが、歯科口腔医療の検討はこれで終了したいと思います。

事務局、歯科医師の在り方、口腔外科などいろいろな観点があると思いますが、よろしくお祈りします。

続きまして、5番目の医薬分業・医薬品等の適正使用等について、事務局から説明をお願いします。

(有澤薬事管理課長、資料5により説明)

丸山座長

ただいま事務局から説明がありました。医薬分業・医薬品等の適正使用等についての示されている論点、それ以外についても結構ですので、範囲が広いんですけど、御意見頂ければと思います。

指名して申し訳ございませんけど、内藤先生いかがでしょうか。いろんな分野があって血液なんかも入っておりますけど、何かございましたらよろしく願いいたします。

内藤構成員

多分薬局の話ですので、加賀美先生の方が良い御意見頂けるのかなと思いますので、先に加賀美先生、お願いできますか。

丸山座長

加賀美先生、すみません。お願いいたします。

加賀美構成員

内藤先生も御存じのことが多いかと思いますが、まず最初の資料5-1の医薬分業の論点に関してなんですが、当然この3つは必要なことになろうかと思うんですけども、特に今、かかりつけ薬剤師というのを長野県薬剤師会でも、いわゆる保険薬局でかかりつけ薬局として展開ができるようにと進めておりますが、まだ全てとはいっていないところがあります。

先ほど有澤課長さんからお話があったとおり、かかりつけ薬剤師の意義を、いわゆる地域住民の方がまだ必要性というものを御理解いただけていないところもあるかと思います。

ただ、そんな中でかかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師というのを持たれている方のアンケートを調査で見ますと、かかりつけ薬剤師、薬局を持つことによって、一元的な薬剤の管理であったり、健康管理がしていただけるということで、その必要性を非常に高く評価していただけているというデータも出ておりますので、そうなりますと、やはりいかにしてそのかかりつけ薬剤師、かかりつけ薬局というものをその地域の皆さんに御理解をいただくかということが大事になってくるのかなというのが1点。

それから、医薬品の適正使用についても、これ今、非常にメーカー絡みの医薬品の供給不足というものが言われておりますので、常に同じ薬剤を供給できていないというのがどの薬局でも起こった状態です。ですので、できる限り薬剤の供給不足がないような状態にしていかなければいけないので、これについては、計画的に考えるというのは難しいかもしれませんが、やはり製薬メーカー、卸等も含めて、そういった医薬品の供給に関してしっかりとやっていただきたいところがございます。

それから、健康サポート薬局、認定薬局というものについては、先ほどのかかりつけ薬局というものの延長線上で、そこにこの健康サポートというのは、かかりつけのほかに健康相談であるとか、それから薬局で受ける一般用医薬品、そういったものの販売、その一般用医薬品の販売ではなかなかその患者さんの治療につながらないというものに関しては、状況によって受診勧奨するというようなことを今現在やっています。そういったものをきちっとやれる薬局というのを認定していこうということで、先日も長野県薬剤師会で健康サポート薬局研修会というものを行いました。

ですので、そういった薬局も徐々に増やしていきたいということ、それから認定薬局というのは、調剤、処方箋に基づくものが主流になろうかと思いますが、いわゆる地域連携薬局とあって、先ほど入院時等の話がありましたが、入院のときにどういった薬剤を使っているのか、それを退院したときに入院時に使っていた薬剤を今度戻ってくるかかりつけ薬局と連携をして、患者さんの対応をしていくというようなこと、そういった認定薬局、それから、がんなどの専門医療機関連携薬局というものもご

ざいまして、これはまだ数が非常に少ないので、こういったものは病院の先生方の御理解の下、研修をさせていただきながら、少しずつ増やしていかなければいけない内容かと思っています。

2番目の血液供給確保に関するものについては、我々の薬剤師会においても献血についてやっていかなければいけないということで、各薬剤師会において献血運動というものをやっておりますので、その辺の啓発というのを進められるような施策をつくっていかないといけないと思います。

あと、薬物乱用については、このところに中学生、高校生でということが記載されていますけれども、学校薬剤師の中では、今かなりこういう乱用が若年性になっているので、小学生からなるべくそういったもののお話を、危ないんだよ、いけないんだよということを理解してもらうために、小学生についてもやっていく必要があるのかなと。

それから、この薬物乱用と一括りにしていますが、先ほど言ったように、薬物については駄目だと言われているだけけれども、では一般に売ってる薬はどうなんだということもありまして、いわゆるこういった一般用医薬品に対する乱用というものもかなり最近増えてきておりますので、そういった部分についても対策を取っていかないとはいけません。

丸山座長

ありがとうございました。内藤先生、何か追加事項等ございますでしょうか。

内藤構成員

かかりつけ薬局さんが増えておりますので、病院としても連携が取りやすくなっているというような状況ではあります。先ほど歯科のほうで少しお話がございましたが、薬剤師も地域偏在や高齢化があって、薬局が少ない地域があったりしますので、そもそもマンパワーとして、薬局の薬剤師が患者さんに対して、関わる時間を確保できないという状況もあります。我々から薬局さんに情報提供文書を出した場合にも、なかなか帰ってこなかったり、逆に薬局から病院に業務提供を出しても病院からの返書がなかったりということで、双方のマンパワー不足がありまして、連携が十分っていないような状況がございます。

診療報酬としては、点数を国で認めていただいているという部分もありますが、点数が低いことも少し問題があったりしますが、なかなか思いどおりに連携が取れていないような状況がありますので、そもそもマンパワー不足ということになってしまうんですけど、そういった点、少し公共として計画の中に入れていただけるといいと感じております。

丸山座長

ありがとうございました。それでは、御発言がないようですので、医薬分業・医薬品等の適正使用等についての検討は終了したいと思います。

事務局は今の意見を基にまた修正をお願いします。

その他、全体を通して何か御意見等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

幅広い分野にわたるワーキンググループですから、つかみどころがありませんが、とても大事な御意見を数々頂きまして、ありがとうございます。

また、事務局も大変でしょうけど、ぜひまとめていただいて、次の展開をお願いしたいと思います。

本日は誠にありがとうございました。これで会議を終了したいと思います。

【閉 会】