

令和5年度富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会 議事要旨

- 1 日 時：令和5年11月28日（火）19:30～21:00
- 2 場 所：富山県民会館 401号室
- 3 出席者：委員22名（6名欠席、1名代理出席）
- 4 協議内容
 - 議事1：本県の糖尿病対策事業について
 - 議事2：第8次医療計画（糖尿病の医療体制）について
 - 議事3：富山県透析患者等発生予防推進ワーキンググループについて

（主な意見）

○患者支援について

- ・1型糖尿病患者は生涯治療を要するが、小児慢性特定疾患の受給対象期間が終了すると、該当する医療費助成制度がなく、その後の医療費は自己負担となるため、本人の負担が大きい。NPO法人日本IDDMネットワークが公費の補助に向け取り組んでいるが、国の難病指定は要件に該当しないため難しい。佐賀県では、ふるさと納税を通してNPO法人への寄付ができる制度を設けているので、富山県でも同様の取り組みができるとよい。
- ・12月から最新のインスリンポンプ療法が適用予定。これまでのインスリンポンプ療法と異なり自動運転での調整が可能となるので、小児1型糖尿病患者の親御さんのストレス軽減につながるだろう。今後、小児慢性特定疾患対象者には、この新しいインスリンポンプ療法が広がってほしいと感じている。
- ・投薬中の患者の服薬中断防止に重点を置いたフォローの必要性を感じている。中断リスクの高い方には、関係者間が連携した服薬支援を行うことが必要。
- ・最近、薬の供給不足の状況にあるが、非常時の対応として薬の確保も重要なポイントだと思う。

○診療科間連携の促進、医療体制整備について

- ・県の糖尿病対策として、病診連携の促進に取り組んではどうか。例えばアルブミン検査は病院で行う、年に1度は総合病院を受診し合併症のチェックを行う等の流れを作り、富山県型糖尿病支援モデルといった形で連携体制を構築できるとよい。
- ・自身のクリニックでも糖尿病性腎症患者には、尿中アルブミン検査測定と慢性腎臓病の重症度の分類に合わせた専門医への紹介を積極的に行っている。紹介基準に沿った紹介が実際どの程度行われているのか、県の実態を把握してはどうか。
- ・次期医療計画や数値目標に歯科医師の関わりが記載され、大変好ましい。
- ・歯周病専門医は富山県や近県に養成機関がなく、歯周病専門医の大半が大学修了後も大学に残るケースが多いため、県内の専門医数が増える可能性はほとんどない。歯周病専門医数を目標とし、歯科医師が頑張っていないと言われると少し心苦しいのでご配慮願いたい。

- ・小児1型糖尿病患者は、今後最新のインスリンポンプ療法が治療の主流になってくると思う。県内に1型糖尿病を専門とする小児科医は少ないため、重点的に治療を提供できる医療機関の整備も必要ではないか。

○尿中アルブミン検査の実施状況について

- ・富山県CKD対策部会でも、尿中アルブミン定量検査が少ないことを県内に周知するため、各地区の代表医を中心に地域における普及啓発活動の強化に取り組んでいる。
- ・一般検尿の実施件数も富山県は少ないので、まずは検尿検査の実施にむけた取組が必要だと感じている。
- ・尿中アルブミン検査の実施件数は入院、外来、医療圏によって差があるので、地域課題として意識し、実施件数の少ない地域においては、管轄の厚生センターや地域の医師に実施件数増加に向けた取組を頑張ってもらいたい。

○透析導入患者の抑制について

- ・糖尿病性腎症を原疾患とする透析導入患者のみならず、今後は腎硬化症を原疾患とする透析導入患者が増えることも想定されるので、腎硬化症への対応の必要性も感じている。
- ・中高年、特に女性の血圧コントロールをしっかりとやらないと、長期的な透析導入患者の減少にはつながらないと感じている。富山県を含む北陸は全国の中でも最も塩分摂取量が多いので、若年層を含めた減塩対策が必要である。

○糖尿病の合併症予防・重症化予防について

- ・糖尿病の重症化予防という観点で、糖尿病患者には心不全患者も多いと言われているので、この点も計画に盛り込んでいただくとありがたい。
- ・治療中断することで糖尿病の重症化が進行し合併症が悪化してしまうが、治療中断者は受診勧奨しても受診につなげることが難しい。糖尿病患者は合併症が進まない限り自覚症状がないため、受診しない人が多い。また受診しても待ち時間が長いことや、仕事が忙しいために治療中断となる方も多い。特に、中小企業に勤めている40～50代の男性が治療脱落しないようにすることが必要。
- ・合併症の予防・重症化予防には、重症化する前から、リスクのある方へ最新の治療を提供することが必要。かかりつけ医は最新治療を取入れてご提供いただきたい。
- ・富山県は糖尿専門医数が比較的多いので、医師も治療中断者への改善指導を頑張ってもらいたい。
- ・慢性腎臓病も心不全も最新の治療薬が開発されており、徴候を見逃すと患者にとっても大変な不利益を生じる。そのため、医師への啓発がより重要ではないか。
- ・ハイリスク患者や治療中断者を出さないためには、特定健診データを管理している市町村が関わりやすいと思う。特定健診で把握した血糖コントロール不良者の台帳を作っている市町村もあるので、コントロール不良者を糖尿病専門医につなげ、治療を継続できるシステムの構築に向け行政には頑張ってもらいたい。

- ・コロナ禍で糖尿病の症状が悪化し下肢切断も増加したとの話も聞くので、看護協会では、訪問看護時における認定看護師の同行に向けスキームを構築中。

○糖尿病予防について

- ・各市町村の健康センターで様々な事業を行っていることが分かったので、被保険者を各種事業につなげていきたい。
- ・予防、重症化予防には初期段階での関わりが重要ということで、保険者としては特定健診や特定保健指導の実施率向上に積極的に取り組んでいる。
- ・健診の結果、リスクがあるにもかかわらず医療機関を受診されない、特定保健指導を受けないという方が非常に多く、治療につなげることが課題だと考えている。
- ・特定保健指導を実施すると、対象者の約3割は改善するが、新規対象者がどんどん増えているというのが現状。そのため、ハイリスクアプローチとあわせて、新たに高血糖者を増やさないポピュレーションアプローチに取り組むことが非常に重要だと思う。
- ・食生活改善や生活習慣改善について、富山県の課題を広く県民の方に周知いただき、新たな患者を増やさないためのポピュレーションアプローチとしての政策も盛り込んでいきたい。
- ・地域の保健師は、糖尿病予防に特化したポプレーションアプローチの実施はなかなか難しいが、生活習慣病予防として、地域の公民館等で地区のボランティア、食生活改善推進員等と一緒に、バランスのよい食事や減塩、野菜摂取に関する健康教育を実施。
- ・また、食生活改善推進員の事業である3世代交流を通じて、お孫さんなど世代の違う方々と一緒に食事をしていただき、学習する機会も設けている。
- ・ハイリスクの方に対しては、特定健診受診者を対象に糖尿病予防教室を案内しているが、HbA1c 5.6~6.4%の方を対象とすると、自覚症状がないために教室の必要性を理解される方が少ない。

○保健と医療との連携について

- ・国保の特定健診受診者に対して、主治医の同意のもと保健指導等を実施しているが事業実施からある程度経過したことから対象者が少なくなっているのが現状。新たな患者を紹介いただけるよう、かかりつけ医と連携しながら取り組んでいきたい。
- ・診察時に主治医から褒められると本人の治療のモチベーションが上がったという方もいる。
- ・保険者は特定健診の結果や受診時のレセプト情報を把握できることが強みなので、しっかりと関係機関と連携を図っていきたい。

○高齢者糖尿病患者への支援について

- ・高齢者糖尿病患者について、入院中にインスリン強化療法を実施しても、介護施設等へ退院後はインスリンの投与が十分にできないという事例もある。また介護施設での食事の管理の実際も不明であることが多いため、介護施設等における糖尿病治療の実際につ

いて、調査を行う必要があるのではないか。

- ・在宅や施設の高齢者糖尿病患者において、看護師の果たす役割は大きく、当院においても、老々介護の高齢者には訪問看護にて支援いただいている。地域でも高齢者の状態に即した血糖コントロールを行うことが重要。

○医療従事者の資質向上について

- ・厚生センターでは、コロナ禍による事業縮小もあったが、医療従事者等の資質向上という観点で、圏域ごと、市町村ごとに事業を実施している。