

令和5年度 第2回静岡市医療関係者連絡協議会 協議概要

- 1 日 時 令和6年3月26日(火) 午後7時15分から午後9時00分まで
- 2 場 所 城東保健福祉センター複合棟 3階 研修室
- 3 出席者 静岡医師会 福地会長、鈴木副会長、佐々木理事
清水医師会 望月会長、竹内副会長
静岡市立静岡病院 田村診療部長
静岡県立総合病院 有安主任医長
静岡赤十字病院 平原副部長
静岡済生会総合病院 稲葉部長
(事務局) 杉山保健衛生医療部長、田中保健福祉長寿局理事
鈴木保健衛生医療課長、白石保健医療係長、宇佐美、遠藤
宮崎健康づくり推進課長、松野健康づくり推進課課長補佐

- 4 議 題 「糖尿病病診連携システム」の構築について

- 5 会議内容

「糖尿病病診連携システム」の構築について

【説明事項】

(1) 本会議の趣旨説明

(資料1-1から1-3に基づき田中保健所長から説明)

第9次静岡県保健医療計画がついに先ほど承認された。医療計画の静岡圏域版計画では糖尿病病診連携システムについて言及している。具体的には医療機関間の連携強化のため、標準治療マニュアルに準拠した診療を行う診療所を整備することに加え、標準治療マニュアルに沿って診療している診療所を公表するとしている。リストをしっかり作ることで、病院側が責任をもって診療所を紹介できる形を作っていきたい。

また、6月の診療報酬の改定の中で、生活習慣病に関する医学管理料の見直しが実施される予定である。その要件に、診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことが示されており、まさに今回の病診連携システムの構築と重なっている。

さらに、歯科医師会と連携して、糖尿病患者の受け皿となる歯科のリスト化等の検討を進めている。

このほか、糖尿病の重症化予防に向けた分析のために、九州大学のコホート研究に静岡市が参加することになり、市の健康関連のデータを渡すことにより、糖尿病を始めたとした各種疾患の原因分析を進めていく。

今回、糖尿病病診連携システムの導入によって、重症化に歯止めをかけていきたいと

考えている。必要に応じて、分析結果を連携パスに反映していきたい。

今回のシステムの範囲は腎症にとどまらず、糖尿病全体をカバーする連携パスを作りたいと考えているため、先生方のご協力をお願いしたい。

(2) 静岡市国民健康保険における糖尿病対策に係る現状について

(資料2に基づき健康づくり推進課から説明)

(3) 意見交換

福地会長

- ・イーソーネットは脳卒中から始まった。その後、がんや循環器、虚血性心疾患等にも広がっている。今回糖尿病の連携パスを作るにあたり、まずは対象患者を決め、連携方法やルール、情報共有の仕組みづくりをしていきたい。

佐々木理事

- ・パスとしてはDKD（糖尿病性腎症）パスの内容を整理・改変した形がいいのではないか。
- ・DKD連携は登録があまり進んでいない。その背景に、今回よく検討しなくてはいけない課題があると考えている。DKD連携はアルブミンやHbA1c 6%以上等の明確な基準がある。これを糖尿病の患者の場合はHbA1c 8%以上など、腎臓の基準だけでないものを測ればいいのかではと思う。
- ・DKD連携がうまくいっていない原因は
 - ① 診療所発信しかなく病院からの逆紹介に対応していない
 - ② 書類が多いため、業務負担が多いといったことが挙げられる。
- ・また、糖尿病はすぐ困らないため、市は頑張っていると思うが、まだまだ十分に認知されていない。認知を高めるためには、連携しなければいけない患者を病院から吐き出しをしていただくと、自然に認知されるのではないか。有安先生が作成していただいた連携パスには、尿アルブミン値や体重のように一定の基準がある。このような基準とともに手紙が紹介状と一緒に病院から届けば、病院に戻さなければいけないという認知につながる。
- ・うまくいっているパスは全て病院発信である。てんかんのような非専門医発信のパスはうまくいかない可能性が高い。

田中所長

- ・医療計画では、病院から受け取ることができる診療所を整備することを目指している。そのため、例えば一定の研修を実施して、パスを使えるように勉強したところを選んでいただくなど、一定程度のレベルを持つ診療所をピックアップすることを考えていただきたい。

福地会長

- ・病院側からの糖尿病病診連携システムを作るにあたっての考え方・要望等のご意見を伺いたい。

田村診療部長

- ・逆紹介で問題になるのは注射薬をどれだけ管理できるか。内服薬は何とかなっているが、CGMを使っている方など、どういうシステムに対応できるかが見えるような形になっていると紹介しやすい。

有安主任医長

- ・田村先生の意見と同じである。どの開業医がインスリンの注射まで対応可能か、または血糖降下薬を受け入れ可能か、糖尿病の受け入れは難しいなどの一覧があると紹介がしやすい。
- ・また、書類が多いと業務が滞るため、A 4 1枚以内で双方が失礼を感じない程度に簡素化した形であれば紹介しやすい。
- ・そういった紹介を進めたとしても、データヘルス計画の目標達成は厳しいのではないかな。

平原副部長

- ・先の先生方と同じ意見。内服まで、インスリンまでといった範囲がわかるといい。
- ・CGMの話で行くと、例えば一定の高齢者で血糖測定が微妙な人で、そこまでする必要がないと思われる人でも、血糖が測れないゆえにCGMをせざるを得ない人がいる。そういった人の対応が診療所で可能かどうか、電話で確認して回る時もある。

稲葉部長

- ・病診連携がうまくいっているというのは、何を指標とするのか。最終的に患者にフィードバック、評価してもらう必要がある。そこをどのように目標設定していくのか。

福地会長

- ・評価は患者の有効度や満足度で評価するのがいいかと思う。
- ・診療所の方の意見はどうか。

竹内副会長

- ・糖尿病患者のうち、落ち着いている人は投薬していても落ち着いている。腎機能が落ちてアルブミン値等が上がってきた場合に、病院を紹介したくても、清水は紹介する病院が近くに見つからないため、なかなか患者が動いてくれない。糖尿病の拠点を清水側に作ってくれば紹介しやすい。

望月会長

- ・桜ヶ丘病院が教育入院をしてくれるようになった。なかなか葵・駿河区の病院にはいってくれない。

佐々木理事

- ・イーソーネットの医療施設検索では、静岡医師会の中で登録している医療機関がす

べて見れるようになっている。病院の先生方が求めたいものに、チェックリストをつけるということは技術的に可能であると思う。

- ・HbA1cをポイントオブケアでその日に測れるかという項目も必要なのではないかと感じた。
- ・医師会は会員に平等にすることが重視されている。会員間で診療の差が分かるようにすると不利益が出て反発が起きるかもしれないが、今回の連携システムでは、そこは関係なく、市の要請に応え、基準に則ってやるべきだと思う。

鈴木副会長

- ・これまで問題だったのは、診療所側から患者を紹介すると戻ってこない。戻ってきたとしても半年、1年後になるといったことが起きること。
- ・また、患者に病院を勧めても、患者が了解してくれないこともある。
- ・連携の仕組みの周知が必要と感じる。同時に患者に病診連携について説明できるメリットも必要。
- ・診療所をリスト化するよりも、患者が希望する診療所に、インスリンを打つことを頼むことも可能ではないか。
- ・過去に、病院を紹介したが行かず、診療所にも帰ってくるかどうか分からないという人がいた。そういった人まで対象にすると大変なので、しっかりやってくれる方を対象にした方がいいかと思う。

福地会長

- ・インスリン等の注射治療ができる診療所できない診療所といった部分の区分けを医師会としてどうしていくのかといった部分をクリアしていけば、病診連携システムは作っていけそうということでもいいか。

佐々木理事

- ・連携のメリットは、診療所としては、困ったときに病院の先生に診てもらえること、新しい患者をもらえることであり、病院としては、外来患者を減らしていけるということが一番のメリットという認識でいいか。

田村診療部長

- ・安定している方は診療所に出していきたいと考えているが、なかなか出て行ってくれない。

有安主任医長

- ・田村先生と同様。安定している方は診療所に出て行ってもらいたいと考えているが、なかなか出ていってくれない。
- ・大病院から離れたくない患者と、大病院に行きたがらない患者がいる。

平原副部長

- ・高齢の方で長く入院している方は、その病院の人であると認識して出て行ってくれない。
- ・例えば入院の期間だけ病院に来てもらって、退院したら診療所に戻すということは

可能である。

稲葉部長

- ・他の先生方と同様。当病院は入院に特化したいと考えている。紹介患者も予約枠を設けて診察している。予約制にしないと多数の紹介新患があつて外来が回らない。定期通院される方は診療所に診てもらいたい。ただ、長く診ている方は県外に引っ越しても当院に診察にくる。

福地会長

- ・患者は属人的になりやすい。見放すのではなく、近くの診療所にもてもらい、年に1回は戻ってきてもらうということを明確に説明して返せば患者は戻っていく。糖尿病も同様。1年間、近くの診療所に診てもらい、年に1回は帰ってきてもらうという仕組みを説明すれば大丈夫と考えている。
- ・もう一点はインスリン注射ができるできないの問題。これについては、インスリン注射の可否で2つのシステムを作ってしまうかどうかと考えている。

田中所長

- ・市の責任もしっかりしなくてはいけない。患者への説明として、先生方に頼るだけでなく、市はこの連携システムで糖尿病対策を進めていくことをしっかり市民に周知していく
- ・療養計画には今後の予定が書かれており、パスに近いのではないかと感じているかどうか。
- ・医療計画に示す連携システムに乗かったほうが診療所にとってもいいと感じている。
- ・いきなりインスリンを打つ患者から始める必要はない。時間を掛けながらだんだんと信頼関係を築いていき、連携を加速させていければいい。

鈴木副会長

- ・糖尿病標準治療マニュアルにインスリンに関する基準はない。インスリンの用量の変更がなければ、どこかの診療所でもやれるのではないかと感じる。
- ・もしくは内服薬のみの方から始めていく方法でもいいかもしれない。

佐々木理事

- ・インスリンの患者は、血糖測定等を診療所が対応しなくてはならないため煩雑である。血糖測定等に対応できないために戻ってきてしまうことも危惧される。
- ・内服だけでもしくは週1回だけGLP-1を打っている患者の連携は一緒でもいいと思うが、毎日打っている人や血糖測定が必要な人の連携は分けたほうがいいと感じる。

鈴木副会長

- ・インスリン注射の有無で限定したときに問題となるのは、インスリン不可の診療所が、病院紹介後にインスリン注射が始まった場合、その診療所に戻ってこれなくなってしまうこと。そこまで見据えると、あまりインスリンの可否で区切らない方がいいのではと感じる。

- ・区切るのであれば、病院でインスリン注射が始まったら、もうその患者は戻ってこないということについての了承をとるなどの方法がいいか。

福地会長

- ・病院側としては、インスリン注射を受けてくれる診療所がどこにあるのかという情報があまりないことが課題となっていると感じている。

鈴木副会長

- ・それは医師会側で下調べすることは可能。

福地会長

- ・インスリンの有り無しで糖尿病患者の管理の方法は変わるか。特に変わらないのであれば、システムを2つに分ける必要はない。

鈴木副会長

- ・有安先生のパスを見ると特に変わらないのではないかな。

有安主任医長

- ・根本的な部分は変わらない。紹介いただく際に、インスリン導入の場合の診療可否のチェックボックスを作ってしまうでもいいと思う。また、不可とした診療所に戻さなくても問題ないのではないかな。

佐々木理事

- ・病院から出してもらった場合の連携パスも同じ書式で大丈夫か。

田村診療部長

- ・基本的に同じで問題ない。

福地会長

- ・医師会で共通書式となっている紹介状は不要でよいかな。

鈴木副会長

- ・不要である。

福地会長

- ・定期受診の際のデータは別に作るべきかな。

鈴木副会長

- ・電子カルテのデータ表をつければいいのではないかな。

田村診療部長

- ・検査の間隔等が書いてあるとなお良いと感じる。

田中所長

- ・連携パスには、病院の先生方が、自分たちが外来で見る場合にはこうするであろうという対応を落とし込んでいただく方が、診療所にとってもハードルが低くなる。

福地会長

- ・病院の方からこうして欲しいという指示を出してもらう方が望ましい。
- ・指示の内容は内服も注射もほぼ同じでいいかな。
- ・また、連携パスの形は有安先生作成のパスとほぼ同じのままでいいかな。

田村診療部長

- ・診療所の先生が点数を取るための療養計画はどういったものなのか。それも一緒に対応できるような形にした方がいいと思う。

田中所長

- ・雛形は厚生労働省が示しているため、参考にしてほしい。

福地会長

- ・有安先生のをベースに加筆修正をしたものをつかう。定期受診の際は電子カルテ等のデータ表を使うことでよい。

鈴木副会長

- ・紙に書き写す手間をなしにする。電子カルテを導入していない診療所は参加できないくらいでいい。電子化を見据えて進めていく必要がある。

田村診療部長

- ・電子カルテ等の共有化を見据えているということか。

佐々木理事

- ・電子カルテの共有化は早くても来年の3月であるため、そこをあてにしない方がいいだろう。

鈴木副会長

- ・5年後先を見据えてその形を目指していきたい。

福地会長

- ・確認になるが、連携パスは有安先生のをベースに加筆修正をしたものをつかう。データは診療所の採血データを添付してもらうことでよい。
- ・患者に関しては、インスリン、GLP-1 アナログ注射、内服等について、3つ程度に分けてリスト化したものを登録するために手挙げしてもらうということか。

参加者一同

- ・問題なし

田中所長

- ・診療報酬改定の6月までに、試験版でもいいのである程度の形を作って運用してもらい、動き出してから改良が必要な場合もあると思うので、柔軟に対応していただきたい。また、リストに登録される診療所が増えていくことも大事なので、eラーニングや講習会等を開いてもらいたい。

福地会長

- ・評価はどのように行うか。

田中所長

- ・厚労省で国保のデータのフォーマットが決まっている。国保の患者であればレセプトデータを持っている。健保の方は産業医ルートで取得を検討したい。

佐々木理事

- ・この連携パスは療養計画書が関連した形を想定しているのか

田中所長

- ・一緒に考えたほうが楽なのではないかと考えている。

佐々木理事

- ・療養計画書は診療所の負担が大きい。療養計画書が連携パスの評価に食い込んでくるのは反対。現実的でなく、むしろ連携パスの推進の障害になってしまうのではと感じる。

田中所長

- ・マストではないが、やれる診療所はやってもらいたい。
- ・本日で大まかな合意はとれたと感じている。パスを医師会の方で固めてもらって、イーソーネットの仕組みを医師会で整理してもらいたい。合わせて、講習会等の方法を検討いただきたい。

福地会長

- ・患者の流れや連携パスの形は合意が得られたということでよい。

鈴木副会長

- ・問題ないが、紹介基準はどうするのか。

田中所長

- ・先生方でまた協議いただきたい。

福地会長

- ・この後の流れはどうなるか。

田中所長

- ・先生方で連携パスの内容を固めていただく。医師会の方には進行状況を確認させていただいて、必要があればまた会を設けさせていただく。

福地会長

- ・そのほか意見はあるか。

佐々木理事

- ・医師会内の話であるが、糖尿病関連の会議体が多いため、整理していった方がいい。

鈴木副会長

- ・糖腎防を含めて考えたほうがいい。

福地会長

- ・最後に、評価の部分だが、近くの診療所に定期的に通えるのは大きなメリット。かかりつけ医を持つことが患者にとっての一番のメリットであると他のイーソーネットを見ていると感じる。

ー以上ー