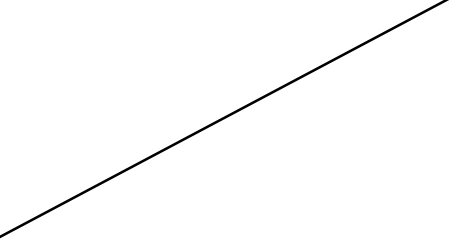


第1回糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定WG（平成30年1月30日開催）におけるご意見への対応

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
1	中野区・日野市の取組	馬場園委員	<ul style="list-style-type: none"> ・(中野区、日野市へ質問) 対象者への通知は郵送か、電話か、又はそれ以外か。 郵送の場合、なかなかフィードバックがないという認識だったが、意外にうまくいっているというのは、資料の濃さ、熱心さが表れているからと考える。 	<ul style="list-style-type: none"> ・(中野区) 参考資料3-1にあるが、対象者に通知を郵送している。通知の内容については、医師会と委託業者と相談し、危機感を喚起するものになっている。 ・(日野市) 参考資料3-2にあるが、対象者及びかかりつけ医に通知を郵送している。 	
2			<ul style="list-style-type: none"> ・日野市の微量アルブミン尿検査について、非常に良い取組だと思っている。早期に対応するためにもこの検査は有効であるが、医療者の側でも広がっていない状況。行政の側からこういった取り組みを行っていただけののはすごくありがたい。この動きは強く進めていくとよいと思う。 		
3	全般	加島委員	<ul style="list-style-type: none"> ・本プログラムの対象者は、各区市町村が健診データ及びレセプトデータを持っている国保、後期高齢者でよいか。一般市民は対象外という前提か。 ・また、生活保護の方についてはどうなるか。健診データは各区市町村で持っていると思うが。生活保護の方も対象になると、関係機関に福祉事務所も入ってくるのではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ・P.1の2(1)にあるように、「都内の区市町村国保及び後期高齢者医療広域連合」を対象としている。ただ、(2)3つ目の○にあるように、「都民全体への展開を目指し」たものであり、段階的には医療保険者全体に広げていければと考えている。 ・生活保護の方については、現段階では対象としていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・今後、都民全体への展開を目指していく中で、必要に応じて検討していく。
4		貴田岡委員	<ul style="list-style-type: none"> ・実効性を上げるためには介入できる人数が重要。様々なアウトカム指標で評価するにしても、ある程度の人数に介入する必要がある。そのためには、介入する人数や、それにどのくらいのリソースが必要であるかという点についても協議が必要。 		

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
5	全般	鳥居委員	<ul style="list-style-type: none"> 生命予後、QOL、医療費の問題等が糖尿病については含まれており、それについては日本医師会でも重大な問題だと捉えている。今回東京都版を作ることの一番の目的は、厚労省が作ったプログラムの、より実効力があるものを作ることだと思う。そういった意味では、既に取り組んでいる区市町村もあることから、P.2にあるように「実情に応じて柔軟に対応する」「取組を尊重する」ものである。ただ、取り組んでいるがなかなか実効力が上がっていないところが多い。そのような区市町村に対して、東京都全体で取り組むことによって実を上げることを目指し、区市町村ごとにバラバラな取組のガイドラインのようなものになればよいと考える。 		<ul style="list-style-type: none"> 事業の実施状況の把握・分析や評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、PDCAサイクルを回すことで、より実効性のある取組を推進していく。
6			<ul style="list-style-type: none"> アウトカムをいかに上げるか、いかに継続できるかというのが最終的な目標だと思う。現在のところアウトカムがあまり上がっていない。腎臓医を受診してもそのまま返されてしまうというのが実情。専門医はいろいろとやっているが、今後はかかりつけ医が頑張らなくてはならない。また、高齢化社会を考えると、高齢者や一人暮らしの方への介入も含めたプログラムになるといい。 		
7	関係機関の役割	小竹委員	<ul style="list-style-type: none"> 都には糖尿病医療連携圏域別検討会というものが、医療政策部所管で、圏域ごとに検討会が行われている。このことについて、プログラム内に盛り込んでもらいたい。 	<ul style="list-style-type: none"> 圏域ごとの検討会についても記載したい。都の役割に含まれるか。 	<ul style="list-style-type: none"> ご意見を踏まえ、東京都糖尿病医療連携協議会及び糖尿病医療連携圏域別検討会の役割等について追記した。(素案P.2)

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
8	関係機関の役割	辻野委員	<ul style="list-style-type: none"> プログラム策定をすること、WGが開催されていること等について、各二次医療圏には伝えられているのか。なるべくスピーディーに伝えていく必要があると思う。 動き出しているということをも3月の会議で初めて知らせるのではなく、検討が始まっているということを先に知らせておくことで、区市町村にも早めに話がおりていくと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> WGでたたき台について検討し、3月の糖尿病医療連携協議会に報告をし、そこで圏域の代表の方にも意見を頂戴したうえで、二次医療圏にも情報提供をしたいと考えている。 (東京都医療政策部) WGの段階から、圏域別の検討会にも情報提供したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 東京都糖尿病医療連携協議会委員にWG設置について情報提供するとともに、糖尿病医療連携圏域別検討会事務局にも情報提供を行う。
9		日吉委員	<ul style="list-style-type: none"> 都医師会及び地区医師会の役割について、「かかりつけ医と糖尿病専門医等との連携」と書かれているが、施設や地域においては腎臓内科医が主体となって取り組んでいるところも多いのではないかと思う。(実際には、糖尿病があるが腎臓内科に紹介があって併診になるケースもある。)そのあたりも盛り込んでほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> 腎臓専門医との連携についても記載したい。 	<ul style="list-style-type: none"> ご意見を踏まえ、都医師会及び地区医師会の役割で、糖尿病専門医、腎臓専門医を含めた記載とするため、糖尿病専門医等の記載を専門医等という表記に改める。(素案P.3、P.4) 重症化予防の取組においては、腎臓専門医との連携が重要であることから、「7(2)地域における関係機関との連携」において、腎臓専門医等の専門医と具体的に標記した。(素案P.15)
10	図表1 (関係機関の連携図)	山本委員	<ul style="list-style-type: none"> 会員への周知はありがたい。 P.6(5)実施上の留意点の3つ目の○に「かかりつけ歯科医との連携体制を構築して」とあるが、P.5の図表1ではかかりつけの歯科医や眼科医、栄養士等は載っていない。どのような取組をしていけば良いのかははっきりしないため、図に盛り込むと共に、関係機関の役割としても記載してほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病医療連携推進事業の連携図には、歯科医等が記載されているので、参考に改変したい。 	<ul style="list-style-type: none"> 連携図(図表1)にかかりつけ眼科医、歯科医等を追記するとともに、本文中にも役割として追記した。(素案P.3~P.5)

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
11	図表1 (関係機関の連携図)	鳥居 委員	<ul style="list-style-type: none"> • かかりつけ医と糖尿病専門医が入ると、必ず腎臓医にも依頼がいくため、その連携については、図等に示されていないが、当然のものだと考えている。(医師会としては、かかりつけ医は必ず歯科医、眼科医、栄養士による指導をするべきだとしている。) 		
12	対象者の 選定	田嶋 部会長	<ul style="list-style-type: none"> • 対象者の抽出基準は、国のプログラムと同じか。中野区、日野市は実際に取り組んでいる立場としては如何か。 	<ul style="list-style-type: none"> • (東京都) 国のプログラムはかなり幅広く対象者を記載しているが、東京都版では、既に取り組を実施している区市町村の事例を踏まえ、抽出基準を設定した。 • (中野区・日野市) 現在行っている取組とほぼ同じ抽出基準である。 	<ul style="list-style-type: none"> • 都内区市町村の抽出基準については、資料5のとおりであり、都の基準は妥当であるとする。

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
13	対象者の選定	鳥居委員	<ul style="list-style-type: none"> 日野市では独自の取組として微量アルブミンを測っており、これは有効な取組であるが、保険医療では測定ができないものである。これを広めるためには、自治体での取組を進めるか、保険の適用を緩めるような働きかけが必要である。この微量アルブミン尿検査について、詳しく教えてほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> (日野市) <ul style="list-style-type: none"> 市立病院の元副院長が専門医で、医師会主催の講演会がきっかけで事業化した。糖尿病が分からない人に対する尿検査は、診療報酬対象にならないと聞いた。しかし、かなりの確率で糖尿病の早期発見ができるかもしれないとのことだったことから、行政の範疇から健診であるとして整備した。ただ、費用対効果を考え、やみくもに全員に対し行うのではなく、医療費分析の結果から対象者を絞った。 当初は簡単に考えていたが、当日尿でないといけないこと、個別健診であること、及び健診医療機関が複数あることから、委託業者が挙がらなかった。そのため、検査方法を検討した。目視判定は難しかったため、業者に依頼し、簡単なポータブルの機械を用意した。この機械のリース料を計算すると、1医療機関当たり年間約10万円で実施可能だったため、これを市で負担することにした。これにより微量アルブミン以外の尿検査についても精度が上がるということだったため、導入に至った。 	
14		鳥居委員	<ul style="list-style-type: none"> 一般のかかりつけ医は普通、微量アルブミンの測定はしていない。ただ、学会等ではすべきとされている。また、今回のプログラムでもアウトカム指標に含まれている。しかし、費用の問題や一般のかかりつけ医ではできないという問題があるため、これについて実際どうすべきか、どこまでかかりつけ医が努力すべきかについて専門家の意見がほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> (日野市) <ul style="list-style-type: none"> 日野市では、238名中、アルブミン尿が測定されたのが130名見つかった。そのうち35名が治療を開始した。治療開始にあたっては、7項目の指標を組み合わせてかかりつけ医に判断していただいた。 (東京都) <ul style="list-style-type: none"> 保健指導の対象者はP.8図表2のとおり、(検査を実施していない区市町村も多いこ 	

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
15	対象者の 選定	馬場園 委員	<ul style="list-style-type: none"> 微量アルブミン尿検査は、糖尿病性腎症の疑い病名で、3か月に1回であれば保険適用可能であるが、査定が都道府県によって異なる。糖尿病患者の微量アルブミン尿測定率は都道府県によってすごく差があり、東京都はおよそ全国レベルである。年に1回検査すれば十分だと思うが、このあたりの査定の東京都の基準はどのくらいか。糖尿病性腎症の疑い病名を付けなければならないか。 	<p>とから) 微量アルブミン尿の検査値があれば抽出基準に含めるとしている。</p> <p>基本的には対象者を絞り込むような抽出基準ではなく、保健指導であれば“第2期相当”という記載にとどめ、あとは区市町村の実情(地区医師会との話し合いや予算等も含め)に応じて行うものとしている。</p>	
16		鳥居 委員	<ul style="list-style-type: none"> 必要であれば疑い病名を付けることになるが、非常にファジーな点である。ときによって、保険者によっても査定基準が異なる状況。必要性の段階に拘らず審査で必ず通るということであれば、実施する医療機関が増えると思う。東京都では、腎症期を書けば確実に審査に通る。微量アルブミン尿には様々なハードルがあることから、1度査定で切られるとそこまでやらない医療機関(専門医ではない)が多いのではないかと思う。本プログラムは、できれば多くの人たちを入れて実を上げたいということから、微量アルブミン尿を基準に必須とするのは難しいのではないかと思う。対して尿蛋白は常識的に測定するため、基準に入れて差し支えない。eGFRは今後特定健診で測定することになるため、微量アルブミン尿に比べてハードルは低い。 		
17		田嶋 部会長	<ul style="list-style-type: none"> 微量アルブミン尿という指標は、比較的結果の出やすいアウトカム指標でもあるというメリットがあると思う。 		

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
18	対象者の選定	鳥居委員	<ul style="list-style-type: none"> 治療開始についても、何によるのかという問題もある。かかりつけ医の場合、腎臓専門医に送ると、(降圧剤を処方し、)そのまま様子を見ましょと返されてしまうことがある。腎臓専門医の意見も大切ではあるが、そういった返されてしまう事例が多いと、かかりつけ医としては(微量アルブミン尿検査の)意味を見出せないのではないかと思う。 		<ul style="list-style-type: none"> かかりつけ医と腎臓専門医等との連携については、今後、課題を把握し、必要に応じて糖尿病医療連携協議会等において対応を検討していく。
19	対象者の選定及び介入方法	大木委員	<ul style="list-style-type: none"> P.7の対象者について「次のいずれかに該当する者は除く」とあるが、例えば、在宅医療を受けるような方は対象になるのか。というのも、地域包括ケアを進めていく観点からすると、在宅の方も含めていく必要があると考えている。今回のプログラムには、通院ができる方が対象となるのか。実際の取組の実態はどうか。(P.11の「戸別訪問」にも関連) 	<ul style="list-style-type: none"> (東京都) 健診データやレセプトデータを基に対象者を抽出するため、在宅医療の方も対象になると考えている。プログラムとして対象者から除くと表記することも想定していない。また、実際には委託内容に含めることができない区市町村も多いと思うが、島しょ地域も含めた町村部では戸別訪問という介入方法を取るところもあるのではないかと考えている。 (中野区) 実際には、委託をして実施している関係で、面談場所に来ることができる方が対象になってしまっている。委託業者に訪問して実施することまでは求めている。 (日野市) 地方では訪問が主であることも想定されるが、東京都の自治体では自宅に訪問されるよりも、市民センターのような場所での面談の方が市民に好まれる傾向がある。そういった点からも、在宅の方への介入は厳しいのが実情だと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> 区市町村によっては、戸別訪問を実施しているところもあるため、介入方法として「戸別訪問」、「訪問指導」も記載することとする。また、対象者には、在宅医療の方も含めている。(素案 P.11)
20		田嶋部会長	<ul style="list-style-type: none"> 介入方法によって対象者の量と質が変わってくることになるため、結果を集める際に(取組の結果が反映された)精度の高いデータになるかということにも関係してくる。また、戸別訪問の要否については予算との関係も出てくると思う。 		

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)
21	対象者の 選定	鳥居 委員	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の範囲については、特定健診やがん検診においても今後上限をどうするかという話が出ている。はじめの介入時には通院していた方が最終的には在宅に移るということも考えられるため、そういった人たちも含めると非常に難しい問題である。それを踏まえると、低血糖を起こさないことを重視すると予防できる年齢までとすべきではないか、といった議論になる。アメリカではがん検診の年齢上限を設けているが、同じことを日本で行うのは実際には不可能ではないかと思う。 	<ul style="list-style-type: none"> 年齢について明文化はしない想定である。ただ、P.9の留意点にもあるように、後期高齢者等は、低血糖等のリスクを踏まえた抽出をする必要があるという前提にしている。 	
22		辻野 委員	<ul style="list-style-type: none"> 対象者の年齢について明文化するのは難しいのでは。実際には75歳くらいなのかと思うが、事業実施後のデータ解析の際に対象から外す、といった運用が現実的なのではないか。 		
23		加島 委員	<ul style="list-style-type: none"> 3月までに示される予定の厚労省における高齢者の保健事業及び投薬の在り方についてのガイドライン案では、年齢については明記されないと聞いている。どちらかという、HbA1cの値や生活習慣病の対策よりも、フレイルへの対策を中心にしていけばいいという方向性のようだ。 		
24		貴田岡 委員	<ul style="list-style-type: none"> 年齢で明記できないのは、暦年齢と身体年齢との乖離がかなり大きいためである。そのため、通うことができる方を介入対象とすると、(後期高齢者等の)リスクが高い方が必然的に除外されることになる。 		
25		介入方法	鳥居 委員	<ul style="list-style-type: none"> 服薬指導についても課題である。処方された薬を飲まない、過剰に飲んでしまうというのも課題。 	

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)	
26	介入方法	鳥居委員	・特定保健指導を受ける人が非常に少ないというの、現在の大きな課題である。忙しい方への電話勧奨はあまり効果がなかったり、委託された業者が行うのと、行政の職員が行うのでも温度差がある。		・特定保健指導の課題を把握し、引き続き実施率向上に向けた取組を積極的に推進していく。	
27	かかりつけ医や専門医との連携	山本委員	・多くの区市町村が行っている歯周病健診を有効に使うことで、かかりつけ歯科医とも連携した取組ができるのではないかと思う。歯周病を治療した患者のHbA1cの数値が改善したというデータもある。	・(2) 2つ目の○に記載のある、医科歯科連携の仕組みの構築について、記載内容を検討したい。	<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関の役割及びプログラム実施上の留意点に、かかりつけ歯科医の連携について記載している。(素案P.3、P.5) ・歯科治療中の患者への糖尿病治療中断者への受診勧奨について記載している。(素案P.10) ・地域との医療機関の連携において、相互受診勧奨など医科歯科連携の仕組みを構築し活用する旨記載している。(素案P.15) 	
28		鳥居委員	・眼科健診も同様に活用できるのではないか。			
29	プログラム評価指標	田嶋部会長	・プログラム運用の評価指標は、国のプログラムと同じか。	・国の指標に加え、段階的な指標を加えている。	/	
30		鳥居委員	・アウトカム指標については、QOLも重視すべきである。行政の仕事は目に見える数値を評価指標にすることが多いが、今後はQOLに注目した指標に目を向ける必要があると思う。			・QOLに着目した評価指標として適切なものはどのような指標か、必要に応じて糖尿病医療連携協議会等の意見を踏まえながら、検討していく。
31		日吉委員	・おそらく多くの区市町村が業者に委託して実施していると思うが、今後は業者の参入が増えていくことや、業者の受託量が増えていくことが想定されるため、委託した場合の事業の質の担保という点から、業者の評価をするというのも非常に重要だと思う。			・区市町村の取組成果を評価するなかで、業者の取組もあわせて検証していく。

項番	項目	委員	発言概要	委員会当日事務局回答	都の考え方 (素案への反映等)	
32	紹介・逆紹介	大木委員	•かかりつけ薬局から患者を紹介するというのはなかなか難しく、全国的にもあまり進んでいない取組である。紹介文の中に薬剤師を含めるようなことは検討していないか。	•(東京都医療政策部) 他職種間での紹介・逆紹介を充実させてほしいという意見は、これまでも頂戴している。協議会で議論させていただきたい。	•「(4) 糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法」に記載している。(素案 P.10) •「糖尿病患者診療情報提供書」については、必要に応じて東京都糖尿病医療連携協議会で検討していく。	
33		田嶋部会長	•紹介のための文書が何枚もあるというのは使いづらいという意見がある。様々な職種が盛り込まれた紙が用意できるといいのではないか。			
34		辻野委員	•なかなか薬局に手紙を書くのは難しい。患者には必ず糖尿病連携手帳を携帯して薬局に行ってもらおうというのが現実的なところかと思う。糖尿病連携手帳の使用が不十分な現状がある。そこも課題ではないか。			•糖尿病医療連携手帳等の活用について追記した。(素案 P.16)
35		辻野委員	•紹介、逆紹介については、全体に係るものであるため、本プログラムのWGで議論すべき事項ではないと思う。			•(東京都医療政策部) 糖尿病性腎症重症化予防に係る紹介、逆紹介であればこのWGで、全体に係る内容であれば協議会での議論が望ましい。