

第1回

糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定ワーキング

議事録

平成30年1月30日

東京都福祉保健局

午後7時29分 開会

○吉川課長 皆様こんばんは。定刻になりましたので、ただいまから平成29年度東京都糖尿病医療連携協議会、糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定ワーキングを開催いたします。

本日はお忙しい中、出席をいただきましてお礼を申し上げます。

私は東京都福祉保健局保健政策部医療費適正化担当課長の吉川と申します、どうぞよろしくお願いたします。議事に入るまでの間、進行役を務めさせていただきます。着座にて失礼いたします。

本ワーキングについてでございますが、東京都版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成するに当たりまして、専門的な事項を検討するため、東京都糖尿病医療連携協議会の部会として設置要綱第6に基づき設置したものでございます。

続きまして、配付資料の確認でございます。次第をご覧くださいまして、配付資料に記載してあるとおりでございます。次第のほかに座席表をお配りしております。また、資料は、資料の1から資料の6までと、参考資料1から参考資料3までお配りしております。

不足、落丁等ございましたら、お知らせいただければと思います。

続きまして、本協議会の委員についてでございます。設置要綱第6に基づきまして、会長が協議会委員のうちから指名を行い、福祉保健局長が任命をさせていただいております。皆様には委員ご就任をご快諾いただきましてお礼申し上げます。委員の名簿につきましては、資料1をご覧ください。恐れ入りますが、名簿をもってご紹介とさせていただきますのでご了承いただければと思います。

また、本ワーキングの座長につきましては、あらかじめ会長より田嶋委員のご指名をいただいております。田嶋委員にもご快諾をいただいておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

続きまして、本日の出欠状況でございます。名簿をご覧くださいまして、八王子市の設楽委員、日の出町の森田委員がご欠席とのご連絡をいただいております。

また、事務局として資料1-2の名簿がございますけれども、名簿のとおり職員のほうも、参加しておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

それでは、開会に当たりまして、地域保健担当部長の本多から委員の皆様へ一言ご挨拶を申し上げます。

○本多部長 福祉保健局地域保健担当部長の本多でございます。

委員の皆様には日頃より東京都の保健医療行政にご尽力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

また、このたびは本ワーキンググループの委員をお引き受けいただきまして誠にありがとうございます。また、本日はこのように遅い時間にもかかわらず、ご多忙の中ご出席を賜りまして、重ねて御礼を申し上げます。

私が申すまでもなく、現在、生活習慣病が増加しておりまして、その中でも多くの合併症につながる糖尿病の重症化予防はご本人の健康、QOLの維持という点においても、これからますます厳しくなります医療保険制度の維持という点におきましても、大変重要な課題でございます。このため、東京都では都、東京都医師会と、また関係機関の皆様と連携し、重症化予防の取り組みを進めていくために糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定することとなりました。都内では既に取り組んでいる区市町村もございますが、まだ未実施のところも多くございます。そのため、先行実施している区市町村の事例や課題なども参考にしながら策定を進めてまいりたいと考えております。

委員の皆様におかれましては、非常にタイトなスケジュールの中、議論をお願いすることとなり恐縮でございますが、どうぞ忌憚のないご意見を賜り、お力添えをいただきますようお願いいたしまして、簡単ではございますが、開会に当たっての挨拶とさせていただきます。よろしく願いいたします。

○吉川課長 それでは、本日は21時を終了目途にしておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、以降の進行につきまして、田嶋座長をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○田嶋部会長 このたび糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定ワーキンググループの座長に指名していただきました田嶋でございます。

委員の先生方のお力を合わせて、ぜひ東京都らしい予防プログラムの完成に向けて微力を尽くしたいと思います。どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、座らせていただきます。

それでは、議事に入ります、本日の議事はお手元の次第に記載のとおりでございます。まず初めに、(1)の糖尿病性腎症の現状と、(2)の区市町村国保の重症化予防の取組について、事務局から資料の説明をお願いしたいと思います。よろしく願いいたします。

○吉川課長 それでは、お手元の資料3をご用意ください。糖尿病性腎症の現状についてでございます。こちら国の資料から抜粋して記載しているものでございます。

2ページをおめくりいただきましてパワーポイントの2ページ、2枚目の一番上の右下にペ

ージを振ってございますが、2ページをおめくりください。国の重症化予防に関する動きでございまして、既に一部の自治体ではレセプトや健診データを活用して取り組んでいるところもございまして、28年3月に厚労省、日本医師会、日本糖尿病対策推進会議の三者が協定を締結しまして、4月に重症化予防プログラムを作成しました。また、30年度から医療費適正化に取り組む国保保険者に対しまして、財政支援をする保険者努力支援制度というインセンティブの制度が本格的にスタートすることとなっております。

その下の3ページをご覧ください、太枠部分の指標③が重症化予防の市町村の指標でございます。

4ページをご覧くださいまして、その市町村分の評価の指標の配点でございますが、100点ということで高く設定されているところでございます。

5ページは都道府県の指標でございます、指標①として太枠部分のとおり、市町村の取組状況を評価するものとなっております。

6ページをおめくりいただきまして、指標③というのが都道府県の取組について評価するものとなっております。医師会と糖尿病対策推進会議との連携が評価内容となっているところでございます。

その下の7ページには、市町村分の実施状況を評価した速報値でございますが、東京都は全国と比べて得点点数が低いというような状況となっております。

続きまして、糖尿病性腎症の現状についてでございますが、10ページをおめくりいただきまして、こちら人工透析新規導入率でございますが、上のほうが全国でございます。全国はほぼ横ばいというような状況。

11ページが東京都の状況でございます。東京都は減少傾向でございますが、依然として高い水準となっているところでございます。

13ページからは糖尿病に関する医療費の現状でございます。糖尿病、腎不全は1人当たりの医療費が高く、14ページ、15ページをおめくりいただきまして、こちらも高齢になるにつれて糖尿病、腎不全の医療費も増加しているような状況でございます。

18ページ、おめくりいただきまして18ページからは、特定健診・特定保健指導の実施率でございます。特定健診の実施率は全国と比べて高いところとなっておりますけれども、保健指導については低い状況というところでございます。

資料3の説明については以上でございます。

続きまして、資料4をご用意ください。資料4は区市町村における重症化予防の取組状況で

ございます。

2ページにございますとおり、29年度の実施状況は、受診勧奨28カ所、保健指導32カ所というような状況でございます。

6ページをおめくりいただきまして、ページをパワポの左下のほうに振ってございますが、6ページ目をおめくりいただきまして、受診勧奨の対象者でございますが、ほとんどの区市町村が未受診者を対象としていまして、健診データ、レセプトデータから抽出しているところでございます。

7ページをおめくりいただきまして、抽出基準で最も用いられているのがHbA1cでございます。そのほか、eGFR、血糖値、尿たんぱくというふうな状況になっております。

13ページをおめくりいただきまして、13ページからは区市町村における受診勧奨の課題について記載しているところでございます。本日ご参加いただいております中野区さんと日野市さんに後ほどお話をいただきたいと思っておりますので、こちらの部分の説明については割愛させていただければと思います。

続いて保健指導についてでございますが、18ページをおめくりいただきまして、対象者はハイリスク者としている区市町村がほとんどでございますが、受診勧奨と同様に健診、レセプトデータから抽出している区市町村がほとんどでございます。

19ページをおめくりいただきまして、保健指導の抽出基準で最も多いのが、血糖値、eGFRを用いている区市町村が多いという状況でございます。こちらは受診勧奨よりはeGFRで抽出しているという自治体が多くなっております。

22ページをご覧いただきまして、こちらは連携の状況でございますが、ほとんどの区市町村がかかりつけ医と連携しているという状況でございます。

飛びまして27ページをおめくりいただきまして、こちらは保健指導の課題について記載しております。こちら後ほど中野区さんと日野市さんからお話をいただくので割愛させていただきます。後ほどご確認いただければと思います。

続きまして32ページをおめくりいただきまして、こちらからはプログラムに係る区市町村からのご意見をまとめたものでございます。まず関係機関との連携についてでございますが、医師会だけでなく歯科医師会、薬剤師会との連携をしてほしいということ。プログラム策定に当たっては、医師会等との連携強化に資するものとしてほしいというご意見がございました。事業実施についてでございますが、生活指導内容確認書の様式を都共通としてほしい。文書料を統一し、居住区外の医療機関でも対応できるようにしてほしい。標準的な評価モデルを示して

ほしいというご意見がございました。

33ページにいきまして、人材についてでございますが、指導を担える専門職の育成について検討してほしい、糖尿病療養指導士がいない医療機関へのスタッフ派遣など具体的な指導ができるような仕組みをつくってほしいというご意見がございました。そのほか、策定とあわせて都レベルでの支援体制の充実、かかりつけ医の標準的治療の徹底、地域連携の推進というようなご意見がございました。

資料の説明は以上でございますが、ここで続けて中野区さんと日野市さんに重症化予防の取り組みにおける課題についてお話をいただきたいと思います。本日、参考資料の3-1と3-2として中野区さんと日野市さんの取組の資料についておつけしておりますので、そちらも参考にしながらご覧いただければと思います。

それでは、まずは中野区さんのほうからよろしいでしょうか。お願いいたします。

○河村副参事 中野区の河村と申します。よろしくをお願いいたします。

中野区としましては、糖尿病性腎症重症化予防事業につきまして、今年度から取り組みをしてございますので、まだまだ試行錯誤の中で取り組んでいるところでございます。

ちょうど1年前に中野区医師会の先生方に対象者等につきましてご相談をさせていただきました。当初、区で想定をしておりました対象者は、糖尿病性腎症の病期分類としては3・4期ということで想定してございましたが、医師会の先生方から、3・4期ではもう遅いとのことのご助言を受けて、2・3期の方を中心に行うようにしました。また、健診とレセプトデータからの抽出ということを予定しておったのですが、レセプトデータの場合には仮の病名をつけてお薬を出すというようなこともあるので、健診データを中心に抽出したほうがいいのではないかとのご助言をいただいて対象者を抽出いたしました。

中野区の人口が約32万、国保被保険者は約8万9千人程度でございますけれども、レセプトと健診のデータから空腹時血糖ですとかHbA1c、加えて腎機能が低下している方ということで抽出しましたところ、1,300人ぐらいの方が対象になりました。そのうち、がん、I型糖尿病等の方を除外いたしまして、300名の方に7月から通知を発送させていただいてございます。

今年度からということもございますので、かなり好評で順調な申し込み状況で開始ができております。ただ、先生方からご指摘をいただきましたように、やはりレセプトから抽出した方の中には、私は主治医の先生から糖尿病と言われていないという方もおり、ご説明が必要だったというようなケースもございます。

現在、委託事業者のほうで6カ月間のプログラムを9月から開始しているところですが、契約の関係で対象者が30名ということになってございましたので、定員以上の方へも対応することで、また都の努力支援制度の申請ができたりということもございますし、せっかく皆様お申し込みいただいたということで何とか対応できないかということで、区の保健師とか栄養士に協力をしてもらってフォローという形で対応をしているところがございます。

現在、事業のほうは順調に実施し、評価等をしまして、今回一応終了ということにはなりません。今年度保健指導を利用した人を対象に、来年度以降も継続して年1回ぐらいはフォローさせていただくようなことも検討したいと考えてございます。

○吉川課長 ありがとうございます。

日野市さん、お願いします。

○青木課長 日野市の保険年金課長の青木と申します。どうぞよろしく願いいたします。

参考資料の3-2のほうをご覧ください。日野市の糖尿病重症化予防プログラムでございます。日野市につきましても、レセプトから使用している薬で病期を特定しまして、2期から3期ということで実施しております。加入者が約4万人の中から1,300人ぐらいが対象となりましたが、そこからやはりがんですとか精神疾患など、さらなる抽出をしていきまして、最終的には331名の方が対象となっております。その中からさらに市内の医療機関で治療している方にターゲットを絞って案内を送っているところです。

日野市は平成27年度の最後のほうから始めて、29年度3回目になります。やはりこの事業は市内の開業医の先生方によく理解していただいて、必要としていただけるような事業にならないといけないと思ひまして、医師会への説明はもちろんですけれども、新規で患者さんが該当した医療機関には必ず訪問して説明をさせていただくことを繰り返してまいりました。そうしましたところ、糖尿病専門医の先生を中心に患者さんを紹介してくださるようになっていまして、おかげさまで3年目ですけれども、募集人数の倍集まって、2部制にして、1部は30年4月開始というようにするようになっております。ずっと続けて必要とされるようになっていきたいと思ひているところです。

委託で実施しておりますので、専門の指導者が保健師さんまたは看護師さんがやっておりますけれども、市内の先生方からは、医療機関と患者さんの信頼関係の上で成り立つ保健指導と違って、行政がやる場合は短時間でほとんど初対面のようなところから始めるところが課題ではないか、どう信頼関係を得ていくか、その辺が課題だと思うよというようなご意見をいただいたりしていきまして、それらをいろいろ考えながら進めているところです。

こちらが重症化予防なんですけれども、重症化するまで待つのですかというようなご意見もありまして、たまたま日野市は市立病院がございまして、当時、副院長の先生が専門医でいらっしゃいました。今、転出されてほかの院長先生になられているんですが、ご指導いただきまして早期発見をしてみようかということで、微量アルブミン尿検査を始めました。資料3-2の後半のほうに微量アルブミンのことが出てまいります。

ちょうど真ん中辺に別紙1となっているところなんですけれども、後ろから10枚目ぐらいから微量アルブミンの資料になっているんですけれども、前年の特定健診の結果で一定の、異常値ではありませんけれども、HbA1cが6.0以上、尿たんぱく検査が±または-の方を対象に、微量アルブミン尿検査をしてみようということになりました。1万3,000人ぐらい特定健診を受けている中の2,000人ぐらいが抽出されました。こちらは昨年2月から始めたので、まだデータを蓄積しているような状況ではありますけれども、かなり対象者が見つかっております。

それでこちらにつきましても、市内で同じように患者さんへの対応ができるように、また微量アルブミン尿の方には、かかりつけ医で治療ができるように市立病院の先生にご指導いただきながら治療開始というような検査から治療まで一貫したような取組をさせていただいているところです。こちらはまだ微量アルブミン尿検査をしている自治体は全国で26ぐらいあるんですけれども、結果の統計までとれているところがないので、日野市ではせっかくなので、それらも追って治療開始の方のその後も追っていこうということで、フロー図などを見ていただくと、どのような形で追っていくかがおわかりいただけたと思います。このようなことをさせていただいているところです。

やはりさらに人工透析になっている方々を見ますと、平均年齢が66歳ぐらいで、社会保険から加入してきた方がほとんどでございます。そのあたりの市でなかなか手が届かない社会保険の間の生活習慣でかなり進んでおられて、国保に入られて人工透析になるというような方々が多いのも課題とされているところです。

いろいろと壁に当たりながら、やっているところではございますが、このような取組をさせていただいているところです。

以上です。

○田嶋部会長 どうもありがとうございました。

都のほうからかなり詳しい糖尿病性腎症の実態についてのお話がありましたけれども、なかなか膨大な資料ですので、またお時間のあるときに目を通していただければと思います。

中野区と日野市の取組は、お手本となるようなすばらしい予防プログラムが走り始めたということで、今後、東京都のプログラムを進めていく上で大変参考になると思いました。ありがとうございました。

これまでのご報告、ご発表に対しまして、委員の先生方からご意見などございませんでしょうか。ご質問などいかがでしょうか。

馬場園先生、どうぞ。

○馬場園委員 東京女子医大の馬場園と申します。ありがとうございました。

まずは通知の方法、それをそれぞれお伺いしたいんですけども、郵送とかお電話とかいろいろあるかと思います。そこをまず教えていただけますでしょうか。中野区のほうはいかがでしょう。

○河村副参事 すみません、資料をお付けしてございますが、そちらの通知をお送りしました。

○馬場園委員 郵送ということですね。

○河村副参事 郵送です。中身についてはかなり医師会の先生と業者さんと詰めて、危機感をお持ちいただくような形でお送りしております。

○馬場園委員 ありがとうございます。

○青木課長 日野市は参考資料3-2の1枚目、2枚目、3枚目を対象の市民の方にお送りしています。その次の1枚、2枚、3枚をかかりつけの先生にお送りしています。郵送です。

○馬場園委員 ありがとうございます。

昨年の私ども糖尿病学会の総会でのシンポジウムで、この話題が取り上げられたときに、少なくともその当時、郵送等だとなかなかフィードバックはないというのが僕らの認識だったものですから、意外に結構多いなというのがあって、それはやっぱりお送りされる資料の濃さといえますか、熱心さが伝わっているのかもしれませんが、非常にすばらしいと思えました。

あともう1点、ごめんなさい、日野市で微量アルブミンの取組をもうされていて、僕はすごく感激して、どういう人をハイリスクとして考えるかというのが、どうしても腎機能の悪い人をハイリスクと思いがちなんですけども、実はアルブミン尿が出ているというのはすごくリスクが高くて、その時期にいかにつえられないかというのを我々思っているんですが、残念ながら医療機関で健康保険で保険請求が通るケースであるにもかかわらず、日本の糖尿病患者さんでこの測定が行われているのは2割もないという、我々医療者の反省すべき点がたくさんあって、それを行政の側から出しているのはすごくありがたいと思いますので、この動きは強

くお進めになるといいかなと思いました。ありがとうございました。

○田嶋部会長 そのほか、いかがでしょうか。

これからご説明があると思いますけれども、都の取組として対象はどうするのか、絞っていくのか、それとも早期、発症予防と重症化予防と、それから透析に入りそうな方々にも焦点を当てるのか、都としてどのように絞っていくのかなどについても議論が発展すると思います。中野、日野市の資料についてはまたお目通しいただいて、ご意見いただければと思います。

そのほかいかがでしょうか。

よろしければ、資料5、6に移っていただきます。事務局からご説明ですね。よろしく願いいたします。

○吉川課長 それでは、資料5、資料6をご用意いただきまして、こちらの説明をさせていただきたいと思います。

まず資料5でございますが、こちらはプログラム策定に向けまして検討が必要な事項として1枚にまとめたものでございます。資料6が今回、東京都版のプログラムのたたき台ということでご用意させていただいたものでございます。こちらのほう、大変広範囲になっておりますので、本文中に検討させていただきたい事項についても落とし込んでおりますが、そちらのほうを資料5に抜粋したものでございますので、あわせてご覧いただきながら確認していただければと思います。

それでは資料6に沿って説明をさせていただきます。まず、今回たたき台、プログラムを作成するに当たりまして、都医師会、東京都糖尿病対策推進会議、そして東京都の三者の連名で作成するということとしております。

1として、本プログラムの趣旨を記載しております。まず、その前段で、こちらのプログラムなんですけど、国で策定しておりますプログラムに準拠した形で作成しております。基本的にはそちらの構成と同じような形で作成をしているところでございます。

2として、基本的考え方ということで、その1ページの下のほうに記載しているところでございます。

(1) 目的としましては、区市町村国保と広域連合が医療機関と連携しながら糖尿病性腎症による透析等の発症を防止することを目的とするということを記載しております。

(2) の本プログラムの性格としましては、2ページ目をおめくりいただきまして、重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すものであり、このため区市町村等が地域の実情に応じて対応することが可能であり、既に区市町村で行われている取組を尊重するものであ

ること。また区市町村等以外の医療保険者についても、本プログラムの取組を推進することが望ましいということで記載しております。

その下の（３）取組に当たっての関係機関の役割についてでございますが、本日ご検討いただきたい事項としては、ワーキング検討事項、点線枠のほうに記載しておりますが、必要な関係機関に不足はないか。関係機関の役割に不足はないかという点についてご意見いただければというふうに思います。

まず、都の役割についてでございますが、都医師会、東京都糖尿病対策推進会議と継続的に連携をし、課題や対応策について協議し、事業実施を支援、フォローする。また、取組や医療保険者にも広がるように保険者協議会等にも協力を依頼し、プログラムの目的や取組について理解促進を図るということとしております。

続きまして、区市町村の役割についてでございますが、①としまして、地域における課題の分析、②対策の立案、３ページをご覧くださいまして③対策の実施について記載しております。そうした広域連合の役割としましては、区市町村と都の両方の役割を担うということとしております。

続きまして、都医師会、地区医師会の役割といたしましては、都医師会は本プログラムを地区医師会に周知し、必要に応じて助言を行う。また、かかりつけ医と専門医との連携の強化等、必要な協力を行うこととしております。

糖尿病対策推進会議の役割といたしましては、都における動向等について構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から区市町村等の取組に助言を行うこととしております。

歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会の役割といたしましては、都の動向等について会員に周知し、必要な協力を行うことや、プログラム対象者が確実に受診継続できるよう、医師の指示のもとで療養指導を行い対象者のセルフケアを支援することとしております。

４ページをおめくりいただきまして、国保連合会の役割といたしましては、区市町村が行う地域の課題分析を支援することとしております。

５ページに、関係機関の連携図についての記載をしているところでございます。後ほどご確認をいただければというふうに思います。

その後、（４）取組方法を記載しておりまして、６ページをおめくりいただきまして、（５）実施上の留意点について記載しております。

３番のプログラムの条件といたしましては、区市町村が実施する上で必要な要件について記載しております。これらは保険者努力支援制度の評価資料となりまして、要件を満たすことに

よって加点されることになっております。

4として、本プログラムの見直しということで、必要に応じて本プログラムを見直すこととすると記載しております。

7ページをご覧くださいまして、5番の対象者の選定でございます。こちらご検討いただきたい事項としましては、抽出基準（健診データの数値等）は適当かどうかという点についてご意見をいただければというふうに思います。

（1）対象者の基本的な考え方についてでございますが、受診勧奨の対象者については、下記に記載してございます①、②いずれにも該当する者としてしております。①は空腹時血糖126以上、またはHbA1c6.5%以上。②としてeGFR60未満、または尿たんぱく±以上ということとしております。

その下の保健指導の対象者についてでございますが、糖尿病性腎症の病期が第2期以上相当の者としております。

8ページをおめくりいただきまして、病期に応じた保健指導の内容を表として記載しております。

9ページをご覧くださいまして、実施方法について記載をしているんですけども、（2）として健診データ、レセプトデータ等を活用したハイリスク者の抽出について記載しております。区市町村において優先順位を決める際の考え方などについて記載しているところでございます。

10ページをおめくりいただきまして、（3）として医療機関における抽出について記載しております。糖尿病治療中に腎機能の低下が判明して保健指導が必要と判断した患者さんを対象とする方法でございます。例えば生活習慣改善が困難な方、治療を中断しがちな患者さん、自施設で管理栄養士等が配置されておらず実践的指導が困難な場合、専門病院との連携が困難な地域などが想定されます。地域の実情に応じて地区医師会と抽出方法を協議することとしております。

（4）糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出について記載をしております。例えば過去に治療歴がある、または過去3年間程度の健診にてHbA1c7%以上が確認されているものの、最近1年間に健診受診歴やレセプトにおける受診歴がない者。歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者などの状況の確認を行いまして、健診・医療機関受診を勧め、前記で記載しております（2）（3）の流れに乗せて対応することというふうにしております。

続きまして、11ページをおめくりいただきまして、6介入方法についてでございます。こちらで検討していただきたい事項といたしましては、介入時期及び病期に応じた受診勧奨、保健指導の内容は適当かどうかという点でございます。

(1) 受診勧奨の実施方法についてでございますが、こちら手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等記載してございます。実施方法につきましては、13ページに図表4として標準的な受診勧奨の流れを記載しておりますので、こちらも後ほどご覧いただきたいと思いますが、実施方法としては対象者の状況に応じて数回、数種類の受診勧奨を行うこととしております。また、実施後は受診継続や保健指導につながるような支援を行うこととしております。

下のほうにいきまして(2)保健指導でございますが、保健指導の実施方法についてでございますが、電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等というふうに記載しております。こちら14ページに図表5としまして、標準的な流れについて記載しているところがございますので、後ほどご確認いただければと思います。保健指導については参加意向の確認後、かかりつけ医と連携しながらおおむね6カ月程度の保健指導を行うことというふうにしております。

12ページをおめくりいただきまして、保健指導の実施までの手順として、区市町村が抽出する場合と医療機関が抽出する場合と分けて記載しております。対象者には参加意向を確認しまして、同意が得られた場合は同意書を提出してもらおう。また、かかりつけ医に保健指導の方針を協議して指示書を作成してもらいます。保健指導の実施結果をかかりつけ医と共有するために、保健指導実施報告書を報告します。こちらに記載のある様式については、たたき台の19ページ以降にお付けしておりますので、こちらも後ほどご確認いただければと思います。

15ページをおめくりいただきまして、7番としてかかりつけ医や専門医との連携について記載しております。こちらでご検討いただきたい事項としましては、連携のために必要な内容が漏れなく盛り込まれているか。また、かかりつけ医と専門医における紹介、逆紹介の判断基準を記載すべきかどうかという点についてでございます。

(1) かかりつけ医との連携としましては、区市町村等とかかりつけ医との連携について記載しております。かかりつけ医は病歴聴取や保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症の状況を把握し、本人に説明するとともに保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められることを記載しております。

(2) 地域における関係機関との連携として、必要に応じてかかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓専門医が連携できる体制をとること。糖尿病の合併症として歯周病等があることから、医

科歯科の連携の仕組みを構築すること。

16ページをおめくりいただきまして、保健指導中のかかりつけ医と実施状況を共有すること、保健指導終了後も継続的な治療につなげるのが重要であること、臨床における検査値について連携機関と共有すること、高齢者については地域包括支援センターと連携することなどを記載しております。

紹介、逆紹介の判断基準については、参考資料をお付けしております、参考資料の2-1についてでございますが、こちらは東京都の糖尿病医療連携における紹介、逆紹介のポイントでございます。

また、参考資料の2-2でございますが、こちらは香川県の重症化予防プログラムで定めている糖尿病治療における紹介、逆紹介の目安と、裏面には腎臓専門医の紹介基準、かかりつけ医検査項目についてでございます。検討の際のご参考にしていただければというふうに思います。

たたき台の17ページにお戻りいただきまして、17ページ8番のプログラム評価指標についてでございます。こちらの検討していただきたい事項については、評価基準は適当か、評価に必要な内容が盛り込まれているかどうかという点でございます。

区市町村における評価についてでございますが、(1)としてストラクチャー評価としては目標を設定し、医師会等関係機関と連携、協力体制の確保、必要な人材の確保、専門職の配置などを記載しております。

(2) プロセス評価としましては、実施手順書を作成し、関係機関で共有しているか、各段階で評価しているか、対象者に合わせた実施内容を準備できているかなどを記載しております。

(3) アウトプット評価としては、受診勧奨を行った人数、対象者のうち保健指導ができた割合などを記載しております。

(4) のアウトカム評価としては、短期的指標としましては医療機関につながった人の人数、生活習慣改善意欲、QOL、行動変容などを記載しております。中長期指標としましては、医療機関につながった人の継続した治療率、服薬状況、対象者の検査値の評価、特定健診受診者全員の検査値の評価などを記載しております。

18ページをおめくりいただきまして、長期的指標としてはレセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数(率)などを記載しております。

都におけるプログラム運用の評価でございますが、都の評価としては区市町村における取組状況や評価の実施状況を把握するとともに、都における評価もあわせて行うということで区市

町村における取組を適切に支援していくというふうにしたいというふうと考えております。

(1) のストラクチャー評価としては、東京都糖尿病医療連携推進事業の評価検証指標により継続的に把握している指標について丸の5つですけれども、記載しております。

(2) のプロセス評価としては、プログラムを策定し、医師会、医療機関などの関係機関へ周知・啓発を実施しているかどうか。関係機関の間でプログラムに関する都の対応策や保健所の取組内容の共有を図っているかを記載しております。

(3) アウトプット評価としては、プログラム及び重症化予防の取組区市町村数を記載しております。

(4) のアウトカム評価、こちらも東京都糖尿病医療連携推進事業の評価指標により、継続的に把握している指標について4つ記載しております。

資料6のたたき台の説明については以上でございます。よろしく申し上げます。

○田嶋部会長 どうもありがとうございました。

非常に膨大な資料で、しかも範囲が広いので、分けてご意見をいただければと思います。今のご説明でおわかりだと思いますけれども、資料5はこれからポイントを押さえてご議論いただく点がまとめてあり、その番号に対応した内容、詳しい説明が資料6に同じ番号が振られているので、それをご参照なさりながらご意見いただければと思います。よろしいでしょうか。

まず最初に、たたき台のほうの1ページから6ページ、つまり基本的考え方のところです。たたき台の2ページの基本的考え方というところをご覧くださいませ。1ページの2です。そして、(3) 取組に当たっての関係機関の役割についてのご意見を伺いたいと思います。つまり2ページの後ろにありますけれども、必要な関係機関に不足はないか。それから各関係機関の役割に不足はないかということについてご議論いただきたいと思います。そして、後にこのプログラムは東京都と都の医師会と東京都糖尿病対策推進会議の連名で策定することになっておりますので、都医師会の鳥居委員のほうからご意見頂戴したいと思います。いかがでしょうか。何かご質問その他ありませんでしょうか。

どうぞ、加島委員。

○加島委員 基本的なことなんですけれども、対象者は国保の人、後期高齢者の人、それじゃないと健診データとかレセプトデータを持っていないわけだから、一般の市民はとりあえず今の段階では対象とはならないという前提でよろしいでしょうか。

○吉川課長 ありがとうございます。

ちょっと説明が不足しておりまして、2の基本的考え方の(1)の目的のところにも記載し

ておりますが、本プログラムは都内の区市町村国保、広域連合が医療機関と連携しということで、基本的には区市町村国保と広域連合を対象としております。ただ、(2)の本プログラムの性格のところ、2ページ目の一番最後の丸のところにも記載しておりますが、なお、都民全体への展開を目指し、区市町村等以外の医療保険者についても本プログラムに基づき取り組みを推進することが望ましいということで、段階的には医療保険者のほうにも、保険者協議会さんを通じて広めていければというふうに思っております。

○加島委員 保険者協議会の会長として出ている、ここについてはどういう形でやれるかなというのがちょっとうちの中でも検討はしたいと思うんですが、それはちょっと置いておいて、あと生保はどうなるんですか、生活保護者は健診データは各市町村が持っているんじゃないかと思うんですけれども。今、いろいろ生保の人たちの健診をどうするかって国でも言っているようなんですけれども、どうなんでしょうか。

○田嶋部会長 これは対象者についてのディスカッションですね。先にしましょうか、議論が進んでおりますので。今は関係機関の役割、それについて基本的考え方のところで。

○加島委員 関係機関ということで、対象者がはっきりしないと関係機関が。

○田嶋部会長 それはそうですね。したがって、対象、今の……。

○加島委員 生保だとやっぱり福祉事務所とかそういう関係者も入ってくるのかなと思った。

○田嶋部会長 いかがでしょう。それでは加島委員のご意見を発展させて、対象者の大枠のところ、その辺についてどうするか、都のほうからお話を伺わせてください。

○吉川課長 本プログラムにつきましては、繰り返しになりますが、区市町村国保と広域連合ということで策定のほうをまずは目指していくというところ。後に生保の対象者についても今後は検討していく必要があるのかなと思いますが、現時点のところではそういったところです。

○加島委員 わかりました。確認の意味でお聞きしたということで。

○田嶋部会長 生保は今後検討するかもしれないということですね。今回は国保です。それをはっきりしておかないと、ついでにというようなことになっても中途半端なデータしかとれないというようなことになりませんか。いかがでしょう。

○吉川課長 区市町村国保と広域連合を対象にしたプログラムということでご検討いただければと思います。

○田嶋部会長 さらに、どのような選択基準をつくるかは、そのまた後にお話を進めたいと思います。

いかがでしょうか。必要な関係機関に不足はないか。各関係機関の役割に不足はないかとい

うところをご覧いただきたい。資料5の一番上の2のところ。それをたたき台のほうをご覧いただくと、1ページから6ページまでにこのことが書かれています。これをさっとお目通しいただきまして、都の役割、区市町村の役割、それからそのほか幾つか医師会も含めていろいろな関係機関のお名前が入っているわけですけれども、これでよろしいでしょうか。過不足はないでしょうか。

どうぞ、小竹委員。

○小竹委員 南多摩保健所の小竹と申しますけれども、東京都の中では糖尿病医療連携圏域別検討会というのがあって、圏域ごとに二次医療圏とかで、そういう検討会があって、医療政策部の設置要綱に基づいた事業だと思えますが、実際に圏域でそのような会議がされているので、そのこともどこかに書いていただけるとありがたいかなと思うんですけれども。

○田嶋部会長 いかがですか。今のご意見、大切だと思いますが。

○吉川課長 確かに今、東京都の糖尿病連携推進協議会もそうなんですけれども、圏域ごとの検討会についても記載がございませんので、検討をして記載をしていきたいと思えます。都の役割のところか、また別に起こすか。

○田嶋部会長 辻野委員、ご意見ございますか。

○辻野委員 よろしいですか。

○田嶋部会長 これに関することですね。

○辻野委員 今、小竹委員のほうからご指摘いただいたことは大変重要だと思うんですけれども、東京都全体で糖尿病の腎症重症化予防プログラムの策定ワーキングが始まっているという情報は各二次医療圏には伝えられているのでしょうか。私自身は、今回ワーキンググループに参加するにあたって、ご連絡いただいて初めてこのことを知りました。こういうことを東京都で始めようとしていることを各二次医療圏になるべくスピーディーに伝えていただいたほうがよろしいかと思うのですが、その点はいかがでしょうか。

○吉川課長 ありがとうございます。

まずはこの策定ワーキングでたたき台のほうをまとめていただきまして、3月の糖尿病医療連携協議会のほう、親会議のほうにご報告をして、またそこでも圏域の代表の方がいらっしゃるかと思うんですけれども、そちらでもご意見をいただいた上で、二次医療圏のほうにもご提供というか、ご説明のほうをさせていただければというふうに思っております。

○田嶋部会長 恐らく辻野先生がおっしゃりたかったのは、アドバルーンを上げて、やりますよというアナウンスが行くといいなと、そういうことだと思うんですけれども、余りかたい話

ではなくて。

○辻野委員　そうです。こういう話が始まっているということが情報として伝えていただくと、より、要するに3月の会議で初めてアナウンスされて、そこから先に進むよりは、もうこういう議論が始まっているということはぜひお伝えいただいたほうがいいのかなと。そうすると並行してスピーディーにやっぱり物事が進んでいくと思いますので、これ結局、今後進んでいく順番というのを考えると、二次医療圏でそういう話が出てきて、そこから市のほうとか市町村のほうにおいていくということで、相当時間がかかる話だと思うんです。

やっぱりスピードということを重視するのであれば、こういう話が始まっていると。もちろんそれは例えば多摩地域でも小平とかはもう、市によってはこういうのを始めているところってあるんです、小金井市なんかはもう国でこういうことが始まっているということで始めていたりはするんですけども、東京都全体でこういうことを取り組もうとしているんだということになるべくスピーディーに伝えていっていただいていた方がいいんじゃないかなと私は思っているので、ぜひお願いいたしたいと思っております。

○松尾課長代理　せっかくですので、この第1回ワーキングの時点で、まず圏域別の検討会様には情報提供させていただきたいと思えます。

○田嶋部会長　ということで、今後スピーディーにいろんなところでお話を広めていただくと。小竹委員のおっしゃったことも含めて、入れていただくのはよろしいんじゃないでしょうか。できるだけ多くの方々に入っていただくのはいいと思いますので、どんどん意見をお寄せいただければというふうに思います。よろしいですか。

そのほかはいかがでしょう。日吉委員、どうぞ。そして山本委員。

○日吉委員　私がちょっと気になっていることは、例えば東京都医師会と地区医師会との役割というところなんかを見ますと、かかりつけ医と糖尿病専門医の連携というような書き方をしているんですが、腎臓の話がどうしてもありまして、施設や地域においては腎臓内科の先生が主体でこういうことをやっている場所もきっとあると思うんです。そうすると、やっぱり腎臓の、より専門の先生のお立場というのも尊重しなきゃいけないのかなとちょっと思いまして、我々なんか大きな病院に勤めていますと、どうしてもそのパート、パートでどちらに患者さんが紹介されてくるかというようなことも実際はありまして、糖尿病があるんだけど腎臓内科に紹介があって、それで併診になっているということもございますので、ぜひそのあたりも少し盛り込んでいただけるとよろしいのかなと思いました。

以上です。

○田嶋部会長 ありがとうございます。山本委員、どうぞ。

○山本委員 歯科医師会の山本でございます。

会員に対してこういったことを周知するということのことは我々としてはすごくありがたいと思っているんですが、実施上の留意点というところにあるんですけども、歯周病は歯の喪失等、歯や口腔のリスクに係る判定に基づき指導を行うとともに、連携の体制を構築して活用することが望ましいというふうに書いてあるんですが、前の図がありますよね、5ページの図。この中を見ると、例えばかかりつけの歯科医とかかかりつけの例えば眼科の先生の役割とかいうようなものが図の中にないので、どういうふうな取り組みをしていったらいいかというところをはっきりしないと思います。

○田嶋部会長 いかがでしょうか。どうぞ。

○吉川課長 まず、日吉委員からのご意見ですけれども、腎臓専門医というのも含めてこちらのほうには記載をしていくということで検討したいと思います。

あと山本委員からのご指摘、この連携図の中にかかりつけ歯科医さんですとかが記載がないというところがございますが、かかりつけ医のところにかかりつけ歯科医ということで記載ということでも……。

○山本委員 それはそれで結構ですけれども、かかりつけの眼科の先生もいらっしゃるでしょうし、それから関係団体の役割というの項目に入っていないので、例えば栄養士会の先生方はどうするのか。薬剤師会の方はどうするのかというところがもう少し盛り込まれるといいのではないかなと感じます。

○吉川課長 よろしいでしょうか。糖尿病医療連携推進事業の連携図がございまして、そこにはかかりつけ歯科医さんが記載されている連携図がございまして、そちらを参考にして追加していきたいと思います。ありがとうございます。

○田嶋部会長 貴田岡先生、どうぞ。

○貴田岡委員 また後での議論になるかもしれないんですけども、結局実効性を上げるためには、要するに対象者のくくり出しができて、実際に介入できる人数が実は非常に大きい問題だと思うんです。いろんなアウトカムをいろんな指標で見るとしても、実効性を上げるためにはある一定以上の人数に介入が行われるという枠組みが非常に重要なのではないかなと思います。そうすると、そのためにどのくらいの全体にリソースが要るかというふうな発想も最初からしておかないと、なかなか後々難しい問題が生じるのかなという印象を持ちましたので発言させていただきました。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

この会の後半でも触れることになるのではないかと思います。今のところはどやって登録するかということですが、それぞれ指標があって、アウトカムのところまで計画を立てなくてはいけないわけですから、それを見据えた上での関連者ということですね。それも連携しながらディスカッションしていったらよろしいかと思います。

医師会のほうからのご意見はいかがでしょうか。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居と申します。

今、疾病対策を担当しております、こういう問題に関しては非常に重大な問題だと思っております。糖尿病の場合、生命予後の問題、透析、あるいはQOLの問題、そして一番は医療費の問題も含まれますので、これは上部団体の日本医師会のほうでも非常に重大な問題だと捉えております。

今回、東京都医師会、東京都糖尿病推進会議、東京都ということで、先ほどの役割の問題等も出たんですけれども、これはある意味では日本医師会、日本糖尿病対策推進会議、厚生労働省がつくったものの、ある面では東京都版で、より実効力のあるものをつくるというのが一番の目的だと思うんです。

そういうことから考えると、あまり相加的になってもいけないということと、今までももう市区町村等でスタートしているところもあるんですけれども、2ページ目の上にあるように、実情に応じて柔軟に対応する。それから、取組を尊重するものであるということで、この一文である程度解決できるのではないかと。もうスタートしている、ただスタートしていてもなかなか実効力が上がっていないところがたくさん。それを何とか東京都全体でやることによって、もう少し実を上げよう。それから、どこの区市町村もばらばらにやっているものの、ガイドライン的なものができれば一番いいのではないかと。これを我々は考えております。

それから、先ほどのかかりつけ医と糖尿病専門医、腎臓医ということもあるんですけれども、かかりつけ医、糖尿病専門医が入ると、必ず腎臓医には依頼が行くわけなので、ここには書いていないんですけれども当然のこととして考えております。

それから、この図にないということの点に関しても、かかりつけ医は必ず今、東京都医師会でいろいろ示しているものでは、歯科と眼科と栄養士の栄養指導というのは必ずやるべきだというのは、これは我々がかかりつけ医に逆に指導しなければいけないんですけれども、そういうことを考えておりますので、そこは余り不足にならないように意識改革をしていきたいと思っております。

それから、最終的にはアウトカムをいかに上げるかということと、いかに継続できるかということ、残念ながら今までのところ、アウトカムが余り上がっていないんです。腎臓医のところに行ってもそのまま帰されてしまうというのが実情です。すごい専門の先生はたくさんいろんなことをやっているんですけども、やっぱり底辺のかかりつけ医がこれからは頑張らないといけないし、少子高齢社会においては、高齢化した人たちをいかに、高齢者をどうするか。ひとり暮らしの人をどうするかということも含めて、このプログラムをぜひつくっていただくと東京都医師会のほうでは考えております。

以上であります。

○田嶋部会長 大変貴重なそのままこの会のまとめの言葉にもなりそうなご意見ありがとうございました。

それでは、時間の関係もありますので、次にいってよろしいでしょうか。7ページから最後の22ページの間です。資料5で見ますと、対象者の選定、介入方法、それから最後のプログラムの指標のところ全てにわたってご意見を頂戴したいと思います。順番にいきたいと思います。対象者の選定のところなんですけれども、先ほど加島先生からご意見を頂戴しましたが、それも踏まえた上で、抽出基準、適当かということについて、まずご意見を頂戴したいと思います。これは国の抽出基準と同じですか。どうして決めたかということに対して、少しだけご発言いただけますか。

○吉川課長 本日、国のプログラムについては参考資料1でお付けしておりますけれども、国のプログラムでは限定的ではなく幅広く対象を記載しているところがございますが、東京都の場合は既に実施している区市町村の事例なども踏まえまして、今回こういった該当者抽出基準というのをたたき台として作成したところがございます。

○田嶋部会長 非常にスタンダードな基本的なところを押さえてくださったと思いますが、既に走っている中野区、それから日野市のお二人の委員の先生方、いかがでしょうか。判定基準、少し広過ぎますか、どうですか。

○河村副参事 今、指標のほうを見比べておまして、ほぼ同じようなところかと思っております。この空腹時血糖ですとか随時血糖、あとHbA1cということと、eGFR値が中野の場合は30ml/分/1.73m²以上から60 ml/分/1.73m²未満というふうにさせていただいたり、尿たんぱくが+、かつeGFR値が30 ml/分/1.73m²以上、60 ml/分/1.73m²未満というような形で設定をしております。

○青木課長 日野市も中野区さんと恐らく分析会社が一緒なので、基準もほぼ同じですので、

問題ないかと思います。

○田嶋部会長 よろしいでしょうか。鳥居先生、どうぞ。

○鳥居委員 今の日野市さんの話が出たのでちょっとお聞きしたいんですけれども、ちょうど自分の医師会の中に日野市の理事の先生がいらっしゃって、日野市ではアルブミンを全部はかっていると。機械を自治体のほうで貸与して、それで使われているということで、理想的には専門医の人たち、アルブミンということなんですけれども、かかりつけ医、実際にはアルブミンを保険医療でできない状況なんです。できるんですけれども1回目からやってしまうとできない。

ここら辺はいろいろ考え方があると思うんですけれども、もしどうしてもアルブミンが必要であれば、そういうような自治体でどうかする、あるいは保険の適用を少し緩めてもらう、そういうような働きかけも必要かもしれないんですけれども、その辺、アルブミンに関してどんな取組をされているか教えていただければと思うんですけれども。

○青木課長 市立病院の元副院長が専門医だったということで、医師会主催の講演会がきっかけとなって市で取り組めるのではないかというふうに発展していったんですけれども、確かに先生方が糖尿病かどうか分からないような状況の方を検査しても診療報酬請求ができないというふうに伺っていました。

それでただし、かなりの確率で早期発見ができるかもしれないということだったので、日野市ではこれは行政の範疇だ、健診だというふうに整備をいたしました。それで、ただやみくもに全員というのも費用対効果的にどうなのかということもありまして、医療費分析の結果から対象者をこのあたりに絞っていったのがHbA1cがちょっと広目にとって6.0以上、尿たんぱくは出ていないというようなことで始めました。

それで、当初はもうちょっと簡単に考えていました。微量アルブミンの検査をする医療機関はありますから、委託で検査会社が請け負ってくれると思ったのですが、当日尿でなければいけないということと、あと地方などは集団健診が主だったり、医療機関が少なかったりするからできるのかもしれませんが、東京のようなところだと、恐らく全ての自治体が個別健診ですし、区や市の中には多数の医療機関があって、いつどこで尿検査をするかわからないので回収が困難であると。全社辞退されてしまったことから、試験紙の方法を検討するよういたしました。

試験紙、昨年2月からは本当に先生方にご協力いただいて、目視判定をしていただいたんですけれども、やはり難しいんです。それで誤差があってもいけないと思ひまして、ポータブル

の機械を、微量アルブミンがはかれるようなものを業者さんにつけて、お安い簡単な機械を用意していただきました。それで、5年間のリースに割り返すと、1医療機関約10万円ほどでできるということで、市がそれを負担しまして、それを入れることによって微量アルブミンだけでなく、全ての尿検査の検査の数値の精度が高まりますので、入れる効果はあるのではないかとということで導入に至りました。そのようなことで、抽出された方々でありますけれども、年間2,000人ぐらいでありますけれども、ちょっと高目の数値の方に取り組むということになっています。

○田嶋部会長 鳥居先生、どうぞ。

○鳥居委員 この辺がかかりつけ医が非常に今、悩んでいるところでして、実際に一般のかかりつけ医がアルブミンを診れるということは普通はあまりないんです。ただ、学会等ではぜひそれが必要だと。今回もアウトカムの一つがそこがありますので、もしすごくアウトカムが上がるのであればやるべきでないか。けれども費用の問題とか、一般のかかりつけ医ができないという間口を狭めてしまうということになると、まさにこれがエビデンス・プラクティスギャップにつながるんじゃないかと思うので、その辺を少し専門医の先生からのご意見と実際がどうかというのをこちらでもまた考えなきゃいけないというところまでかかりつけ医が努力すべきか、今も大変には大変だと思いますので、その辺のご意見をいただければと思ひまして質問させていただきました。

○田嶋部会長 これはすごく大切な点です。先ほど馬場園先生は微量アルブミンからのチェックが非常に大切だとおっしゃった。このたたき台の資料の8ページの図表2のところには、病期に応じた保健指導内容ということで、保健指導のほうには微量アルブミンに対する介入が入っているわけです。これを全体の重症化プログラムの中にきちっと入れるのか、それともサブスタディとして入れておくのか、都の考えとともに先生のお考えも伺いたいと思います。今、決められるかどうかわかりませんが、いかがでしょうか。

先生は、どうしても入れたほうがよいとお考えでしょうか。○馬場園委員 受診勧奨の前か後かですけれども、アルブミン尿、一つは先生、早期糖尿病腎症の疑い病名で保険は通るんです。3カ月に1回という縛り、そんな3カ月に1回はからなくていいですけれども、まずそこではかっただけなのは保険で通るんじゃないかと思います。ただ、査定が都道府県によってかなり違うということもあって、糖尿病患者数割の尿中アルブミン測定率が都道府県で大きく差があるんです。東京都は大体全国レベルです。ですから、年に1回で僕は十分だと思います。それは地域の先生方だとかなりハードルは高いんでしょうか。糖尿病の病名があれば、

もちろん早期腎症の疑い病名をつけなきゃいけないですけども。

○鳥居委員 必要であれば、きっちりつけてやりますけれども、非常にフアジーな状態なんです。そのときによっても違うし、保険者さんによっても違いが出ているということがあるので、この辺が逆に絶対大丈夫だとなればみんなやると思うんです。だから、必要性を学会等からきっちり言って、審査のほうでそれを通してくれるかどうかという判断も一つあるとは思いますが、すけれども。

○馬場園委員 東京都はちなみにどんな様子ですか、保険の査定がされやすいんですか。

○鳥居委員 きっちりそれは頻度で最初からとらないでちゃんと症期を書けば大丈夫。

○馬場園委員 症期まで要るんですか。

○鳥居委員 ただ、症期があったほうが確実だと思って、やっぱりみんなちょっとそこで差し控えて。

○馬場園委員 それは大変です、ハードルが高いですね。

○鳥居委員 一度切られちゃうと、じゃ、それを見ることによってすごくメリットがあるかという、尿検査をすることはできますけれども、アルブミン量はいろんなハードルが今、あるもので、そこまでやらないことがどうしても多くなる、特に専門医でなければ。この検討はできればやっぱり多くの人たちを入れて、実を上げたいということがあるんです。その辺はなかなかアルブミンをここで入れるのはちょっと難しいかなということをちょっと考えています。

○馬場園委員 尿たんぱく定性はオーケーですか。

○鳥居委員 テスト紙、それは大丈夫。それは全然問題ありません。常識的にやります。

○馬場園委員 もともと特定健診で症期ははかりませんので、多くのところが、どこかは別ですけども、それで大まかに見ていると思いますので。

○鳥居委員 そうです、プラスマイナスで。eGFRが今度は入りますので、その辺はちょっとハードルが低くなると思うんですけども、アルブミンをどうするかというのはちょっとかかりつけ医ももっと広めるべきかどうかということがあると思うんです。

○馬場園委員 微量アルブミンの患者さん、糖尿病の患者さんの2割か3割いらっしゃるの、そこが見逃されているのが結構重要と僕は思っているんですけども、今、重要事項を承知しましたので、東京都のほうで一括全部コストをとってくれればすごくありがたいです、日野市も含めて。それは、もちろん全部とは思わないです。特定健診でトリガーの方だけ今、すごく僕としては狭いなと思いましたがけれども、それでもあれだけ集めていらっしゃるの、

○青木課長 276名中35人が治療開始に至っています。全体では238のうち微量アルブミン尿が

130名に見つかりまして、そのうちの35名が治療開始になっておりまして、7項目、糖尿病性腎症、高血圧など症状にアルブミン尿陽性を来す疾患ということで、組み合わせてかかりつけ医にご判断いただいて治療開始をしていただくようになっていきます。

○田嶋部会長 この点については、都のほうで最終的に決めいただくかなくてはいけないということになります。どのようにお考えになりますか。ここで決めることはできないと思いますが、どのように位置づけて、次の議論につなげていくかということについて都の考えをお話いただけますでしょうか。

○吉川課長 保健指導の対象者については、8ページのほうで表に示したとおり、第2期については微量アルブミン尿検査数値がある場合ということで、参考値として入れてございます。全ての自治体がこういう検査が日野市さんのようにできるというふうには現時点ではないので、もし検査数値がある場合はということで記載はしているところがございますので、基本的には余り絞り込んだ抽出対象というよりは、保健指導については第2期相当の者ということに記載をして、あとは自治体の実情に応じてということで現時点では考えてはいたところがございます。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

アルブミン尿からの介入をしてアウトカムを見ると、アウトカム指標としては結果が出やすいので、その面では一つ努力の跡、結果が出せるというメリットはあります。どうぞ。

○鳥居委員 もう一つは、コストベネフィットの問題が一つあると思うんですが、もう一つは今、治療を開始されたということなんですけれども、何で治療開始するか、かかりつけ医の場合、ほとんど腎臓の専門家に送った場合に、そのまま様子を見ましようで帰されてしまうんです。やっぱりそこで降圧剤が恐らく開始されたんだと思うんですけれども、そういうようなことが積極的に行われれば、ああ、そうかとなると思うんですけれども、じゃ様子を見ましようで帰ってくるのであれば、あまりそこに意味をかかりつけ医は見出せない可能性がある。腎臓専門の先生のご意見って非常に大切だと思うんですけれども、実臨床ではそういうような形になっているわけですので、申し上げます。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

これは継続審議といいますか、考えることにいたしましょうか。それとも“必ず”ではなくて、できるときにはそれを市町村によっては行うというような位置づけでもいいかもしれないですね。

どうですか。

○吉川課長 恐らく各区市町村のほうでも、これから地域の医師会さんとも協議をしながら、あとそれぞれの自治体のどこを対象にするかによって予算も変わってくるかと思いますので、ここで東京都がスタンダードを決めていくということも必要かもしれませんが、ある程度2期以上相当のものということで、8ページのほうでそれぞれの病期ごとの保健指導をお示しをすることで、あとは地域ごとというか、自治体ごとというふうには考えておりますが、今日、貴重なご意見をいただきましたので、また田嶋先生ともご相談をさせていただきながら、次回のほうで検討していきたいとは思いますが。

○田嶋部会長 それでは、大木先生、どうぞ。

○大木委員 薬剤師会の大木です。

一つ、これは対象の選定で今までこういう事例が該当する者は除く例に幾つか7ページの真ん中にあるんですけども、この方々以外に例えば私、一番思っているのは在宅医療での選定という対象者はいらっしゃったんでしょうか。

というのは、地域包括ケアを進めていく上では、これから今、そういう方々の受診勧奨と掘り起こしが必要だと思っているんですけども、非常にその部分、専門に受診できるかどうかとか、いろんなことを考えると福祉の方の応援も必要となってくるでしょうし、そういう事例がこの中に含まれるのか、あるいはあくまでも通院の該当者、あるいは受診ができるという前提なのか、そこら辺が少しこの除外だけでは読み取れなかったんですけども、今までの事例ではいかがなんでしょうか。

○田嶋部会長 いかがですか。基本的には健診のデータと、それからレセプトデータ、これをデータソースにする。そこから抽出するというのが基本的な都の考え方ですね。○吉川課長 健診データ、レセプトデータから抽出するというので、基本的には対象になるかなと思っていてんですけども、通常、在宅医療を受けていらっしゃる方も特に除くということで今、考えてるわけではないんですけども。

○田嶋部会長 それでは含まれるという理解で。

○大木委員 当然、健診もそこでは各在宅でも行われているので、そのデータは当然抽出できますから、そこにもいらっしゃるという前提は除外しないということによろしいですよ。

○河村副参事 委託をしている関係で、面談に来られる方というのが条件にはなっています。会場までいらっしゃれる方ということで、委託業者の保健師さんのほうで訪問してくださるというような状況では現在ありません。

○田嶋部会長 ああ、そうですか。

○大木委員 あくまでも通院困難なという方は除くという前提ができてきますよね。

○青木課長 地方は訪問が主ですけども、それは例えば大雪の中、委託で受けてくれるような業者さんはいないので、自治体の保健師さんが訪問するしかないというような実情があるようなんですが、東京の場合は、自宅に訪問されるよりも市民センターのようなところで面談のほうが好まれると思いますので、実際そのようなところでやっていることを考えると、なかなか在宅の方にそこまでというのが厳しいのが現状だと思います。

○田嶋部会長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして介入方法についてご議論いただきたいと思います。介入時期及び病期に応じた受診勧奨、保健指導の内容は適切かということでもあります。10ページをご覧くださいと思います。ここの戸別訪問等というのが、これが少し弱くなりますね、そうすると、今の太木先生と、それから日野市、中野区からのご意見をまとめますと、手紙を送付して、電話、個別面談。戸別訪問は実は実際的にはできないだろう、難しいだろう、それが現状だろうということになりますか。そうすると、これを消さなくちゃいけない。

○加島委員 事例は少ないかもしれませんが、国保保険者の重症化予防の保健事業として訪問指導を業者委託している事例としまして、二十万円と高額な経費が必要な場合もあり、財政的には厳しいものがございます。

○田嶋部会長 介入の方法、あるいは量と質とが変わってくるとデータを取りまとめるときに、数は集まったけれども、実は精度の高いといいますか、科学的検証に足るデータになるかどうか、そういう問題がありますよね。ただ数が集まればいいということではない。だとすると、この際、フィージビリティから考えると戸別訪問というのは除外するという考え方もあろうかと思いますが、それが差別になってしまうと困るんですけども。

これは予算との関係もありますので、どういたしましょうか。実際に経験をしておられる日野市、それから中野区からのご意見というのは経験に基づいたご意見で、大変貴重であると思います。

○吉川課長 委託となると、やはり戸別訪問というのはかなり難しい部分もあろうかとは思いますが、例え町村ですとか島ですとか、そういったところも含めると、戸別訪問というのも手法としてはあるのかなとは考えてはおるんですけども、ここから戻して除いても都の中でいろんなその地域の事情に応じた方法がございまして、特段ここは入れなくてもいいのかなと思うんですけども。

○田嶋部会長 では、個別面談等にしておいて。

○吉川課長 多くの自治体も委託でやられているのかなと思いますので、ここは特段、戸別訪問にこだわって入れているわけではございませんが。

○田嶋部会長 鳥居先生、どうぞ。

○鳥居委員 今、年齢の問題とかいろいろ出たので、皆さんにご意見をいただきたいんですけども、例えば特定健診のときもそうなんですけれども、それからがん検診のときにも、今後上限をどうするかという問題が出てくると思うんです。これ100歳、百寿者がたくさん増えてきているときに、その人たちにこういう検討を入れるべきかどうか、どこで切るか、がん検診もそうなんですけれども、今、非常に問題になっています。

これをやるときに、今、最終的には戸別、それから在宅、ずっと通っていた人もだんだんそうやってきたときに、そういう人たちの介入その他も含めて、今回のデータをとるときにはそこまで入れると非常に難しくなる可能性、その年齢で動脈硬化からの腎障害が出てしまうということからすると、予防できる年齢までライフステージにしたほうがいいのか、HbA1cのいろいろなことも変わってきていますし、低血糖を起こしてしまわないというのが高齢者だと一番の目的になりますけれども、介入とするともうちょっと厳しくしたいということなので、その辺の年齢、ライフステージも含めてご議論を聞かせていただければと思うんです。

○田嶋部会長 先生、何歳がいいと思われませんか。

○鳥居委員 これはすごく難しいので、がん検診なんかはアメリカは平均年齢プラス10歳でがん検診を切っているんです。そういうようなことを日本でやれるかどうか。やっぱり国の指針としてはなかなか難しいんですけども、こういう研究というか、トライアルとしてやる場合にどうなのかということも含めて、今後いろいろなときに年齢というのは問題になってくるんじゃないかと思うんですけども。

○田嶋部会長 何歳ぐらいにすべきだろうという、たたき台というか、案ございませんか。せっかくこういう議論になりましたので。75歳未満とか65歳未満とか。いかがですか、先生。

○辻野委員 私、鳥居先生のおっしゃった頃は非常に重要だと思うんですけども、これってなかなか明文化はできないですね。明確に何歳と区切ると、何でなんだということを言う人が出てくるので、それは実際には難しいかなと思います。一般的には、75歳あたりというのが皆さんが漠然と考えていることだと思いますけれども。

○鳥居委員 でも、高齢者もこれは入れるんですか。

○馬場園委員 もちろん、広域連合が入っていますから。

○鳥居委員 全部集めて後で層別解析するというのがあるかなと思うんですけども。

○辻野委員 解析するとき、ここの年齢は外すという議論はあるべきだと思うんですけども、受診対象者としては、やっぱりどうしても受けないという方が出てくるかもしれないので年齢を区切ってはまずいのは実際には難しいと思います。

○加島委員 これ今、厚労省の方で高齢者の保健事業のあり方のガイドラインと、あと投薬のあり方、3月までに何かまとまるようなんですけれども、やっぱり年齢とか数字は入れないようなんです。だから、生活習慣病のHbA1cだとかの対策よりは高齢者はフレイルを中心にやっていくべきだというような形で出てきているみたいです、保健事業のほうについては。今のところ案の段階ですけども。

○田嶋部会長 都としてはこのような事業の中で年齢を入れたということはないですね。ですから、基本的な考え方としては年齢は入れないというのが原則ですか。実際にはどうでしょう。

○吉川課長 今、ご意見いただいたように、年齢の明文化というのはあまりないと思います。ただ、後期高齢者になりますと色々なリスクが伴いますので、本文にも記載しておりますけれども、年齢というよりは、リスクを踏まえた対象者抽出が必要だというような書きぶりにはしております。

○田嶋部会長 基本的には鳥居委員がおっしゃったように、年齢については触れない。しかし、触れずに全体を受け入れるけれども、解析とかするときには、ある一定の集団についての解析を行う。それでよろしいですか。いかがですか。

委員会としてはそのような意見が出たと。最終的に決定するのは都だということで進めたらいかがでしょうか。

○貴田岡委員 介入方法だと思います。年齢で割り切れないというのは高齢になるほど、暦年齢と身体年齢の乖離が大きいケースが存在するからです。歩いて参加する形式で介入すると、かなりADLの悪い方はそこで必然的になるといった形で実をとるということを考えるのが現実的ではないかなと思います。

○田嶋部会長 どうもありがとうございます。

このようなご意見を踏まえながら決定していくというふうなことでよろしゅうございますか。

それでは、もうあと10分、大丈夫かしら。申し訳ありません。でも、ホットなディスカッションがあつて大変有意義な時間だと思います。

少し時間が出るかもしれませんが、よろしいでしょうか。9時10分までですね、今日の予定は、違いますか。

○吉川課長 9時までです。

○田嶋部会長 それでは、あと10分、15分。

○吉川課長 もしよろしければ、あと10分ほど延長していただくのと、あと第2回もごさいますので、もしよろしければ、今日ご議論いただけなかった、できなかった部分については次回に回すとかということでもいいのかなとは思いますが、いかがでしょうか。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

それでは、その次のどうしてもここで意見を言っておきたいということをお伺いすることにして、次2つ、かかりつけ医や専門医との連携について、それからプログラム評価指標について。これについて特にこれで大体のところいいのか、あるいはこのあたりは具合が悪かろうというようなことがありましたら、ぜひお話ししていただければと思います。

山本委員、どうぞ。

○山本委員 歯科医師会でございますけれども、1つだけお願いしたいんですが、実はそれぞれの区市町村が歯周病検診というのを持っているんです。これは大体の場合、無料で年1回できる、あるいはワンコインぐらいでできるというタイプのもがありますから、我々、かかりつけの歯科のほうにその対象者の方を勧奨していただくというようなシステムをつくっていただけるとありがたいと思います。

以上です。

○田嶋部会長 いかがでしょうか。そういうことを盛り込むということをお考えいただけるでしょうか。

○吉川課長 ありがとうございます。

今、ご意見いただきましたところについては、(2)の地域における関係機関との連携というところの2つ目の丸に今、糖尿病の合併症ということで記載しておりますけれども、そういったところにまた少し追加というような形で。

○山本委員 基本的に、区市町村単位の事業であるので、ただそこに書いていただければ、対象者が歯周病検診にも行くというふうになりますし、それで例えば歯周病の健診をした後、歯周病だという診断がついて、それで治療するとHbA1cが下がるということも言われていますから、重症化予防のためにすごく役に立つのではないかなと思います。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

そのことも、どうぞ、先生。

○鳥居委員 東京都医師会のほうではかかりつけ医が診る中で、歯周病の検診と、あとは眼科健診を必ずするよというのはプログラムの中に入れておりますので、その流れを使うとい

うのは一つじゃないかと思います。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

それでは、プログラムの指標評価です。17ページについて、この評価基準が適当か。評価に必要な内容が盛り込まれているかということでご意見頂戴したいと思います。ちなみに、このプログラム評価指標は国の評価指標と同じと考えてよろしいですか。国と同じですね、この評価、17ページのプログラム評価指標。

○吉川課長 こちらの評価指標につきましては国の評価に加えて、かなり具体的にそれぞれの段階的に評価指標を掲げております。

○田嶋部会長 骨格は国と同じ。それにさらに細かなところをもう少し踏み込んだところもあるということです。これは17ページをご覧くださいといいと思います。都の病診連携では、このプログラムの評価ということをこれまでもずっとやってまいりましたね、貴田岡先生。その中でストラクチャーとプロセス、アウトカムはありましたけれども、アウトプット指標、これが目新しい感じがします。でも、アウトプットがあるということは何らかの形の成果を示すことができるということになります。よろしいでしょうか。

どうぞ、大木先生。

○大木委員 1つだけ今のところでもそうなんですけれども、ストラクチャーの評価で保健指導の実施で薬剤師がここに入っていて、かかりつけ薬剤師、薬局というここで、今までもそうなんですけれども、薬局、私どもから紹介ができるものというのが独自のものしか今、私もそうなんですけれども、自分独自のもので先生方にこういう受診勧奨をとという患者さんを紹介すると、あるいはいろんなことのご相談があつて文書を出すんですけれども、そういうものというのはどうなんでしょう、東京都、先進的にこういうものをというペーパーがあると何か全国に発信できるんですけれども、そういうものは。前回、糖尿病の連携協議会で一度お出ししたご意見なんですけれども、少しそのときはまだ早いんじゃないかなというご意見で時期を待っていたんですけれども、どうでしょうか、その辺。ご紹介文の中に薬剤師というものが入る時期かなというのがありまして。

○田嶋部会長 いかがでしょうか。

○久村課長 この間も歯科医師会の山本先生からもお話いただきましたけれども、結構多職種の方との連携で紹介、逆紹介も含めてですけれども、もう少し充実しなければいけないというご意見はこれまでもいただいていたところがございますので、今度の協議会のところで、どこまで踏み込めるかわかりませんが、一度ご議論させていただきたいなというふうに思っ

ております。

○田嶋部会長 その紹介のための紙が何種類もあるというのは、かえって混乱する、使いづら
いというふうなこともあるので、エッセンスといたしますか、今、頂戴したご意見が1枚の紙に
盛り込まれたようなものがあるといいかもしれないですね。私が意見を言っているのかどうか
わかりませんが。

辻野先生、どうぞ。

○辻野委員 今のご意見に対するお答えですが、実際に調剤薬局さんに診療情報提供書を書く
のは忙しい診療の合間にはなかなか難しいところかと思えます。糖尿病連携手帳が活用されて
いるので、糖尿病連携手帳を必ず患者さんに携帯いただいて薬局に行ってくださいというのが
現実的にはもっとも受け入れやすいように思います。

○田嶋部会長 そういうふうなことができるのだと、双方向でできるのだという認識はまだ浸
透していないですね。一部の先生は使っておられると思いますけれども。

○辻野委員 連携手帳の普及に関してはいまだ不十分なところがあるので、糖尿病医療連携そ
れ自体も重要なことと一緒に連携手帳についてもっと広めていかないといけないと考えており
ます。

○田嶋部会長 看護師さんは使っておられますか。積極的に記載をしたりしておられますでし
ょうか、糖尿病の連携手帳。

○大橋委員 糖尿病は積極的にかかりつけの先生と専門医とで一生懸命やっけていらっしゃる病
院はお使いになっているようでございます。見かけております。

○田嶋部会長 ただ、温度差があるということですね。ですから、このようなプログラムをき
っかけに、より活用する一つのツールとして位置づけておくということは考えてもよろしいか
もしれないですね。

いかがでしょうか。どうぞ。

○鳥居委員 今の件は恐らく服薬指導という形でなってくるんじゃないかと思えますけれども、
今後はやはりアピランスで必要なもので、そういうものを入れておかないといけないです。出
しているけれども飲まないということが、結構これから高齢はいらっしゃると思うし、過剰に
飲んでしまうこともある。

もう一つ、アウトカム評価の中で、今回は難しいかもしれないんですけども、必ずやっぱ
りアウトカム、QOLというのが前のページにも記載されているんですけども、いろいろな
行政の仕事というのは必ず健診でも死亡率減少効果、がん検診は死亡率減少効果ということで、

そういう目に見えるものしか出せないんですけれども、今後はこういうものでQOLがどうなったかというのもSF-36とか客観的なものがだんだん出てきていますので、今すぐできるというわけではないんですけれども、QOL評価というのも今後、行政の中ではぜひ考えていただきたいと思って、発言させていただきました。

○田嶋部会長 QOLという言葉はさりげなく入っているんですけれども、17ページ。もう少し光を当てるようにするということですね。

○河村副参事 アウトカム評価のところの糖尿病による失明発症率ということにつきましては、区市町村では把握が難しいかと思います。

あと年齢調整死亡率のほうは、保健所の衛生統計等での把握が可能なのでしょうか。

○吉川課長 今いただいた評価指標は東京都の評価指標のところということでよろしいでしょうか、18ページの。東京都のほうで失明発症率ですとか、あと年齢調整死亡率も東京都のほうで出しているものがございまして、東京都の評価として今回、記載しております。おっしゃるとおり、市町村のほうの年齢調整死亡率というのは出していないかと思いますので、こちらは東京都の評価となっております。

○田嶋部会長 日吉委員、どうぞ。

○日吉委員 これはプログラムに載せることと、実際明文化することとは違うと思うんですが、保健指導事業になりますと、かなりの部分を委託業者さんにやはり依存しなければいけないということがあると思うんです。

私も渋谷区のほうの今、検討のほうに参加させていただいて、直接保健指導の事業者さんのプレゼンテーションとかを聞いてきたんですけれども、そうしますと、今後やっぱりかなりの部分がそこに依存することがきっと予想されるので、そうするといろんな業者さんがこれからそこに参加してくるということになると、その質の担保ということが非常に重要になってくると思うんです。

そのときに、きちんと都のほうでその辺の評価、事業者さんの評価をしませんと、委託はしたと、事業はやっているらしいけれども効果は余り出ない。例えばそれはその中の会社の中のいろんな教育の問題とかスタッフの問題で、それが不足だったりということがきっとばらつきが出てしまうと思うんです。ですから、今、先行しているところは信頼できる場所をお願いしていて、ある程度ノウハウがあるかもしれませんが、そこも例えばその会社さんに全部のところを依頼すると、やっぱり質は下がるかもしれませんので、ぜひその辺を最終的なところでは客観的な評価をある程度入れられるように考えていただければなと思いました。

以上です。

○田嶋部会長 よろしいでしょうか。

そのほか、どうぞ。

○鳥居委員 今回の保健指導は非常に問題が多くて、特定健診の保健指導なんですけれども、世田谷区では、質の問題以上に受診される方が非常に少ない。すごく忙しい方に電話で勧奨したりしても、結局はそのままになってしまうということが多いので、どの程度、保健指導が今後できるか。かかりつけ医がやる保健指導と業者がやる保健指導では当然ちょっと違ってきますので、その辺の温度差も考えなければいけないと思います。

○田嶋部会長 大きな問題ですね。ありがとうございました。

そのほか全体的な点でご意見ございませんでしょうか。

それでは、最後に今後のスケジュールについて、事務局のほうからご説明をお願いいたします。

○吉川課長 ご議論いただきましてありがとうございました。

1点だけスケジュールの前に、今回かかりつけ医との連携のところの15ページの検討事項のところ、2つ目のポチで紹介、逆紹介の判断基準を記載すべきかどうかという検討事項を今回記載しているところでございました。

先ほど医療政策部の話もありましたが、そもそもの糖尿病医療連携推進事業で作成しております参考資料2のほうで添付しておりますけれども、判断基準のポイントがございますが、今回、腎症予防に特化してということで、こちらの香川県のように腎臓専門医への紹介基準、かかりつけ医の検査項目について何か具体的な基準を設けるべきなのかどうかというところについては、今日ご意見いただく時間が余りなかったものですから、もしここでご意見あれば、次回に回してもいいのかなと思っはいるんですけれども、いかがでしょうか。

○田嶋部会長 もう少し、5分ほど頂戴しまして、先生、どうぞ。

○辻野委員 一言だけ。かかりつけ医と専門医の連携というのは重症化予防プログラムのワーキングの中で決める話ではないと思います。医療連携協議会全体の中で議論を進め、その結果を重症化予防の中に落とし込むべきと思うので、ここで余り議論を深めるべきではないように思います。

○田嶋部会長 恐らくそれぞれのお考えがあれば伺いたいぐらいの、そういうふうな問いかけだったのかなと。ここで決めるわけではなく、今後どうするかについてお考えいただいてとい

うことかしら。○吉川課長 イメージ的には香川県ですとか、あと他の県でも重症化予防のための判断基準というのを定めているところも幾つか県ではありまして、今回もし個別に載せるのであれば16ページのほうにも今、点線枠で空白になっておりますけれども、こちらに記載を盛り込んでいけたらいいのかなというふうに考えていたところでございますが。

○久村課長 補足させていただきますけれども、重症化予防に今、ご議論いただいている内容がすぐそのまま糖尿病、東京都の医療連携ツールの運用の手引を改正する事態につながらないというふうに思っています。ここで議論していただいたことは多分重症化予防に特化した取り組みとして何か指標をつくるだけということでしたらあろうかと思えますし、もし東京都全体の糖尿病医療連携ツールの例えば手引であったり、様式を変更するというのであれば、まさにおっしゃるとおり親会、協議会のほうでじっくりご議論いただくというふうな形になりますので、今まずは重症化予防としてどう取り組みましょうというところのご意見をと思っております。

○辻野委員 重症化予防のためのかかりつけ医と専門医の間のルールと、全体としてのルールの間に齟齬があったらまずいと思うんです。

○久村課長 おっしゃるとおり、いずれにしても重症化予防の話も当然最終的には協議会のほうに上げましてご議論いただいて、協議会として決定することになりますので、そういう意味では齟齬は来しません。私が申し上げたのは、これをまた変える、変えないということと、重症化予防というのがストレートにイコールではないというイメージでございます。

○田嶋部会長 恐らくそういう数値というのは、都独自で持ったほうがいいものと、国と全体が一致してもつべき数値があると思います。したがって、この点については、先生方のご意見を伺いながら、よりよいものに詰めていきたいと思っております。

それでは、事務局のほうにマイクをお返しいたします。

○吉川課長 ありがとうございます。

それでは、今後の予定でございますが、現在、2月下旬に第2回のワーキングを予定しております。皆様には日程調整をさせていただいたところでございますので、近日中に決定次第、またご連絡をさせていただければと思っております。

冒頭でもお話ししましたように、2月下旬のワーキングを踏まえて最終的には3月28日の親会議のほうでまたご議論いただくという流れになっておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

それでは、本日の議事はこれで終了いたしましたので、本日は活発なご議論をいただきまし

てありがとうございました。本日いただきましたご意見を踏まえまして、第2回のワーキングに向けて整理をしまして修正をしたものをまた皆さんにご意見いただきたいと思いますのでよろしくをお願いします。

なお、本日の資料は机上に残していただければ、事務局のほうから郵送させていただきますので、もしご希望される方は残していただければと思います。

お車でいらっしゃる方は駐車券をご用意しておりますので、事務局までお知らせください。

以上をもちまして、29年度東京都糖尿病医療連携協議会、糖尿病性腎症重症化予防プログラムワーキンググループを閉会いたします。どうもありがとうございました。

午後9時23分 閉会