

第2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2月20日

東京都福祉保健局

午後7時05分 開会

○吉川課長 それでは、定刻になりましたので、ただいまからワーキングを開催させていただきます。

本日はお忙しい中、ご出席をいただきましてありがとうございます。

また、本日、ゲートのほうでトラブルがございましたことをお詫び申し上げます。申し訳ございませんでした。それと、今日田嶋座長が少し遅れていらっしゃるということで、お見えになるまで私のほうで議事を進めさせていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。着座にて失礼いたします。

まず初めに、お手元の資料の確認をさせていただきます。本日の会議資料は、お配りしておりますのが、次第、座席表、あと資料1から資料7までとなっております。また、参考資料の1から参考資料の3までお配りしております。不足等ございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

続きまして、本日の出欠状況でございますが、馬場園委員、辻野委員より所用のためご欠席とのご連絡をいただいております。また、西村委員の代理として、本日、東京都栄養士会副会長の石垣様にご出席をいただいておりますので、どうぞよろしく願いいたします。また、大橋委員が遅れていらっしゃる伺っておりますので、よろしく願いいたします。

また、事務局として資料1-2の名簿のとおり本日参加をしておりますので、あわせてどうぞよろしく願いいたします。

本日の議事ですけれども、8時半を終了目途にしておりますので、どうぞご協力のほどよろしく願いいたします。

本日の議事は、次第をごらんいただきまして主に2つございます。1つ目が重症化予防プログラム（素案）について、2つ目が区市町村国保における重症化予防の取組への支援体制（案）でございます。

まず初めに、議事の1の資料の説明をさせていただければと思います。

お手元に資料の3、資料の4、そして資料の5、こちらの3点ご用意いただければと思います。資料の3は、前回のワーキングのご意見を踏まえまして修正したものでございます。素案ということで本日お配りしております。資料4は、前回のワーキングでいただきましたご意見をまとめたものでございます。

それでは、前回のご意見を踏まえながら、資料の3の素案の修正点を中心にご説明をさせて

いただければと思います。

まず、資料の4、ワーキングにおけるご意見の対応について、ご用意ください。ページをおめくりいただきまして、2ページ目でございます。

2ページ目に、5番の鳥居委員からのご意見がございました。既に取り組んでいる区市町村についても取組を尊重するものであるが、ただ、取り組んでいるがなかなか実効が上がっていないところが多いというご意見をいただきました。今後、東京都としても、この事業の取り組みをPDCAサイクルで回すことにより、より実効性のある取組を推進していきたいというふうに考えております。

7番の小竹委員からのご意見で、糖尿病医療連携圏域別検討会が糖尿病医療協議会のもとにあり、そちらのほうもプログラムの中に盛り込んでもらいたいというご意見でした。素案の資料3の2ページをお開きいただきまして、下線部、修正点を追加したところがございますが、ご意見を踏まえまして、東京都糖尿病医療連携協議会、そして圏域別検討会についても記載をしているところでございます。

資料4にお戻りいただきまして、3ページの9番にございます日吉委員からのご意見をいただきましたところで、都医師会、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」と前回のたたき台では書かれてございましたけれども、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、盛り込んでほしいというご意見でした。ご意見を踏まえまして、素案の3ページをご覧いただきまして、東京都医師会、地区医師会の役割のところですが、2つ目の丸、下線部のところに、専門医等という形で修正を加えております。糖尿病専門医、腎臓専門医を含めた記載とすることで、専門医等ということで今回修正をしました。

また、ページをおめくりいただきまして4ページの1つ目の丸、こちらも専門医等ということで修正をしております。

また資料4のほうをお戻りいただきまして、9番の日吉委員からのご意見で、素案の15ページにもある専門医という記載についてですけれども、7の(2)の地域における関係機関との連携の1つ目の丸、こちらは重症化予防の取組において腎臓専門医との連携が重要であるということから、こちらは腎臓専門医と具体的に表記しております。

また資料4の3ページの10番をご覧いただきまして、こちらの山本委員からのご意見で、かかりつけ歯科医と連携体制を構築してとありますが、図表1ではかかりつけの歯科医や眼科医、栄養士が記載されていない、図に盛り込むとともに、関係機関の役割としても記載してほしい

というご意見でした。

図表を記載しておりますところ、まず素案の5ページのほうですね、図表のほうを修正しまして、今回、それぞれのかかりつけ歯科医、眼科医、そして栄養士、看護師の記載を加えてございます。また、本文のほうにも内容を記載しております、3ページにも、医師会、地区医師会の役割の3つ目の丸に下線部を追加しているのと、3ページの一番下、東京都歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会の役割の2つ目の丸、こちらのほうも追加しております。

また、資料4にお戻りいただきまして、4ページをおめくりいただきまして、12番、対象者の選定のところでございます。こちらのほうは、素案7ページをおめくりいただき、こちら対象者の抽出基準について記載しているところでございますが、前回田嶋座長のほうから、対象者の抽出基準は国のプログラムと同じなのかということでご質問がございました。基本的には国のプログラムを参考に作成しているところでございますが、今回、受診勧奨、保健対象の対象者については特に修正のご意見がございませんでしたので、修正なくそのままの内容で記載をしているところでございます。

7ページの留意点、3つ目の丸のところ、国等のプログラムにも同じような内容が記載してありますけれども、糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓に見られる。本プログラムでは、図表3病期分類のとおり、対象者を糖尿病性腎症として広く取り扱うということで記載をしております。こうした国のプログラムの考え方では、受診勧奨、保健指導ともに第1期からを介入対象としておりまして、先行して実施している全国の自治体、都内の自治体の状況も、これを踏まえて対象者を選定しているような状況でございます。

本日お配りしました資料5をご覧くださいまして、こちらは都内の区市町村における対象者、健診データに基づく対象者の抽出基準を一覧にまとめたものでございます。下の注意書きを見ていただきますと、少し細かいんですけども、米印のところに対象者の抽出、こちらは健診データを用いると回答した保険者を抜粋しているので、レセプトデータのみを使用しているところについてはここには含まれておりません。また、各保険者における抽出に用いる基準値をまとめたものですので、保険者によって、各指標を全て満たす者を抽出する方法と各指標のいずれかを満たす者と、それぞれありますので、ご留意いただきながらご参考にしていただければと思います。

これを見ますと、受診勧奨についてはほとんどのところがHbA1c 6.5%以上を基準としております。また、eGFRについては60以下と広く捉えているところが多いのかなと思います。尿たんぱくについてはプラス以上が多くて、空腹時血糖については126のところが多くな

っております。

保健指導については、HbA1c 7.0以上と受診勧奨よりも高目の基準としているところが多くなっております。eGFRについては尿たんぱく、空腹時血糖については受診勧奨とほぼ同じ検査値を使用していることが多いのかなという状況でございます。

こうした都内区市町村の実施状況ですとか国のプログラムなどを踏まえまして、都としての抽出基準については素案の7ページの(1)に記載している受診勧奨と保健指導の対象者の抽出基準は妥当ではないかというふうに考えております。

ただし、本プログラムの目的は、糖尿病が重症化するリスクの高い未治療者、治療中断者を医療に結びつけることですとか、糖尿病治療中の方でハイリスクの方に対して保健指導を行って、透析等の合併を防止することですので、受診勧奨については、素案の例えば9ページをおめくりいただきまして、9ページ以降に記載している(2)から(4)の抽出方法を組み合わせましてハイリスク者を抽出するというような形で記載をしております。

9の(2)につきましては、健診データ、レセプトデータを活用してハイリスク者を抽出する方法を記載しておりまして、優先順位を決める際の考え方、留意点などを記載しています。留意点として、第4期の患者に対しては受診勧奨、専門医との連携体制が重要であることですとか、健診データのほか、合併症に関する検査所見などを考慮した上で、主治医とカンファレンスを実施する体制が必要であることなどを記載しております。

10ページをおめくりいただきまして、こちらには、一番上の記載ですけれども、レセプトデータを活用した併発疾病等を有するハイリスク者の抽出についても記載をしています。

(3)は、医療機関における抽出方法についてでございますけれども、糖尿病治療中で検査値により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする方法でございます。(2)の健診、レセプトデータによる抽出は区市町村で選定する方法でございますけれども、(3)は医療機関側から対象者を選定する方法でございます。地域の実情に応じまして、区市町村と地区医師会と抽出方法を協議して決めていただくということになるかと思っております。

(4)の糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法についてでございますが、歯科や眼科治療中や薬局の健康相談において糖尿病の治療中断などが判明した者については、状況を確認して受診勧奨を行うと記載しております。

このように、抽出基準を参考にしながら、区市町村においてさまざまな方法でハイリスク者を把握して、優先順位をつけて確実に受診勧奨を行うとしております。

素案の8ページにお戻りいただきまして、こちらは図表2として、病期に応じた保健指導内容、留意事項を表にしたものでございます。東京都の場合は2期以上相当ということで対象にしておりますので、2期以上について記載をしています。

第2期については、糖尿病の管理、腎症改善のための指導、治療継続の指導、血糖・血圧のコントロール、栄養指導、運動指導などを行う旨を記載しています。

第3期・第4期については、まずは未治療者、治療中断者には受診勧奨を行った上で、医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況の中で保健指導を実施することとしております。第3期・第4期については網膜症の有無の確認、たばく制限はかかりつけ医の指導のもとに実施すること、第4期については腎排泄性の薬剤の使用状況の確認などを記載しているところでございます。

続きまして、6の介入方法についてなんですけれども、11ページのほうをおめくりいただきまして、前回ご意見で資料4にも記載をしておりますが、資料4でいいますと7ページの19番のところでございますが、在宅医療を受けるような方は対象になるのかということで、介入方法として戸別訪問ですとか訪問指導という記載があるけれども、このような対応は区市町村では実際行っているのかというようなご意見がございました。区市町村によっては戸別訪問を実施しているところもございますので、介入方法としてはこのまま戸別訪問、訪問指導という形で記載することとしたいと思っております。

介入方法についての説明を若干させていただきますと、(1)については受診勧奨の実施方法について記載をしております。実施方法の白丸の下のほう、黒ポチの1つ目でございますが、病期ごとの対応の例を記載しております。

2つ目のポチでは、実施方法を検討するに当たりまして、健診データ等で対象者数を把握して、優先順位や方法を検討することとしております。また、対象者の状況に応じて、検査値を伝えて医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせ本人が受診の必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまでかかわるものまで、本人のかかわり方に濃淡をつけることとしております。

また、治療中断しやすい人については、受診継続について抵抗要因を検討してその軽減に向けた支援を行うという記載をしております。

受診勧奨、保健指導の保健事業については外部委託が可能であります。区市町村等の専門職が関与して、保険者としての責任を持った企画と評価を行うことが必要であるとしております。

(2) の保健指導につきましては、参加の意向が確認できた場合の実施の流れについて記載をしているところでございます。

少し飛びまして15ページをお開きいただきまして、図表6でございますが、こちらは国のプログラムを参考に記載しているものでございます。健診受診あり・なし、医療機関の受診の有無をマトリックス表で対応例を記載している表でございます。

例えば、病期分類3期の方で糖尿病のレセプトデータがある方については医療機関での管理、治療中断しがちな方については保健指導、医療と連携した腎症防止のための保健指導というふうに記載しています。また、健診受診なしで糖尿病履歴がある方でレセプトデータがない方については、強力な受診勧奨を行うと記載しております。

このように、対象者の選定・介入方法について、本プログラムでは記載しているところでございますが、区市町村ごとに地域の特性などがございまして、対象者の選定においては優先順位について、データヘルス計画なども踏まえながら個別に区市町村のほうで判断していくことになるかと思っております。

また、地区の医師会とも協議しながら抽出方法を検討していく必要があるというふうに考えております。

そして、プログラムの実効性を上げるためには、ハイリスクの方を確実に治療や保健指導につなげていくことが求められるため、参加意向のない方や途中で脱落してしまうような人もいらっしゃると思いますが、どのようにそういった方にアプローチしたらいいか、効果的な方法などを今後検証していく必要があるのかなというふうにも思っております。

こうした課題については、プログラムに具体的に盛り込むというよりは、今後、区市町村の取組状況を検証しながら必要な支援を検討していきたいと考えているところでございます。

長くなりましたが、対象者の選定と介入方法について少し詳しくご説明をさせていただきました。

資料の4にまたお戻りいただきまして、9ページをおめくりいただきまして、27、28番のところで、山本委員からかかりつけ歯科医との連携についてのご意見がございまして、こちらについても先ほどご紹介したとおり、素案の3ページ、5ページ、そして素案の10ページのほうにも記載を追加してございます。

また、素案の15ページをおめくりいただきまして、15ページの7のかかりつけ医や専門医との連携の(2)のところに3つ目の丸がございまして、こちらに糖尿病の合併症として歯周病及び歯の喪失等があることから、相互受診の勧奨など医科歯科連携の仕組みを構築し活用する

ことが望ましいということで、文言を追加してございます。

最後、資料4の10ページをおめくりいただきまして、大木委員からのご意見で、かかりつけ薬局から患者を紹介する、その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というご意見がございました。こちらについても、先ほど素案の10ページのほうに、治療中断者についての抽出方法について記載をしてございますとともに、本日の素案の最後のページ、22ページに東京都の糖尿病医療連携の事業で既に都の標準様式としてお示ししています診療情報提供書の様式がございました。恐らくこちらのほうの中にさまざまな多職種も扱えるというご意見かと捉えておりますけれども、そちらについては、必要に応じて今後東京都糖尿病医療連携協議会のほうで検討していくというふうに考えております。

また10ページの34番のところでございますけれども、辻野委員のほうからのご意見で、糖尿病連携手帳の使用が不十分な現状があるというご意見をいただきました。こちらのほうについても、素案の16ページのほうに少し追加をしてございます。

最後に、紹介、逆紹介についてのご意見ですけれども、ワーキングではなく全体にかかると、協議会での議論が望ましいのではないかというご意見をいただきました。今回、素案の15ページに、(2)の地域における関係機関との連携の記載の部分に、上から2つ目の丸に、紹介についてはCKDガイド2012の腎臓専門医への紹介基準に基づき行うことが望ましいということで今回記載を追加してございます。本日お配りしました参考資料の3でございますけれども、こちらにその抜粋をお配りしております。ですので、特段、東京都としての紹介の基準というよりは、こちらを参考にしながら進めていければというふうに考えているところでございます。

資料の説明は以上でございます。田嶋座長がいらっしゃいましたので、進行を代わらせていただきます。

○田嶋部会長 まず初めに、遅刻いたしまして大変失礼致しました。お詫び申し上げます。既に、都のほうから詳しいご説明があったと思いますけれども、前回の会議のときには委員の先生方から、重要なお意見をたくさん賜りました。それを整理して、それぞれの適当な場所に反映させて、この素案をおつくりいただいたと思います。ご意見などございませんでしょうか。いかがでしょうか。先生、医師会のほうからはいかがでございますか。

○鳥居委員 医師会のほうでも検討させていただきまして、今日も委員会がありまして、専門の先生方が集まったので検討させていただきましたけれども、事前に説明も受けまして、非常にいろいろ盛り込まれていると思います。ただ、実際に動かすときにこれがどう動くかという

のと対象をどうするかとか、国の基準には沿っているんですけども、どこを目的にするかにもよって絞り方がちょっと違って来るんじゃないかとは思っております。

ただ、今日も検討したんですけども、都の中でもかなり多摩地区と23区では差もありますし、全体的にいわゆるかかりつけ医がやれる範囲というのは決まっていますので、そこを全体的にとると、この素案というのは非常に妥当ではないかというふうに評価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。

そのほか、いかがでございましょうか。

都の基準といいますか、基本的な考え方を踏まえながら都としての独自性も打ち出し、しかもその中で、対象者についてもかなり考えた抽出方法を考えている。そして、どういう項目に優先順位を置くか、あるいは例えばハイリスクの抽出にしても、その優先順位を決めるというようなことも盛り込まれているわけですが、いかがでしょうか、鳥居先生、どうぞ。

○鳥居委員 追加させていただいてよろしいでしょうか。ちょうどこの前後、我々も保健指導の地区担当医師の連絡会がありまして、そのときに国立保健医療科学院の横山先生にご講義をいただいて、東京都の例えば腎不全の発生頻度など参考に見させてもらいました。そうすると、やっぱり腎不全だけで見ると、かなり都市部と多摩地区とが違うということ、多摩地区の中でも男性と女性でかなりその発生頻度が違うということがありますので、恐らくこれがスタート後は、各地区の独自性が多少出てくるんじゃないかと思えますし、今みたいな層別解析その他が必要になってくるんじゃないかということが少し話で出ました。ただ、全体的には非常に参加しやすい形にまとまったんじゃないかと思っております。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

山本委員からも、歯科と医科の連携について積極的なご発言いただきましたが、うまく反映されているでしょうか。

○山本委員 今回のこの素案を見させていただきまして、かなり私のほうの意見を入れていただきましたので、大丈夫だと思います。こういうふうな話があれば、私としても各地区会に対して重症化予防というプログラム自体も、まだまだ末端の先生方には知られていない部分もありますので、その辺も含めていろいろとお話をして、そして実際に糖尿病の患者さんで中断している患者さんたちには声がけをするということが積極的にできるんじゃないかなと思います。

以上です。

○田嶋部会長 ありがとうございます。そのほか、いかがですか。

今、山本委員もお触れになりましたが、都はこういう活動を、これからやるのだというアナウンスメントといたしますか、もっとみんなに知ってもらうような活動をしたらよいのではないかというご意見が、たしか辻野委員からあったと思います。それについては、都として具体的なプランなどはお示しいただけますか。

○吉川課長 前回、辻野委員から、こういったワーキングをまず設置したということについても、それぞれの各圏域のほうに周知してほしいと、なるべく早くお話ししてほしいというご意見がありました。それを踏まえて、医療政策部のほうからは各協議会のメンバーと圏域別の事務局のほうにはお知らせをした、資料のほうもお配りしてお知らせしたところでございます。また、今後、都としてこのプログラムを策定、年度末にしますので、その後につきましては各区市町村のほうにも説明をさせていただきますし、3月に医師会さんのほうの糖尿病対策推進会議がございますので、そちらのほうにもお邪魔させていただいて、説明をさせていただければと考えているところでございます。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

そのほか。貴田岡先生、どうぞ。

○貴田岡委員 非常によくできた素案ではないかなと思うんですけども、今まで東京都糖尿病医療連携協議会、親委員会のほうと協議会のほうで、糖尿病にかかわる登録医がかかりつけ医、専門医という形で各二次医療圏ごとに、いろいろな働きかけ方に微妙な差はあっても、きちんとした数字の積み上げができていますと思います。そういたしますと、二次医療圏ごとに今までやってきた活動と実績と、その重症化予防プログラムのやっぱり整合性を少しとるということも重要なかなと思います。

例えば、レセプトデータからくり出しをした対象患者さん。実際にその対象患者さんを診られている医療機関は、そこで糖尿病の患者さんがある程度診ているという実績の証明になるわけです。その医療機関の先生が登録医であれば、特に問題はありません。登録医の実人数あるいは登録医療機関の数からすると、各二次医療圏で未登録の医師、医療機関が相当数存在すると推測されます。そういたしますと、そのレセプトデータからのくり出しというのも非常に貴重な情報で、その対象者がかかっている医療機関もその二次医療圏ごとの活動の中に入っただけで、具体的には、まだ登録医になっておられない方であれば登録医になっていただくように勧奨するとか、そういったペアリングも少し考えていったらどうかなというふうに思います。

○田嶋部会長 先生のお考えのもとには、これまで長く続いてきた東京都の医療連携協議会の

活動があるわけですね。その枠組みの中にうまくおさまるような格好で、これから具体的な働きかけが始まると理解してよろしいですか。

○吉川課長 まさに貴田岡先生の今のご提案については、議事の2つ目でこれからご提案しようかなというふうに考えていたところでございます。

○田嶋部会長 それではこの素案についての基本的なお考えは、これでよろしいですか。
どうぞ、加島委員。

○加島委員 ちょっと視点が変わっちゃっているんですけども、いいでしょうか。

○田嶋部会長 どうぞ。

○加島委員 保険者間の連携ということなんですけれども、前回のとき、日野市さんが社会保険に入っている人たちが国保に入ってきたときに、今は社会保険のほうも、健康保険のほうも保険者インセンティブということでものすごく力を入れてやっていますよね。せっかくこうやってきた人が、退職して国保に移っちゃったときに、それがちゃんと引き継がれていくかどうか、多分かかりつけ医さんが一番困ると思うんですよね。保険者が変わっちゃって、せっかくずっとやっていたのにうまくつなげられるかどうか。それは国保でも同じことが言えて、自治体が変わって、近くだったら同じかかりつけ医さんに通うと思うんですよ。ただ、保険者間でやり方が違ったり、例えば文書料を取ったり、医師会との提携の中で無料にしているところもあれば、いただきますよというところもあるので、その辺の連携をここに書き込むのかどうかは非常に難しいんですけれども、1つ、社会保険との関係については、私は保険者協議会の会長ということで東京都の保険者全部、会議体を持っているので、そこである程度この人は重症化予防のプログラムをやっていますよというのを一言国保のほうに伝えてあげるだけでも随分違うかなと思いますし、国に特定健診で要望事項を上げているので、特定健診については保険者間移動の申し渡し書みたいなのができているんですよね、国のほうで。そこに、この人は重症化予防のプログラムをやっていますよというのを書き込む、そういう様式にしてみらうとか、そういうことも1つあるのかなというふうに思っているんですが、ちょっと取りとめなくすみません。

○田嶋部会長 この件は、恐らく医師会がそれを取りまとめたり、コミュニケーションを図るという場になろうかと思えますけれども、いかがですか。

○鳥居委員 そうですね。国保と今の組合と横串がちょっとないものですから、まるっきり分かれているんですね。それから、各地区によっていろいろ扱いが違ってきます。今の診断書1つにしても、診断書の部分が自費に入るものですから、それを完全に統一するとすると独禁法

に触れるというような問題もあるので、できる範囲で、やはり移行した場合にそれが継続できるような両方を兼ねての、そのためにもこれがたたき台になるんじゃないかと思うんです。ここでやっているものがほかに行っても共通するというような見本になればいいと思うので、その辺はこの素案の中にP D C Aサイクルを回すという、これがちょっと解決の鍵になるのではないかと考えております。

○田嶋部会長 都のほうから追加のご発言やご説明等がありますか。これでよろしいですか。

○吉川課長 加島委員のご提案で、確かに特定健診についての保険者間の情報連携というのは進められているところかと思うんですけれども、重症化予防についてもということでは、今段階ではちょっとまだかなと思うんですけれども。

○田嶋部会長 どうぞ、加島委員。

○加島委員 うちの保険者協議会でも健康保険の人たちとどういうふうにしようかというのはちょっと打ち合わせはしてみたいとは思っています。

○田嶋部会長 先生はキーパーソンでいらっしゃると思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○加島委員 どういうのが一番いいのかですね。

○田嶋部会長 ええ、よろしくお願いいたします。

○加島委員 ただ、田嶋会長が言われたように、P D C Aサイクルをこれから回していくと思うので、その中でやっぱりもう少し検討は必要かもしれないですね。やってみてどういうふうにするかというのを考えていくというのも大事かなと思います。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

そのほか、いかがでしょうか。

○鳥居委員 もしそういった問題点が起きましたら、医師会としても全面的に、これをもとに組合側の問題も解決できると思いますし、東京商工会議所と今、健康の経営を非常に重要視していますので、当然その中ではこういうことが出てくると思いますので、ぜひこれをたたき台というか中心にして、いろいろ発展させていければと思っていますので、ぜひご指摘いただければと思います。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

それでは、次に移ってよろしいですか。既にこの活動を積極的に行ってこられた中野区と、それから日野市でしたね。ぜひご発言を頂戴できればと思います。

○河村副参事 前回の会議のご様子に関しましては、23区の国保の課長会で第3部会と申しま

す医療費の適正化に特化した部会がございますので、そちらにご報告をさせていただいております。東京都としてこういった統一的なプログラムをつくってくださるということは非常にありがたいことだというお話がございまして、その中でも特にアウトカム評価に関してかなり詳しく指標を設けていらっしゃるしまして、区としましては、対象者が30人程度の方しか対象とできないところもございますので、東京都全体でこのプログラムを実施したときにどういう効果があるのかというところをお示しいただいている部分に関して、非常にいいプログラムになっているというお話をいただいているところです。

23区の国保の課長会としましては、現在、区長会の下命を受けておりまして、医療費適正化として3点、糖尿病性腎症重症化予防事業、あとはジェネリック利用促進、もう一つが残薬整理につきまして、取り組んでいくことの取りまとめができ次第、また東京都の医師会様、歯科医師会様、薬剤師会様のほうに文書をお出ししてご依頼するというようなことで予定をしているところでございます。

○青木課長 日野市の青木です。よろしくお願いたします。

26市のほうの課長会では、あまり協議をする場もございませんでしたので、全体にはまだお話しはしていないんですけれども、これまでも市内で糖尿病に関して専門医の先生お二人にいろいろなお相談をさせていただいてきましたので、この会議のことを報告させていただいて、意見交換などを行っているところでございます。

やはり、特定健診を整形外科医さんもやっていたようなことから、糖尿病の治療を整形外科の先生に診てもらっているような方も多くいらっしゃいます。それがまた地域の住民とかかりつけ医の非常に深い信頼関係があるものですから、あの先生に診てもらいたいというような意向が強いところです。それをやはり専門医の先生も心配されていて、このような重症化予防プログラムを利用していただくことで、専門医でなくても栄養指導、運動指導などができるようにしていくのも一つの方法ではないかと日野市では考えております。

あと、受診勧奨ですけれども、先ほど鳥居先生がおっしゃっていたように、たしか国保連合会さんが企画してくださった研修会なんですけれども、資料5の日野市のところに、その他の一番下に糖尿病発症リスクスコアで発症確率6%以上と絞っているんですが、これはやはり性別、年齢、BMIとかで重症度別に並びかえて発症の確率の高い順に送るというようなことをしています。なぜこのようなことをしているかという、やはり私どもは素人なものですから、危険な要素があるのであればより広く受診勧奨すべきではないかという考えで、初年度多くの方にお手紙を送ったんですが、市民からも医療機関からも苦情の電話が鳴りやまない状況にな

ってしまいました。市民からは、かかりつけ医がいいと言っているものをなぜ市が受診勧奨というふうに言ってくるのだ、医療機関からは、私が診てこのような指導をしたのと違うことを伝えては困るというようなことで、それで、やらないわけにはいかないし、やると誤解を招いても困るということで、この糖尿病発症リスクスコアを用いて、重い順に並びかえをして送るというようなことをさせていただくように改善したところでございます。

あと、別の社会保険との関係なんですけれども、今、社会保険の適用拡大で60代のパートですとか、そういった短時間労働者の方も社会保険に入れるようになってきているので、糖尿病の重症化予防にぜひ参加していただきたいような年代の方々が次々社会保険に切りかえて、国保でなくなってしまっているんです。日野市の医師会ともその辺のことを話してまして、寸前で社会保険に入ってしまったってプログラムに参加できなくなったような人には勧奨の手紙を送ってほしいというふうに医師会に言われて、日野市では送るようにしました。このまま加入されていたら参加のご案内をするところで、できなくなりましたけれども、対象となっている方ですのでご検討くださいというようなお手紙を出すということにしています。

あと、他市に転院してしまった方の取り扱いもありまして、本当であれば日野市だけではなくてももう少し広い範囲で同じルールでできるとよくなるのかなと思うんですが、まだまだ全部の市や区で実行できているわけではございませんので、これがまずは第一段階で、まずはやるところからということだといいいのかなと感じたところです。

以上です。

○田嶋部会長 大変ありがとうございました。

現場からの生の声を聞かせていただくということは、大変参考になります。先ほど事務局のほうからも、介入の方法として個別対応をきちっとしなくてはいけないというお話がありましたけれども、口で言うのは簡単でも、日野市からの具体的なお話を伺いますと、なかなか大変なところがある。この現実をきちんと見据えながら介入をしっかりと続けていくということが望まれているんだろうと思います。

そのほか、いかがでしょうか。ぜひこれからもご意見を交換したりしながら、よりよい実施、実践に向けて努力をしていかに必要があるということかと思えます。

いかがでしょうか、次にいってよろしいでしょうか。

それでは、次の（２）区市町村国保における重症化予防の取組への支援体制（案）について、事務局から資料の説明をお願い申し上げます。

○吉川課長 それでは、お手元に資料6、そして資料7-1、資料7-2のほうをご用意いた

だけですでしょうか。

資料6は、前回のワーキングで区市町村のアンケートの結果をご紹介したかと思いますが、そこから、今回東京都がプログラムを策定するに当たって、区市町村のほうから都に対する要望、意見ということが出されておりますので、そちらをまとめたものでございます。

大きく分けて3つの意見がございました。1つが関係機関との連携について、2つ目が事業実施について、3つ目が人材確保についてというご意見でした。1つ目の関係機関との連携につきましては、ご意見として、都医師会だけでなく、歯科医師会、薬剤師会とも連携をとってほしい。また、各地区医師会との連携を進めているが、苦心している状況である。都が積極的に支援するよう取組を検討してほしい。あと、かかりつけ医による指導への参加勧奨を促すものとし、医師会との連携強化に資するものとしてほしい。また、都レベルでの事業実施に係る支援体制の充実を希望するという。最後のポチで、国保部署だけでなく、保健所、健康推進担当、介護担当への周知を図り、各所と連携をとれるようにしてほしいというようなご意見がございました。

このご意見を踏まえて、右側の東京都としての対応策を記載してございます。関係機関との連携強化をするために、東京都糖尿病医療連携協議会における支援体制の充実を図るということで考えております。

まず、都レベルでの連携体制の構築ということで、協議会を活用しました広域的な支援、また東京都糖尿病連携対策推進会議、こちら都医師会さんの会議でございまして、こちらと連携した関係機関との協力体制の確保をとっていきたいというふうに考えております。

また、区市町村における連携体制の構築への支援ということで、糖尿病医療連携圏域別検討会、先ほど貴田岡委員からもご提案がありましたけれども、こちらを活用しまして、区市町村との取組状況、課題の共有、対応策の協議、助言の実施などを実施していければと考えております。

2つ目の事業実施についてでございますが、対象者の抽出について、医療機関側から対象者の提案ができるよう効果的で実施可能な事例を入れてほしいということ。2つ目に、かかりつけ医との連携のもととなる生活指導内容確認書の様式を都として共通としてほしいということ。文書料を都内で統一して、利用料の居住区外の医療機関でも対応できるようにしてほしい。最後に、標準的な評価モデルを示してほしいというご意見でした。

都の考え方といたしましては、糖尿病医療連携圏域別検討会の活用をしまして、医療機関における保健指導対象者の抽出について方策を検討するですとか、二次医療圏ごとの実施基準、

例えば様式の統一など効率的、効果的な事業実施に向けた協議の場を確保していければと考えております。

また、効果的な事業評価の実施につきましては、都が示す評価指標については糖尿病医療連携圏域別検討会で共有をし、各区市町村の結果を都が取りまとめを行いまして、糖尿病医療連携協議会、東京都のこちらの親協議会のほうにおいて評価・検証を行っていきたいと考えております。

3つ目の人材確保についてですけれども、ご意見としては、専門性の高い指導を行える専門職が少なく、委託先も少ない状況のため、事業実施に今後支障を生じる可能性がある。指導を担える専門職の育成について都の検討を期待する。また、委託事業者の質を確保してほしいというご意見でした。

都の対応策といたしましては、都や保険者協議会さんが実施している区市町村の指導者向け研修において、区市町村のニーズに応じたテーマを検討していくとともに、委託事業者への指導等を担える人材を育成していきたいと考えております。

そして、資料7-1のほうに、今後、糖尿病医療連携協議会を活用した重症化予防の取組への支援体制の案を用意してございます。

まず基本的な考え方といたしましては、区市町村において重症化予防プログラムに基づき円滑に取組を推進していくためには、区市町村の健康部門と国保部門が連携を図るとともに、医師会のほか、歯科医師会、薬剤師会などの医療関係団体との連携を図り、関係機関の幅広いネットワークの構築が必要と考えております。

また、区市町村等における事業の実施内容、課題等については、関係者からの助言等、支援・評価を受ける体制の構築が必要であるというふうにも考えております。また、都が地域の課題を把握する仕組みを構築して、都全体で広域的な支援体制の充実・強化を図ることが必要であると考えております。

こうしたことを踏まえまして、東京都糖尿病医療連携協議会において、医師会をはじめとする糖尿病医療関係者との取組内容や課題の共有、対応策の協議を行うため、30年度から重症化予防の取組をこの協議会の協議事項に加えたいというふうに考えております。

下に、その考え方について記載をしておりますが、ちなみに資料7-2が現行の糖尿病の医療連携体制の今実施している内容でございます。下のほうに、左側に都医師会さんの取組についての記載をしておりますが、その隣の真ん中のところに東京都全域での取組ということで医療連携協議会、右側に二次保健医療圏ごとの取組ということで医療連携検討会ということで、

圏域別の検討会について記載をしております。

それに今回、重症化予防の取組を追加するという事で、資料7-1の真ん中のほうにございます東京都全域での取組ということで、医療連携協議会に協議事項を加えていきたいと考えております。

1つが区市町村等の重症化予防の事業内容について情報提供をし、取組内容の共有を図る。2つ目に、区市町村等の課題について、対応策の協議を実施。3つ目に、区市町村ごとの評価指標を都全体での取りまとめ、評価を検証するというふうを考えております。

また、その下にある二次保健医療ごとの取組としましては、検討事項として、今現在この圏域別検討会に区市町村の国保所管部署が参加している圏域があまり多くなく、ほとんどないと言っている現状がございます。ただ、今後、こういった圏域別検討会を活用することによって、区市町村の健康推進部門に加えて、地域の実情に合わせて必要に応じて国保所管部署が参加をして、一緒に協議の中にメンバーとして加わっていききたいと考えております。

検討事項としましては、事業実施に当たり、事業内容について情報提供を行いまして、取組内容の共有を図る。また、その下に記載のとおり、区市町村の課題について対応策の協議を実施。区市町村ごとの重症化予防の実施状況についてデータ分析・評価を行い、関係者間での情報共有を図る。また、事業実施過程で事業内容について助言を実施、関係機関との連携体制の構築、例えば連携ツールの活用についての協議ということで検討事項を考えております。

本日は、こういった考え方について、委員の皆様のご意見をいただければというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○田嶋部会長 ありがとうございます。

いかがでしょうか、ご質問などございませんでしょうか。

基本的にといいますか、一番大きなポイントは、平成30年度から東京都の糖尿病医療連携協議会に一つのテーマとしてこの重症化予防を項目として入れていくということですよ。これは、腎症の重症化予防というふうに考えてよろしいですよ。

○吉川課長 そうです、はい。

○田嶋部会長 この検討会ではかなり広範囲な対象者をターゲットにして、それでいろいろなレベルからの腎症の重症化予防というのをディスカッションしてきたと思うんですけども、それをそのまま基本的な事業内容とすると、かなり膨大なものにはなりますけれども、そのあたりは、どのようにお考えになっていらっしゃいますか。

重症化予防というと、透析に入らないようにするというの一番目に見える重症化予防で、これは医療行政の面からも非常に大切なことですよね。そして、このターゲットを選べば、あまり時間がかからないでアウトプットが見えるかもしれないですね。

でも、前回の検討会でもお話が出ましたけれども、早期腎症からの解析というの、これは長期的には非常に大切な問題だと。そのウエイトをどっちに置いてやるのかということ、もう少し話しておいたほうがいいのではないかなと思います。その点について、ご参加の委員の皆様方がどういうふうなイメージを持っていられるか、いかがでしょうか。

ある地域では、早期からの介入ということに力を入れる。ある地域では、もう少し進行した腎症を持つ方への介入を中心にするのか。腎症の重症化予防というと非常に広範囲になってくるので、もう少し絞られたほうがいいかなという気が、今の新たに示された資料7-1、2などを見ながら思ったんですけれども。

○吉川課長 まず1つ、大変重要な課題かなとは思っております。まず1つ、重症化予防プログラムというか、重症化予防の取組というのは区市町村単位ということで、今、区市町村国保が所管だということがまず大前提でございます。ただ、この医療連携協議会圏域別検討会というのは、それぞれの区市町村が主体というよりも、医療関係者の皆様とそこに区市町村の健康部門ですとかが参画をして、関係者で全体で検討していくというような会議かなというふうに思っています。なので、多分そこに区市町村の取組が主体となっている事業をどういうふうに検討していくかというところが、これまでの協議会の内容と、区市町村が国保の所管部署の取組、その協議内容との乖離というのは少しあるのかなと思います。

それは、私どものほうも少し心配していたところではございます。ですので、まずは区市町村において、これはまた日野市さんですとか中野区さんのご意見も少しお伺いしたいと思うんですけれども、まずは区市町村それぞれの重症化予防の取組について、まずは圏域の先生方の委員の方々、都医師会の方ですとか歯科医師会、薬剤師会、関係する専門医の先生方にもしっかり知っていただいて、そこで区市町村の取組についてご意見をいただいたりといった場としてまずは確保していければというふうに考えています。

ですので、まずは区市町村が取り組んでいる予防事業についてのご助言というところがまず1つはあるのかなと考えているんですけれども、いかがでしょうか。

○田嶋部会長 この点についてのご意見、鳥居委員、どうぞよろしくお願いをいたします。

○鳥居委員 ありがとうございます。

今の、恐らく田嶋先生のおっしゃったのは、区市町村との乖離とか、そういうことではなく

て、どこをターゲットにしてやるかということじゃないかと思うんですね。当然、糖尿病の腎症の病気で4・5をやれば効果は上がるんですけども、やっぱり早期に入ったほうがいいわけですね。今日も委員会で検討したんですけども、かかりつけ医とか区市町村で地元で働くのは、やっぱり2の後期から3じゃないかと。4・5になってしまえば、もう専門医のところに行ってしまうので、そこから先は病院がやったりとか、今度はもう本当に糖尿病学会の専門の先生方がやられるところなので、恐らく今回の事業というのは、2の後期から3が特に中心になって、その部分をかかりつけ医とか非専門医も含めて参加する。それをコミュニティーの中でいろいろ解決していく。その中には人材の問題なんかもありますから、全部がうまくいくわけではないですし、業者もどンドン今特定健診の指導が引いちゃっているんですね。そういう中でやるには、例えば西多摩なんかは薬剤師さんが働いてもらって、薬局で指導してもらったりとか、そういうことを取り入れたり、人材を広く見つける。その一つにこの協議会になるんじゃないか。

それから、やっぱり欲張って4・5をやったほうがいいのか、2・3をやったほうがいいのかは、これからの議論になると思うんですけども、本来のこの目的は、2・3を中心にやっていったほうが、医師会としてはいいような気がしています。ただ、恐らく田嶋先生とか糖尿病学会からすると、4・5をやったほうが目に見えていい結果が出るということは言えるのかなとも思うんです。5はもう終わっちゃっていますけれども、4の部分ですね。戦略的な問題になってしまうと思うんですけども。

○田嶋部会長 私が意見を言っているのかどうか、少し気になりますが、資源には限りがありますから、何となく満遍なくではなくて、私たちの市では、あるいは区では、ここを中心にやろうというようになったほうが、まとまりやすく、わかりやすいのではということなのです。

例えば4期からの介入にしても、積極的に治療中断の人たちを見つけていたら、それを専門医に送ることによって、透析への導入が減るということもあると思うのです。どういうプランを中心に置くかということは、それぞれの市区町村で決めていただいたほうがよいと思います。○鳥居委員 ありがとうございます。

さっきも話したように、多摩地区でもすごく差があったり、男女差もあったりとか、恐らく23区と多摩をまるっきり一緒にはできないと思いますし、最終のエンドポイントは住民の健康が第一ですけども、もう一つはやっぱり費用を、医療費を削減するというのも大きい目的なので、それに合った戦略を立てて、それにみんなが協力していくというのが一番じゃないかと思いました。ありがとうございます。

○日吉委員 ちょっとご質問したいのですけれども、よろしいですか。

○田嶋部会長 日吉委員、どうぞ。

○日吉委員 そうすると、今の都のお考えとすると、圏域別に今設定していただいているんですよね、都を西南部とか区西南部とか区北部と分けているじゃないですか。そのときに、国保の事業主体、区、例えば我々のところだと世田谷、目黒、渋谷ということになるんですけれども、そうするとやっぱりそこでも分かれてくることになってしまうので、ある程度圏域の中では同じように動くということを想定されているのかどうか。今の事務局のお考え、ちょっと伺いたいのですけれども。

○吉川課長 そうですね、あくまでも区市町村の事業でございますので、区市町村のほうでどういった進め方を、介入をするのかというのは、基本的には区市町村のほうで地区の医師会と協議しながら決めていかれるのかなとは思いますが。ただ、どうしてもいろいろ、ご意見にもありましたように、区をまたがる方ですとか、あとは登録医の方の、医療機関の資源のこともございますので、区市町村だけの中で完結しない課題もたくさん今後出てくるのかなとは思っておりますし、あとは、区市町村ごとにいろんな事例を共有しながら、それぞれ取り組んでいくという考え方もございますので、まずはそういった考え方で、圏域別検討会、既存の検討会を活用しようかと考えております。

○日吉委員 結局区別に、要するに区市町村別に動いていただくけれども、地域の例えば圏域の二次医療圏ごとの糖尿病の連携協議会としては、そこにアドバイスをするというか、意見を述べるにとどめてほしいというような、そういう理解でよろしいでしょうか。

○吉川課長 別にそこにとどまることは必要ないと思うんですけれども、圏域別にターゲットをどうしていくかというような、4期の方、5期の方についてのアプローチとかというようなことで…

○日吉委員 そこまではしなくていいんじゃないかということですね。

○吉川課長 はい、あくまでも区市町村の事業ということで現段階では考えております。

○貴田岡委員 ちょっとよろしいですか。

○田嶋部会長 どうぞ。

○貴田岡委員 日吉先生もいろいろお考えがあっただけで発言されたんだと思うんですけれども、実際に二次医療圏ごとの活動をやってきて、これから市町村の事業との情報共有をどうやって進めていくのかというところに大きい危惧を持っている、そういう先生方も多んじゃないかなと思います。今まで、二次医療圏ごとに東京都糖尿病医療連携協議会の下部機関として動い

てはいますけれども、組織としては地区医師会もありますし、もちろん行政側が独自に動いている部分もありますし、それぞれの職種ごとの薬剤師会なり歯科医師会なりも動いていて、その中で情報共有がどれだけきちっとできているかという、限られた時間と限られた人員の中で、なかなか難しい面もあったと思います。そこにまた新たにもう少し広い枠組みでの情報共有を、しかもこれはかなり徹底してやらないと、なかなか実効性のある活動につながらないような印象も受けますけれども、そこら辺を都としてはどういうふうにサポートして、どういうふう to 実現していくのか。そこら辺の少し枠組みを説明していただくなり、将来の絵図みたいなものを提示していただけると、何か二次医療圏の中での事業を展開する上では参考になるんじゃないかなと思います、いかがでしょうか。

○田嶋部会長 私、都の方々とディスカッションした中で感じておりますのは、今何ができるのか、しなくてはいけないのかという大きな目的を持ち、ここに向かって今何ができるのか、全部整理し、そして先生方のご意見を頂戴して、このすばらしいものがまとまったと思うのです。

都は各市町村や圏域別の組織に何をしなさいと言っているわけではなく。それぞれの目的に沿ったもので、できることをきちっとやっていただき、その情報やノウハウを共有し合いながら、統合して、都民の健康のために資するような仕組みが作られていってほしいという壮大な絵を描いていただいたと思うんですね。

さあどうぞ、何でもやってくださいと、サポートしますよという、そういうお気持ちでいてくださるのではという気がするのです。

大木委員、どうぞ。

○大木委員 今、薬剤師会で、東京23区、多摩も含めまして、各地区に薬剤師会がございます。そこで、今この問題が一番ターゲットとしているのは、市町村の健診を、私どもの薬局でそういう相談ができないかということ、例えば私は品川区なんですけれども、品川区の行政から薬剤師会のほうにお話があり、そこでどういうことが我々にできるか、次に受診勧奨を進める。先ほど医師会の先生のほうからお話ありましたように、間口は確かに薬局というのは非常に多い。その中で、ターゲットを区でまず捉える。ただ、区だけでは事足りずに、もう一つこの医療圏というものを、やはり今までもずっと医療圏を守りながらそこでの研修を多職種でやってきたという。これは、昨日もあったんですけれども、地域包括ケアシステムの中で、医療圏と各市町村との話をきちっと煮詰めていかないと、同じようにここの部分は本当に私ども、連携というからにはどのようにそれをつなげていけるかということを考えてはいるんですね。どこ

をとっても、やはりお薬というものはそこにあるということなので、一人で動くのではなく、やはり連携がどのような形をとれるかということが一番かなと思っています。

ですから、お話のように薬局の窓口で健診の方々をいかに受診勧奨なり進めていけるかということが、一つの薬剤師会としての使命かなと思っています。

○田嶋部会長 都のほうからのご意見、頂戴できればと思いますけれども。

○久村課長 ありがとうございます。

協議会、圏域別検討会、これまで医療政策部が中心に実施をしてきたところでございまして、具体的には登録医療機関制度で、そちらの中での連携のあり方というのを親会、それから圏域別にやってきていただいたというのがこれまでの取組でございます。

今後、保健医療計画の中でも予防、それから初期治療はある程度区市町村ごとの単位で取り組んで、それ以外の広域的な合併症であったり、もう少し広域的な連携については、やはり二次医療圏で取り組んでいきたいと思いますという形で今整理をしているところでございますので、そういったところを踏まえまして、引き続き、連携の部分というのは医療圏単位で、さらに進めていくと。先ほど貴田岡先生がおっしゃった、そういった中で、例えば課題として前回のワーキングでも出たと思うんですけれども、やはりまだまだ登録医療機関に登録していただくというふうな、数を増やさなきゃいけないということも含めて、それも圏域ごとに今までのプラスアルファでやっていただく。

そういった中で、区市町村さんの取組との連携をどうやるか。そこは貴田岡先生おっしゃった、まさにこの取組の中で連携させて登録医療機関制度を増やしていくというやり方もあろうかと思えます。そういった区市町村の取組と、この圏域の取組をどうリンクさせるかというのは、来年度に向けて少し圏域別検討会の取組内容、重症化予防だけではなくて、全体で整理をさせていただいて、3月の協議会でお諮りさせていただきたいと考えておりますので、その中で整理がなされるのかと思えます。

もう一つ、前回のこちらのワーキングでもお話させていただきましたけれども、今日も素案のところでお話が出ました多職種連携につきましても、今登録医療機関制度の情報提供の部分というのは、かかりつけ医とそれから専門医の先生のところがベースにこの様式できているんですけれども、それをどう多職種の先生方に広げていくかみたいなのところも、協議会それから圏域別検討会で、まずは広域的な連携という視点も含めて議論していきたいと思っておりますので、ちょっと長々とお話しさせていただきましたけれども、今回、重症化予防だけではなくて、そこも含めて少し圏域別検討会、どういうふうな取組ができるかなというのを今後ご相談

させていただきたいと思っております。その中でこの重症化予防の取組につきましても、多分この資料7-1に書いてあるものは、アイデアベースといいますか、かなりボリュームが大きいと思いますので、もしかするとそのうちのここの部分といった形になるかもしれませんし、そのあたりも含めて、今後ご相談させてください。

○田嶋部会長 どうもありがとうございました。

どうぞ。

○小竹委員 南多摩保健所長の小竹でございます。

今、二次医療圏ごとの検討会ということでお話をいただいております。私たちの保健所の方で実際こういった検討会をしているんですけれども、今お話ありましたように、登録医のことですとかやっているんですけれども、実際に市町村がどういう仕事をしているかということが見えないような状況もありますので、せっかく本当に検討会、予算をいただいてやっているの、ぜひ意味のあるものにしたいと思っています。

なので、この間もプログラムの中でも入れさせていただきたいというお話をしたんですけれども、その重症化予防のプログラムと、そういったかかりつけ医、登録医の事業等が切り離れたところで行われているのは、やっぱりおかしいと思うので、ぜひ同じ協議会の場でやらせていただけたらありがたいと思います。

ただ、実際は、こちらにも書いてありますように、今その健康部門のところは検討会のほうに出ているので、区市町村の担当が、国保の方が出ただけかどうかというのは、やっぱりそれぞれの区市町村の判断になると思いますので、そのあたりは東京都のほうからぜひそういう方たちも出ていただきたいというようなことで、各圏域ごとにお声がけをしていただければ、よりそういった内容で話すことができるのかなというふうに思っています。

○田嶋部会長 どうもありがとうございます。大変貴重なご意見頂戴しました。

そのほかはいかがでしょうか。

鳥居委員、どうぞ。

○鳥居委員 今の発言は非常に大切なことだと思うんですけれども、やっぱり1つは内容が対象をどうするかということと、介入をどうするかという、ちょっと分かれると思うんですね。介入は各所に任せるとしても、対象はある程度統一したほうが良いような気がしております。というのは、もう今のような都のご意見ももっともなんですけれども、そうすると、今までと同じことになってしまうと思うんですね、ばらばらになってしまっ。せっかくこの会ができて、保険者が都になったというときに、何か統一したものができれば、介入は難しいにしても

統一ができるんじゃないか。それは、国保レベルの担当者と健康推進係の担当者が両方出てきていただければ、かなり解決するんじゃないかと思うんですね。

今までは健康のほうだけだったんですが、やっぱり保険医療を維持するという事は、これも大切なことなので、その両方がやっぱり考えるという考え方を持つのと、中央集権がいいのか地方分権がいいのかというのは非常に問題になると思うんですけども、これはせっかくこの会ができれば、区市町村もそれに、都に沿う、我々医師会もそれに沿うようなものができれば、それが全部が統一はできないにしても、せっかくこの会をつくったというのは、そういう目標があるような気がするんですね。

特定健診も、今、区市町村によって全部いろいろ違います。それはそれで特徴があるんですけども、今回、国保が一つにまとまったのであれば、そういう意見が全部は一致しないまでも、都が示すことによってそこにみんなが収束するという事は、医師会は担当理事連絡会その他を開いていろいろ検討することはできると思います。

あと、行政も区市町村が今みたいに全部出てくればまとまる可能性はあると思うので、ただ、都として余りそこまではやりたくないのであれば、しょうがないんですけども、せっかく都として集まってやったのであれば、医療圏の問題も確かにありますけれども、都としての方針を出してそれにみんなが沿っていくという考え方もあるんじゃないかと思っているんですよ。

○田嶋部会長 先生、具体的に言いますと、例えばHbA1cは6.5%とか7%があるけれども、これは6.5%に統一しましょうと、空腹時血糖値は126というふうに、数値で対象を絞る、そして、その方たちの集団を取りまとめて、東京都としてのアウトプットを出そうではないかということですね。

○鳥居委員 これはすごい大変なことだと思いますけれども、せっかく都が一つにまとまってやるのであれば、そういうところまで行ければ一番いいじゃないか。それが地方にも発信できる可能性があるし、東京都というのはミニ日本ですから、過疎のところもあるし、すごい都市的などところもあるので、この意見が合うか、皆さんが納得してくれるかどうか非常に問題だとは思いますが、一つの考え方としては、都が方針を出してそれにみんなが沿うというのが、もしできればいいんじゃないかと思う。

○田嶋部会長 私たち、臨床研究をするときには、それは当然のことで、それ以外は考えられないのですが、それが都のプロジェクトにおいてできるのか、例えば今まで既に進んでいる事業がありますね。その中には対象とした方は7%も6.5%だっているいろいろなでしょう、後からその選択基準に合う方を抽出して、解析するという事は、テクニカルにはできますね。

ただこのような考え方を都の事業として受け入れられるのかどうなのかというところが、私、わからないのですが。

○鳥居委員 本当は公共政策の問題になるので、非常に政策論にもなってしまうと思うんですけども、先ほど日野市のお話があったように、これは介入した場合に、いろんな意見が出ていると、わからなくなるわけですよね。あの先生はこう言った、あの地区ではこう言った、いろいろな意見が出て、何で今までいいと言われたのが呼ばれたんだと。今回もその問題はあるかもしれないけれども、一つの東京都ではこう決めていますとなれば、ある程度それに納得して、それには根拠が、もちろんエビデンスも根拠も必要ですけども、やっぱりそれがあったほうが良いような気がするんです。難しいですけども。

○田嶋部会長 今すぐお返事いただくということは難しいと思いますが、このようなご意見もあったということで、また議論をしていったらいかがでしょうか。○鳥居委員 エンドポイントを何に決めるかということがあるので。

○貴田岡委員 恐らく、介入するというのに、行政側の介入が非常に効率的にいく部分と、やっぱり専門性の高い医療が対応する部分というのは、明らかに使うリソースも違うし、同一の枠組みで動かすというのはなかなか難しいんじゃないかというふうに考えています。例えば、レセプトデータその他から対象の患者さんをくくり出します。腎症4期・5期というのはドロップアウトされている方、あるいは医療機関にかかっていない方を別にすると、医療機関側がかなり強力に指導もしているし、介入もしていると考えられます。ですから、そういうところが対象としてダブっていると、医療機関側が可能な最大限度対応しているところに、また受診勧奨だったり、それから介入といっても質の全く異なる介入が後追いでつけ足しみたいに来るとか、いろんな事態が想定されます。従って、鳥居先生言われたように何らかの線引きみたいなのがあったほうが、実は事業全体としてはうまくいくのではないかなと思いますし、そういった調整というのは二次医療圏ごとの協議会でもできるんですけども、地区医師会でいろんな情報を共有することでもうまく連携がいくような気がします。鳥居先生、いかがでしょうか。

○鳥居委員 何か目標があれば、こういう医療従事者というのはみんな動くと思うんですね、医師も含めて。それぞれの声は大きい人はいるんですけども、何かこう、東京都ではこうやっていい結果が出ましたということを示せるような何かがあれば、それにまとまっていく。いろいろな意見は出ると思うんですけども、可能性はあると思うんです。4・5の人たちというのは、先ほど先生がおっしゃったように、もう病院に行っていますし、いろんな介入を受け

ているので、そこに追い打ちをかけるのはあまり意味はないかもしれないですね。

2・3でもやっぱり介入の方法というのはいろいろあると思うんですね。かかりつけ医ができることといたら、指導とかそういうものですけども、もう一つはやっぱり降圧剤を使うとか、SGLT2みたいな腎保護のあるものを使うとか、そういうことも1つあると思うんですけども、そこまで中身は別にしてどういう方針でいくのか、今までどおりばらばらにいくのか、もう少しまとめるかという問題がすごく大きいんじゃないかとちょっと思っておりますが。

○田嶋部会長 前回の会議でもこの話は出ました。例えば対象に年齢制限をするのか、あるいは在宅医療の方はどうするのかということ話し合い、結局は好ましくないのではないかとということで、第1回目の検討会は終わったと思います。ただ、もう一度この意見が出てくるというのは、そういう思いがうごめいているからであり、もう一度、検討と言うか論点をきちんと整理し、都からのお考えも示していただいたほうがいいのではないかと思います。

どうぞ。○設楽委員 すみません、八王子市の医療保険部長の設楽と申します。

今、東京都としてのあるべき姿というようなところのお話が出てきているのかなと思います。が、実際、市の国民健康保険者としての糖尿病性腎症重症化予防の取組そのものにつきまして、現時点では、それぞれの地域の実情に応じてどうしていくかということで動いているところがございます。その地域の実情というのは、三師会さんとの関係性ですとか、糖尿病登録医師さんがどれぐらい配置されているかということですか、そもそも病診連携とか病病連携という仕組みがあるかということの、そういった地域性というものに依拠してどうあるべきかというところで検討されています。それぞれの区市町村が4月から国民健康保険事業が都道府県単位化になることにより、保険者としての責務として、先ほど日野市さんがおっしゃられたように、保険税率の定めに伴って、保険者としての努力として収納率の向上はもちろん、それから給付の適正化はもちろん、それから保健事業の実施というところでは、重症化になってからということよりは、QOLの向上ですとか健康寿命の延伸とか、そういったところも含め、保険者としての責務として向かっていかななくてはならないというところで、データヘルス計画というものをそれぞれの区市町村が定める中の一つのメニューとして今回の糖尿病腎症重症化予防というのがありまして、八王子市では、データヘルス計画をつくるに当たっての健診データやレセプトデータなどの分析によりますと、同規模の自治体に比べ非肥満の高血糖の割合がかなり高いことが、数値として分析できていますので、より早い段階から介入する保健事業にも力を入れつつ、ある程度の数値以上の方にもしっかりとつなげていくというような、二足のわら

じではないですけれども、両方をやっていこうというようなところをデータヘルス計画に盛り込んでおります。中断者への勧奨というものは、日野市さんのように先行していなくて来年度からということもあり、もう少し様子を見ながらやろうということで、初めから中断者への勧奨というのはちょっと難しいかなと考えています。それぞれの自治体さんで、医師会さんとの協議やそのようなスタート時の取り決めというのがありますので、そこら辺の事情というものもありますことを申し上げ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。

今日も定刻を過ぎてしまいました。たくさんのご議論いただきまして、ありがとうございます。どうしてもここでご意見をというものがあれば、お受けしたいと思いますが、よろしいですか。

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いただければと思います。お願いいたします。

○吉川課長 ありがとうございます。

先ほどからも少し触れさせていただいておりますけれども、本日ご意見をいただきまして、2回にわたってワーキングでご意見をいただきましたことにつきましては、3月28日開催の糖尿病医療連携協議会のほうで報告をさせていただきます。また、3月20日に都医師会さんの糖尿病対策推進会議のほうにもお伺いしまして、報告をさせていただく予定でございます。

スケジュールについては、簡単ですが以上でございます。

○田嶋部会長 どうもありがとうございます。

今日予定されていたプログラムはこれで終了致します。事務局のほうにマイクをお返しします。

○吉川課長 本日は、ご議論いただきましてありがとうございます。

最後に、事務局を代表しまして、地域保健担当部長の本多よりご挨拶をさせていただきたいと思います。

○本多部長 田嶋座長をはじめ委員の皆様には、非常にタイトなスケジュールにもかかわらず熱心にご審議をいただき、心よりお礼を申し上げます。2回のワーキングではございましたが、多岐にわたるさまざまなご意見をいただき、また課題をご指摘いただきまして、大変有意義な意見交換ができたと認識しております。

こちらのワーキングの検討結果につきましては、3月28日に開催される糖尿病医療連携協議会にご報告をさせていただきまして、さらにご審議をいただいた上で、今年度中にプログラム

として策定をする予定でございます。

この今後策定したプログラムを実効性のあるものにしていくために、今日もたくさんの課題をご指摘いただきましたので、こちらをPDC Aサイクルをしっかりと回しながら、より実効性を高めていく必要があるかと思っております。また、区市町村が地域の関係機関と連携を図りながら実際このプログラムを進めていくわけですが、それに当たりましては、東京都としても、東京都医師会さんをはじめとする関係機関の皆様と緊密に連携を図りながら、区市町村の取組を支援していきたいと考えております。

委員の皆様におかれましては、この糖尿病の重症化予防はもとより、東京都の福祉保健医療行政に、こちらの一層の推進に向けて、今後ともお力添えを賜りますようお願いをいたしまして、簡単ではございますが、私からのお礼の挨拶とさせていただきます。

本日はありがとうございました。

○吉川課長 それでは、最後に事務局のほうから2点ほどご連絡をさせていただきます。

本日の資料につきましては、机上に残していただければ、事務局のほうから後日郵送させていただきますので、よろしくお願いたします。

また、本日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、平成29年度第2回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を閉会いたします。どうもありがとうございました。

午後8時40分 閉会