

平成29年度第2回千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会 開催結果要旨

1 日 時 平成29年10月30日（月）午後2時から4時30分まで

2 場 所 千葉県文書館6階多目的ホール

3 議題

- (1) 千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（案）について
- (2) プログラムの実施体制について

4 会議結果要旨

議題（1）前半：千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム（案）について

【 事務局より資料1-1～資料1-5に基づき説明 】

特に、資料1-1～1-3を中心に、前回検討会及びメールでの事前審議等により、再度修正追記したところを青字とし、課題となる部分を赤字として検討を行った。

○ 委員

糖尿病の治療歴がない人の抽出基準値として、空腹時血糖値126mg/dl（随時血糖値200mg/dl）を用いることについて、腎症が進んだ場合でも血糖値がよくなるというケースがある。血糖値が正常でも、糖新生インスリンクリアランスは落ちて腎機能が悪い人や網膜症がある人が抜け落ちてしまうのではないかと。

○ 会長

そういった場合は、CKDになっているものであると思う。HbA1c6.5%を切っているのに腎臓が悪くなっているという人に、糖尿病性腎症重症化予防において何ができるかということになってしまう。

○ 委員

できることはないので、抜け落ちてしまうことはやむを得ないかと。

○ 委員

血糖値が500mg/dl以上あっても、食事療法を含む糖尿病治療で正常になる人はいるが、そういう人はそう多くないため簡単な基準が望ましく、この基準でよいと思う。

○ 委員

糖尿病による腎機能の低下の前の人を拾い上げるという点からすると、この基準でよいのではないかと。

○ 会長

学術的には大変重要な指摘だが、糖尿病性腎症の発症と重症化を手前で抑えるという今回の趣旨からする

と、抽出基準を HbA1c6.5%、空腹時血糖値 126mg/dl で設定することが早期受診につながるのではないかと。さて、何度か文言を変更しているうちに「2型糖尿病での治療中ではない健診受診者」よりは、「2型糖尿病の診断を受けたことのない健診受診者」という表現がよいか。

○ 事務局

御指摘のとおりであるため修正する。

○ 会長

健診未受診者には健診を勧め、健診受診者の場合に先ほどのフロー図を使い、その他にレセプト病名は歯科や眼科などいろいろなルートを通じてできるだけきちんと拾い上げたい。

○ 委員

ある程度の抜けは出てくるが、まずは早期発見できるようなプログラムになっている。

○ 委員代理

フロー図3の、「保健指導が必要であると医師が判断した者」のところで「Yes」と「No」が分かれているが、医師の判断で対象者となった者に対してかかりつけ医が糖尿病性腎症重症化予防プログラムを推奨したかどうかはどうやってわかるのか。

○ 会長

これは後半の周知に関わるところだ。医療機関から患者にプログラムを推奨したことを知るすべはあるか。

○ 事務局

それについては県内統一のスキーム構築は考えてはいない。各かかりつけ医で保健指導が必要と判断したときに、主治医から保険者に連絡してもらえるように周知していく必要がある。

○ 会長

ある保険者が、すでにかかりつけ医にかかっている健診受診者に対して、かかりつけ医を通さず専門医の受診を勧奨した案件があったと聞いている。この場合、医師と患者の信頼関係が崩れかねず、重症化予防どころではなくなる。専門医・かかりつけ医・保険者等の関係者間で情報共有を工夫することが重要である。連携体制については、フロー図とは別に検討していく必要があるので後ほど検討する。

○ 委員

(2) ①Aの「過去に一度でも糖尿病治療歴がある」の点において、治療歴はレセプトで判断するのか。これは我孫子市でも直面している課題であるが、レセプトだけで抽出したところ、血液検査を実施するに当たって、糖尿病の確定診断がついていない方も糖尿病という病名がついてしまう人がいた。どうやってレセプトで正しく対象者抽出できるか検討しているところである。

○ 事務局

県が KDB を見られる現状ではないため不明な点が多い。保険者の皆様から情報や案をいただきたい。

○ 委員

保健師に話を聞く機会があり、同じような悩みがあるようだ。それしか判断材料がないので、訪問などをして情報収集をしているとのことだが、そうすると保険者の業務量が多くなることが懸念される。

○ オブザーバー

糖尿病名だと検査等で引っかかるが、糖尿病の治療薬の処方歴で見れば、糖尿病の治療が必要な人として絞られるのではないかと。

○ 会長

病名があつて治療薬を使っていないと、病名だけで引っかけていく意味がどのくらいあるか、逆に治療薬を使っているとレセプトは糖尿病名があり“かつ”治療薬の処方歴があるとさらに絞られてくるのではないかと。あるいは幅広く抽出するのであれば、“又は”にするのか。

○ 委員

広く抽出するのが今回の趣旨だと思う。糖尿病の疑いではなく糖尿病名がついてくればいいのではないかと。

○ 会長

何割の人がそこに入るかわからないが、今回の目的を考えると、疑い病名ではない、レセプト病名を入れておく方が重症化予防となるのではないかと。糖尿病名、投薬歴のあることを併記したい。

○ 委員

医療機関の請求では疾病のコードで請求があがってくるので、糖尿病名だけだと多岐にわたる。医療機関によっては1型でも2型でも糖尿病とひとくくりであがることもある。データと共に、現物のレセプトを確認しながら請求してほしいと伝えているが、糖尿病の記載だけだと請求が認められない、ともいえない。

○ 会長

乖離がある場合は、指導していかなくてはいけない。そういうことを理解するすべにもなるかもしれない。基準値やレセプトからの抽出方法は案のとおりとするが、何かあれば事務局に連絡いただきたい。

○ 委員

フロー図3の最初の項目での「No」の先が、健診データによる以上発見になるが、ここに「尿タンパク(±)以上」を入れるのが正しいので加えていただきたい。入れ方としては図1に倣うのがよい。

○ 委員

フロー図3は治療中の方であるが、治療中の人の血糖値はコントロールされているので良い可能性がある。

血糖値の基準は必要か。腎機能だけで十分ではないか。

○ 委員

そうなると、「尿タンパク（±）以上」で「Yes」「No」の振り分けをする必要がある。タンパク尿が出ずにクレアチニンの値が下がる人が出てくるので、これは必要となる。

○ 会長

では、はじめの項目で「No」になった次の項目は「尿タンパク（±）以上」にする。「No」なった場合、血清クレアチニン検査を実施しているかどうかは必要ではなく、eGFRがいくつ未満という値を入れる必要があるのではないかと。

○ 委員

糖尿病性腎症では、尿タンパクが先行して腎機能が低下する。糖尿病学会でも尿中アルブミンの範囲をeGFR 30以上にしている。そのため、尿タンパク（±）以上としたらよいと思う。

○ 会長

「No」の下は尿タンパク（±）にする。「Yes」はかかりつけ医になる。「No」がその下になるが、「クレアチニン検査の有無」ではなく、eGFRの数値にする必要はないか。可能な限り簡素にすべきである。

○ 委員

クレアチニン検査は選択項目であったと思うので、このような表記になっていると思う。必須項目でなければこのままになると思う。

○ 会長

仕組み上の問題で選択項目であればこのような記載になると思う。この点は確認し、クレアチニン検査をしていないところがあればそのまま、全てしているのであれば不要とするものとして、その他の点については同意を得たものとする。

では、次に介入方法についてまいりたい。保健指導部分の、「かかりつけ医がいる場合は対象者が当該プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝える」ということがあるが、これが先ほど御意見があった、医師の抽出の際の保険者への連絡の部分になるのではないかと。その他様式について御意見いただきたい。

○ 委員

同意の説明の部分が堅い気がする。もう少し患者に説明する形にした方がよい。

○ 委員代理

介入方法の部分で、「当プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝える」となっているが、これは対象者本人が伝える、ということによろしいか。「伝えるのがのぞましい」というような文言ではいかがか。「伝える」で止めてしまうと、やらなければならないととらえられてしまい、事業が進まない可能性も懸念される。

○ 事務局

基本的には保険者が、糖尿病連携手帳等を用いて保険者の責任の下で対象者と協力してかかりつけ医に伝えるようなルールづくりが必要であり、県プログラムの中で詳細にやり方を縛るものではない。文言については、「のぞましい」にしたいと思う。

○ 会長

「当プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝え、連携することがのぞましい」とするのはいかがか。

○ 事務局

糖尿病性腎症重症化予防の取組をして国の補助金を保険者が得るための保険者努力支援制度では、「かかりつけ医と連携した取組であること」が要件になっている。

○ 会長

それでは、「当プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝え、連携する」ということにしたい。「伝える」にすると、一方的な行為の印象があるので、双方からの行為を示す「連携する」にする方がいいと思われる。

○ オブザーバー

介入方法にある、「内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者に紹介の連絡が」とあるが、これは医療機関ではなく保険者への紹介でよろしいか。その場合、同意書は誰がとるのか。保険者への紹介のための同意はとらなくてよいのか。

○ 事務局

保険者へ紹介していただき、同意は保険者がとることを想定している。保険者への紹介のための同意書をとるといった枠組みまではプログラムで定めていない。対象者がプログラムに参画できるために、様々な関係機関がサポートをしていただけるような大枠を決めたい。

○ 会長

同意書に縛られると本末転倒になってしまう。同意書の重要性はどのくらいか。

○ 事務局

「同意」を確認するのは、対象者の意識づけにもなると考える。同意書をとっている自治体やそうではないところ、本人の意思確認をするところもあるようだ。同意書が必須ではないが、もし自治体でとることになった場合に参考になるものをお示ししている。

○ 会長

同意書の別紙は参考とする。

では次、実施体制について、かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準について、現段階で eGFR 50 にするのか、eGFR 45 にするのか、専門家から御意見いただきたい。

○ 委員

今年の腎臓学会小委員会で、糖尿病性腎症に限らず腎臓疾患において「eGFR 45」未満という案が出されており、改訂予定の腎臓病診療ガイドにも反映されると予想される。しかし糖尿病性腎症重症化予防プログラムで対象者を広く抽出するのであれば、50でも問題ないと思う。

○ 委員

糖尿病専門医の立場からは、45にさせていただいた方がわかりやすい。

○ 会長

この基準の出典となっているCKD診療ガイド2012での取り扱いは今後どのようになるのか。

○ 委員

2018年に新しい診療ガイドに改訂予定である。おそらく45になるとは思われるがまだ決定ではない。

○ 会長

それでは先生には改訂委員長に確認いただき、45に変わるようならそれに合わせていくということで担当に一任する。論点C並びに今後の活動についていかがお考えか。

○ 副会長

かかりつけ医によっては、研修を受講していなくてもきちんと診療していると思っている方もいるので今すぐに実施するのは難しいが、将来的には整理していかなければならないと考えている。

○ 委員

CDE-Chibaの集まりの場等でプログラムの話はするので、理解得られると考えている。

○ 会長

関係者会議等の場に出ることのない関係者の中にはこのような取組の存在すら知らない方もおり、その方々に周知することが重要である。それは県医師会だけでは難しいことであるし、今後2・3年目の実施体制で取り組んでいく必要があるものとする。保険者・市町村の立場での御意見も伺いたい。

○ オブザーバー

多くの薬剤師がCDE-Chibaの資格をとっており、CDE-Chibaの更新のための研修会等の機会を利用してプログラムの周知を図ることも可能である。また、地域ごとに研修会等を開き、プログラム周知を図るのもよいかと思う。

○ 会長

各地域の医師会でも、何らかの形で目にすることも必要かと思う。千葉県全域でもれなく伝えることができるよう今後の実施体制を整えていきたい。糖尿病対策推進会議やCDE-Chiba等にリーダーシップをとっ

てもらい、多くの人に周知したい。文言としては「今後公表を検討する」としているので問題ないかと思われるがいかがか。

○ 委員

事業を進める上で糖尿病連携手帳は、連携のためのツールとして一番よい。同手帳を配布していない医師にも同手帳を広く周知し連携することが重要である。また、早期腎症の方に意識づけを行うためのイエローカード的なものを、連携手帳を活用して配付できるのもよいかと思う。

○ 会長

ポイントとなる対象者の情報を記載できる連携手帳の普及も重要である。地域での工夫として共有していただくのもよいか。糖尿病協会で連携手帳を改訂する際、腎症重症化予防を意識した改訂ができないか。

○ 委員

糖尿病連携手帳を作成している日本糖尿病協会も、腎症重症化予防のための大事な役割を担っており、今後重症化予防に焦点がおかれると思う。

○ 会長

では次、評価の部分について、まず保険者レベルの評価について御意見伺いたい。

○ 委員

当健保では平成26年度から同事業を実施しており、評価はとても重要であり様々な切り口から行うよう努めている。しかしながら、糖尿病連携手帳の使用率と活用している状況というのは必ずしも一致しないので評価として難しいのではないか。

○ 委員

糖尿病連携手帳の使用率を把握するのは現実として難しいかと思われる。

○ 委員代理

糖尿病連携手帳を使用しているかどうかを保健指導で聞き出すのは難しい。中長期で保険者が変わった際に評価しづらいことが問題である。

○ 委員

当該事業はかかりつけ医や薬局等との連携が重要で、一元的共通のツールがないと、保険者が変わったときなどに情報が途切れてしまう。この機会に連携手帳を全県的に広める必要がある。少なくとも医療機関が連携手帳を使用しているかどうかの情報はとれないか。

○ 委員

千葉の専門病院は患者さん全員に使っている。検査結果も記載欄があるので患者情報はわかる。

○ 会長

幅広く事業を展開したとき、この使用率を評価指標として使うことの難しさをどのようにしたらよいか。

○ 副会長

多忙の場合医師自身が記載できないこともあり浸透が難しい。コメディカルに記載してもらってもらうなど多職種連携できるものでないとかかりつけ医だけでは難しい。

○ 委員代理

対象者に、医師に記載してもらうように進めても、対象者から医師に依頼できないことがあるようだ。糖尿病連携手帳の「使用率」としてしまうと、保険者によって定義がバラバラになってしまうのではないかと。まずは“渡した数”等とするのはいかがか。

○ 会長

連携手帳は、使用することが大事で、評価項目のために活用が滞ってしまうのはよくない。「使用率」よりは“医療機関における使用”という評価の方がよいか。渡したことの評価は現実的か。

○ 委員

対象者が持っているかどうか、アンケート等の形で実施するのであれば評価できるかと思う。

○ 委員

使用率の母数まで明確にできないと評価できない。保険者から配布するのであればそれを母数として数値を把握できる。プログラム中は実際にそれを活用して連携した数を分子にして評価できるのではないかと。

○ オブザーバー

医療機関で栄養相談を実施しているが、持っている方は字が小さくて見えない等の理由で利用を拒むことがある。重症化予防の点で幅広く利用を進めるのであれば、もう少し見やすくする必要性を感じる。また、活用方法に関するレクチャーも広めていく必要がある。使用率だけでなく、なぜ使用できないのかまで把握できればよい。

○ 委員

対象者が連携手帳をもっている、医師に見せてなければ使用していることにはならないので使用率の判断は難しいのではないかと。

○ 事務局

保険者毎に使用率の把握と使用の定義づけがばらつくようなら、県プログラムとしての評価指標として、“配付率”とするのはいかがか。

○ 委員

保険者から配布するとなった場合、保険者がどのように入手できるものなのか。

○ 委員

日本糖尿病協会が製薬会社に売っている。手帳の裏に製薬会社の広告が掲載される。製薬会社からもらえるのでないか。

○ 委員

一社からの提供になってしまうと問題になると思う。本当は保険者が購入していただくのが一番良い。

○ 会長

そのようなものを県から保険者に勧めるのは難しいのではないか。それならば、糖尿病連携手帳の配布は努力目標という方がよい。

○ 事務局

保険者の評価に入れるのは妥当ではないか。医療機関に対するアンケート調査で把握することにするのであれば県の評価項目に入れるのもよいかと思う。

○ オブザーバー

医療機関が配付している物であれば、保険者から配布すると一人の人が複数枚所持することになり、かえって有効活用されなくなると危惧される。

○ 会長

それでは実施体制において、連携手帳の使用を積極的に推進することとしたい。ただし、保険者の評価項目に入れるのは現状として厳しい状況があるため、事務局案のとおり、県の評価項目としてまずは医療機関での配付状況を把握し、その上で保険者の評価項目とすべきか検討していくこととしたい。では次、役割について事務局から説明と、御意見いただきたい。

○ 事務局

事前意見以上に意見がなければ提示資料のとおり決定したい。

(異議なし)

議題(2) プログラムの実施体制について

【 事務局より資料2-1、資料2-2に基づき説明 】

○ 会長

まず資料2-1の1. 県プログラムの作成団体名の記載について、各所属から御意見いかがか。

○ 副会長

11月9日の県医師会理事会の場で、県事務局からプログラム説明をいただき、その後承認を決定する予定。平成30年1月11日18時からプログラム周知のための周知研修の開催を予定している。

○ 委員

対策推進会議としては問題ない。

○ 事務局

保険者協議会に対しては、11月21日に開催予定の協議会で事務局から承認依頼をする予定。

○ 委員

千葉県糖尿病協会の役割を追記していただければ問題ない。

○ 会長

資料2-1の2. 県プログラム策定公表時の周知について、各所属団体の代表の皆さま、周知いただくことについて御了承いただいでよろしいか。

(異議なし)

○ 会長

それでは、皆さまから1、2について御了承いただいたものとします。3の効果的な県プログラムについて、県が実施する研修とその他各団体での「県プログラム」の周知の実施について御意見いかがか。

○ 委員

3の②の目的とは何か。

○ 事務局

かかりつけ医に対しては、研修というよりはプログラム開始の周知に焦点を置いている。腎臓専門医にも周知できる機会は実現可能か。

○ 委員

腎臓病専門医に紹介された患者を帰してしまう現状があり、その部分に関する周知はぜひやっていきたい。

○ 会長

①保健指導実施者対象の研修の内容とはどんなことを企画予定か。

○ 事務局

プログラムの策定と同時に、保健指導を実施する専門職を対象として、対象者を医療機関に継続して受診していただくことや生活に沿った栄養指導の方法等のノウハウを身に付けてもらうための研修を、事務局が企画予定している。

○ 委員

アウトカム評価の際に、指導についても標準化の必要性を感じる。例えば保健指導の蛋白制限についても、サルコペニア予防と腎症の予防の場合とでは保健指導の方法が矛盾することがある。また腎症の前のクレアチニンが上がってきたときの血圧の管理についても保健指導の標準化が重要。

○ 会長

医師の場合はガイドラインがあるが、我々は保健指導がどんな風に行われているかわからない。保健指導内容に関して論じる機会がなかったので、来年以降にワーキング等で保健指導の内容についても検討するのがよいであろう。また、今回のプログラムは、ごく一部の関係者が検討したものである。関係者に広く周知して共通認識を持たないと進まない。かかりつけ医と専門医への周知を別々にやるのではなく、保険者も加えて、関係者が同じ目線で同じ情報を共有することが重要。県医師会で進めていることはあるか。

○ 副会長

プログラムの周知研修は予定しているがその他の研修は来年度以降、~~の~~糖尿病・腎臓専門医も一緒にやっ
ていかないとかかりつけ医だけでは片手落ちとなる。かかりつけ医から専門医への紹介は決まったルールがないと受けてくれない場合がある。

○ 会長

日本糖尿病学会からの依頼で、千葉県糖尿病対策推進会議が、地区医師会毎に糖尿病の担当医の名簿を作成しているところである。これと同様に各地域で糖尿病非専門医であるかかりつけ医、腎臓専門医や薬剤師会、管理栄養士等も入ってワーキンググループをつくり各地域で自主的な研修会等をするのも一つの案である。

○ オブザーバー

人間ドックの結果から受診勧奨しても、医療機関での治療の対象でないと帰されてしまう。医師にも重症化予防のための事業であることを認識していただく必要がある。

○ 会長

各地域の中でいろんな職種が意識を共有し、関係者にも波及して連携していくしかないのではないかと思う。医療従事者ではない保険者としての立場からいかが思うか。

○ 委員代理

当市では、腎臓専門医が少ない現状の下、かかりつけ医に腎臓も知ってもらう取組を始めている。

○ 委員

地元の医師会だけでなく、歯科医師等地域の連携が大事であると思う。

○ 委員

全国を取組をみると、県内の香取市では同意書ではなく糖尿病連携手帳を活用しており、全国的に高い評価を得ている。治療中断者や治療中の方の主治医に御理解を得るのが難しい現状である。取組をやっていない自治体では、主治医との連携にかなり苦勞している。医師の診療を邪魔するのではなく一緒に取り組ませてもらいたいという説明をしないと事業を進めるのが難しい。

○ 会長

プログラムについては、本日の意見でほとんど決定できると思う。保健指導に関する研修内容、プログラムの普及方法、関係者間の意識の共有方法の3点について、集まりやすい委員に集まってもらいたき台を作って第3回目の検討会に臨むようにしたいと思う。

本日は活発なご意見ありがとうございました。