令和３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　議事録

１　日　時　　令和４年２月３日（木）１５時から１７時まで

２　場　所　　各所属（Zoom を使用しウェブ上で開催）

３　出席者（敬称略）

【委員】

関根真紀子、髙橋由美子、宮坂樹、名田裕之、梅津竜、椿政伸、志賀元、
橋本尚武、今澤俊之、横手幸太郎、三村正裕、影山育子、堀川早苗、眞鍋知史、
佐々木徹、寺口惠子

【オブザーバー】

淺沼克彦、藤井隆之、倉本充彦、寺脇博之、日比野久美子、藤川眞理子

４　議　題

（１）各機関の取組状況と今後の方向性

①保険者努力支援制度の評価指標及び取組状況

②糖尿病性腎症重症化予防プログラム取組状況調査結果（市町村国保）

③CKD 部会開催結果

④検査のワンチェックオーダーについて

⑤千葉県糖尿病性腎症・CKD 重症化予防対策の評価について

（２）その他

５　会議結果要旨

議題（１）各機関の取組状況と今後の方向性

①保険者努力支援制度の評価指標及び取組状況

○会長

まず最初に、（１）①保険者努力支援制度の評価指標及び取り組み状況についてである。

保険者努力支援制度においては、本事業の実施に関する市町村国保の評価項目の一つに、糖尿病対策推進会議等との連携を図ることがあり、千葉県では保険指導課が全市町村分の取

り組み状況をまとめて本検討会に報告し助言を得ることで、この要件をクリアしているところである。市町村保険者努力支援制度の評価指標及び取り組み状況について、千葉県保険指導課からご報告いただき、市町村の取り組み状況等について、皆様からご意見をいただければと思う。それでは、保険指導課から説明をお願いする。

【保険指導課より、資料１－１、資料１－２に基づき説明】

○会長

ただいまのご報告に対してご質問ご意見等あればお願いしたい。

市町村の代表でご参加していただいている船橋市と木更津市はいずれもすべて達成という優秀な成績であるが、現場の立場からの課題などがあれば御発言お願いしたい。

○委員

達成しているものの、6 番の KDB システムから把握する対象者の概数について、実際に事業対象者へアプローチする対象者の数とはかけ離れており、実際には 10 分の 1 程度しかできていないため、本来やるべき数字として示されていることは耳が痛いところである。加えて、7 番の健診や医療未受診の方へのアプローチについては、当市では令和 2 年度から開始している。令和 2 年度は 110 名程度の対象者へ手紙を発送し、健診受診や医療機関受診を確認している。新型コロナの関係で健診受診券の有効期限が年度末まで長引いていることもあり、ただ後ろにずれた人なのか、もともと受けようと思っていた人なのかという判断がしづらい。しかしながら、令和 2 年度の健診終了時に評価したところ、このアプローチで繋がったのかどうかは検証しづらいところではあるものの、大体 3 割の方が健診や医療機関の受診に繋がったと確認できた。

○会長

達成していても実情を考えるとまだ改善の余地があるのではないかということや、コロナの難しさを教えていただいたため、県でもそういったことを勘案しながら、今後につなげていただきたい。

○委員

重症化の取組として糖尿病性腎症重症化予防の実施要領を作成しており、県のプログラムと合わせて実施している。KDB からデータを抽出するがシステムは別の物を使っており、そ

こでデータの二次加工をする。当該年度の健診受診・未受診に関わらず、過去 6 年分の健診結果とレセプト 5 年履歴で内服の有無等の経年データを見て、糖尿病治療中断者や未受診者及び糖尿病コントロール不良者に対して、地区担当保健師が経年的にアプローチをしている。懸念される部分としては、9 番のところであるが、現在コロナの予防接種の事務援助や自宅療養者の方への食品の配布等でかなり人が割かれている中で、どうしても重症化予防の優先順位が高くなり、ポピュレーションアプローチが手薄になっている点である。

〇会長

独自の取り組みで有効な活動をされている事例をご紹介いただいた。コロナ禍で限られたマンパワーをどのように配置するかということかとも思うが、重症化予防は何とかできても、さらに健康教育のポピュレーションアプローチはなかなか難しいという実情を教えていただいた。こういったことを県から国にフィードバックし、現場の課題を次の評価項目の設定などに生かしてもらえると実際的だと思った。

それでは、次の議題に移る。昨年度から市町村において、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施の取り組みが開始されているところである。この一体的実施の取り組みとして、重症化予防に取り組んでいる市町村数が増えてきているようであり、本日は、千葉県後期高齢者医療広域連合の宮坂委員から、取り組み状況をご報告いただきたい。

【宮坂委員より、資料２に基づき説明】

〇会長

今回は 10 市町村の例を挙げていただいたが、それぞれ後期高齢者を対象とした実施やアセスメント指導をお示しいただいた。船橋市の例が挙がっているが、いかがか。

〇委員

後期高齢者であるため原則訪問とし、令和 2 年度から開始しているが、たびたび緊急事態宣言などがあり、現在も訪問面接を中止しているところである。後期高齢者の方と電話でのお話だけになると、次の支援の時には初回の支援のことを忘れてしまっていたり、郵便で資料をお送りしてもなくしてしまったりすることがあり、なかなか継続的・効果的な支援に結びつきづらい。先ほど木更津市の方のお話しにもあったが、ハイリスクアプローチは仕方がなく電話で行っているところであるが、ポピュレーションアプローチについても、通いの場自体がなかなか開催できないというところでジレンマを抱えている。

○会長

コロナ禍で集まることが難しく、ご家族のいる方や一人でお住まいの方でもそれぞれ違うため、悩ましいと思う。

○オブザーバー

高齢者の保健事業と介護予防との一体的実施が、54 市町村のうち 10 市町村でしか取り組まれていないということに、問題点と逆に可能性も感じる。高齢者の方はコロナに罹患すると、特に糖尿病の方は重症化しやすいため、コロナ禍だからアプローチしないというわけではなく、そこを切り口にしたアプローチができるとよいのではないかと感じた。また、医師会ともう少し連携を密にするとよいのではないかと思う。私が関わっている市原市も医師会と連携しているが、この高齢者事業はコロナ禍もあってかあまり取り組まれていないということで、コロナ終息後も見据えた上で、重症化予防という観点からも取り組めていけるとよいと思う。

○会長

大変重要な視点をご指摘いただいた。重症化予防ということで透析にならないことが最大の目的であったが、新型コロナが出てきて、糖尿病や腎疾患のある方、そして何より高齢者が高リスクということで、いくら腎臓を守っていてもコロナで亡くなってしまったら元も子もないわけである。そういった意味では、これをきっかけに総合的に考えて、血糖を管理すればコロナの重症化を防げるというデータもあるため、市町村のみならず医師会との連携も必要ではないかというご指摘である。

○委員

私の所属する柏市医師会の立場からであるが、資料を読む限りはきちんと取り組まれているように書いてあるが、連携している医師会の実感としてはあまり達成感を得られていない。実際医師会の中で、このままでは実が上がらないのではないかということで、プロジェクトを組んでどういったやり方がよいのか討議をしているところである。取り組んでいると書いていても、実が上がっているかどうかが重要である。柏市内の会議でも同じような取組について質問し、実際対象者をどれだけフォローできているかというと非常に惨憺たるものがあったという記憶がある。そのため、取り組んでいるからＯＫではなく、もう少し突っ込んだ調査が必要だと感じている。

○会長

現場に根差した大変重要なご発言であった。もちろん取り組まないことには始まらないが、取り組んでいることと実が上がっていることは異なるのではないかということである。このプログラムを 5 年以上行ってきて、取り組んでいることをもって達成としていたわけであるが、それだけではなく、どれだけ効果が上がっているか、結果が出ているかということにも目を向けるべきというご提案であった。県としても、実際の患者さんに役立つ取り組みとして、そういった考え方もぜひご検討いただきたい。

議題（１）②糖尿病性腎症重症化予防プログラム取組状況調査結果（市町村国保）

○会長

それでは、議題（１）②糖尿病性腎症重症化予防プログラム取り組み状況調査結果に移る。事務局から説明をお願いしたい。

【事務局より、資料３に基づき説明】

○会長

この調査から分かったポイントはどのようなことになるか。

○事務局

フロー２の取り組み市町村数が増加したことが一つ大きな特徴である。また、コロナ禍もあり対面での指導が減少し通知によるものが増えていることや、保健指導の実施率や終了率がフロー1・2 ともに昨年度より減少し、一方で受診勧奨後の受診率は増加していることが特徴である。

○会長

保健指導実施率が減っているが、受診勧奨した後に受診する人はそれなりにいるということである。コロナ禍のため対面はなかなか難しいかもしれないが、これは今後コロナが落ち着いてくれば変わるかもしれないということで、引き続き、取り組んでいくことが大切である。何かご質問やご意見等はあるか。

○オブザーバー

5 番の保健指導・受診勧奨実施状況のフロー４について、⑥の受診勧奨実施率が 93%となっているが、⑦の CKD 対策協力医への受診勧奨実施率が 23%と低いのはどういう理由なのか。

○事務局

調査では理由まで把握できていないが、CKD 対策協力医・腎臓専門医どちらでもない先生のところに紹介されている方が多い可能性や、保険者においてそこまで把握することが難しい状況である可能性が考えられる。

○オブザーバー

この受診勧奨実施率は、通知や対面などで実施したパーセンテージということか。その中から CKD 対策協力医へ受診勧奨されたのが 23%で、もしかしたら他の開業医の先生のところに行かれたとしても、そこまで増えているとは思われないということでよろしいか。全体的にかなり低いが、受診勧奨する時に、近くにどのような CKD 対策協力医がいらっしゃるかは紹介されているのか。

○事務局

CKD 対策協力医リストをお示しし、それをもとに紹介いただくよう依頼しているが、市町村によってまだ取組状況に大きなばらつきがある状況である。

○委員

事務局の説明に補足であるが、木更津地区においては CKD 対策協力医に登録している医師が非常に少なく、実際に CKD に関係する先生方がまだ登録をしていない状況である。そのため、内分泌科などに受診はしているが、この CKD 対策協力医に登録していないため、ここに数を挙げられない状況である。まだ地域の先生方に県の CKD 対策協力医の登録が知れ渡っていないのかもしれない。

○会長

何とか対象となる先生や登録を増やせるとよい。

○委員

柏市も全く同じ状況であるが、柏市はかなりアンバランスであり、専門医の登録は比較的多いが協力医は１桁である。基本的に受診勧奨された患者さんはまずかかりつけ医に来るが、その中でかかりつけ医がどこに紹介したらいいのかわからないという声が多く聞こえている。協力医の位置付けやどういった形で協力医が機能するのかという点も未確定なところがあるため、専門医と協力医の棲み分けなどを規定していかないと、なかなか専門医や協力医への受診勧奨率は上がっていかないように思う。

○委員

木更津市のご意見はごもっともであり、今回の調査では木更津市の数が多いため、かなりその影響が大きいと思う。木更津市は昔から先駆的対策をされているため、この千葉県の対策にすべて合わせてもらう必要はないと思う。既に密な連携ができているため、そこは先駆的なところとして進めていただいてもよいと思う。この数値を上げるために皆さんに登録していただき、せっかくできた体制を崩す必要はないと個人的には思っている。

一方、柏市はまだそういった連携が地区ではとられていないため、CKD 対策協力医になっていただく先生が多くないといけないと思う。どこに紹介したらよいかわからないというご意見であったが、県庁のホームページでは CKD 対策に協力する腎臓専門医のリストを公開している。腎臓学会から提供いただいたメーリングリストにより千葉県の全腎臓専門医にメールでこの対策に協力いただけるかを尋ね、半分ほどしか回答がなかったが、その腎臓専門医の先生方のリスト、そしてその先生方の施設でどのような検査や治療ができるかのリストを公開している。ただ、それがまだ知れ渡っていないのが実状かと思うため、市町村や医師会等にもっと周知していきたいと考えている。

○オブザーバー

木更津地域の補足であるが、週に１回木更津の関連施設で外勤をしているが、木更津では受診対象の人に対し、健康診断の結果の中に CKD 対策協力医の名簿を入れて送っていただいている。ただ、先ほど高橋委員がおっしゃったように、木更津市内には登録している先生が少なく、腎臓内科医もそれほど多いわけではないため、来週の火曜日の会議で正式認可されたら、来年度から隣の市原の私どものところに二次健診などをお送りいただくという形を構築していけるかなと思う。千葉県全体においても、木更津で行っているように CKD 対策協力医の名簿を入れるという形にしていただくと、その地域に協力医がいなくても紹介しやすくなるのではないかと思う。

○委員

CKD 対策協力医がリストアップされていることはよくわかっているが、気軽に受診できない病院がリストアップされており、敷居が高いため紹介しても行かないということがある。協力医という形でもう少し敷居の低い医療機関の数が増えれば、受診勧奨数が上がるのではないか、そこの力を入れるべきではないかと思う。

○委員

逆に敷居の低いところで、この対策に対して協力を表明していないところに行っていただいた場合に、先生方がせっかく紹介していただいたのに、きちんとした CKD 医療を提供していただけるのか、専門的な医療を提供していただけるのか確証がとれないところもある。いただいた意見を参考にまた考えていきたい。

○会長

この協力医というのは、自ら趣旨を理解して登録している人であるか。

○委員

この CKD 対策に協力してくれるということで自分の意思で登録していただいている。腎臓専門医も日本腎臓学会が認定した専門医の先生方に、この対策をきちんと理解し逆紹介も含めて対応していただけることを確認し、それに同意いただいたところをリストアップし、どのような検査ができるかという点まで確認している。

○会長

そのような先生達が一堂に会したり、Web で顔を合わせるような機会はあるか。

○委員

今のところはないが、メーリングリリストを活用して時々情報発信している。

○会長

本日の議題に上がったようなことを皆に周知していただくのもよいと思う。

○委員

船橋市でも、DM・CKD 診療連携協力医の先生方が県の対策協力医に登録していただいて

はいるが、さらにかかりつけの先生から専門医への相談・連携システムとして FAX 用紙で治療方針や今後の診療間隔などを相談できるシステムがあるため、そちらを進めていきたいと考えている。また、患者さんの立場からしても、かかりつけ医で定期受診や健診を受けている中で、いきなり専門医の先生に受診するとなると少し抵抗感がある方もいらっしゃる。まずはかかりつけの先生に相談してみたいという声もあるため、いきなり対策協力医への受診勧奨ではなく、まずはかかりつけの先生にご相談いただき、さらにかかりつけの先生から専門医に相談できるシステムがあります、ということで説明をさせていただいている。

○会長

着実に仕組みができつつある中で、今後改良すべき点が明らかになった。ぜひコミュニケーションをよくしていただき、コロナ後によりよい医療構築が実現できるようにご指導お願いしたい。

議題（１）③CKD 部会開催結果

○会長

続いて、昨年 12 月 16 日に開催された第 2 回 CKD 部会の結果について、今澤部横手会長から報告をお願いしたい。

【今澤委員より、資料４に基づき説明】

○オブザーバー

先ほど、CKD 対策協力医がいまいち浸透していないというご意見があったが、ウェブを見ていただくだけで CKD 対策協力医になれるという、診療科も関係なく敷居はかなり低く設定をしているつもりである。どうしてもこういったものは、100%は行き渡らないのは重々承知であるので、2 月という期限を区切った後も追加申し込みを受けている状態である。医師会報などを通してもっと周知しなければいけないだろうと認識している。

また、先ほど今澤先生からご紹介のあった協力医の研修会については、本来は一堂に会して、協力医になるメリットを始めとしてアクティビティを高めなければならないが、現在このような状況であるため、もし開催するとしても完全な Web の形になるかなというのが、今のところの横手会長のご意見である。ただ今年に関しては、もし集会形式にした場合でも、県医師会で職員や会場等の提供はするという積極的なご意見をいただいているため、これか

らも周知に努めていく。

○会長

ぜひ連携の上、よろしくお願いしたい。

○オブザーバー

市原市などを見ていると、糖尿病協力医制度から出発し、後から CKD 対策協力医制度が出てきて、熱心な先生は両方頑張ってくださるが、いまだに尿検査を年に 1 回もなさらない先生もおられる。かかりつけ医のボトムアップを図るという意味では、CKD 対策と糖尿病対策が歩み寄り、両方の協力医を統合する態勢が大事ではないか。眼科、皮膚科、歯科、調剤薬局とも連携し、糖尿病の重症化予防を目指す姿勢も大事だと思う。

○会長

重要なご指摘である。

議題（1）④検査のワンチェックオーダーについて

○会長

それでは、議題（1）②の検査のワンチェックオーダーに移る。

前回の第 1 回の検討会において、この件は CKD 部会でも検討を進めていただくことになり、早速、寺脇先生が検査会社へ調査を実施してくださったということである。また、糖尿病対策推進会議においても、検査会社への聞き取りを実施してくださったと伺っている。本日はそれらの結果を共有いただくとともに、結果を踏まえてこれからどのような取組が実施できそうかを検討したいと思う。まずは、調査結果を含め、CKD 部会での議論の結果を今澤部会長から報告いただき、その後関係の先生方にご意見を伺いたい。

○委員

寺脇先生に調査していただいたため、その結果をまず寺脇先生から報告いただきたい。

○オブザーバー

参考資料 1 をご覧いただきたい。全国の大手 6 社と少し小さめの 2 社へ問い合わせを行った。具体的には、eGFR と尿蛋白クレアチニン比をワンチェックで出せる項目を作ってもら

えるかどうかについて、SRL、BML などの 8 社にメールし、返事がない場合には電話をし、さらに回答についてはメールで返していただく形とした。回答がなかったＢ社は既に私が別の施設でお願いして作ってもらった実績があるため、B 社は対応可能という解釈ができるし、それ以外の会社も全て、依頼があれば伝票ないしは電子カルテのオーダーシステムいずれについてもワンチェックオーダーを項目として作る準備があるというご回答をいただいた。12 月 16 日の会議で橋本先生からもお話をいただいたため、続きをお願いできればと思う。

○会長

素晴らしい成果で、素晴らしい実行力だと感銘を受けた。

○委員

以前から尿中アルブミン、eGFR の 2 点について検討してきたが、eGFR に関しては検査会社に調査し､血清クレアチニンを出していただいている場合に 8 割から 9 割の会社が eGFR も一緒に報告しているという結果を得たため、これはそのままでよろしいかなという結論を出している。尿中アルブミンに関しては、大手の一社に聞いたところ、尿中アルブミンだけでオーダーする先生がいるらしいが、1 日の蓄尿の尿量がない場合はクレアチニン換算で出していると報告があった。ただこれは問題化してしまうと検査会社で契約上オーダーと違う報告をしているということになるため、それ以上踏み込まず今の状況でいいのかなと思っている。尿中アルブミンに関しては、千葉県で 3 割ぐらいしか測られていないという報告があるため、初期の腎症の診断として今後広く周知していかなくてはいけないと感じている。

○会長

今澤先生、お二人のご報告から何かあるか。

○委員

これらの報告を受けて、次のステップとして実際にどのようにワンチェックオーダーを実装化していくかということが問題になってくると思う。資料を用意したため共有させていただく。

保険の算定の話からさせていただきたいが、eGFR はクレアチニンをオーダーすれば、試薬代もかからなければ、新しい保険請求をする必要もなく、単に計算式をシステムに入れていただければ出るため問題ないと思う。アルブミン／クレアチニン比、或いは蛋白尿のグラムクレアチニン比となると、尿のクレアチニンを測る必要があるため、尿のクレアチニンを

オーダーするとそれだけ検査会社にとっては試薬代がかかり、医療機関との契約も発生し、お金の問題が生じてくることも認識しなければならない。尿のクレアチニンが追加されると、初診時は 11 点上がるが、再診料では丸めの考えで点数が変わらないということになる。そうすると契約上、クレアチニンが 11 点であり、大体その半額で契約が結ばれているため、検査してもらうと医療機関は検査会社に 50 円払わなければいけないような契約になると思う。そういったことも認識しながら話を進めていく必要がある。

もう一つ大切なことは、ワンチェックオーダーという言葉を使っているが、皆がどのようなことをイメージして話しているのか会議で疑問に思うことがあった。おそらく、「②血清クレアチニンを測定したら eGFR が併記され検査が返るようにすること」「③ACR（PCR）という欄を検査依頼用紙に追加で作ってもらい、そこにチェックすることでオーダーできるようにすること」ではないかと思う。例えば糖尿病性腎症対策セットや CKD 対策セットというオーダー欄を検査用紙に作ってもらい、そこにチェックすると、血中クレアチニン、尿中アルブミン、CKD の場合は蛋白定量、尿中クレアチニンが測定されて、検査結果の報告用紙に eGFR とアルブミン／クレアチニン比、もしくは eGFR と尿蛋白／クレアチニン比が出るようにすることをイメージされている先生もいるかもしれない。しかし、おそらく多くの委員の先生は、血清クレアチニンをチェックしたら自動的に eGFR が併記されて検査が返るようにすることをイメージしていると思う。もう一つ、今はアルブミン／クレアチニン比や尿蛋白／クレアチニン比を知りたいときには、大部分の医療機関では、尿のアルブミンと尿のクレアチニンを二つチェックしなければいけない、或いは尿の蛋白と尿のクレアチ二ンをチェックしなければいけないところ、検査用紙にも ACR や PCR という独立した欄を作ってもらい、そこをチェックすると尿のアルブミンと尿のクレア二チン、尿の蛋白と尿のクレアチニンを測ってもらうようにするということで、この二つの項目を検査用紙に新しく作ってもらうということを多くの先生はイメージされているのではないかと思う。尿のアルブミンや尿の蛋白をチェックしただけで、尿のクレアチニンまで測って ACR や PCR が返るようにすることは、契約的にもお金が絡んでくるため、ダメではないかと思っている。本当は尿のアルブミンや尿の蛋白だけを定量してもクレアチニン比で見ないと意味がないため、そこを削ってもらい、ACR や PCR だけの項目にしてもらうということをイメージされている先生もいらっしゃるかなと思う。もしかしたらこれでもよいのではないかと思っている。横手会長いかがか。

○会長

私は②と③、もしくは「⑤尿アルブミン（蛋白）定量の項目は削除し ACR（PCR）だけに

してもらうようにすること」だと思う。蓄尿でなければアルブミンの生の値が返ってきても使いようがない。尿中アルブミン（ACR）といった形で、②と⑤に統一してもいいのではないかと思う。

○委員

そうすると一番間違いが起こらなくなり、意味があるのが⑤である。今はまだ初歩段階であるので③というステップを作って⑤にするのもいいかと思ったが、一気に②と⑤に持っていくのが理想的か。

○会長

その場合には、並行してその意味を皆さんに知ってもらうことも必要である。

○オブザーバー

問い合わせをした立場としてのコメントであるが、まず尿蛋白については③ができるかどうかを各社に問い合わせた。そしたら③をやってくれる、すなわちACRないしはPCRという欄を作ってくれて、そこをチェックすれば尿蛋白と尿クレアチニンの両方を測ってくれるという返事、そしてその比を出していただけるというのが各検査会社からのお答えであった。少し誤認しており、実は問い合わせの際に、eGFRについてはeGFRという項目を作ってもらえるかというような質問をしてしまった。そうしたらみんな作ってくれるということであったが、ほとんどの会社は橋本先生がおっしゃったように、クレアチニンをオーダーしたら自動的にeGFRまで返してくれるが、BMLはきちんとeGFRをチェックしなければeGFRを返してくれないということであった。将来的には一歩踏み込んで、クレアチニンをオーダーしたら全ての会社でeGFRまで出してもらえるように、他の会社がやっていますよということで詰め込んでいくのもいいのかなと思う。

○会長

②と⑤を目指すのが、この会としてはいいのではないかという感じか。他の糖尿病専門の先生にもお聞きしたいと思う。

○委員

病院では蓄尿して出しているところもまだあるようであり、そうすると定量がないと困るかもしれないが、クリニックでは蓄尿することがほぼ無いので、最初から尿中アルブミンや

尿中蛋白を出したらクレアチニン比で出してもらうようにして、項目として濃度を消してしまってもよいかと思う。SRL などでは、尿中アルブミンに関しては、クレアチニン比は随時尿で、定量は蓄尿というふうに分けて提出するようになっている。前者の場合はクレアチニン比で、蓄尿の場合は定量で出してくださいという指示が SRL にある。しかし実際のところ、定量しているところは大きな病院であるため、自分のところでできるのではないかと思う。先程橋本先生がおっしゃったように、濃度で出している先生もたくさんいて、本当は濃度で出したものは濃度で返さなくてはいけないが、逆に検査会社の方が尿量がなければ随時尿と判断してクレアチニン比で返すという時代であるので、クリニックでは、最初から蛋白もアルブミンも濃度を消してしまい、クレアチニン比だけにしてしまった方がいいと思う。

○会長

蓄尿定量ができなくなってしまったら困るためその余地は残す必要があるが、今回の目的は広く非専門の先生方もこのアルブミンの定量或いは eGFR、アルブミン／クレアチニン比の意義を知ってもらい、間違いなくそちらに進めるようにサポートすることであるため、そういった意味ではいいのかなとは思う。

○委員

以前、全国レベルの検査会社では千葉県だけ変えるということがなかなか難しいという話があったため、その辺のハードルがあるかなと思う。そういった点を考慮して全国レベルでやらないと大きな検査会社が変わらない可能性がある。

○オブザーバー

少なくとも県というよりも、検査を依頼している各医療機関から各検査会社に言っていただければ、それぞれの医療機関における伝票や電子カルテのオーダーリングシステムに対応するという返事はいただいているため、おそらく大丈夫ではないかと思う。

○委員

検査会社から行くということもあるが、糖尿病対策推進会議に関わっている先生方も多くいらっしゃり、CKD 対策協力医も 200 名を超えてきたため、まずその先生方のところで検査会社と交渉できるよう、こちらで文書を作成してはどうかと考えている。例えば、糖尿病関連の方に対しては糖尿病対策推進会議の方から関係する委員の先生に送っていただく、CKD に関しては CKD 対策協力医の先生方に部会の方から送らせていただくということで、その

辺からまず変えていくのが早いのではないかと思う。個別に先生方が依頼するとなると大変であるため、依頼文の定型を作って利用していただく形がいいかと思う。また、もう eGFR が出ているところもあると思うため、チェックをするような項目を作って、個別に契約を進めてもらうという形を提案させていただきたいと思う。

○会長

それが主流になればみんな動かざるを得ないと思うため、大変いいアイデアだと思う。

○オブザーバー

基本的にはクレアチニンで割るということがあるため、皆さんの意見で賛成であるが、やはり蓄尿をしている先生も少数ながらいらっしゃるため、今までの項目は残した上で、この尿中アルブミン／クレアチニン比と尿蛋白／クレアチニン比があるといいと思う。eGFR については皆さんと意見は一緒である。

○会長

そのあたり、何か落とし穴がないようにだけご相談の上、進めていただけると非常に大きな一歩だと思う。3 年がかりで検討してきたものを先生方のおかげで実現できそうであり、私のところに寄せられていた「eGFR が出ない」「クレアチニン比が出ない」ということが一気に解決できそうなので大変期待を持って拝聴した。ぜひお願いしたいと思う。

○委員

議論を見ている中で、このチェックに関しては検査会社が決めているのではなく、実は医療機関が決めているということが意外と知られていないことに気づいている。検査会社は全ての検査項目を用意しておいて、その取捨選択をするのは医療機関側であるということは、自分がクリニックを始めて理解してきたが、病院ではそこは検査部が決めており、ワンチェックをするときには検査会社を動かすのではなく、病院の検査部でこれを入れてくれと言えば意外とできてしまう可能性があるのではないかと思う。

○会長

今の議論を聞いていて、そこも大事だと思う。千葉県の検査技師会に同時に話を流すと近道かもしれない。

○委員

病院の中で、検査部に対して各科がこういった項目を入れてくれという申請は出さないか。そこに入れれば、その病院はワンチェックできるのではないかと思う。

○オブザーバー

私も着任してから最初の 1 年は要望を出して、UPCR、尿蛋白のクレアチニン比、塩分の摂取量、eGFR など全部出るようにしていただいたため、おそらく病院レベルであればもっと話は簡単だと思う。

○会長

その視点は非常に大事だと思った。千葉県臨床検査技師会はアクティブに動いているため、文書発出にあたりシェアするとよいと思った。

議題（１）⑤千葉県糖尿病性腎症・CKD 重症化予防対策の評価について

○会長

続いて議題（１）⑤千葉県糖尿病性腎症・CKD 重症化予防対策の評価についてに移る。

前回の検討会で決定した評価指標をもとに、進捗状況をまとめていただいた。各項目の状況を踏まえてこれまでの取り組みを振り返るとともに、次年度以降の取り組みの方向性について、ご意見を頂戴したい。それでは事務局から説明をお願いする。

【事務局より、資料５－１、資料５－２、資料５－３、参考資料２に基づき説明】

○会長

この内容について、追加のご報告やご意見をいただいていきたい。

○委員

全腎臓専門医からデータが返ってきたため報告したい。資料 5－3 のところであるが、腎臓専門医で黄緑シールが 1321 枚、赤シールが 882 枚貼られている。ただ、病院によっては薬剤部で貼っているため、薬剤部の方から報告するというところもあり、そういった専門施設でもう少し多くのシールが貼られているのが実際と考えている。また、7 番の保険者からの受診勧奨により腎臓専門医を受診した件数は 230 件であった。8 番は CKD 対策協力医側か

ら紹介した件数であるが、腎臓専門医に聞いてみるともっと紹介していただいているということで、365 件あったということであった。また、逆紹介も 230 件行われているため、半分以上の方がきちんと逆紹介されているということで、連携が進んでいるかなと感じている。これらのデータを毎年とっていきたいと思うので、来年度から会議に間に合うように報告させていただきたい。

○会長

様々な数値としてフィードバックされるようになってきた。皆さんのご尽力のおかげである。

○委員

非常に連携が進んでいる部分となかなか難しい部分をお聞きした。歯科としても、ぜひ医科の先生方に協力をし、また逆に医科の先生方にもご協力いただきながら連携を進めていきたいと思う。

○委員

先ほど県の薬剤師会がまず研修を行い次第に地域でも行われているというお話があったが、現状としてはだんだん地域の薬剤師会が中心となって、CKD シールや腎臓についての研修会を行い、受講者にシールをお渡しするというような形に変わってきている。今日もこの後、藤井先生にご協力いただき、印旛地域で研修会が開催される。そのほか、1 月 30 日に地域の薬剤師会から、それぞれの地域でどのような対応をしているかという発表会が開催された。地域ごとにかなり色々な工夫をして、CKD シールなど市民の腎臓をいかに守るかということで苦労しているというお話が出ていた。その中で、eGFR のデータをどのように入手するかが、今の薬局のネックになっているという話も出ていた。

○会長

確かにそこも課題だと思うが、地域ごとにそれぞれ独自の取り組みをしていただいていることは非常に有益だと思うため、みんなで情報共有していければよいと思う。

○オブザーバー

eGFR の値を薬剤師がいかに把握し、疑義照会により CKD の悪化に繋がるものに早めに気づいていただくことは大事だと思った。本当はレセプトに eGFR が書かれるといいが、こ

のシールを使って情報共有し、薬剤師から医師へどんどん疑義照会をしていただけるとよい。また、CKD 対策協力医の項目にもなっているため、そういったことがうまく活用できるといいと思う。

○委員

令和 3 年度における取り組みとしては、国保保険者を対象とした KDB システム説明会を昨年 11 月 25 日に開催し、48 市町村と千葉県後期高齢者医療広域連合の担当者、計 49 名にご出席いただいた。また、この説明会とは別に、昨年実施した全保険者を対象とした巡回訪問において、実機を使用した操作説明会の要望が多数あったため、今年度は実機を用いた KDB システムの操作研修会を昨年 11 月下旬から 12 月上旬にかけて個別に開催し、県内 54 保険者、96 名のご参加をいただいた。この研修では、基本操作の研修を始め、糖尿病性腎症重症化予防に関する帳票の活用方法や高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する帳票の活用方法、また特定健診・特定保健指導に関する帳票の活用方法の 4 つのテーマから、保険者が希望する内容をご説明させていただいた。その中で、KDB を活用した糖尿病性腎症重症化予防に関する帳票の活用方法を希望した保険者が 25 保険者あり、これらすべての保険者に実機を使用し個別にご説明させていただいた。

また、糖尿病性腎症の抽出マニュアルの改定を行い、先ほど申し上げた説明会の中で国保保険者に配布するとともに、新たに健診からの CKD の抽出についても別途マニュアルを作成し、今年度開催を予定していた糖尿病性腎症重症化予防の研修会の講義資料と併せ、明日 2 月 4 日に県内国保保険者に配布予定である。次年度においても、当該事業における国保保険者の KDB を活用した取り組み支援を実施していきたい。

○委員

CKD 対策については会として協力できるところがなかなかないが、かかりつけの診療所やクリニックに出向いての栄養指導業務に向けて、先月 22 日に県内 14 ヶ所にある認定栄養ケアステーションの管理栄養士との意見交換会を初めて行った。ここで活躍している管理栄養士は、日頃訪問または調剤薬局などで栄養指導を行っている。そういった認定ケアステーションとも協力しながら、今後栄養指導業務に向けて会として準備を進めていきたい。

○委員

コロナ禍の厳しい状況の中でこれだけのことをされていること、これは先生方の熱意なのか、素晴らしいなと思って報告を伺っていた。看護協会としては、三村先生にお願いをして

看護師の研修をしていただいているが、看護師の知識を少しでも上げていくことで支えられればと思っている。何か協力できることがあれば言っていただきたい。

〇委員

保健所ではここ 2 年間、新型コロナ以外の業務についてはほぼストップしている状況である。当保健所においても、保健所だよりの栄養バランスの記事の中に、糖尿病や肥満等が新型コロナの重症化リスクを高めますというような注意喚起を入れるというところにとどまっている。市原市においては、市原地域の糖尿病性腎症重症化予防の会議を医師会や市が中心となって進めており、保健所としては次年度以降そういった会議に参加させていただき情報共有をしたり、地域職域など保健所の持っている業務の中で関わっていきたいと考えている。

〇委員

健保組合としては、後期高齢者が非常に増えているということで、千葉県の新規透析導入患者数に占める糖尿病性腎症の割合が確実に減っているということは、高額療養費を抑えられるということになるためありがたい限りである。皆様の取り組みに感謝申し上げる。

〇会長

これからは健康経営ということも会社として大切になってくると思われ、そういった底上げが社会の活力にも繋がると思うのでよろしくお願いしたい。

〇委員

今日初めて参加させていただき大変勉強になった。協会けんぽとしても健診結果を踏まえて、糖尿病性腎症重症化予防という形で受診勧奨をしている。今後は地域ひいては県の医師会や歯科医師と連携した上で、加入者に対して健康に関する周知徹底を図り、1 人でも少なくしていきたいと思っている。

〇オブザーバー

地域の病院からどのようなアクションが取れるのだろうといつも考えるが、今日の問題点を踏まえて、まずコロナ禍で受診勧奨者を含めての啓蒙が難しい中で、今澤先生などとも話しを進めているが、少しでも Web などを使って啓蒙が図れるといいと思っている。また、成田地域でも CKD 対策協力医に多く登録していただき非常に喜ばしいが、やはりまだまだ有機的に結びつけていないところがあり、今後も積極的に先生方との顔の見える関係をつくっ

ていければと思っている。管理栄養士との結びつきということで、まだ当院でも栄養士を有機的に使えていないところがあり、もう少し広めていけるとよいと思っている。

また、本日議論になったワンチェックオーダーであるが、当院では検査技師にお願いしてACR のセットなどを作っているため比較的簡単にいくかと思ったが、なかなか難しいという点を目の当たりにし、検査技師会への協力をというのは非常に喜ばしいと思った。我々腎臓専門医としてどのようなご協力ができるかであるが、CKD 対策協力医等の先生に個々に検査会社との交渉をしていただくのは手間であったり持ち出しが出てしまう可能性があるという話もあったため、ある程度我々が意見を取りまとめながら、検査会社との契約やオーダー用紙の作成について協力できるとよいのではないかと考えた。

議題（２）その他

〇会長

それでは、議題（２）その他に移る。事務局から報告があるとのことなので、説明をお願いしたい。

【事務局より、参考資料３に基づき説明】

〇会長

こういったリーフレットもだんだん洗練されてきた感じがする。素晴らしいものを作っていただき、感謝する。「協力」として、この検討会と CKD 部会名を入れることについては皆さん、ご異論はないか。

それでは、今年度 2 回目の会議であったが、WEB 開催のためなかなか議論を進めるのが難しかったり、皆さんの表情を見ながらというわけにいかないため物足りないところもあるかもしれないが、近いうちにハイブリッドなどもできるのではないかと思うので、期待していきたい。そのような中ではあるが、千葉県全域で皆さんのご活躍、ご尽力によって、一歩一歩成果が出て数字として現れるものが見えてきたことは、素晴らしいことではないかと思う。改めて御礼申し上げるとともに、まだまだこれからという部分について課題も見えてきたため、そのあたりの更なる改善と向上、何よりも患者さんのためになる取組をよろしくお願いしたい。