

令和2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3年3月4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、辻恵、葉山八千代、名田裕之、宮城高次、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、稲葉洋、眞鍋知史、
佐々木徹、内山弘子（代理）

【オブザーバー】

小野啓、浅沼克彦、藤井隆之、倉本充彦、寺脇博之、日比野久美子、藤川真理子

4 議 題

（1）各機関の取組状況と今後の方向性

- ①市町村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）
- ③啓発物の作成・配付
- ④CKD 部会開催結果

（2）千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について

（3）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

○会長

それでは、議題（1）各機関の取り組み状況と今後の方向性について、事務局から全体の進捗状況について説明をお願いします。

【事務局より、資料1、資料2に基づき説明】

○会長

この取組が開始になったのは何年であったか。

○事務局

２０１７年に取組を開始した。

○会長

２０１７年に開始してすぐさま結果が出たというのは都合が良すぎるかもしれないが、少なくとも千葉県下における皆様の日頃からのご尽力により、高齢化に伴い透析導入患者さんは増えている中で糖尿病性腎症の比率が下がっていることは喜ばしいことであり、そこにこのプログラムが少しでも寄与していたら本当に嬉しいことだと思う。

今澤委員、何かご意見等あるか。

○委員

千葉県の透析に占める糖尿病性腎症の割合が２０１７年以降下がっており良い傾向と思う。

議題（１）①市町村保険者努力支援制度の評価指標及び取組状況

○会長

続いて、議題（１）①市町村保険者努力支援制度の評価指標及び取組状況に移る。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との連携を図ることがある。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いただくことで、この条件をクリアしている。市町村保険者努力支援制度の評価指標並びに取り組み状況について、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きたい。

【保険指導課より、資料３に基づき説明】

○会長

続いて、広域連合の葉山委員から説明をお願いする。

【葉山委員、保険指導課より、資料３、資料４に基づき説明】

○会長

75歳以上に対する対応ということで、ちょうど現在の社会の課題に対応する。船橋市では、この一体的実施を令和2年度から取り組んでおられるがいかがか。

○委員

対象者の年齢上限や抽出基準について課題を感じ始めている。75歳以上で始めてみたが、高齢になればなるほど介護の連携が必要であり、介護保険サービスの調整や関係課との連携が必要と感じている。また、個別支援の中では、かかりつけ医の先生からご指示をいただく等連携を図っているところだが、やはり高齢になればなるほど、今更食事指導や保健指導というよりは好きなものを食べてよいというように、先生からのご指示が難しいこともあり実際の指導には繋がりづらいように感じている。また、新型コロナの影響により、通いの場等のポピュレーションアプローチが思うように実施できていないことも課題である。コロナの影響で直接訪問することの難しさもあり、高齢者と言っても、75歳以上の後期高齢者になると患者さんの元々の体格や疾患も変わってくるため、それまでの延長線上とはいかないところがある。

○会長

これを機会に、行政の中において課を超えた連携が図れるとよい。ぜひ船橋市にトップランナーとして頑張ってください、情報共有をお願いしたい。

我孫子市から、これから始めていくにあたりご質問やコメントはあるか。

○委員

令和3年度からの事業開始に向け、高齢者部門や衛生部門、健康づくり部門と3課で1年間かけて協議を進めてきた。令和3年度からは高齢者部門で事業を実施することになったが、いきなり糖尿病の重症化予防に取り組むという状況が難しいため、まずは健康状態不明の方に対する高齢者の質問票を使ったアンケートを実施し健康相談に繋げ、年齢的に介護サービスに繋げる必要がある方が多いと思われるため、そちらとも連携を図るところから開始したい。関根委員の御発言にもあったが、現状では訪問が難しいことや、通いの場の運営がまだまだ安定しないところがあるため、アプローチの仕方を十分気をつけながらやっていかなければならないと思っている。

○会長

様々な課が連携して準備をされているということで、確かに糖尿病性腎症重症化予防はこの事業のごく一部であり、より広い意味での高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施ということであるので、枠組みとしてはもっと対象が広い事業である。まずその基盤を整えた上で、重症化予防にも進めていただくという道筋だということがよく理解できた。

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

続いて、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について事務局から説明をお願いします。

【事務局より、資料５に基づき説明】

○会長

フロー２は、糖尿病の治療中断者や未治療者の抽出フローとして保険者及び関係機関が抽出するもので、フロー３は、糖尿病治療中の場合の抽出フローとしてかかりつけ医等の医療機関が抽出するものである。

フロー２の課題や取組市町村数を増やすための方策について、歯科医師会と薬剤師会からご意見等あるか。

○委員

歯科医師会としては、去年、糖尿病性腎症の連携事業として医師会・薬剤師会を巻き込んで事業を実施したかったが、新型コロナの影響により中断してしまったという経緯がある。コロナがある程度落ち着いて患者さんとのやりとりが可能になればまた意識していきたいと考えているが、医師会の状況はいかがか。

○委員

慢性疾患の治療ではコロナの影響はあまり関係なく、去年の６～７月は慢性疾患の受診控えが結構見られていたが、現在はどこに聞いても慢性疾患患者に関しては戻ってきているとのことである。そのため、様々な連携は現状の診療の中でも取れるのではないかと思う。

○会長

糖尿病で特にコントロールの悪い方は歯周病や齲歯が増えてくることがある。歯科医にかかる場合には連携手帳等は見せないし血糖値のこともあまり話さないと思われるが、糖尿病ではないかということや糖尿病の管理の悪い人であることなどは、口の中の状態だけである程度推察できるものなのか。

○委員

確定は難しいが、口腔内を見た際に何かおかしいなと疑い、何人か糖尿病の患者を治療に繋げたことがある。実際の血糖値はその場では測れないので後日受診することを勧め、結果的に糖尿病だったという報告があったことは何回かある。ただ、糖尿病性の歯周病の鑑別は難しいため完璧に判別するのは難しいが、長年やっていると糖尿病かもしれないというケースに遭遇することは結構ある。

○会長

ぜひ患者さんとコミュニケーションをとっていただき、疑わしいケースは例えそうでなかったとしても、受診して検査していただく意義はあると思われるので、そのような啓発活動なども歯科医師会の中で考えていただけるとよいのではないかと思います。

薬局やイベント等の健康相談で、糖尿病が十分に管理されていない方等を抽出することがフロー2のポイントの一つであるが、眞鍋委員いかがか。

○委員

コロナの影響により様々なイベントが中止となり、イベントにおいて啓発広報する機会が少なくなっている状況である。糖尿病の治療中断者等に関する研修や広報、薬剤師が集まる機会も減っている。ただ今回、CKDの関係で研修会を開催することとなったため、そのような機会を通じて会員へ広報していきたいと考えている。

○会長

コロナの影響で人が集まるイベントがなくなっている。少し状況が改善したら、このような患者さんのピックアップについても、新たな展開ができるのではないと思われるので、ぜひそのような時に向けて準備いただければと思う。

フロー3のかかりつけ医からの紹介や治療中断者のピックアップについて、日比野先生から眼科医あるいはかかりつけ医という観点で取り組みそうなことや課題はあるか。

○オブザーバー

かかりつけ医については、CKD 対策協力医に 176 名の方が応募され、かなり関心が高くなってきていると思っている。かかりつけ医の先生方はこの重要性を十分ご存知だと思うが、非常に興味を持っている先生とそうでない先生とで少し温度差があるように感じているため、その差がないように皆さんに周知していくことが大事ではないかと思っている。以前に比べると、ほとんどの先生方のご興味が高くなっていると思っている。

○会長

このような地道な活動が活きていると考えると喜ばしいことだが、あとは非常に熱心な方と気にされない方との差を埋めていくことが必要と思う。ぜひ医師会でもよろしくお願いしたい。

糖尿病専門医のみならず糖尿病が専門でない先生方への、糖尿病性腎症重症化予防に対する啓発について糖尿病対策推進会議で取り組まれていることや今後の取組についてご提案はあるか。

○委員

啓発としては、やはり講演会をこまめに行うことが一番大事ではないかと思う。ここ 1 年はできなかったが、市民への健康講座のように参加者を巻き込みながら行うのが一番と考えている。

○会長

集合することが難しくなったが、ウェブも非常に発達してきており、これまで参加できなかった方にも Web 経由で講演会やイベントに来ていただくことも可能かもしれない。ぜひ、お金をあまりかけない方法で、広くいろいろな方に知っていただく機会を設けていきたいので、県の会議や糖尿病対策推進会議、医師会にも引き続きご検討いただきたい。

続いて、千葉県国保ヘルスアップ支援事業において実施している特定健診・レセプトデータ等の分析について、本事業に関連する部分として糖尿病性腎症重症化予防プログラム対象者の集計や治療中断者・未治療者の調査がある。小野先生から説明をお願いしたい。

【小野先生より、資料 6 に基づき説明】

○会長

KDB のデータを改めて見直したが、特に 60 歳以上 65 歳以上 70 歳以上が要注意であり、これからどんどん増えてくるところなので、様々なアプライの仕方があるのではないかと思います。学術的にも非常に価値があると思われるため、糖尿病学会や英語論文への投稿などもぜひご検討いただきたいと思います。佐藤先生から補足のコメントはあるか。

○オブザーバー

小野先生から説明があったとおりである。今回は保険指導課からいただいた資料について分析した。本来であれば、詳細の内訳がどうなっているのか等も分析していきたいところであるが、把握が限られた中での大まかな分析ということで対応した次第である。

○オブザーバー

この分析は非常に重要だと思う。中でも高血糖かつ腎症リスクという中で、具体的に尿蛋白を呈する人が年齢とともに増えるのか、それとも高血糖の人が増えると eGFR が落ちる人が増えるのかということを、個別に分析されるとより深みのあるデータになると思われるので、可能であれば次の機会に教えていただければと思う。今わかるようであれば教えていただきたいがいかがか。

○オブザーバー

尿蛋白とのデータが非常に面白いと思っており、そのデータを佐藤先生が集めつつあるのでぜひ次回以降発表させていただきたい。

○会長

これをどのように活用していくか、現場に落とししていくということも重要な課題だと思う。

○委員

非常に興味深いのが医療圏ごとの集計であるが、千葉県的人口は東葛南部が約 200 万人、東葛北部が約 130 万人、千葉市が約 100 万人であり、もちろん人口の多いところが多く少ないところは少ないが、これを人口割すると千葉市が非常に多いように見える。全て人口割で見ると、何か特別な傾向が出てくるのではないかと思います。ご考慮いただければありがたい。

○会長

小野先生、佐藤先生から現時点でのコメントはあるか。

○オブザーバー

1人当たり医療費の分析をした時に千葉市だけ飛びぬけていたため、千葉市の医療費の差は人口で割ってもあり得ると思っている。

○会長

今の御指摘も非常に興味深く、千葉県において人口が多い地域であり、我々にとって重要な部分であるため、もし追加の情報があるようであれば引き続きよろしくお願ひしたい。

その他、私から一つ質問だが、60歳代は経年的に人数が減少傾向にあるのに対し70歳代が右肩上がりに増加しているパターンの図がいくつか出てきたが、これは何を意味しているか解釈はあるか。

○オブザーバー

これも人口の分布で割ってみないと割合がどうかまでは言えないため、割ってみた時に、高齢化を反映していることプラスアルファで何かあるかが判定できると思う。

○委員

年々リタイア年齢が上がってくると、その分国保に入らずに社保のままの人が増える。70歳までリタイア年齢が上がると、このような形になるのかなと思う。人口でいうならば、昭和45年生まれの50歳までは右肩上がりになっていくはずなので、リタイア年齢の関係があると思われる。

○会長

保険の種類がどうなるかというところか。様々な部分で解析を深めたり、新たな分析を追加できるのではないかと思いますので、小野先生、佐藤先生、今後も引き続き解析を重ねていただき、また実地にどう反映させればよいかのご助言もお願ひしたい。

議題（１）③啓発物の作成・配付

○会長

続いて、議題の（１）③啓発物の作成・配布について、事務局から説明をお願いします。

【事務局より、資料 7、資料 8 に基づき説明】

○会長

藤川先生から何かあるか。

○オブザーバー

良い物ができていると思う。特に書き込める部分がある小さい冊子の 5 ページ目はよく考えられていて、日本糖尿病協会の糖尿病連携手帳を持たない方でも、これを使えば受診時の検査記録などを 8 回分書き込むことができ、大変よいと思う。

○会長

このかかりつけ医用指導ツールでは定期的な検査の実施を呼びかけており、その数値によるスクリーニングは非常に重要になっている。以前からこの検査の値について、例えば血清クレアチニンを測定したら **eGFR** を自動に換算していただくことや、尿中のアルブミンを測定したらクレアチニン比を出してもらうということが必須なのではないかということで、千葉県ではそこが少し遅れているため検査会社に働きかけるということになったが、この点の進捗について、志賀先生、橋本先生からコメントをお願いしたい。

○委員

確認だが、この趣旨としては、尿中のアルブミン定量をした時にクレアチニン定量をしなくても推定値からクレアチニン比を算出してもらうということによろしいか。

○会長

尿検体からアルブミンとクレアチニンを両方測り、アルブミンをクレアチニンで勝手に割ってもらうという考え方である。

○委員

そうすると、クレアチニンにチェックしなくてもクレアチニンを勝手に測ってもらうということか。

○会長

そうしないと、おそらくスポット尿でのアルブミンを測る意味がないだろう、という考え方で橋本先生よろしいか。

○委員

そうである。クレアチニンを自動的に測ってもらうというのは、血清のクレアチニンか。

○委員

血清のクレアチニンから尿中クレアチニンの推定値を出すということか。

○委員

血清のクレアチニンは通常通り測定し、計算して **eGFR** を出してもらうということである。

○委員

計算値の **eGFR** から、尿中のクレアチニンを推定する作業は誤差が増幅するということで、基本的にどの検査会社も尿中クレアチニンを定量したものに基づいてクレアチニン補正しているということだった。

○委員

尿中アルブミンを測定した時に同時に大抵血清クレアチニンを測っているため、一緒に **eGFR** を出してもらいたいという要望である。

○オブザーバー

血清のクレアチニン値と尿中のクレアチニン値は、基本的に分けて考えていただきたい。血清クレアチニン値を測定すれば、**eGFR** は性別と年齢から自動的に検査できる。尿中の蛋白やアルブミンの濃度は尿の濃度に依存するため、それを尿中のクレアチニンで補正することになるため、尿中のアルブミンや蛋白を測った場合は、尿の濃さを見るために尿中のクレアチニンも測定していただきたいということになる。

○委員

血清クレアチニンを出して尿中のアルブミンを出した時には、アルブミンはクレアチニン換算で出てくると思うが、その時に一緒に検査会社で **eGFR** を計算していただければありがたいということである。

○会長

糖尿病対策推進会議で、検査会社への文書を書いていたかなかったか。

○委員

一応送ったが、やはり糖尿病対策推進会議だけでは効果が薄いということで、医師会の先生方から検討して出していただくということになったと認識している。

○委員

尿中アルブミン値を出しただけで、アルブミン/クレアチニン比を算定することは難しい。尿中クレアチニンをオーダーすることによって初めてできるということか。血清クレアチニンからの **eGFR** を介した尿中クレアチニンの推定は非常に誤差が高くなり、誤差が高いものを分母にすることでさらに誤差が高まるため、アルブミン/クレアチニン比の精度は下がっていく。

○会長

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会から資料7の啓発物を出しており、アルブミン/クレアチニン比と出ている。尿中のアルブミンだけを提出してもその値が参考にできない。尿中のアルブミンを尿中のクレアチニンで割らなければ使えない。

○委員

必ずクレアチニンをチェックして欲しいという意味である。尿中クレアチニン定量をチェックした上でということである。

○会長

その啓発活動は行っているが、糖尿病の専門の先生でないと尿中のアルブミンと尿中のクレアチニンをチェックして出すということをご存知ない方が多い。そのため、尿中のアルブミンをチェックしたら自動的に尿中のクレアチニンにもチェックが入る等、とにかく尿中の

アルブミンを尿中のクレアチニンで割るという操作がないと、この検査そのものの意味がなくなってしまう。それを糖尿病対策推進会議と医師会から働きかけていただきたいというのが、この2年ほど取り組んできた趣旨である。

○委員

今は尿中のアルブミンを出すと、自然にクレアチニン比で返ってくるのが普通だと思う。

○会長

そのようになっているのか。知人の開業医の先生からなっていないので何とかしてほしいと言われている。

○委員

検査会社で聞いたところ、クレアチニン定量を同時に出さないとクレアチニン比は出さないということであった。尿中アルブミン、尿中クレアチニンをしっかりチェックしないと出さないという話であった。

○委員

項目としては、尿中アルブミン/クレアチニン比と濃度があるが、尿中アルブミン/クレアチニン比の項目にチェックすれば可能であり、元々そのような項目があるため非常に簡単である。間違いの元は、尿中アルブミンの濃度も検査の項目にありワンクリックで選択できるようになっていることである。尿中アルブミン/クレアチニン比という項目と並列して、尿中アルブミン濃度が出ている場合があるため間違えないように選択することが大事であると思う。

○会長

議論が2年前に戻ってしまった感じがする。おそらく大きな病院の検査はそうになっていると思われる。

千葉にも複数の検査会社があるので、その全ての検査会社がそうになっているかは把握していないが、専門家の視点だけでなく、現場で本当にそれが実施されているのかどうか、そしてそれを皆が迷わず簡単にアルブミン/クレアチニン比に行き着くような方法を考えていかないといけないと思う。

寺脇委員から建設的なご提案があった。まず現状調査が必要ではないかということ。今こういう状況であるとするならば、まずは各検査会社に尿中アルブミンをオーダーしたらどの

ような形で結果が返ってくるか、尿中アルブミン/クレアチニン比にするにはどのような操作が必要なのかを調査した上で、妥当でないものがあるとするならば、こちらから新たな要望を投げかけるということがよいのではないかというご提案か。

○オブザーバー

その通りである。

○委員

尿中のアルブミンをクレアチニンで割ったものと濃度が、検査の申し込み用紙に二つ載っていることが多い。濃度を選択してしまうとまずいが、必ず開業医の先生のところでもワンクリックで選択できると思う。問題なのは蛋白尿のところがなかなかクレアチニン比にならないので、把握できているところだとワンクリックで出るようにということである。

○会長

それ以外の検査会社でもそうなのかを調べたらどうかということである。

○委員

三村先生の意見と同様であり、尿中アルブミン濃度をクリックしただけではクレアチニン比は出てこない。これはどの検査会社も同じである。クレアチニン比をチェックする、もしくは尿中アルブミンと尿中クレアチニンを両方チェックするならば、クレアチニン補正はされてくる。尿中アルブミン濃度をクリックしただけでクレアチニン補正をしてもらうのは、コスト面から無理ではないかと思う。

○会長

今このスクリーニングに必要なのは尿中アルブミンをクレアチニンで補正した値である。全ての糖尿病専門でない先生をそこへ導くにはどうされたいと思うか。

○委員

一次尿でただのアルブミン濃度を測定できなくすることが一つではないか。一次尿で出す時には必ずクレアチニン補正をするような形でないとオーダーできなくする。

○会長

おそらくそうであると思う。だとするならば、それを検査会社に働きかけていくことが今回のゴールに一番近い方策と思うが、検査会社によってシートやクリックの表に違うところがあるかもしれないので、それを調べて対応を促していくのがよいのではないかというコメントであったと思う。

今澤委員何かコメントはあるか。

○委員

尿のアルブミンや蛋白濃度をチェックしただけで同時に尿のクレアチニンを測るという仕組みは、コスト面の問題もあり、保険審査の方から何か言われるリスクもあり、なかなか検査会社からは賛同いただけないと思うので、検査オーダーの目立つところに尿中アルブミン/クレアチニン比や尿中蛋白/クレアチニン比の項目を作ってもらい、簡単にクリックしてオーダーできると良い。尿のアルブミンあるいは尿蛋白濃度だけがわかっててもほぼ意味がないので、それらの単独の項目の方は削っていただくようなオーダーのシステムに変えてもらうのもいいと思う。

○会長

改めて、どのような依頼や働きかけを検査会社にしていくべきか。必要に応じて調査をするということも含めて途中まで来ているので、糖尿病対策推進会議において少し叩いていただきたい。その過程で、腎臓専門医の先生方にご相談いただき、何とか現場の医師が、尿中アルブミン/クレアチニン比、或いはたんぱく尿/クレアチニン比に迷わずたどり着く方策を考えていただきたい。そのプランをまたこの場でご提示いただき、志賀先生や日比野先生にもご相談の上で、方向性が定まり次第、医師会から検査会社に働きかけていただく段取りが一番良いと思うが、橋本先生いかがか。

○委員

糖尿病対策推進会議で以前に問題になったのは、アルブミンをクレアチニン比で出すのは当然だが、血清クレアチニンは出ているので **eGFR** を計算だけでも出して欲しいという要望であった。

○会長

アルブミンと **eGFR** が両方必要である。

○委員

eGFR は計算上で数値が出るため、尿中アルブミン/クレアチニン比を出すときに eGFR も計算し書いてもらいたいという要望であった。開業医の先生も eGFR を一緒に出してもらうよう契約している先生もいらっしゃる。

○会長

現状は様々あるが、このような啓発物を作り本検討会の基本としている。スクリーニングも eGFR、尿中アルブミン/クレアチニン比にしている。何とかこの実現性を高める必要がある。そうするとやはり、血清のクレアチニンを測ったら eGFR が自動的に出てくる、また尿中アルブミンをオーダーする時は単に使えない尿中アルブミンだけが出てくるのではなく、尿中アルブミン/クレアチニン比が出てくるという形に持っていかないと、全くその先が進まない。それをまずプランニングしていただき、最初の目的を完遂するために、糖尿病対策推進会議でどのように働きかけたらよいかをご検討いただけるとありがたいと思うが、橋本先生いかがか。

○委員

糖尿病対策推進会議では、そのような趣旨で検査会社に伝えた。

○会長

それが届いているのかいないのか、動いていない現状がある。どうしたらよいと思うか。

○委員

糖尿病対策推進会議だけの名前で送ったことや、大きな会社だと全国レベルで出さなければいけないという話で時間がかかるということだった。そのような要望はもう少し広く県単位でやっていただかないと糖尿病対策推進会議だけでは難しいと思う。

○会長

そこが問題だとすると、その要望が糖尿病対策推進会議だけでなく県医師会や県と相談されたのか。

○委員

先日議題として出させていただき、県医師会でまずアンケートを取るようになったのでは

なかったか。医師会でまずアンケートをとっていただくということでワンステップ進んだと思っていた。

○オブザーバー

医師会としてアンケートをとることは何った覚えがない。眼科医であるが、この会議に参加させていただいてから契約している検査会社に啓発物に記載のポイントは大事と伝えている。性別を書くところもないので、どこに性別を書いたら **eGFR** を出してくれるのか等わからなかった。大きな検査会社だが、全国規模にしなくても担当者が理解してくれば一番見やすいところに記載欄を作ってくれた。専門外の医師でも **eGFR** や比も出るように作ってくれるので、個人交渉で必ず可能と思う。今回の **CKD** 対策もそうだが、あまりこのことに詳しくない先生がこの値を誰でも出せるということが一番大事である。もし糖尿病対策推進会議だけでは力が弱いというのであれば、統一化しなければ乗り遅れるというぐらいのものを連名で出し、すべての検査会社で少なくとも千葉県は統一させるというようにしないと進まないと思っている。

○委員

糖尿病対策推進会議で案を作って医師会の名前を入れさせていただき、先に進めさせていただいてよろしいか。

○会長

ぜひよろしくお願ひしたい。案を作っていただき、医師会のご協力をいただくという形である。アプローチをして、それで駄目ならまた次を考えなければいけないと思う。方向性が明確になったがよろしいか。県としてもサポートをお願ひしたい。

○事務局

承知した。県としても、かかりつけ医用指導ツールを検査会社にも送ることもできるのでご協力させていただきたい。

○会長

大変重要なポイントなのでよろしくお願ひしたい。

議題（１）④CKD 部会開催結果

○会長

続いて、昨年の１２月１７日に開催された第２回 CKD 部会の開催結果について、今澤部会長から報告をお願いしたい。

【今澤委員より、資料９に基づき説明】

○会長

CKD 対策協力医も１７０人を超えるということで着実に進められている。CKD 部会は本検討会と両輪となり患者さんの重症化を防いでいく非常に重要な活動だと思われるため、引き続きよろしくをお願いしたい。

議題（２）千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について

○会長

続いて、議題（２）千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改定について考えたい。本プログラムの改定については、第１回検討会でご了承いただいているが、その後事務局で改定案を作成し皆さんに事前にご意見をいただいた。CKD 対策に係る部分については、今澤先生のご報告にもあったが、第２回 CKD 部会でご検討いただいたとのことである。

本日は、皆さんからのご意見を踏まえて作成した最終案についてご了承いただきたいと思う。事務局から最終案の説明をお願いしたい。

【事務局より、資料１０－１、資料１０－２、資料１０－３に基づき説明】

○会長

国のプログラムの改定や CKD 部会の設置、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施に関する内容、KDB の活用促進等を受けて、資料９－３の新旧対照表のとおり改定を行いたいということである。皆様には事前に確認いただいているため問題ないとは思いますが、何かお気づきの点はあるか。

○委員

第2回 CKD 部会でも問題になったアウトカム評価を具体的にどのようにしていくかということだが、例えば受診率が上がった等の結果では長期的なアウトカムがなかなか難しい。透析に入る前に心不全で亡くなってしまう人もいるため、順調に透析に入っている症例数もアウトカムにしてはどうか。

○会長

順調に透析に入れるというのは、亡くなってしまうたり具合が悪くならずということか。

○委員

そのようなことも見ないと透析が長期的にどのくらい減っているかがわからないと思う。地区ごとの対象者が違うのでそれぞれの結果を見て、そのような流れにおいた指標を糖尿病性腎症重症化予防でも考えていく必要があると思う。

○会長

今澤委員いかがか。

○委員

おっしゃる通りであり、できることであれば科学的エビデンスを出せるような指標を入れていきたい。しかし、実際そのデータを集めるということになると誰がやるのか等の問題が出てくる。現状収集できるところを指標にするということで今の形ができ上がったと思うので、もし他にこういった指標はデータ収集がやりやすいといったご提案があれば討議させていただきたいのでよろしくお願いいたします。

○オブザーバー

eGFR の変化速度が使えるのではないかと思いますので、共有させていただく。現在準備中の論文であるが、糖尿病性腎症の介入を行った群と行っていない群で見ると、介入した群の方が介入していないグループに比べ、eGFR の低下速度が抑制されたことがわかる。この場で全て決定しなくてもよいと思うが、この事業で必ず eGFR を取っていくのであれば、介入によってどのくらい eGFR の低下速度が抑制できたかということは、重要でわかりやすい指標になり得るのではないかと思いますので紹介させていただいた。

○会長

大変魅力的な資料である。今のご提案なども含めて話し合いいただき、客観的かつ簡便にどの地域でも取れる指標があれば、千葉県の集団的な比較や地域別の比較にも役立つと思われるため、加えていきたい。今後に向け、そのようなアウトカム指標が加わっていく可能性があることを御承知おきいただくとともに、引き続き検討をお願いしたい。

今回の改定については、ここでお示しした内容でよろしいか。

【意義なし】

○会長

以上で本日の議題は終了である。今年度2回目、完全 Web 上での開催であった。また、この1年間はコロナで翻弄され、生活習慣病・糖尿病は患者さんの受診控えもあり難しかったと思う。しかし、コロナゆえに様々な介入が滞り、患者さんの具合が悪くなるということも聞いているため、今後それを取り返すために頑張っていくべき課題であると思っている。来年度以降も、引き続き皆様のご協力のもと、このプログラムをしっかりと進めていきたいと思うのでよろしくお願いしたい。