

令和 7 年度

東京都糖尿病医療連携協議会

東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定ワーキング

会 議 錄

令和 7 年 9 月 17 日
東京都保健医療局

(午後 7時03分 開会)

○保険財政担当課長 委員の皆様、お待たせいたしました。

それでは、ただいまから令和7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改定ワーキングを開催いたします。

本日はお忙しい中、ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。

私は、本協議会の事務局を務めます、保健医療局保健政策部保険財政担当課長の竹中と申します。議事に入るまでの間、進行を務めさせていただきますので、よろしくお願ひいたします。

なお、今回はWEB会議形式ですので、ご発言いただく際のお願いがございます。

ご発言のとき以外はマイクをミュートにしまして、ご発言のときにはマイクをオンにしてくださいますようお願いします。

本会議はWEBでの開催になりますので、お名前をおっしゃってからご発言くださいますよう、また、可能な限り大きな声でご発言いただきますようよろしくお願ひいたします。

音声トラブル等がございましたら、緊急連絡先にお電話いただくか、チャット機能等で事務局までお知らせくださいますようお願いいたします。

続きまして、資料の確認です。

配付資料につきまして、WEBでご参加いただいている委員の皆様には事前にメールでお送りしているところでございますので、お手元にご準備をお願いいたします。本日の配付資料につきましては、次第に記載のとおりでございます。

続きまして、会議の公開についてですが、本ワーキングは非公開となっております。なお、本日の会議資料と、議事録につきましては、後日ホームページで公開させていただきますので、ご了承をお願いいたします。

続きまして、本ワーキンググループの委員についてでございます。令和7年度の糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定ワーキング委員名簿のとおり、協議会の設置要綱第6に基づきまして、先般、植木会長に協議会委員のうちから指名を行っていただいたところでございます。皆様には委員のご就任をご快諾いただきましてお礼を申し上げます。

また、本ワーキングの部会長につきましても、植木会長より、菅原委員のご指名をいただいており、菅原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ひいたします。

それでは初めに、委員の皆様をご紹介させていただきます。

まず、本日の出欠状況ですけれども、鈴木委員と近藤委員につきましては欠席とのご連絡をいただいております。また、田原委員の代理としまして、多摩府中保健所副所長の阿部様にご出席いただいております。

それでは、お手元の、今、画面投影されております委員の名簿に沿いまして、菅原部会長から順に一言ご挨拶をお願いいたします。

○菅原部会長 指名を受けました座長の菅原です。よろしくお願ひします。

私は、今、日本糖尿病対策推進会議の委員と、今、日本臨床内科医会の会長で、東京糖尿病療養指導士認定機構の代表幹事というようなところで、今、任を受けております。

○保険財政担当課長 続きまして、鳥居委員、お願ひいたします。

○鳥居委員 東京都医師会の鳥居でございます。よろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 では、阿部委員、お願ひいたします。

○阿部委員 東京都歯科医師会の阿部です。よろしくお願ひします。

○保険財政担当課長 続きまして、犬伏委員、お願ひいたします。

○犬伏委員 東京都薬剤師会の犬伏でございます。本日はよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 続きまして、横山委員、お願ひいたします。

○横山委員 東京都看護協会、横山と申します。よろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 続きまして、桃原委員、お願ひいたします。

○桃原委員 東京都保険者協議会の桃原と申します。よろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 続きまして、矢内委員、お願ひいたします。

○矢内委員 文京区保健衛生部の矢内です。どうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 続きまして、渡邊委員、お願ひいたします。

○渡邊委員 八王子市の健康医療部長、渡邊です。どうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 続きまして、須崎委員、お願ひいたします。

○須崎委員 奥多摩町の須崎でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 それでは最後になりますが、阿部様、お願ひいたします。

○阿部副所長（田原委員代理） 多摩府中保健所、田原所長の代理の阿部と申します。どうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 ありがとうございました。

また、本日は国のプログラムの改定に携わられました地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所研究部長、平田様に参考人としてご参加をいただいております。

○平田参考人 平田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 それでは次に、地域保健担当部長の井上から、委員の皆様に一言ご挨拶を申し上げます。

○地域保健担当部長 保健医療局地域保健担当部長の井上でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

皆様方には日頃から東京都の保健医療行政に多大なるご支援、ご協力を賜りまして、厚くお礼を申し上げます。

また、このたびは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の改定ワーキングの委員にご就任いただきまして、また、ご多用中のところ遅い時間にもかかわらず、本ワーキングにご出席を賜りまして心より感謝申し上げます。

さて、改めて申し上げるまでもございませんが、糖尿病の重症化予防はご本人の健康、

QOLの維持という点からも、医療財政への影響という点からも大変重要な課題となっております。こうしたことから、東京都では、東京都医師会及び関係機関の皆様と連携し、平成30年3月に東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成し、区市町村等における事業の円滑な推進を図ってまいりました。

本プログラムの策定後は、糖尿病性腎症重症化予防に取り組む区市町村は年々増加しております、現在多くの区市町村で事業が実施されております。

一方で、区市町村等の取組状況を見ますと、関係機関との連携などいくつかの面で差が生じていることから、本プログラムを改定しまして、より効果的な事業を実施する上で重要となる事項を盛り込み、さらなる取組の推進につなげていきたいと考えております。

委員の皆様には、それぞれのお立場から忌憚のないご意見をお聞かせいただくとともに、ご指導、ご協力を賜りますようお願い申し上げまして、冒頭の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願ひいたします。

○保険財政担当課長 それでは、以降の進行につきましては、菅原部会長にお願いいたします。

○菅原部会長 はい。分かりました。それでは早速進めていきたいと思います。まず、糖尿病性腎症重症化予防事業の現状について、事務局のほうからお話ししていただけますでしょうか。

○保険財政担当課長 はい、承知いたしました。

初めに、都の現状の説明に入る前に、本日参考人として出席いただいている平田様から、糖尿病性腎症重症化予防事業の目的や基本的な流れにつきまして、資料1に沿ってご説明していただこうと思いますので、よろしくお願ひいたします。

○菅原部会長 では、よろしくお願ひいたします。

○平田参考人 よろしくお願ひいたします。東京都健康長寿医療センターの平田と申します。本日はこのような場で発言をさせていただきますこと、誠に御礼申し上げます。

私は、国版の糖尿病性腎症重症化予防プログラム、後ほどお話ししますが、平成28年からそのプログラムが施行されておりますけれども、その平成31年改定、令和6年改定におきまして、改定のワーキングに公衆衛生側のカウンターパートとして参画をしておりましたので、今回のワーキングにお呼びいただいたものと認識しております。

バックグラウンドは糖尿病内科医でございますので、糖尿病内科の診療の現状を理解した上で公衆衛生の仕事をしている者、とご理解いただければと思います。

それでは、スライドをお願いできますでしょうか。ということで、私からは国版のプログラムに基づく糖尿病性腎症重症化予防事業のコンセプトということでお話をさせていただきます。

次のスライドをお願いいたします。こちらは糖尿病性腎症重症化予防事業の概要になります。もともとこの事業につきましては、医療費適正化の観点から、糖尿病性腎症の

重症化に伴い人工透析になる方が増えてまいりますと、医療費が高騰していくということがございまして、その人工透析の導入患者数を減らすためには糖尿病性腎症の重症化を予防しなければならない、というコンセプトで行われているものになります。

平成28年4月に国版の糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定され、その後、平成31年4月及び令和6年3月に改定が行われ、現在のプログラムという形になってございます。

糖尿病性腎症重症化予防事業の建て付けでございますが、平成28年の時点から大きく変わってはおりません。都道府県単位で医師会や糖尿病対策推進会議を含めた協議を行っていただき、国版のプログラムをふまえて都道府県単位で糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されます。そして、その都道府県版のプログラムを基盤にして、各保険者が主体となり、糖尿病性腎症重症化予防事業を実施していただくといった建て付けになってございます。

次のスライドをお願いいたします。こちらは最近の令和6年3月に改定されました国版プログラムの改定ポイントについてお示ししているものになります。国版プログラムの改定のポイントは大きく分けて四つございます。

1番目は、対象者の年齢層を考慮した取組の推進ということで、青壯年に対する取組や高齢者に対する取組について明記しているものになります。

2番目は、関係者の連携に向けた役割の提示ということで、市町村、都道府県、広域連合、地域における医師会等、また、国保連や国保中央会について関係者の連携を促す観点から、それぞれの役割分担が明記されているということになります。

3番目ですが、対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示ということでございます。こちらは後ほどご説明するスライドがございますけれども、特に保険者の皆様から対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法について例示をしてほしいとの要望が強く全国的に見受けられました関係で、そのような形の例示がなされているということでございます。

最後、4番目でございますが、市町村、都道府県等が設定する評価指標の例示ということになります。これまで市町村、都道府県等で評価指標が標準化されていなかったという現実がございまして、そこに関して国として標準的な評価指標例を提示しなければならないということになり、今回のプログラム改定で提示をされたということでございます。

では、次のスライドをお願いいたします。こちらは平成31年4月改定時の事業実施の手引きから抜粋、引用したものになりますが、糖尿病性腎症重症化予防事業の目的は大きく分けて二つということになります。これは保険者が糖尿病性腎症重症化予防事業を行う目的ということになりますが、まず、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者や受診中断者に対して、適切な受診勧奨、保健指導を行うことにより治療に結びつけることが挙げられます。もう一つ、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち、特

に重症化リスクの高い方に対して主治医の判断により保健指導対象者を選定し、腎不全、人工透析への移行を防止するということも本事業の目的となります。

それでは、次のスライドをお願いいたします。糖尿病性腎症重症化予防事業の理想ということでございますけれども、理想としましては、糖尿病性腎症を有する被保険者の方全員の糖尿病性腎症を重症化させないということになります。ですので、その理想に近づくためにどのようなことをしていかよいかといいますと、その下になりますが、糖尿病性腎症を有する被保険者の方々を全員見つけて、その方が医療機関に受診しているかどうかを確認し、医療機関を受診されていない方で医療機関の受診を要するような方に関しては医療機関の受診を勧奨します。また、医療機関の未受診者でかつ医療機関受診を希望されない方や、医療機関にかかられている方でかつ生活習慣の指導を主治医の先生が希望される場合には、生活習慣病を重症化しにくくするような健康的な生活習慣に関する知識やその生活習慣を実践するためのノウハウを伝える、要は保健指導をするということになります。そうすることで、被保険者の方々が適切な医療サービスを受けることができ、また健康的な生活習慣を実践されることによって、被保険者の皆様の生活習慣病が重症化しないですむと、これが理想ということでございまして、できる限りこの理想に近づけるべく、各保険者の皆様は事業に取り組まれているということになります。

では、次のスライドをお願いいたします。重症化予防事業の基本的な進め方でございますが、この基本的な進め方につきましては、この事業に限らず保健事業で一般的に行われている進め方になります。

まずは府内体制の整備をし、その後、地域連携において医師会等の職能団体等との連携を図っていただくことになります。そして事業の計画をする、具体的に対象者の選定基準を決めて実際に対象者を選定していきます。そして事業を実施し、事業実施後には実際にその事業の効果があったかを評価して、その評価結果を次年度以降の事業計画に反映させると、そのような流れになってございます。

実際には府内連携と地域連携、事業計画の三つに関しましては、ほぼ同時並行で進んでいくことが多いというような状況かと思います。

それでは、次のスライドをお願いいたします。重症化予防事業において重要なことは、やはり地域連携でございます。保険者、自治体の方と地域の医師会や糖尿病対策推進会議等の関係機関が、円滑に連携を進めていくことが極めて重要となります。

実際の連携のレベルとしましては、都道府県レベルでの都道府県と都道府県医師会等との連携、保健所や市町村と都市医師会等との二次医療圏等レベルでの連携、また、実際に実務を担当されている市町村やかかりつけ医の先生方との、いわゆる実務者レベルでの連携があり、それぞれのレベルで連携を推進しているということになります。

次のスライドをお願いいたします。こちらは糖尿病性腎症重症化予防事業の対象者選定の考え方になります。糖尿病性腎症の発症という文言につきましては、臨床医の先生

方からしますと少し違和感があると思いますけれども、行政機関の皆様へ説明させていただくときには、こちらのほうが分かりやすいということで、あえてこのような表現を使わせていただいていることをご容赦いただければと思います。

基本的な枠組みとしては、国保の加入者、1番、の中に糖尿病患者がいらっしゃって、その中に糖尿病性腎症患者がおり、その中に透析患者がいるという感じになります。国保加入者の方が糖尿病にならないようにしましょう、すなわち1番から2番になることを防ぐのは糖尿病発症予防になります。糖尿病性腎症には1期から5期まであるわけですけれども、腎症1期の方に関しては、糖尿病患者という扱いになります。腎症の2期から4期に関しては、糖尿病性腎症として取り扱い、腎症5期で透析に至った方は透析患者になります。糖尿病性腎症の重症化予防は、糖尿病性腎症患者の透析導入を予防しましょうということになりますので、いわゆる3番から4番になることを防ぐ、そういう事業の位置づけになります。

実際に、これまで糖尿病性腎症重症化予防事業が全国的に行われてきた中で、この2番の方を対象にしていた自治体や、プログラムが開始された当初は1番の方を対象に重症化予防事業を実施していた自治体も見受けられまして、現在では大分そのようなところは是正をされてきているかと存じますけれども、糖尿病性腎症重症化予防の本来の目的から鑑みますと、3番の方を対象にして3番から4番への進行を予防するのがこの事業の主旨であるということをご理解いただければと思います。

では、次のスライドをお願いいたします。こちらは最新版の糖尿病性腎症病期分類2023になります。令和6年3月に改定されたプログラムが完成する直前にこの病期分類が公表されたこともございまして、この令和6年3月改定の国版プログラムにおきましては、この前の病期分類が記載されており、新しい病期分類ができたことのみ記録されているという状況になります。ただ、その後に作成されました事業実施の手引きにはこちらの病期分類が掲載されてございます。

本事業の対象となります腎症2期から4期は、微量アルブミンが出てる時期から顕性アルブミン尿が出て、さらにeGFRが低下してくると、いわゆるこれらの時期を指すということになります。

次のスライドをお願いいたします。重症化予防事業における糖尿病性腎症の定義は、糖尿病であることと、腎障害が存在していることの二つを満たす者となっております。

では、次のスライドをお願いいたします。実際に対象者の抽出をどのように行うかということをございますが、基本的には健診受診の有無並びにレセプトデータの有無をふまえて対象者を抽出していくことになります。

まず、レセプトデータがない方は、いわゆる医療機関を受診されていない方ということになりますので、そのような方の中で過去に糖尿病治療歴があった方、もしくは健診を受診されて糖尿病があるような方、糖尿病性腎症が疑われるような方につきましては、受診勧奨の対象となります。

一方で、レセプトデータがある方は、いわゆる医療機関を受診されている方ということになりますが、そのような方の中で、糖尿病性腎症があり糖尿病治療中かつ医師の推薦がある方につきましては、保健指導の対象になります。

では、次のスライドをお願いいたします。こちらは令和6年3月改定で新たに導入された対象者の抽出基準と介入方法の図になります。ただし、こちらの図は後期高齢者を対象としたものではございませんので、ご注意いただければと思います。

こちらの図が作られた背景といたしまして、保健事業にかけられる行政側のリソースがかなり少なくなっていることがあり、そのリソースの無駄遣いを避けたいという意図が反映されております。すなわち、透析導入に至りやすいハイリスクの方々により多くのリソースをかけ、そこまで透析に至らなさそうな方に関してはなるべくリソースをかけないようにする、という考え方になります。詳細は申し上げませんけれども、基本的には、血糖コントロールが悪い、血圧のコントロールが悪い、腎機能の指標であるeGFRが低い、もしくは尿蛋白が出ているといったような方々をより優先的に受診勧奨や保健指導につなげていくということになります。

また、受診勧奨に関しましては、受診勧奨のレベルとしてⅠ、Ⅱ、Ⅲという形で、Ⅲのほうが優先度が高いという形で設定がされてございますけれども、特にこの受診勧奨のレベルⅢやレベルⅡに関しましては、確実に受診勧奨すべきと考えられています。

それでは、次のスライドをお願いいたします。重症化予防事業における事業立案時の留意点になりますけれども、受診勧奨と保健指導に分けて記載してございます。受診勧奨につきましては、特に血糖や血圧のコントロールが悪い方を優先的に受診勧奨していただく必要があります。腎機能が悪い方に関しましては、その腎機能の低下の程度にもありますけれども、場合によっては糖尿病内科医よりも先に腎臓内科医へご紹介いただくことをご検討いただきたいということでございます。

また、保健指導につきましては、特に腎症の3期や4期、いわゆるたんぱく質を制限する必要があるかもしれないような方につきましての保健指導ですけれども、基本的には医療機関への受診勧奨を優先し、医療機関の未受診者や受診勧奨の不応者、また糖尿病の治療を中断されている方に対して保健指導を実施していただくという形が望ましいと考えられます。

一方で、この保健指導の質を担保するために、定期的に専門医の先生方と連携しながら、その保健指導の質が十分であるかのフィードバックを専門医の先生方に定期的にしていただくことが望ましいと考えられます。

いずれにしましても、本事業を実施していただく際に、医師会等の関連職能団体との連携が必須であるということは言うまでもないことでございます。

では、次のスライドをお願いいたします。こちらは、市町村が設定する評価指標のうち、アウトカム評価の指標について図でお示ししております。こちらも令和6年3月改定の国版プログラムで新たに示されたものになります。

こちらですが、受診勧奨と保健指導に分ける形でアウトカム評価指標が設定をされてございまして、受診勧奨につきましては、医療機関受診の有無や継続受診の状況についてレセプトデータを用いて評価することが求められております。

また、保健指導につきましては、翌年度の健診で評価する指標になりますが、血糖、HbA1c、尿蛋白、eGFR、腎機能や血圧に関して確実に評価をするよう求められております。そのほか、生活習慣の改善意欲や食生活に関しても、追加で質問を設けて評価していただいてよいということになってございます。

中長期的には、それらの項目に加えまして、心血管疾患のイベントがどれだけ発生したか、新規に透析導入した方がどれだけいらっしゃったのか、もともとの建て付けもございますので、医療費の上昇が抑えられたのかということも評価をしてほしいということで、一応評価指標の中には含まれておりますけれども、この中で着実な実施が求められておりますのは、二重丸がつけられている短期でのアウトカム評価指標ということになってございますので、その旨ご理解いただければと思います。

それでは、次のスライドをお願いいたします。アウトカム評価における注意点・ポイントということで、主に行政機関の皆様にお伝えするときに使用しておりますスライドをこちらにお示ししております。

1番目としまして、受診勧奨のアウトカム評価指標で受療中断率を使用される際、検査値の改善に伴い定期受診終了となった方も、もともと医療機関にかかっていた方がからなくなるということで受療中断として扱われる可能性があるので注意が必要だということを述べております。

2番目ですが、保健指導のアウトカム評価指標として、検査値は確実に測定してくださいということを先ほど申し上げましたけれども、検査値が改善されたからといいましても、特に薬剤を保健指導前後で追加されている方の場合には、実際には薬剤追加の効果と保健指導の効果の和を評価していることになりますので、これを保健指導単独の効果と見積もると過大評価になる可能性があります。結果を解釈する際、その点に気をつけてくださいとお伝えしているところになります。

3番目ですが、アウトカム評価指標として検査値を使用する場合に、保険者の方々の多くで検査値の変化しか評価しないことが多い印象がありますけれども、実際にはその検査値の分布がいわゆる正規分布でないような場合に、検査値の平均値の変化だけを見ても適切な解釈ができない可能性がございます。実際には、管理目標を達成した対象者の割合などのほかの指標を併せて測定するとよいということをお伝えしております。

最後ですけれども、受診勧奨のアウトカム評価指標として医療費を用いられた場合に、当然のことですが、医療機関を受診されると、短期的には外来医療費の増加を認めることになります。外来医療費が増加を認めたからといって受診勧奨の効果がないわけではなく、実際には受診勧奨により適切な医療機関受診が進んだことを示しておりますので、解釈を正しく行ってくださいということをお伝えしております。

それでは、次のスライドをお願いいたします。重症化予防事業を継続的に実施するポイントについて3点お示ししております。

1点目ですが、地域関係者間の連携体制の整備であります。これは極めて重要でございます。庁内関係部署との事業計画の共有・連携体制の構築に加え、医師会や糖尿病対策推進会議等との連携が必須であります。

2点目ですけれども、P D C Aサイクルを意識した事業運営ということで、ただこの事業を実施しましたというだけではなくて、その事業は本当に効果があったのかということについて、保険者と関係職能団体の皆様が協議することによって、この事業 자체をよりよいものにしていただくということが必要になります。

3点目でございますけれども、長期追跡体制と事業の引継ぎということでございます。行政機関の担当者はおおよそ2年から3年で部署を異動されてしまいます。担当者が部署を異動される際に、引継ぎが十分なされておりませんと、後任がまた事業を一から立ち上げるみたいな形になりかねません。マニュアルを作成するなど、しっかり引継ぎができるような工夫を各保険者でしていただければと思います。

それでは、次のスライドをお願いいたします。こちらが最後のスライドになります。本日は、国版のプログラムに基づく糖尿病性腎症重症化予防事業のコンセプトということでお話をさせていただきました。特に今回は、都版のプログラムを改定されるということで、その前提となる国版プログラムの内容をご説明させていただきました。

重症化予防事業につきましては、糖尿病患者に対して血糖・血圧等のリスク因子を厳格に管理していただき、長期的に糖尿病性腎症の進行に伴う透析導入や、透析導入の前に心血管疾患を発症されてしまう方も多いいらっしゃいますので、そのような心血管疾患の発症を抑制することにより、都民の健康増進につなげる事業であるという意識を持ってこの事業を運営していただければと思っております。

事業はP D C Aサイクルに沿って実施し、特にK D B、国保のデータベースを活用した健康課題の把握や、健診データやレセプトデータを活用した対象者の抽出、アウトカム評価は確実に実施していただき、事業の改善に努めていただくことが必要です。

最後に、本日は詳しくご説明しませんでしたけれども、対象者の選定基準や事業内容は中年者・前期高齢者と後期高齢者では異なります。事業計画の立案時に医師会等と協議をした上で、事業対象者の抽出基準を決定していただくことが望ましいと考えます。

本事業で一番重要なことは、医療と保健の連携を一層推進していただくことになりますので、ぜひこのプログラムを活用し、糖尿病性腎症重症化予防というテーマで医療と保健の連携をより一層推進していただければと思う次第でございます。

以上、私からの発言とさせていただきます。

○菅原部会長 どうもありがとうございました。大変よく分かりやすく説明していただきました。

特に大事なことは、糖尿病性腎症の発症を予防するということではなくて、腎症の早

期の方をそれ以上悪くしないで透析に持っていくかないと、そういうことが大事だというようなことと、血圧と、それからCKDとHbA1cですね、その三つが大体核になってその対象者を選定していくことと、やはり未治療者とか治療中断者とか、あとコントロールの悪い方ですね、そういう将来腎症を発症しやすいような方をやはりしっかりと見ていくことと、大事だというお話をあったというふうに思います。

非常に幅の広い話だったので全部理解できなかった点もあると思いますが、どなたかご質問があればお願いしたいと思います。いかがでしょうか。もし質問があれば、挙手をお願いしたいと思いますが。よろしいですか。

(なし)

○菅原部会長 それでは、東京都のほうから現在の取組についてお話はありますか。

○保険財政担当課長 それでは、現在の都における糖尿病性腎症重症化予防事業の取組状況についてご説明させていただきます。

○菅原部会長 よろしくお願ひします。

○保険財政担当課長 資料は2になります。

初めに、スライドの2枚目からですけれども、まず上から平成30年3月に本プログラムを策定しました後、都から区市町村への支援として実施している取組をまとめたものでございます。

一番上のところですけど、大きく3点ございまして、まず1点目が、本プログラムの策定・改定のタイミングで区市町村等の関係機関に周知するとともに、毎年度区市町村の取組状況を調査しまして、糖尿病医療連携協議会で報告しております。今年度の報告資料は本日の参考資料6-1と6-2になります。

2点目として、令和元年度に区市町村の取組状況の検証としまして、平成30年度に重症化予防事業を実施した43自治体を対象に、事業の推進体制や実施内容、評価指標、項目などを調査しまして、事業実施上の工夫や課題について把握しまして、その結果を区市町村に提供しております。

3点目ですけれども、事業の工夫や関係機関との連携などの好事例の横展開としまして、令和元年度には区市町村の担当者向け研修会、2年度と4年度には医療関係者向けの研修会を動画配信形式で実施しております。

このほか、毎年度ですけれども、区市町村における事業実施の工夫点などについては、随時、区市町村連絡会や指導検査等の機会において情報提供しているところでございます。

次のスライド、お願ひいたします。こちらはプログラムに基づく区市町村の取組状況をまとめたものでございます。取組自治体数は年々増加しております、令和6年度、昨年度現在、受診勧奨は60自治体、保健指導は59自治体で実施されております。後ほどご説明いたしますが、検査値の改善など、一定の事業効果を上げている区市町村も

ございます。

また、後期高齢者に対するアプローチにつきましても取組を実施している区市町村は年々増加しております、令和6年度は32自治体で実施されているところでございます。受診勧奨では区市町村ごとだけではなく、広域連合で被保険者全体の中から対象者を抽出して受診勧奨を実施するという形のものも行われております。

関係者との連携状況については令和5年度の調査によりますと、国保主管課が事業を実施するに当たり、他部署と連携している自治体の割合が約1割、保健師・看護師が事業に関与している割合が9割を超えております。地区医師会との連携につきましては受診勧奨における抽出基準の相談や保健指導におけるかかりつけ医への事業協力依頼などの面で連携している割合が高くなっています。

こうした状況を踏まえまして、さらなる事業の推進に向けて府内連携や地域連携の促進を図っていくことが重要と考えております。

このほか、事業の外部委託に関して区市町村へ聞き取りを行ったところ、事務職が事業内容の妥当性を判断するのが難しい、契約事業者によって保健指導の質に差があるようを感じられるとのご意見もあり、外部委託する場合の事業者の適切な管理も重要であるということも調査では出ております。

次のスライド以降は、令和6年度における区市町村の具体的な取組内容をまとめたものでございます。5ページ目をお願いいたします。

こちらは受診勧奨の状況ですけれども、区部では全ての保険者が実施しております、市部も大半の保険者が実施しております。町村部は2自治体が実施予定なしとなっております。

次をお願いいたします。対象者の抽出基準についてですけれども、特定健診データにより抽出する場合、HbA1cを用いているのは56保険者で、6.5以上を基準の一つとしている保険者が多くなっております。また、eGFRを用いているのは19保険者であり、60未満を基準の一つとしている保険者が多くなっております。いずれもHbA1c、eGFRの値のみで抽出しているわけではない点にご留意いただきたいと思います。

次に、特定健診未受診者に対してレセプトデータから未治療者、治療中断者を抽出して受診勧奨しているのは39保険者であり、具体的な抽出基準の例としては、3か月以上の治療中断が見られる者や、前年度は治療実績があるが当該年度の治療実績が確認できない者などがございます。

次のページ、お願いいいたします。受診勧奨の方法についてですけれども、9割以上の保険者が対象者にメールやはがき等による個別通知を送付しております、約8割の保険者で複数の手段により受診勧奨を実施しております。

次のページです。受診勧奨を実施する際の工夫ですけれども、電話やSNS等を使った詐欺事件が頻発する中、詐欺等の通知と誤解を招かないようにするための工夫に苦心

されているようでございます。

次のページですけれども、こちらからは保健指導の実施状況でして、次のスライド、お願いいいたします。区部と市部では全保険者が実施しているけれども、町村部では3自治体が実施予定なしとなっております。

次のスライドをお願いいたします。対象者の抽出基準ですけれども、HbA1cを用いているのは42保険者で、6.5以上を基準の一つとしている保険者が多くなっております。また、eGFRを用いているのは34保険者で、下限を30としている保険者が多くなっております。

次のスライドをお願いします。専門職との連携ですけれども、保健指導を実施している59保険者中55保険者で保健師または看護師が保健指導に携わっており、39保険者で栄養士が携わっております。地区医師会やかかりつけ医との連携内容としては、医師会に保健指導を委託し、かかりつけ医との間で情報共有、対象者の抽出基準について地区医師会から助言などがございます。

次のページをお願いいたします。実施方法についてですけれども、9割以上の保険者が面接や電話による保健指導を実施しております、タブレットなどを使ったICTを活用しているという保険者も見られております。

保健指導の結果についてですけれども、勧奨方法別の参加者の割合については、訪問による場合が最も多く44.4%の参加率となっております。また、検査値の改善状況については、面談終了者のうち翌年度に健診を受診した方全員に検査値の改善が見られるなどの報告も見られております。

次のページをお願いします。保健指導を実施する際の工夫ですけれども、かかりつけ医からの推薦を優先、かかりつけ医から対象者へ参加勧奨するとか、あと看護師プラン、薬局プランといった、その二つのプランを設けて実施しているケース。あとオンライン面接などができるようにタブレットの貸出しや操作方法の案内を行っていたり、あとPHRを活用したりといったような工夫をされている自治体もございます。

そのほか、本日、参考資料1として糖尿病性腎症の現状とか、あと参考資料7-1と7-2で9月1日の医療連携協議会の資料など、医療連携の基盤や連携の進捗状況、糖尿病による人工透析の新規導入率の推移などを示す資料もおつけしておりますので、参考にしていただければと思います。

説明は以上になります。

○菅原部会長 ありがとうございました。

何か質問、ご意見はございますか。東京都の取組についてお話ししていただきましたが、レセプトまで見て対象者を抽出しているところは54.8%ということなので、レセプトと健診結果を合わせないと、なかなかこれ、やはり対象者を拾い上げるのは困難なので、この数字はかなり低いというか、このパーセントは70%ぐらいに本当はしてほしいというふうに思うところでございますが、なかなかやはりそう簡単にはこれは進

まないのでしょうかね。

でも、着々とこれは増えてきてはいるのでしょうか。

○事務局 はい、そのとおりです。

○菅原部会長 3か月、その治療が中断すると患者さんほうに連絡をするというのは、その3か月中断したときのその基準というのは何かありますか、そのときの基準は。全員じゃないですよね、その3か月って。

○事務局 こちらの基準につきましては、区市町村ごとに独自に定めている基準でございます。

○菅原部会長 なるほど。これは特に基準はないわけですね。うちでは、その3か月来なかったりすると、うちのほうから手紙を書いて、検査結果など問合せ内容を入れて、うちじやなくてもいいからどこかに必ず行くようにというので手紙を出したりするので、出すと大体2割ぐらいの方が戻ってこられるということが多いです。それと、うちのほうで出さなくても、中にはそういった形で行政のほうから連絡をしていただいているケースもあるということですね。

○事務局 そのとおりです。レセプトデータなどを活用しまして、連絡をしております。

○菅原部会長 すごく大事な部分ですよね。

よろしいでしょうか。区市町村によってかなり違いがあるということも分かっていただけたというふうに思います。

それでは、今日の一番大事な部分ですね。このプログラムの改定について、ちょっとディスカッションしたいと思います。

○保険財政担当課長 資料4のほうで、今回の改定のたたき台のポイントをご説明させていただければと思います。

○菅原部会長 はい。お願ひします。

○保険財政担当課長 資料4をお願いいたします。

それでは、事務局からご説明させていただきます。

こちら資料4が今回たたき台を作るに当たってのポイントとなります。左が国のプログラムの改定のポイントとして、右側が都の対応のポイントになります。まず大きなお話をさせていただきます。

まず国プログラムの改定のポイントは、主に左側ですけれども①、②、③、④と、それぞれ4点提示されているところでございます。

東京都のプログラムでは、国プログラムの改定の内容を踏まえるとともに、やはりプログラムのユーザーとなります区市町村の国保の担当者の方、あと広域連合の担当者の方が活用しやすいものとしていくために、赤く囲んでいるところですけれども、都版プログラム独自ということで、対象者抽出基準の標準例と、あと都内統一の評価指標を設定したいと考えております。この標準例と評価指標につきましては、このとおりやってくださいということで全面的に縛りをかけるというものではなく、むしろこの先どうい

う形で進めていこうかといった、これから取り組んでいく自治体の方々に参考となるよう、きっかけとして使っていただければという思いで、そういった意味の標準例と評価指標ということになります。

今回のワーキングでは、特にこの都独自の改定内容の部分についてご議論、ご意見をいただければと思います。

次のページをお願いいたします。こちらはプログラムの具体的な改定内容になります。

まず1の対象者の年齢層に応じた取組の推進については、国プログラムに合わせてライフステージに応じた取組を推進するため、青壮年と高齢者に分けて取組を記載しております。

青壮年については、仕事などで忙しい方が多い世代であることを踏まえた取組が必要であることと、あと継続した取組を行うため、被用者保険など他保険者との連携等が重要であることを記載しております。

高齢者については、重症化予防のみではなくフレイル予防等に着目した取組も必要であることなど、高齢者の特性を踏まえた取組を進めることなどを記載しております。

先ほどの新旧対照表のほうでいきますと、5ページ、6ページ辺りとなります。

まず一旦、今、お話ししました部分について、ご意見等いただければと思います。

○菅原部会長 その中でも初めのところの、2番目辺りに若い世代のことが書いてある部分がありましたよね。ポイントの部分で、そこを画面共有していただけますか。

青壮年と高齢者が載っているところの、この青壮年のところで、健康な食習慣の妨げとなる点として、仕事（家事・育児など）が忙しくて時間がないことの割合が多い世代であることを踏まえた取組が必要ということが載っていますが、この間、西村委員からも、やはり50歳代ですと特に男性が多いと思いますが、そこの新規透析が入っていないと。やはりこの年代は40代から50代にかけて、未治療とか治療を中断される方がかなり多いという印象がやはりありますので、じゃあ、この部分のところに、仕事（家事・育児）が忙しくて時間がない方の割合が多い世代であり、未受診や治療中断が多いというのをちょっとこの中にやはり入れていただいてもいいと思いますが、いかがでしょうか。何かご意見はござりますか。

新規透析は75歳未満においてはみんな減ってはいますが、50歳代だけはずっと減っていないんですね。これはどうしてかというと、やはり未受診や治療を中断される方が、なかなか仕事が忙しくて、地方に行くとか特に外国にショットチャウ行っている人は、本当にショットチャウ、一月のうち3回も4回も行っているという方もおられて、なかなかやはり治療を中断しやすかったりするので、そこがちょっと一つ、未治療、治療を中断しやすい世代というのを入れたほうがいいというふうに思いますか、いかがでしょうか。

○保険財政担当課長 一旦ご意見としていただきまして、また整理させていただきます。

○菅原部会長 そうですね。どこかにやはり40代、50代は本当にもう仕事、家事、も

ろもろで、なかなか受診できない環境にあって、本人が受診したいけども、なかなかやはりそういった環境のために未受診や治療中断になってしまうと。

あと、75歳以上の後期高齢者に対する扱いですけれども、実際透析に入る患者さんは70代、80代が一番多いわけですよね。ですから、80代だって表を見ていただければ、グラフを見ていただければ分かりますように、相当多くの方が80代で透析に入って、95歳を超えてから透析に入る方もいるような時代になってきていますので、寿命が延びて、皆さん、心筋梗塞、脳梗塞を起こさないままずっと生きていて、最後は、今まで亡くなられていた方がそのまま生き長らえて腎機能が落ちて透析に入っていくというふうな方で、やはり高齢者についてはいまだに、医療がよくなるたびに増えているという現状がありますので、75歳を超えているから、もうちょっとといいんじゃないかというふうなことにはなかなかなってこないと。75歳の時点で、もうそれなりの腎症があれば、その後10年間の間に十分透析に入る可能性はあるわけなので、そのところはちょっとやはり後期高齢者であってもしっかりと見ていかなきや、eGFRの低下、それ以上腎症が進まないようにするためには血圧、血糖、脂質ですね。血糖もある程度しっかりとコントロールしないと腎症はどんどん進んでしまうわけですから、その辺の扱いはしっかりとやはり認識しておいたほうがいいのではないかと思います。

ほかに何かご意見はございますか。今、ポイントのところをお話ししていただきましたけど、いかがでしょうか。非常に的を射た内容で、うまくまとめられていると思いますので、今、言ったポイントを中心に今度の重症化予防プログラムの新たな改定を行っていこうということで、もう既に出来上がっていまして、かなり内容としてはしっかりとした内容なので、あんまり直すこともないかもしれません、今の時点で何かご意見はございますか。いかがでしょうか。

(なし)

○菅原部会長 特にないようであれば、ちょっと新旧対照表を画面共有していただけますか。

○保険財政担当課長 では、事務局のほうから、次のポイントをご説明いたします。

○菅原部会長 お願いします。

○保険財政担当課長 内容としては、新旧対照表でいきますと8ページから17ページ辺りを中心にご確認いただくような形になります。資料4は3ページをご覧いただければと思います。今、画面投影しております。

二つ目のポイントですけれども、2の関係者の連携に向けた役割の提示についてということで、こちらは国のプログラムに合わせまして区市町村と広域連合、東京都医師会、地区医師会の役割を追加しているというところでございます。

区市町村の役割としては、事業計画に評価指標や評価時期、方法などを記載することや、継続した取組を行うために他の保険者との連携や一体的実施について記載しております。

都の役割としては、取組が十分にできていない区市町村等の支援をすることや、都全体の事業評価を行うこと、あと区市町村の事業評価を支援することなどを記載しております。新旧対照表でいいますと8ページ辺りになります。

そのほか、広域連合は、区市町村と連携の上、関係団体から理解・協力を得ること、都医師会や地区医師会は、区市町村等の取組に対して協力をを行うことを記載しております。こちらは新旧対照表でいきますと14ページ、15ページの辺りになります。

ここまで のポイントでご意見等を賜ればと思います。よろしくお願ひいたします。

○菅原部会長 いかがでしょうか。何かご意見はございますか。

非常によくまとめられていますので、特に追加、削除、修正など必要ないような文章になっているというふうに思いますが、いかがでしょうか。

(なし)

○菅原部会長 特にないようですので、続けてください。

○保険財政担当課長 資料4の4ページ目、こちら、3の対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示の部分についてご説明いたします。

○菅原部会長 これはすごく、今回大事な部分ですね。

○保険財政担当課長 今回一番大事なところになりまして、こちらは国プログラムに準拠したもので すけれども、新旧対照表の33ページが今回東京都独自で作ろうと考えております標準例ということになります。

資料4のほうでざっと説明させていただきますと、国プログラムに合わせまして対象者の抽出基準や介入方法を例示するとともに、後期高齢者についてはその特性を踏まえて対象者を選定することを記載しております。

そして、重ね重ねで すけれども、ここで東京都における対象者抽出基準の標準例を提示しております。こちらは新旧対照表のほうの33ページとなります。ここから画面が小さいかもしませんが、お手元の資料などで見ながらご確認いただければと思います。こちらは詳しくご説明させていただきます。

国プログラムでは、図表にもありました対象者の抽出基準が例示されておりまして、糖尿病未受診者の抽出基準であったり、血糖値、腎障害の程度、血圧区分に応じて受診勧奨や保健指導レベルⅢからⅠまでのレベル別に示されております。画面のほうに改めて図を写します。資料5-1の20ページの部分になりますが、こういったものが示されております。

また、23ページの図表7では、先ほどのそのレベルに応じた介入方法が例示されております。レベルが高い対象者の方には通知や電話のみならず面談や訪問など、確実に受診や保健指導につながる方法で介入することとされております。

そういう図表なども参考にしながら、今回の都の改定のポイントになりますが、こちらは新旧対照表のほうをご覧いただければと思います。ちょうど赤枠でお示ししているところですけれども、重症化予防事業につきましては医療にかかっていない重症化ハ

イリスク者を医療につなげることが重要であるので、受診勧奨につきましては記載の2パターン、上からですけれども二つのパターンを標準例としたいと考えております。

①が健診受診者から抽出する場合。健診結果が国プログラムが示す受診勧奨レベルがⅢ、Ⅱで、かつ、レセプトから直近6か月の糖尿病受診歴がない者。

もう一つ、②が健診未受診者から抽出する場合。レセプトから過去2年で糖尿病投薬治療歴があるものの、直近6か月間で糖尿病受診歴がない者としております。いずれも区市町村の取組状況を踏まえた上で設定したものでございます。

続きまして、保健指導についてですけれども、受診勧奨等により医療機関を受診している方は、基本的にそのまま医療機関で保健指導を受けるという実態を踏まえまして、区市町村における保健指導は、医師が区市町村における保健指導が必要と判断した者という記載しております。

なお、これらの抽出基準の留意点としまして、後期高齢者についてですけれども、特に年齢といったところを踏まえながらということになります。具体的には、その特性を踏まえまして、本プログラムの基準値ではなく、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドラインで定められている基準値を用いることが望ましいこと、対象者の選定に当たっては、ガイドラインの基準で対象者を抽出することができる、一体的実施・KDB活用支援ツールを積極的に活用されたいということを記載しております。

説明は以上になります。

○菅原部会長 はい、どうもありがとうございました。

今一番大事な部分のところの説明をしていただきましたけど、何かご質問、ご意見はございますか。

レベルⅢの場合には、訪問まで一応やるというようなことが記載されていますが、そのような理解でよろしいですか。

○事務局 そのとおりです。

○菅原部会長 はい。この分け方においては、まずやはりHbA1cの高い人、そしてHbA1cが程々のところであればCKDのある方ですね。この場合だとeGFRと尿蛋白で見ているわけですが、尿蛋白でやはり、いわゆる慢性腎臓病のCKDの定義が、eGFR 60未満か、尿蛋白陽性というようなことですので、この基準は結構リーズナブルな数字で区切っているかなというように思いますが、いかがでしょうか。何かご意見はございますか。

対象者は、eGFRが30以上というのは、もうこの30未満になると、これは腎不全ですので、当然カリウムが上がってくるとかというリスクもあるので、やはり食事指導で野菜を食べる、たくさん取ってくださいなんて言うと大変なことになってしまふので、やはり食事指導、運動指導なんかに関してもeGFR 30未満だとちょっと変わってくるので、なかなか民間の方を入れた保健指導というのは、なかなかやりにくいというか、もうそこまで行った方に関しては、本当に専門の医療職がやはり診ていく

必要があるというふうな理解でいいというふうに思うんですけども。

この東京都の基準について、鳥居先生、いかがですか、

○鳥居委員 この基準、留意点も高齢者に対して出ていますし、妥当な線じゃないかと思っております。

以上です。

○菅原部会長 はい、ありがとうございます。

東京都歯科医師会の阿部先生は、前回のご意見で、何か専門の先生をこのワーキングというよりかは委員の中に入れていただいたほうがいいという話をされていましたけど、前回、このプログラムを改定するときに相当歯科の先生方のご意見を聞いて、歯科受診のこととか歯周病のこととか、中を読んでいただければ分かりますけども、相当なものの中に入れさせていただいて、やはり歯科の場合には疫学的とか、何があっても歯科を受診していただくと、歯のことに関しては十分注意して診ていかなきやいけないというような内容を盛り込むことが大事で、あんまり歯科の教授クラスの方がここに入って何かを言うよりは、むしろ実際に診ている歯科の先生方のご意見を反映させることがすごく大事だと思いますが、かなり内容的には歯科の内容も入っていると思いますが、いかがですか。今、読まれて。

○阿部委員 入っていると思うのですが、これに対しての具体的な取組とかというのは一つもないですけども、データの中にもその歯科の受診率であったりとかというデータが全くないですけれども、僕は町医者なので具体的にエビデンスのあるデータを示すことができないので、そういう専門医の学識の先生が入ってもらったほうがいいのではないかということを前回申し上げました。実際、健康保険のほうにも医科歯科連携の点数というのが収載されているのですが、実際、医科の先生方が歯科のほうに糖尿病で歯周病の改善をしてくれという紹介状で歯科診療所のほうに送るケースというのは、僕は開業して15年ぐらいになりますけども1件もありません。なので、そういうところの現状を踏まえた上で、もしかしたら私のところにだけ来ていないのかもしれないけども、そういうエビデンス、東京都もこの前Cというランクになっていましたけども、連携歯科医療機関というのがあると思いますが、調布市の連携医療機関の先生に聞くと、医科の先生から連携を申し出ていただいて患者さんが送られてきたことはないというようなことなので、全てのトリガーは医科の先生方にあるのですが、そのところの連携がしつかりできているのかどうかというのは肌感でしかなくて、しっかりとしたここで出せるようなデータを持っていないので、学識の先生に入っていただいたほうがいいのではないかというふうに申し上げました。

○菅原部会長 分かりました。ありがとうございます。それはなかなか各区市町村でどのぐらい紹介率、歯科の先生方に紹介しているかというのは、持っている区は少ないと思いますね。それだけのアンケートとかを取って、練馬区は取りましたけど、取っていないところは多いと思いますし、あと、やはり皆さん、かかりつけの歯科医というのを

持っている、これになるとみんな、私もいつも行くところの歯科医が、歯科の先生はおられますので、大概そこで結局見てもらうということで、改めてどこか別のところの歯科に行くというケースは比較的少ないのかなという印象があるのですが、それはどうでしょうかね。

○阿部委員 おっしゃるとおりだと思います。

○菅原部会長 結構、歯科のほうの内容に関しては、ただ、連携については、今、先生がおっしゃったとおりですが、歯周病だと歯科受診ということに関しては、文章の中には一応しっかりと盛り込まれていると、今、思っているところでございます。

あと、いらしている先生で、なるべく各団体から出ている先生は、ご意見をどんどん言っていただいて、なるべくそういったものが反映させることができれば反映させたいと思っています。薬剤師会の先生いかがですか。

○犬伏委員 すみません、ありがとうございます。

この薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴がありという一文がございまして、そこは新旧とも変わっておりません。

ここに関して少しご意見をと思って考えていましたが、薬局では要指導医薬品ですか、いわゆる一般用医薬品として一般消費者が手に入るものが増えてはきたので、相談されるということが非常に増えているんですね。なので、自分の肌感的にも健康相談において、いや、実はちょっとお医者さんに行かなくなっちゃったんだけどというような話も、手に入りやすい状況にはなったので、それをと思ったのですが、ちょっといいフレーズが思い浮かばなくて。薬剤師も、今、かかりつけということで非常にいろいろ頑張ってはいますが、ここにかかりつけという言葉を入れてしまうと、やはり全ての薬局ではなくなってしまいますので、それを考えると私はこのままの状況がよろしいのではないかなと思っていたところです。

ありがとうございます。

○菅原部会長 歯科の先生で自分のところにかかっている患者さんが糖尿だったんだけど、治療中断しているというのが分かるケースは結構あると思いますが、薬剤師会、薬剤師さんのほうからもそういったケースは結構あるわけですね。

○犬伏委員 結構あります。実はこうこうこういう感じで、ちょっと副作用についてご相談ができずに市販薬で何とかしたいんだけどみたいな、いや、それは無理ですよという話になるのですが、そういったご相談等はやはり会員からも様々、ドロップアウトしてしまう人の話というのは聞いているところでございます。

○菅原部会長 ぜひそのときは受診するように言っていたので、これは文章的にはそういった方がおられるのが分かったら、区市町村ですね、行政のほうにも一応連絡をというようなこともありますので、可能であれば連絡していただければこの保健指導に入ることもできますので。

○犬伏委員 そうですね。あと、このイベントというところをもう少し具体的に、地域に

おける健康イベントみたいな形にしておくことも一つかなと思いました。でも、おおむねこれで問題はないと考えております。

○菅原部会長 栄養士会としてどうかというのがありますので、西村先生には何かご意見があるかどうか事務局から確認しておいていただければと思います。

○保険財政担当課長 はい、承知いたしました。

○菅原部会長 そうすると、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会と、一応お聞きしたことがあります。

あと、行政の方も今日たくさんおられてますが、行政の方は実際に自分たちでやつていくということになってくるわけですが、何か今までの内容でご意見はございますか。特にないでしょうか。看護協会の横山さん、どうですか。看護協会の立場からして、この内容でいかがでしょうか。

○横山委員 ありがとうございます。保健指導についての内容も細かく書いていただいているところもありまして、これをしっかりと指導できれば継続した皆さんへの指導、支援ができるのではないかなと思っておりまして、特に異論はございません。ありがとうございます。

○菅原部会長 しっかりした内容によくなっていますね、まとまってね。

○横山委員 はい。

○菅原部会長 あと渡邊先生、何かありますか。

○渡邊委員 はい、ありがとうございます。私、今回新旧対照表を一応ざっと目を通しました。我々行政側としていろんなサービスを提供するに当たって、東京都さんのはうで今回物差しを示していただいた。具体例もあったり、非常に読みやすい形になっているかなというのが正直な印象でございます。

専門的な部分の話はちょっと分からぬ部分もありますが、我々行政とすると大変いい形になっているのではないかというふうに感じたところです。

以上です。

○菅原部会長 この抽出基準のところですね。HbA1c、あとCKD、血圧とかですね、この三つから分類したわけですが、この辺りも非常に妥当性があると思いますが、よろしいですか。ここが一番大事なところで、これを使って今後進めていくわけですけれども、この部分は特に修正なしということでおろしいでしょうか。いかがでしょうか。

(なし)

○菅原部会長 それでは抽出基準については東京都が示された案で特に追加修正なく、この方向で進めていただきたいと思います。

時間も来ましたので、今日いろいろ意見が一部出ましたので、もしそういったことが盛り込まれるのであれば、また内容を少し点検していただいて、この次の全体会議の中で示していただくということにしたいと思いますが、事務局、いかがですか。よろしいですか、そういう形で。

○保険財政担当課長 東京都独自の改定の部分で、最後、あと新旧対照表の49ページの辺りで、標準例を踏まえました区市町村と東京都の共通のプログラム運用の評価指標というのを設定しております。ストラクチャー・プロセス評価、アウトプット評価、アウトカム評価、この三つですけれども、ここについてご意見等をいただけますでしょうか。よろしくお願ひいたします。

○菅原部会長 このストラクチャー・プロセス評価と、アウトプット評価、アウトカム評価までですね。

このストラクチャー・プロセス評価としては、都内の受診勧奨・保健指導実施自治体数、これはいいですよね。受診勧奨・保健指導の実施体制（医師会等との連携状況）、医師会との連携だからこれも出せますかね。

アウトプットが、各市町村における以下の者への受診勧奨の実施率で、受診勧奨レベルⅢ、HbA1cが8%以上、HbA1cが7.0～7.9%でeGFR45未満、または尿蛋白（+）以上、HbA1cが6.5～6.9の者のうち、ここのeGFRが45未満で尿蛋白が（+）というようなことですが、ここはeGFRが60未満または尿蛋白（+）（-）というような考え方もあるかなとは思うのですけども、かつ、収縮期血圧140mmHg以上または拡張期血圧90mmHg以上で、このeGFRについては7%も6.5%のところも45未満または尿蛋白（+）ということで、eGFR60以上、45から60で尿蛋白（+）（-）という、これは、数字は入れていないわけですね。ということは、これはあえてこういった形にしたわけですよね。

○事務局 そのとおりです。受診勧奨レベルⅢのみに絞って、アウトカムとアウトプットは設定しております。

○菅原部会長 はい。ですから、eGFRに関してはかなり厳しい、かなり低い状況で選定、アウトプットの指標にしたということですね。

○事務局 そうですね。一番優先順位の高い方への受診勧奨の実施率と減少割合にしていきるというところです。

○菅原部会長 レベルⅢがどうだったかということがアウトプット、Ⅱに関してはあまりまだ、今回は指標にしないということでよろしいですか。

○事務局 そのとおりでございます。

○菅原部会長 アウトカムのほうが、都全体での特定健診結果における以下の者の割合で、受診勧奨レベルⅢ、8%以上。これはだからそのときの、アウトカムのほうもこれはレベルⅢを取ってきているわけですね。

妥当な指標じゃないかと思いますが、この指標については。よろしいですか、いかがでしょうか。

（なし）

○菅原部会長 それではこの方向で進めていただきたいと思います。よろしいでしょうか。

○保険財政担当課長 いろいろとご意見いただきまして、ありがとうございました。

本日いただいた意見を踏まえて、今後の作業を進めさせていただきます。

○菅原部会長 お願いいたします。

○保険財政担当課長 では、今後の開催予定についてご説明させていただきます。

ワーキング自体は今回で終了となりますけれども、11月、12月頃にプログラム改定案の最終的な協議を行うために、親会であります医療連携協議会の開催を予定しております。また後日、日程調整のご連絡をさせていただきますので、その際はよろしくお願いいたします。

事務局からは以上でございます。

委員の皆様、最後までご議論、どうもありがとうございました。

○菅原部会長 ご多忙の中、遅くまでお付き合いいただきましてありがとうございました。この意見を反映していただいて、都のほうでご検討いただけると思います。

これをもちまして、今日の会議を終了させていただきます。お疲れさまでした。ありがとうございました。

(午後 8時32分 閉会)