

(野田先生)

糖尿病療養指導士の方は専門性の高いところで活躍しておられることが多いという印象があるのですが、そのように理解してよろしいでしょうか。

(齋藤先生)

専門性が高いということの意味をどういうふうに捉えるか。例えば米国のそれみたいに、眼底まで見られるというところが理想なのですが、まだ今のところは、例えば食事療法、運動療法、それからお薬の飲み方。そういうことを、忙しい先生方に代わって患者さんにエデュケーションする。そういうことが行われている段階です。

(野田先生)

専門性の高いと申し上げたのは、専門性の高い先生のところで、実際、糖尿病療養指導士としての力を発揮していらっしゃる場合が多いかなという。

(齋藤先生)

おっしゃる通りです。

(野田先生)

そういう位置づけでもあるわけでしょうか。それとも一般的なところで、その部分を、つまり、よりご自身が専門性を前に出す形で活躍されるのか。そういう行き方もあると思うのですが。

(齋藤先生)

多くのかかりつけ医の先生方に伺いますと、自分たちはとてもインスリンの自己注射の指導とかSMBG（血糖値の自己測定）の指導まではやっていられないから、そういうことをコメディカルの人をお願いしたいのだということなのですが、まだそれには十分対応できていないと思っています。

(野田先生)

続きまして、「②ナショナルセンターの位置づけ」ということで、清野先生からは、「国立国際医療センターが直接的に全国の診療ネットワークを構築するというのは困難。地域ベースでその特性に合ったものを組み立てなければいけない」。

金澤先生からは、「国際医療センターが全国に号令を下すという形ではない」。

藤巻先生からは、「中央・都道府県単位の糖尿病対策推進会議とナショナルセンターとしての国際医療センターの役割分担のあり方を検討していく必要がある」ということで、いずれもまさにおっしゃる通りのところかなと思います。

続きまして、「③その他」です。「制度改正により、医療保険者が健診情報やレセプト等を活用した受診勧奨等に取り出そうとする中」、つまり特定健診・保健指導ということでは

が、「全体的な評価をきちんとしていくことが、よりよい仕組みづくりや研究につながっていく」。吉池先生のご意見です。

それから「何か大きなスローガンみたいなものを核に、それに各組織が一体として向かっていけば、行政もそれについていくのではないか」。江里口先生のご発言です。

それから「地域で取り組むに当たって、財政的な裏づけがないとなかなか進まない」。藤巻先生からです。

いちばん上の特定健診・保健指導に関しては、吉池先生、遠藤先生、特に追加等はございますか。

(吉池先生)

現実として、保険者が糖尿病の対策についてどのような形で取り組んでおられるかというのを、教えていただきたいと思います。先ほどの医師会の協議会でも医療保険者が入っているわけですが、そのへんはどういう議論になっているのでしょうか。

(今村先生)

前回初めて参加されたので、まだそこまで踏み込んだ話、特にこの健診についての話はこのときは出ていません。すみません。それしかお答えできないのですが、ただ、先生のご質問で恐縮ですが、私はこのことについては、今日、厚労省の石井先生がお見えになっているのでぜひお願いしたいことがあります。

特定健診の受診勧奨というのは、糖尿病だけが明らかに126mg/dl以上が受診勧奨となっています。それに比べて高血圧等は、受診勧奨値といっても、保健指導をまず優先しなさいという記載が厚労省「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に示されているという中で、保険者が全部、糖尿病の方を受診勧奨して医療につなげると、例の後期高齢者への支援金を計算するとき、保険者としては非常に不利になる。受診勧奨者を出してしまうと、保健指導の実施率が下がるという仕組みになっている。本来、医療を受けるべき人をきちんと医療につなぐという仕組みに制度をしていきたいということで、ぜひお願いできればと思っています。

(野田先生)

遠藤先生、特定健診・特定保健指導のデータの集約ということと、実際に受診勧奨をどのくらい律儀にというか、今のお話で、そういうところがきちんと行われているかというところがエバリエイトできるのかどうかというところはいかがでしょうか。

(遠藤先生)

国立保健医療科学院では、先月、立ち上げたばかりなのですが、特定健診・保健指導の評価を検討する検討会ができています。今の段階ではまだ受診勧奨等の項目についての細かな議論はできていませんが、今後、検討会の議論の中で、どこまで項目を入れるかとい

うのは大変有意義な議論に値する項目だと思います。

(野田先生)

それから「財政的な裏づけがないとなかなか進まない」ということは、地方自治体等の財政的な裏づけということを藤巻先生がおっしゃったのかと思います。団体としてはかなり財政的な裏づけがあると思われる日本医師会の今村先生、財政的な面と糖尿病対策との兼ね合いというところを。

(今村先生)

前回、私の代理として出席してもらった藤巻課長は、全国の糖尿病対策推進会議を設立するに当たって、日本医師会のほうで各県に一律の財政的な支援をしながらつくってきたという経緯をよく承知しているので、ある程度の財政的な裏づけの中で施策を行うべきだという意味で発言したのだと思います。国は大きな、例えばナショナルセンターにはきちんと財政的にいくけれども、地域の中で例えば医療計画をつくるときに、財政的な支援が国から地域へきちんとあるといいのではないかという趣旨で話をしたのだらうとは思っています。

ただ、私は個人的には、かかりつけ医を含めて地域の医師会が「財源がないからやらない」という話だけではなく、自発的にわれわれが何をすべきか、ということを考えながらやるということが大切で、あまりお金のことばかりを言いたくはないなとは思っています。

(2) 地域連携を前提とした診療マニュアル(診療ガイドライン)のあり方について

(野田先生)

ガイドラインとマニュアルというのは言い方を区別するのは難しいかもしれませんが、糖尿病でいえば、南江堂から出ている『診療ガイドライン』がガイドラインで、文光堂の『糖尿病治療ガイド』がマニュアルのようなものかなというイメージです。コンピュータでいえば、機械の操作説明書を見てもあまりうまくコンピュータを使えないのですが、あれがここでいえばガイドラインのようなもので、実際ナツメ社とかオーム社から出ている「あなたはこれでできる一太郎」といったものがマニュアルというイメージです。

事務局資料では、ガイドラインとマニュアルが厳密に使い分けられていない感がありますが、「①ガイドラインの内容」ということで、これは前回、主に吉田先生からありましたご発言を記載してあります。「ガイドラインは具体的な手法があればあるほど、その内容が浸透しやすい」。これはマニュアルと言い換えてもいいと思うのですが、A1cが何々であればどうするか、血圧がこれ以上であれば最初から降圧薬を使用するか、そういう指標があるほうが内容が浸透しやすいのだらうと私も思います。

それから「単にガイドラインを作成するだけでなく、ガイドラインに基づいた診療のA

ウトカムを収集するという発想があってもよいのではないか」。吉田先生、私もそこはそうだと思うのですが、どういう理屈づけでこうなるかというところを。

(吉田先生)

つくられたガイドラインがどれだけ臨床の先生方に普及して、そしてそれがどのように役に立っているかということをおある程度の数字で示すことができれば、逆にそれをもとにして足りないところを補い、いいところを強調するような形でガイドラインをさらに強化したり、もし情報提供が甘いということが分かってくれば、もっと幅広い情報提供をするにはどうしたらいいかという、要するに今後のよりよい方向性を検討する上で、今どういうふうなガイドラインが臨床で使われているかを収集することが大事ではないかという意味合いです。

(野田先生)

つまりガイドラインを実際に使っている先生方と、ガイドラインをつくる側の人の双方向性にやり取りがあることが重要だということですね。

その次の金澤先生の、「糖尿病の診療のいちばん大事なことは、治療を中断させないこと。それだけでも、糖尿病の合併症は減る」。おっしゃる通りで、小林先生のJ-DOIT2もそういう方向を目指していると考えます。

「②ガイドラインの受け手について」に移らせていただきます。土井先生、金澤先生の趣旨は同様な感じがするのですが、土井先生から、「多くの開業医の先生は様々な疾患の中の1つとして糖尿病の診療に当たっているのだから、あまりに高度・専門的なことを要求しすぎないようにする必要がある」。

金澤先生から、「糖尿病の専門医はほんの一握りしかいなく、多様な専門性をもつ医師が糖尿病診療に当たっているということを忘れてはならない。必要不可欠な診療レベルを皆さんが持っていただくという意識が重要」であるということでした。まさにおっしゃる通りだと思います。

①②全体につきまして、コメント等はございますか。

(今村先生)

ここでご指摘いただいていることは全くその通りだと思っています。私も冒頭申し上げたように、かかりつけ医をしていて、糖尿病は多くの疾病の中の1つであって、例えば「糖尿病治療ガイドライン」は大変よくできているものであっても、各種の疾病で全部それを座右に揃えたら、とてもではないけれども全部読んでいられないという状況がある中で、日本糖尿病対策推進会議は、「ガイド」からさらにもっとコンパクトにした「エッセンス」という10ページぐらいの冊子をつくって、これを16万7000の会員全員に配りました。

実はつくられたものそのものは非常に評価が高くて、ほかの科の疾病でもこういったものをつくりたいということで、今、がんの緩和ケアのマニュアルもつくっていますが、そ

こちらの委員会でも非常に話題になって、こういった本当にかかりつけ医が使いやすいもの
がいいよねということにはなっています。

しかしながら、それが本当に活用されているかどうかというと、先ほど吉田先生のご指
摘があったように、私どもそこは問題意識を持っていまして、そういうものをどれだけ知
っているか、どれだけ利用しているかということで、無作為に全国にアンケート調査をこ
の3月中に行う予定です。これは日本糖尿病対策推進会議の活動の1つでもあるわけです
が、スタートの時点での現状があるかということをしきりと把握しておかないと、今後何
年か、そういう活動が進んでいく中でどのように変わっていったかという把握もできない
という問題意識を持っていまして、そういうアンケートを行う予定です。

ここにご指摘いただいた、われわれかかりつけ医が本当に必要最小限、必ずこれは守れ
というようなものをつくることは大事で、改訂版もこれからまたつくっていかなければい
けないと思っています。

(金澤先生)

①と②で発言したいことがあります。1つは、私は糖尿病学会の理事をしていたときに、
ガイドラインは大変結構だと、これは学問的にきちんと正しいものを学会として出版する
義務があるだろうと。しかしながら、臨床医で糖尿病に興味を持っている先生方でもガイ
ドラインはとても読めない。従って、糖尿病治療ガイドをつくろうということでだいぶ苦
労して作りましたが、身内の悪口を言うわけではないですが、糖尿病学会の先生方がい
じればいじるほど、だんだんと教科書的になってきまして、利用価値がどんどん下がって
きているのではないかと感じています。

糖尿病対策協議会でつくった「エッセンス」という薄い本があります。あれは医師会の
先生方が専門科にかかわらずご利用になるということなのですが、治療上重要なポイント、
注意すべきことが何も書いてない。私は、そうならば、これも身内の悪口になりますが、
何か2つか3つ本当に重要なことだけをポンポンと書いて、これだけはやってくださ
いという形がいちばんいいので、血糖値をいくらにしなければいけないといったことは治
療ガイドを読んでいただければ分かるということで、「エッセンス」の目的が少しはっきり
しなかったのではないかと感じています。

学会の評議委員会か何かでまた発言させていただきますが、私が日頃、感じていること
を申し上げました。

(野田先生)

最初にできたのはガイドだったと私は思うのですが、ガイドが学会の自発的な試みとし
て出た。その頃、厚労省の肝いりで、その少し後にガイドラインがこれとは別途で出てき
ました。ガイドもガイドラインもエッセンスも、先ほど今村先生から他の疾患に先駆けて
先頭にいつているというお話がありましたし、またその下敷きというのもあると思います。
エッセンスの一部の項目は一応、私がかかりつけ医に聞かせていただいて、その中では金澤先生

のお目にかなっている項ではないでしょうか。

それはともかく、ガイドラインも他の学会の範となっているのではないかと思えるような、例えば動脈硬化学会のものはほとんど同じような仕組みになっています。ガイドは全医学書の中でも、医学専門書といたしますか、その中で食品交換表の次ぐらいに売れているということで、糖尿病学会は、もちろん患者さんの数も多いのですが、いろいろな分野の先駆けとなっている。しかもガイドは金澤先生のご発案と伺っています。

重要なことは、やはりガイドラインもガイドも別々の発想から生まれたものであるということです。そういう意味では、今度はエッセンスも、ガイドの概要という形ではなくて別の発想からそれを生み出して、その3つの間に齟齬がないというような形で本来はつくっていくのがいいのかなと、ご発言を聞いて感じました。

(小林先生)

私はDOI T2でかかりつけ医の先生方の糖尿病診療の評価とフィードバックをしたわけですが、その中で、われわれはミニマムリクワイヤメント、すなわち診療行為で守るべきものはどういうものかという、13項目を規定したわけです。その中で、よく見えますと、ほとんど守れていないのがいっぱいあるのです。従って、われわれは、ガイドをつくっても実際、本当に読まれているのかなという思いがしました。守る行為と概念はまた別なものであるということもありますので、そういう観点から、もういっぺん見直す必要もあるのではないかなと思います。

今度、大規模スタディに進みますが、13項目は無理なので8項目ぐらいに絞って、これだけは絶対に守ってほしい、それが何%されているかということをしないと、なかなかこれは難しいなというのが現実だと思います。

(野田先生)

ガイドライン、ガイドとも、小林先生のご尽力にディペンドしているところが非常に大きかったということを申し添えます。

(3) 一次情報 - 標準化されたデータ収集に基づくデータベース構築を通じたエビデンス確立の可能性について

(野田先生)

情報発信ということになりますと、一次情報を扱うという部分と、それから論文情報など二次情報を発信していくというのは4. です。

まず一次情報のほうで、稲垣先生から、「ITを用いた情報の共有が糖尿病診療体制の構築に不可欠」というご意見をメールで頂戴しましたが、発表の中でもおっしゃっていたと思います。

小林先生から、「J - DOI T2の経験からも、データ項目を最小限にしなければならず、

フィージビリティを勘案して思い切った整理が必要」である。つまり非常に多項目に当たるであろうと入力項目等を必要最小限にしていくことが、実際、実効性の面から重要であるということです。

私から、同じようなことを敷衍して、「糖尿病の場合、データベースに登録すべき項目が多いと考えられるが、ミニマムリクワイヤメントを必須項目として入力していただき、オプションなものは追加項目として付加的に入力していただくという発想をとるべきである」と申し上げました。

このあたり、いかがでしょうか。糖尿病のデータベースは非常に難しい。さらに、岡村先生もいらっしゃっていますが、エンドポイントになると心電図のSTがどうだったということまであったりして、脳卒中が起きた後、CTをどうするかとか、そこまでいくと非常に膨大なことになっていくと思います。循環器の分野で、どのような考え方でデータを集約しておられるかということについてお願いします。

(岡村先生)

結局、循環器の場合には、発症登録が極めて難しい。いろんな理由がもちろんあるのですが、例えば、登録するための大義名分を何でつくるかということ、がんと比べると、その作り方が難しい。

一時、脳卒中の場合は介護につなげますという話で登録事業の全国展開をしようとした時期があるのですが、それがかえってうまく働かなかったという経緯があります。だからこれはシステムとしては何らかの方法で、まず全数登録をしますということで周知していかないと、おそらく難しいということが1点。

この辺りの事情があるので、本当のエンドポイントを得ているコホート研究で続いているのが、全国でおそらく10ぐらいしかありません。ミレニアム研究で多くの研究班がゲノムで立ち上がったときに、追跡するという話をいろんなところで聞きましたが、非常に難しい。患者さんの集団は追えるのですが、一般集団を追うことになると、1人1人の居場所を確かめて元気かどうか全部確認した上で、発症疑いのある人についてはさらに全部カルテをひっくり返して追いかけるなければならない。しかも行っている医療機関がどこか分からないということになるので、極めて難しいのです。

だから、発症まで見ようと思ったら定点ポイントを決めるのですが、定点ポイントは人口移動が少ないためにコホート研究がやりやすい離島とか山奥ということになるのです。今、私は滋賀から吹田に移っていて、都市部で唯一のコホート研究をしています。追跡調査だけでたいへんな手間がかかります。

だから、例えば人口規模を反映して一定の集団を取って、その部分だけは追跡できるようにしておく、要するに人口配分で取って、抽出した集団を追いかける。それを、人口規模で補正して全体で推計するとか発想を変えないと、現時点では難しいのではないかと思います。

(野田先生)

がん、白血病とか難病の先生、小児の代謝疾患の先生とお話しすると、とにかく疾患登録しないといけないとお叱りを賜るのですが、糖尿病の場合、何百万人という人を疾患登録はできないですよと申し上げたことがあります。循環器疾患もそれに近いところがあるかなと思います。

今のお話は、ある区切られたところのものを外挿して考えようということですね。住民調査のような形だと思いますが、病院調査といいますか、通院中の方のフォローといいますか、先生のほうは予防が中心かもしれませんが、通院中の方のデータベースはどのような感じですか。

(岡村先生)

通院中の方についても、数の多い疾患になると、サンプル抽出してということのほうがたぶん現実的です。ただ、抽出されたサンプルに代表性があるかどうかということを考えてなければならぬのですが、手を挙げるのは熱心な先生ばかりになってくるので、それを全体に演繹できないということになります。どういう率で選んでくるかということがいちばんのポイントかなと思います。

先ほど言い逃したのは、定点で見るのは私どもがやったものでは、NIPPONDATAという調査をやっています。あれは全国のランダムサンプルで1万人ぐらい取って追いかけているので全体像が見られるのですが、エンドポイントが死亡だから追いかけるのです。あれがもし発症で追おうと思うと、300地区にそれぞれ調査員を送って、本人と会ったりカルテ調査をしたりすることが必要なので、それぞれの地区にハンドリングする人を配置しないと不可能であろうと思います。やり方として、自分の近くのコホートだったら維持できるのですが、ばらばらになると、マネジャーがそれぞれの地区にいないと、発症だとまず追えないでしょう。

これは患者さんで見るときは、薬をもらいに来られますから、おそらく一般集団よりは追跡ができると思います。ただ、これだけの数になるとかなり難しいし、どこかで物差しをもってこないと、登録して例えば何十万人集まりましたとなったときに、それが真なのか偽なのかがさっぱり分からない。

だからわれわれが発症登録でやるのは、例えば久山町（福岡県）とか吹田市（大阪府）とか、ある程度登録できているところで年齢別の発症率が計算できますので、それを人口に外挿すると、大体何人出ているというのが分かります。それと登録であがってきた数を比べると大体の登録率が分かるという感じです。何を物差しにするかがないと、非常に危ないかなという気がします。

(野田先生)

糖尿病のデータベースは小林先生のほうでも進めておられますが、先日も登録期間延長のお知らせが来たということもありまして、ボランティア活動に近いような感じでやって

いかざるを得ないということです。今、岡村先生がおっしゃった代表性については難しいところがあるかと思いますが。多少そういうところも目をつむってやっていかざるを得ないところもあるのではないかなと思います。まずそういうデータベースを持つということが非常に重要なことであろうと考えます。

(4) 二次情報 - 情報発信のあり方について

(野田先生)

吉田先生から、「多様なガイドラインを発信してそれらを使う先生の選択に委ねるという考え方と、精選されたガイドラインを発信するという考え方があるが、どちらの考え方でよいのではないか」というコメント。

それから「ガイドラインの発信源は多様でいいが」ということは、日本医療機能評価機構の Minds 事業のほうからも、例えばナショナルセンター——がんセンターとか国際医療センターから情報発信が行われてもよいということだと解釈します。そして最も重要なことは、先ほど来お話がありますが、発信されたものが実際に使われているかということが重要であって、それをいかに評価するかが課題であるという趣旨でよろしいでしょうか、吉田先生。

(吉田先生)

議事録を見て、私の発言があまり上手な説明でなかったもので、誤解がないようにと思ひまして、マイクをいただきました。

もちろんここに書いてあるガイドラインというのは、糖尿病学会が主体でつくられた糖尿病の診療ガイドラインのことを申し上げているつもりです。議事録にもありますように、信頼できる情報は、このガイドラインですということを基本として、学会のホームページを経由しても、医師会のホームページを経由しても、Minds を経由しても、日本中どこからでもこのガイドラインに必ずたどり着く事が可能であり、多様な組織からこの信用できるガイドラインを同様に見る事ができるので、どの組織を使うかは、使う先生方の選択に委ねていただきたい。その一方、Minds 事業で掲載している診療ガイドラインは、部内で評価されたものなのでこの作業を信用して使っていただくという考え方もありますが、どちらでも構わないと考えたわけです。

また、議事録2、議事録4の後半に関しましては、今、先生におっしゃっていただいたように、ガイドラインはつくられた後、広める、使っていただく、役に立つかどうか評価する、改訂版をつくるという循環を作る事が望ましいと考えますので、「いかに使われているか」、「どれだけ役に立っているか」という段階をそれぞれ評価することも考えるべきではないかという意味で申し上げました。

(野田先生)

分かりました。前半については、ある意味でいえば、すべての道はローマに通ずるではないですけども、どこから行ってもあのガイドラインに行くというイメージで、いいものをどこからでも推奨するという形かと思いました。

(山口先生)

今の吉田先生の説明と基本的には私も同じなのですが、Minds はいろんな疾患のガイドラインをとにかくたくさん掲載していますので、今村先生がおっしゃったように、プライマリヘルスケアをご担当の先生はいろんな病気をご担当になって、そのうちの1つが糖尿病というときにアクセスがしやすいのではないかと。糖尿病学会の先生方は、おそらく学会のホームページ等で「糖尿病」ということでご覧になるとか、いろんなアクセスの仕方があって、でもいろんなところから情報にはなるべく到達しやすくすることがよろしいのではないかと。

今、野田先生がすべての道はローマに通ずるとおっしゃったのですが、その通りではないかなと私も思います。

(野田先生)

あと、よいガイドラインであるということをどういうふうに担保するかということはいかがでしょうか。

(山口先生)

ガイドラインをおつくりになった先生方がたくさんいらっしゃるのですが、それは当然のことだと思うのですが、この資料の頭のところで「診療マニュアル（診療ガイドライン）」と書いてあるのですが、私は、診療マニュアルと診療ガイドラインは全く別物なのではないかなと理解しています。

糖尿病の論文をわれわれのところも結構集めて、野田先生にいろいろお願いしたりしていますが、糖尿病は世界中で出てくる論文がすごく多いですね。RCTとか山のように出てきます。そういう中で、やはり治療を受ける患者さんのニーズも、より最新の治療という要望が非常に強い。そういう中で、特にいろんな研究がたくさん出てきて治療の方法が大きく変わりつつあるような、あるいは非常に議論が多いような問題について、集中的に取り扱って最先端の治療が普及するよとということがいちばんのメインの目的なのが診療ガイドラインで、ボトムアップといいますか、全国どこの先生にかかっても、ミニマムでこの診療のレベルは日本では守られていますよとすることを担保するのが治療ガイドとかマニュアルというものではないかなと、私自身は勝手に理解しています。

そういう点からいうと、区別して、両方が大事で両方が必要で、その両方をいかに世の中に普及していくかという形で考えたほうが、より整理が付きやすいのかなと。ちょっと生意気なことを申し上げましたが、そんなふうに考えています。

(野田先生)

おっしゃる通りで、最初は診療ガイドラインだったのですが、地域連携を前提としたということになるとどうしてもマニュアルかなと考えて、私が診療マニュアルという言葉を入れて分かりにくくなってしまったかもしれません。

つまり仕様書のようなものがガイドラインで、それを実際に扱う操作マニュアルのようなものがマニュアルだというイメージ。また別の考え方でいうと、ガイドラインがカッティングエッジのところで、マニュアルがレベルを担保するものだという解釈かなと思いますが、いかがでしょうか。

(山口先生)

先生のおっしゃる通りだと思います。

(谷澤先生)

先ほどの議論と関連するのですが、ガイドラインあるいは診療マニュアルにどのようにあるべきか。最終的にはすべてローマに通じるのですが、必要なローマへの道は人によって違う可能性もあると思います。おそらく、研修医が必要とするマニュアルと、かかりつけ医の先生が必要とするマニュアルと、専門医が必要とするマニュアルというかガイドラインがあると思いますので、そのへんを意識した情報の発信という視点も必要なのかなと思います。

(5) 関係領域との連携のあり方について

(野田先生)

福原先生から、「女性医療の分野では、妊娠を契機としたメタボの発症ということがクローズアップされており、今後とも情報交換、連携深化が必要」というコメントです。

糖尿病対策の中間まとめの案で、国際医療センター、健康・栄養研究所、保健医療科学院、循環器病センターの4団体と、プラス、成育過程の関係で成育医療センターの名前が出ていたわけです。このような疾患の成立過程的な見方で、門脇先生の言葉でいう川上から川下へということで、その川上に当たるところの健康・栄養研究所の吉池先生。4つの機関、プラス、成育医療センターの機関の相互関係は、共同歩調的なものが必要になってくると思うのですが。

(吉池先生)

特に今回は治療ということがメインになりますので、妊娠期からの予防的戦略とか、あるいは小児というところで、医療の関わりをどこまで盛り込むかということになると思います。

一方、野田先生が「川上」ということをおっしゃいましたが、ポピュレーションアプロ

一斉まで含めるのであれば、妊娠期や乳幼児・小児期など、早期の予防も非常に大事になります。そこまで盛り込むのであれば、特に食事・運動といったことをいかに小児期から、あるいは母親になる人たちに対して普及啓発していくかという視点も大事になると思います。

この研究班、あるいは報告書でどこまでカバーするかによりますが、いずれにしても、大事なことであることと思います。

(野田先生)

糖尿病診療体制の構築に関する研究といいましても、私が前回の趣旨説明でもお話しさせていただきましたが、当センターの今後の方針について諮問させていただいているということではありますが、やはりいろいろな機関との共同歩調は重要かと思います。

岡村先生、いかかでしょうか。岡村先生的には一次予防、二次予防になるのかもしれませんが。

(岡村先生)

まず1つは、いちばん上流というか発症予防みたいところで、どこが担っていくか。それはやはり市町村と開業医の先生ということになってくるかと思います。

というのは、実際その地域の先生は治療をするだけではなくて、ほとんどのところでは受託する形で健診もやっておられる。ですから、市町村の保健センターが勝手に動いていて医師会とプツン切れていますということだと当然、予防効果は上がりませんので、どこまでの範囲をそれぞれで受け持ってやっていくかということのネットワークというか連絡体制をうまく組んでおくことが大事です。ほとんどのところは、たぶん市町村の保健センターになってくるのかなと。

保健所については、私は保健所に勤めたことがあるのですが、そこが例えば都道府県の保健所なのか、政令市の保健所なのかによって、業務分担の役割がかなり違ってきます。政令市は成人病予防も保健所の仕事になってくるのですが、都道府県の場合は基本的には精神保健と伝染病対策の危機管理で、あとは全部市町村の仕事というように完全に業務が分かれていますので、ネットワークを組むにしても、どういうふうなかませ方をするかがかなり違ってきます。

あと、エリアによっては保健所をかなり統廃合してしまったところと、まだそれが残っているところがありますから、基本的には市町村と開業医の先生、それに保健所のサポートというところでネットワークをつくっていくというところが、いちばん最初の予防としては大事なのかなと。ただ、そのつくり方は、置かれている状況によってかなり違うだろうと思います。

(野田先生)

循環器疾患の予防という点からいかがでしょうか。

(岡村先生)

循環器疾患の一次予防は、糖尿病の予防とか脂質異常症の予防、高血圧の予防およびこれらのスクリーニングということになります。がんの場合は早期発見で病気そのものを見つけているのですが、循環器の場合は、ほとんどの場合、発症したら自分で分かりますし、予防から見たら、その時点はどちらかというとな敗戦処理みたいな形になってしまうので、リスクファクターの管理をどうするかということにほぼ集約できます。

糖尿病対策をやっていくということは、循環器の予防にもなる。リスクとしては、高血圧と喫煙と並んで大きいと思いますので、そのへんはつながっていくのかなと考えています。

(野田先生)

全体を進める立場の保健医療科学院の遠藤先生、いかがでしょうか。

(遠藤先生)

保健医療科学院の糖尿病対策における役割は、1つは研修、それから先ほど申し上げました、特定健診・保健指導の立場からの評価なのでしょう。ただ、研修といっても、私どもの場合は、第1回のときにも申し上げましたが、どちらかというとな行政官あるいはマスを対象とした研修であって、個別の臨床の研修という役割は私どもには期待されていないのだろうと思います。

ただ、これまでもお話が出ていますように、行政と医師会とか、行政と糖尿病の関係団体の方との調整というかパイプを太くするという意味では、私どもの科学院が今後の研修等で果たす役割は大きいのかなと思います。

それから先ほども4疾患5事業の医療計画の話が出ましたが、医療計画の担当者に対する研修等は私どものところでやっています。これまではまだ個別の疾患についての研修はやっていませんが、今後、糖尿病という場合には、糖尿病対策のあり方の観点からも研修に何かの形で盛り込むことができるのかなと思います。

5. 今後の方向性

(野田先生)

今後の進め方ですが、報告書はおそらく前回の班会議の議事録、それから本日の議事録になると思います。本日の議事録といたしましても前回について語っているわけなので構造は難しくなり、ずっと並べるだけではまとまりが付きませんので、その報告書の要旨案を私が作成させていただきました。これについて、すでにいろいろご意見が出ていますが、一応読み上げさせていただきます。

「1. 地方ブロック拠点病院を核とした糖尿病診療のグランドデザインのあり方について」

「①グランドデザインの作成とそのインプリテーションへ向けて」 「糖尿病診療のグランドデザインを作成し、それを実効あるものにするには、医療と行政の一体化が重要であり、この点で、地方行政・地方行政機関（保健所等を含む）・地域医師会、それらの代表者（首長等）の理解と協力を得つつ、これらを遂行していく必要がある。また、糖尿病対策の取り組みを根づかせるための人づくりが重要であり、したがって、医師、コメディカルの研修・教育が重視されるべきである。この点では、糖尿病療養指導士制度（CDE：全国に1万数千人）の効果的な活用と活性化も重要である。さらに、糖尿病対策推進会議など既存の組織基盤を十分に活用することが必要であり、各都道府県レベルにおいて、同会議と行政との十分な対話とコラボレーションを図る必要がある」とさせていただきます。

「②ナショナルセンターの位置づけ」 「国立国際医療センターが直接的に全国の診療ネットワークを構築するのは困難であり、地域ベースでその特性に合ったシステムを組み立てるべく、拠点となる病院を広域にコーディネートするブロック中核病院の存在が望ましい」。これは谷澤先生のご意見にもございました。「また、中央・都道府県単位の糖尿病対策推進会議とナショナルセンターとしての国際医療センターは、役割を分担して協調しつつ、糖尿病対策を推進するべきである」。

「③社会システムとの関わり」 「特定健診・特定保健指導の全体評価や、糖尿病対策を国民運動的な動きにするという側面も重要であり、地域における財政的な裏づけも必要である」。これは、今村先生のご意見と、財政的な裏づけをどのぐらいここに記載するべきものなのか私は自信がないのですが、またご意見をいただければと思います。

「2. 地域連携を前提とした診療マニュアルのあり方について」

実はこの診療マニュアルは、おそらく地域連携パス的な側面も含む。例えば何カ月間、A1c がこうであれば専門医にとか、例えばクレアチニンがどうこうになったら腎臓の専門病院へとか、心筋梗塞後の方は年1回、循環器病の専門病院へ、という面も含む意味でマニュアルという形かなと思いました。もちろん1つの施設の中での、こういう人は1年に何回これをすべきあるというのものもあるわけですが、そのマニュアルの内容について、「地域連

携を前提とした診療マニュアルは地域連携パスの役割をも担うものである。それには診療における意志決定に際しての具体的な指標が明示されていることが重要である。とりわけ、治療中断の防止にも力点を置くべきである。また、それに基づいた診療アウトカムを収集することが望ましい」。先ほどの吉田先生のご発言の内容、つまり双方性ということかと思えます。もちろんこれは最終稿というわけではありませんので、ご意見がございましたら、いつでも私ないし事務局のほうにと思えます。

「②ガイドラインの受け手について」は、ガイドラインというより、マニュアルに統一し残しました。「マニュアルの受け手について」という形でよろしいかと思えます。「多くの診療所では、様々な疾患の中の1つとして糖尿病を扱っていること、糖尿病専門医は一部のみで、多様な専門性をもつ医師が糖尿病診療に当たっていることに留意すべきである。必要不可欠な診療レベルの達成を目標に置くという意識が重要である」。

「3. 一次情報 - 標準化されたデータ収集に基づくデータベース構築を通じたエビデンス確立の可能性について」

今も、小林先生のお仕事をはじめ、ITシステムによる情報の伝送および保有が行われているわけですが、「ITシステムを用いた情報の共有化（データベース）が糖尿病診療体制の構築とエビデンスの創出に不可欠である。糖尿病に関しては、他疾患に比しデータベースに登録すべき項目が多いと考えられるが、フィージビリティの観点からは最小限に選択された比較少数の項目を必須項目として入力し、それに追加項目を付加するデータ収集体系が望ましい」。

「4. 二次情報 - 情報発信のあり方について」

「情報発信とその発信源は多様でよい」ですが、吉田先生の、信頼に足る情報を発信するという観点が必要だと思います。それから、「発信された情報が活用されているかを評価することが重要である」。

「5. 関係領域との連携のあり方について」

「女性医療の分野では、妊娠を契機としたメタボリックシンドロームの発症ということがクローズアップされており、小児期における肥満などとともに、連携の一層の深化が必要である」。これはもう少し予防と循環器のこと、それから行政の観点からのことを入れる必要があると思えますので、また追加させていただければと思えます。

この中で視点として、前回の谷澤先生が提起された臨床研究をいかに支援するかという観点が欠落している。

(谷澤先生)

臨床研究支援については、ある意味、一次情報、すなわち、標準化されたデータの収集をどうするか、そのメソドロジーのところにもつながるかと思います。ミニマムなデータを収集するというお話もありましたが、それが二次情報として発信するのに、再利用といえますか、情報量は多いほうがいいのは当然です。ですから、そこは目的に応じて切り分けないといけないかなというところはもちろんあります。

その際に、集めるときにやはり重要なのは支援体制です。臨床研究をするとか、あるいはデータ収集をするということについても、もちろん専門のスタッフもいませんし、コアになる医師自身も診療のことにはエキスパートですが、臨床研究という面ではエキスパートではありません。それをサポートするコメディカルの方も、研究支援ということでトレーニングされた経験のある方は極めて少ないということもありますので、研究の質を高めていく上には、データを収集する上で、その支援体制も構築する必要があるのかなと。

最近、臨床試験のことが、過去10年20年の間にいろいろ改善をされて、臨床試験のシステム、臨床治療のシステムは非常に整備されつつあると思うのですが、それは財政的裏づけがあるということに尽きると思います。今度は、日常の診療の中でエビデンスをつくっていく中で支援をどうするかということも考えていけないのではないかなと思います。

(野田先生)

臨床研究支援体制は、語るのは一瞬ですが、実際に行っていくのが難しいというものです。これも、今後の糖尿病に関する日本でのエビデンスを創出して発信していくためには非常に重要なことだと思います。こういう会合の中だけではなく、広く考えていくべき問題だろうと思います。

(谷澤先生)

最近、文科省事業の医療人GPの中でも、そういう臨床研究の人材を育成するというようなプログラムが今年度から動き出しています。そういうものも、もう少しすそ野で広がりを持つことの糸口になっていくのではないかと考えています。

(金澤先生)

3. の件ですが、これはイメージとして、オールジャパンとしてのことをお考えなのか。そうでなくて、各地域でいろんな研究を立ち上げる、それを支援していこうというお考えでおられるのか。どちらなのか読めない部分はあるような気がしますが、先生のイメージはどちらなのでしょう。

(野田先生)

ブドウの房状という感じかと思います。つまり全数的にはいけないと思いますので、い

ろんなところからボランティアに熱意のある先生ないし病院から一般的な情報をいただくということが1つあります。

ただ、ミカンの房かブドウの房かは分かりませんが、その1つの中では、そのシステムを用いていろんな研究をしていただければというような形だと思います。

(金澤先生)

ブドウの房の中にもいろいろな色があるように、各々の地域といいますかグループといいますか、そういう先生方の興味は多少ずつずれている可能性があるわけです。それから持っておられるデータも多少違うということで、私は、非常に多様性があってもいいのではないかという感じを持っています。

例えば医師会の先生方は、各医師会でもっておそらく膨大なデータを持っておられるのに違いないのですが、それがなかなか表面に出てこない、宝の持ち腐れという感じもあります。それは各々の地域の先生方の興味が、例えば循環器だとか、糖尿病にしても糖尿病の何を見ようということで、少しずつ違っている重要なデータをお持ちでありそれを掘り起こすような研究といいますかデータ収集をやっていただいて、それぞれが論文をつくっていくという形がいちばんいいと考えていますが、いかがでしょうか。

(野田先生)

私も、先生のおっしゃる通りのイメージです。基本台帳的なコアの部分は共通のものとして、広く全国レベルでの考察に用いさせていただく部分はあると思います。それをベールなものとして、その上に各地域とか、あるいは地域は違っていても一緒に研究される先生方のものが加わって行って、一部こちらにご報告ないしデータセンターみたいなものがあるとすれば、そこで扱わせていただくことはあるかもしれませんが、それに付け加えた形で地域で取り扱っていただいてもいいという、広域連合的なイメージかなと思っています。

ただ、これは考えていることでありまして、実際どうなっていくかというのは。そういうものを目指していければというイメージです。また、それが時とともに少しずつ変わっていくことは想定されると思います。

(谷澤先生)

糖尿病のような慢性疾患を診療するときに、自分たちの診療が一体いいのか悪いのか、その質を評価するのは極めて難しいと思うのです。がんの場合には、最近はやっと違う部分もありますが、比較的短い期間、数年の単位で診療のアウトカムが評価できるのですが、糖尿病の場合は必ずしもそうとはいえません。

ですからナショナルセンターが音頭をとって、J - D O I Tのような形でナショナルスタディとして日本のエビデンスをつくるということも大事ですし、いちばん小さなミニマムのところでは、ときどき臨床研究的な視点を持って、私のクリニックのこの10年のアウ

トカムはどうだったのかとか、それを持ち寄って、では地域ではどうかとか、二次医療圏ではどうかとか、そういう形の取り組みをしていくのが、糖尿病のような疾患では必要なのではないかなと思います。

(武田先生)

糖尿病対策を考えるときに、私たち臨床医としましては、まず1つは、重症合併症を起こさないということで、二次予防、三次予防を重視します。その点では、今日、特定健診のことや治療の上での医師やコメディカルの話が出たからあえてあまり追加しませんが、患者さんの視点といいますか、われわれがいくら働きかけても、結局、最終的には患者さんがどうするのかというところです。患者さんたちが、われわれが提案したというか、指導・啓発・教育・治療した結果に対してどういう反応をするかということに大きく依存してくるわけですので、そのへんのことが全く出ていないというのは、ちょっとどうかな、という気がしないでもないです。この班の目的の中で、どういう具合に考えるかということが入っていないといけないのではないかという気がします。

それから二次予防、三次予防という観点からは、開業医さんの底上げが最も大切です。例えば患者さんがドロップアウトするとか、適正な医療を受けていないということは、専門でない先生たちが自分でじっと見ておられる方が結構多いということから、われわれは、われわれが出かけて行って地域で夜、診療所の先生たちに集まってもらって、小さい単位で教育していこうということを県の中で対策会議で話し合っただけでしたが、出てくる方たちは熱心な人、出てきてほしい人は出てこない。そうすると、やはり格差はどんどんどんどん大きくなっていくけれども、先ほどのエッセンスのような、最低限これだけ知っておいてもらわないと非常に大きい問題がああと起こってくる可能性がある。早くいえば、自分で診られなかったら紹介するのだよというところまできちんと浸透させていかないと、本当の意味での効果があがらないかなと思って、そのへんのことが非常に気になるところです。

それから一次予防に関しましては、とにかくCDEですね。CDE J。これは一次予防には絶対欠かせないところですし、これのもっと有効な活用。これは今、CDEの方たちが、厚労省もいらしていますが、保険点数がある程度認めてもらえるような方向に働きかけてもらっているみたいです。

そういうことがあるので、あまり引っかき回すようなことを言うてはいけないと思いますが、結局、CDE Jは試験をするということを目的にやっておられるから、その間の教育とか、実際の活動に対する現場の状況を見た使い方になると、どうしてもそれぞれの地区の問題になるということで、今、CDE Jに対してCDE Lが結構また各地区で立ち上げられようとしている。そういうものをもう少し統一性をもたすといいますか、LとJが近寄るといいますか。Lを取ってればJの受験資格の何かが省略されるとか、そういうことも早く統一しておかないと、次々出てくるものが標準化されていないのが非常に問題

ではないかという気がしています。

今後、来年度以降やっていくのに、ぜひそういう点を検討して入れてほしいなという具合に思います。

(野田先生)

患者さんの視点ということをどこかに記載することは非常に重要なポイントだと思います。

また、CDEJとLのことは問題であるかなと思います。本日の話題の一部分ではあります。齋藤先生は今のご意見についていかがでしょうか。確かにいろいろなのが出てきて、まとまりをどうつけていくのかは、私も関心があります。

(齋藤先生)

2つのことを私は日頃から感じています。

例えば知識のレベルについては、CDEJの試験を通過していただければそれで十分だ。ただ、ローカルなカラー、その地域ごとの特性を評価するのは、それこそLの領域でもってやっていただいたほうがいだろうと思っています。ですから、個人的には、理想論としてはミニマムリクワイヤメントの知識はJで保証しましょう。しかしながらローカルな部分については、地域のローカルのシステムを立ち上げていただくのがいいのかなと思っています。

それからもう1つは、CDEJの場合は、資格を取った、大学でいえば入学をしたというだけですから、それから先の入学後の教育システムがまだないというのが本当のところだろうと思っています。

もう少しレベルアップするためには、LであれJであれ、継続的な教育システムが必要であろう。それは今後どこにつながっていくかということ、例の特定保健指導のほうが人材難になっていて委託になったりしています。今はパブコメを出していると思いますが、ああいうところへの人材としても活用できるだろう。それが、ひいては糖尿病の診療体制のほうにつながっていけるのではないかと考えています。

(野田先生)

細かいところになってしまいますが、特定保健指導のところではやっていると、資格更新のとき不利にならないでしょうか。特定保健指導の機関に勤務している場合。

(齋藤先生)

その話に入ってしまっていていいですか。

(野田先生)

それは別件ということで。ちょっとそう思ったのですから。

(今村先生)

武田先生から宿題というか課題をいただいたので、そのことについてコメントさせていただきます。

かかりつけ医の診療のレベルアップということは、本当に私どもの課題だと思っています。日本糖尿病対策推進会議をつくった意味も、そこにあるのだと思います。実は糖尿病の患者さんは、高血圧に比べると病院の専門医にかかっておられる方が割合として非常に多い。当然これは、病院の先生方のいわゆる過重労働等にも影響します。

軽症な患者さんとか、重篤でもインスリン治療はうちでもフォローしていいよというかかりつけ医に逆紹介していただくときに、今後、医療計画の中でどういうふうに診療所の機能を位置づけるか。それからバスの中できちんとした診療を継続してやっていくということで、病院から逆紹介していくときに、やはり診療所のほうのレベルの評価が今後されてくるのではないかなと思っています。

やはり病院としても、信頼のできる地域のかかりつけ医に自分の患者さんを逆紹介していきたいという思いは当然おありになると思います。そういった中で、かかりつけ医も自分で努力していかないと患者さんが逆紹介されてこないという、変な意味のプレッシャーもあるわけですから、そこに少しは期待したいなと思っています。少しずつではありますが、かかりつけ医の診療レベルアップということを頑張っていきたいなと思っています。

(小林先生)

1. のところで、糖尿病対策推進会議など既存の組織基盤を十分に活用するという事なのですが、実際、糖尿病対策推進会議のそれぞれの県の活動を見てみますと、必ずしも全ての地域で行政側と医師会がうまくいっているわけではないのです。医師会の方はやっておられるのですが、行政のほうはあまり見向きもしないということもあります。

推進会議は、厚生労働省の藤崎参事官がイニシアティブを取られて5年ぐらい前に立ち上げたと思いますが、そのときには医師会と厚生労働省と学会がまず三者で会談をしたことを覚えています。従って、厚生労働省の上のほうから各都道府県に、糖尿病対策推進会議を使いなさいという指令を一発出してくれたら、ものすごく助かるわけです。これはもちろん医師会が中心になるべきなのですけども。

従って、そういう歴史的なものもありますので、あくまでも医師会が中心になってやるべきだと思いますが、そのへんの行政からの働きかけがもう少しあってもいいかなと現場で僕らは感じています。そこで、1. の①の下から3行目「さらに、糖尿病対策推進会議など既存の～」というところの「さらに」の次に、「行政側からの協力により」とか「働きかけ」とか、そういう言葉を入れていただくと、そういうニュアンスのことが含まれるのかなという気がします。文言は後で考えるとしまして、そういうことを少し入れていただきたい。

「3. 一次情報 - 標準化されたデータ収集に基づくデータベース構築～」とありますが、