

これは先ほど野田先生が言われましたように、臨床研究の重要性と、それから人材育成をすすめる人が必要だと思います。最後の「それに追加項目を付加するというデータ収集体系が望ましい」の次に、「臨床研究の支援がこのために必要であり、また人材育成が重要である」というようなことを付けていただくことが、日本のこういう方面の研究を進める上で非常に重要なのではないかと思います。

(野田先生)

二見先生いかがでしょうか。

(二見先生)

冒頭ご挨拶の中で申し上げました通り、私たちは糖尿病などをターゲットとした地域の支援事業を進めていこうとしています。その場合、活動の拠点というものがどうしても不可欠になります。既に核になる拠点として「栄養ケア・ステーション」を平成14年度から各県に整備して来ましたが、一応、現在まで47都道府県すべてに設置しましたが、現実には都道府県栄養士会が地域の末端まで、このような場を広範囲に持っているわけではありません。

そのため、これからは都道府県栄養士会を中心にそれぞれの県のいわば支店網をつくらなければ、この問題は解決できないだろうと思っています。これは1団体でできることではありません。限りなく多くの関係団体と、そして何よりも行政からの支援が必要になるかと思っていますので、ぜひ地域の人たちの健康の確保という観点から、この問題を考えていただければいいかなと思っています。

(飯島委員)

1の①のグランドデザインのところですが、糖尿病療養指導士制度とあります。これは私の理解の中では、例えば薬剤師であったり病院に勤めている方がこのような指導の資格が取れると理解しています。

今、院外処方箋が1年間に大体7億枚ぐらい出っていて、糖尿病の患者さんの処方箋も結構多い中で、われわれ開局薬剤師がこの資格を取れないのです。というのは、病院に勤務していないとこの試験を受ける資格がないのです。何か仕組みの中で考えていただくと、人的資源で有効活用ができるのではないかなと思っています。ぜひよろしくをお願いします。

(野田先生)

私が先ほど申し上げた、保健指導をしている人は療養指導士を取れない、あるいは継続できないという問題は、飯島先生のご発言、調剤薬局の薬剤師の方々と共通する面があって、そのあたりの切り分けをどういうふうにしていくかというところについて、齋藤先生、いかがでしょうか。

(齋藤先生)

つい去年の暮れ（平成19年12月28日付）に厚労省医政局長名で通知が出ましたが、医療の役割分担という点で捉えたらどうかと思うのは、医師はご承知のように大変忙しい。そうなってくると、医師をサポートしてくれるコメディカルの人を養成することの大切さが出てくる。

そのときに、今は確かにCDEのシステムがあるけれども、そうではなくて、もう少し大きな、日本全体として考える。例えばご承知のように、去年の医政局長からの通知で、医師の指示が事前にあれば看護師さんが処方を変更することができるのです。ああいう考え方が進んでいっているわけですから、この文章の下から4行目「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」だけではなくて、それ以外の人的資源の養成の具体的な方策が必要なのですよという言い方をするのも、1つの手ではないかと思っています。

(野田先生)

つまり糖尿病療養指導士制度など、そういう人的資源のというような、広めるということですね。

(齋藤先生)

左様でございます。

(野田先生)

ただ、それはそうかもしれませんが、これはこの話題ではないと思いますが、例えば保健所に転勤にすると継続できないとか、それと同じような問題がいろいろなところにあるのだろうなと思っていたのです。

(齋藤先生)

あのシステムそのものは、糖尿病の専門の先生の下でという条件がついていますから、そこが活着しているのですね。だからといってそこを全くはずしてしまうのも、またかなり議論しなければならないと思います。

(野田先生)

確かに名前からいっても療養指導士なので、別の予防指導士みたいな人がいらしてもいいのかなという気がしないでもありません。病院に限らないところの人材をどういうふうを活用させていただくかという問題かなと思います。

(齋藤先生)

おっしゃる通りです。例えば特定保健指導も人材難になるでしょうから、そういうふう大きく捉えるべきではないかと思っています。

(野田先生)

井伊先生、いかがでしょうか。先生のお立場からのコメント等がございましたら。

(井伊先生)

今のコメディカルの部分ですが、コメディカルの最も大きな集団としては看護師がいると思います。看護師に関しては、糖尿病療養指導士もそうなのですが、糖尿病認定看護師もいます。しかしながら、まだ150名弱というのが実情ですので、こういうところに150人ぐらいの数があがるのがどのくらいの意味があるのかとも思いながら、でもここを強化することで、重症化防止ということについてはかなり貢献するのではないかなと思います。そういう意味でも、コメディカルの研修・教育が重視されるということにおいて、これがどのくらい具体になるのかが大事なことだと思いました。

それから先ほど武田先生がお話しされたことで、これは糖尿病診療体制の構築に関する研究なので少し内容が違うのかと思いますが、ご本人が自分でコントロールできるかどうかということがすごく大事で、そういう意味では国民にもっと賢くなっていただかないといけないという部分を、この中には触れないのかなとは思いました。

先ほどから診療マニュアルのお話が出ています。そういう内容について、患者さん自身がどのくらい知ることができるのかということについても取り上げていただければなと思いました。

(野田先生)

診療マニュアルを患者さん自身がどれだけ知るところは。

(井伊先生)

自分がどういう治療を受けることができるのか。どういうふうになったら、どういう治療が次に進んでいくのかということの情報を患者自身が持つことについて、ここの課題ではないのかなと思いながら伺っていました。

(野田先生)

二次情報の発信というところは、国民一般向けの情報発信も想定していますので、4.に入るかなと思います。具体的に記載させていただこうかと思います。

(野田先生)

先ほどから糖尿病対策推進会議の医師会、学会、協会という話がありましたが、歯科医師会も重要な柱として今度一緒にやっていただけるということです。江里口先生、いかがでしょうか。

(江里口先生)

コ・メディカルの資格という問題が出たのですが、病院という大きな組織はいいのです

が、地域の診療所の中で、もしこういう人たちがいないと糖尿病の総合的な治療ができないというような足かせが、今、日本の保健のシステムでは考えられるときがあります。看護師さんも専門性のある看護師さんがいっぱいいらっしゃるので、そういう方をうまく利用していくという形で、あまりいろんな資格を細かくつukらないほうがいいのではないかなという気がします。歯科医師会でいいますと、衛生士がいないと保険点数が取れないというのは、今すごく細かくやられているので、われわれとしては非常にナーバスになっているところがあります。

それから私どもの歯科医師会でも、ガイドラインとマニュアルとかガイドとか、この手のものがごちゃごちゃになっていまして、各学会もごちゃごちゃになっています。われわれのところだけがそうなのかと思っていたら、糖尿病も同様な面があるということをおうかがって、非常に心強く思っています。やはりガイドラインの定義が非常に難しく、先ほど最先端のものを書いていくのがガイドラインというのですが、それだけでもないのがあります。われわれもQ&Aみたいな形で、専門でない人に対しての薄いマニュアルをつくって行うことが非常に大切だと思っています。

それから武田先生のご発言に関連して、これは私事ですが、私の母が糖尿病になって、20年ぐらい地域の内科の先生に診てもらっていたのです。ずっと大丈夫だといっていたのですが、急に調子が悪くなって専門の先生のところに行ったら、かなり重度になってしまっているという。診てもらった先生がどのぐらいの知識をきちんと持っているかということも非常に大切なので、最低限のマニュアルはどうしても必要です。国民がそれを知ること。それからこの前に、糖尿病の学会から出されたマニュアルに、歯周病と同じように、患者さんがこの疾病に対して認めたくないというのをどうやって認めさせるかということが大切なのだということが書いてありました。歯周病に対しても本当にそうだなと思ったので、いかにそういう情報をきちんと、糖尿病は怖くないのだといったら変ですけども、インスリンを打ったからといってそれがすぐに死を意味するのではないといったアナウンスをきちんとするのも、生活習慣病には必要なのではないかなと感じました。

(野田先生)

ガイドラインとマニュアルをごちゃごちゃにしたのは私の責任なのですが、ただ、おっしゃるように、ガイドラインという言葉の多義性があるということも一面の真理だろうと思います。藤本先生、今日ご出席されまして、いかがでしょうか。

(藤本先生)

広い分野にわたり、非常にディスカッションが進んでいるかと思えます。

われわれは病院なので合併症が進行されている方が集まる場所ですが、そういう方を診ていて思うのは、受診を中断されていることが多いということです。はっきりいって、(中断なく) かかりつけ医の先生にかかっているだけでも患者さんとしてはエリートの方ではないか。そうではない方もまだいっぱいおられるわけです。

そういうところを今回の特定保健などで何とか受診率向上につなげられるような、患者さんに対してそういうふうにお知らせするような啓発活動と申しますか、ジェネリック薬品を見ていると、そういうものはわりと最近ではテレビによるイメージ作戦も大切ではないかと思えます。患者さん自身も賢くなるというか、受診しないと損だよと思わせるような施策も重要ではないかと思っています。

(山内先生)

私は学会のほうで、例えば学会強化委員会がありまして、そこでもそれぞれ医師は本来、両方に所属しているものかと思えますが、協会のほうは患者さんが主体となっていることが非常に重要視されていると思えます。

仕組みがたくさんありすぎるところ、複雑になっていることも、もっと分かりやすい方法に統一していくほうが総合的に見たときによろしいのではないかと申すことで、既存のものを利用していくというときに、地方によってももちろん違うのですが、それぞれの地域で確たるものをしっかり統一していくことも非常に重要かなと思っています。

定期健診に関しても、委員会に参加させていただいているのですが、何人かの先生からご指摘がありましたように、大丈夫だよと言われ続けていて、病院を受診した頃には非常に重かったということは、健診をしてくださっている一般の先生方と、患者さんもしくは国民の皆さんがどのようなときに行くべきかということまで十分、情報が伝わっていないのではないかと申すことは、非常に重いところだと思えます。

先生から聞いたお話で安心するだけでなく、健診の結果を示すようなところに、情報として1行でも2行でも触れるとだいぶ違うのではないかなということ。それは普通の診療でもそのように感じているところです。

(野田先生)

先ほど今後の進め方についてというお話をしましたが、本日の議論を踏まえて、報告書要旨(案)をさらに書き込ませていただいたものを各先生方に送らせていただきまして、それと前回および今回の議事録をもちまして、報告書のような形にしてこれが公になるという形になります。今後の進め方は、そんな感じでよろしいでしょうか。

(岡村先生)

先ほど藤本先生が言われたこととも関連するのですが、受診されない方がかなりいらっしゃいます。全然別の脳卒中をターゲットにした研究をやっているのですが、病院に来られている患者さん以外の方が健康に関する情報源をどこから得ているかという調査を1回はしておかないと、どういうふうに情報発信したら伝わるのかが分からないというところがあります。

例えばホームページをつくりましたとやると、脳卒中の場合は症状を的確に知っているかどうかというのをエンドポイントにすると、インターネットで得ている人は非常に正答

率が高くて深いのですが、実は利用者の人口に占める割合は大きくない。逆に、ほとんどの情報がテレビや新聞から入っています。この場合、正答率は低くなるのですが、利用している人の範囲が広い。要は、狭いけれども深い情報源と、浅いけれども広い情報源と、2通りある。

それから残念ながら、例えば講演会とか主治医から聞いたということになると、当然、興味のある人と患者さんしかかかりません。したがって、住民基本台帳から無作為抽出した集団を全国3カ所で取ったこの研究では、かなり低くなってしまいます。受けていない人に来てもらうには別のアプローチも必要ではないか。一般の人は情報を一体どこから得ているのかということは、見ておいたほうがいいかなと思います。

(野田先生)

しみ込むように全体に伝えるのは、わが国でもどこでも難しいかもしれませんが、そういうことも考える時期に来たのかなという気がします。

6. 閉会挨拶

研究代表者 国立国際医療センター 糖尿病・代謝症候群診療部長 野田光彦

極めて短期間に、班の構成から会議のお集まりへのお願い、それから会議の開催という運びでございましたが、短い間に非常に充実した議論ができたのではないかなと、前回、今回とも感じました。

班会議は本日で最後ということになりますが、引き続き、ご出席の諸先生方にはご教授を賜りたいと思います。

今後、この後継研究が首尾よく厚労科研として採用されますと、実際これをインプリメントしていくような研究を今後させていただくことも想定されますので、引き続きご支援を賜りまして、わが国の糖尿病対策という、非常につかみどころのないようなものを何とか全体的に充実したものにしていければと思っています。今後とも引き続きよろしくお願い申し上げます。本日は遅くまでどうもありがとうございました。

追記（野田光彦）

以上に基づいて検討を加えた報告書要旨を完成させたので、次頁に掲示する。これは本報告書冒頭のものと同ーである。

報告書要旨（再掲）

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メン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・地域行政機関（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）、糖尿病認定看護師など、人材の効果的な活用と活性化も重要である。さらに、行政側からの働きかけにより、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。

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。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・特定保険指導の全体評価や、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。

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

①マニュアルの内容

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く、このような双方向性に着目する必要がある。

②マニュアルの受け手について

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

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というデータ収集体系が望ましい。

エビデンスの創出のためには研究の支援体制が重要であり、そのための人材の育成を常に念頭に置く必要がある。

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。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。

生活習慣、生活習慣病に関する信頼に足る正しい情報発信、国民や患者の視点に立った情報発信、国民の自己啓発に繋がる情報発信や広報が重要である。

5. 関係領域との連携のあり方について

予防の領域、循環器領域といった隣接領域、また、行政との連携が重要である。

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。

< 資料編 >

1. わが国の糖尿病診療体制の構築に関する研究 ～ 研究趣意 ～

野田 光彦

(国立国際医療センター 糖尿病・代謝症候群診療部長)

平成19年度厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究

わが国の糖尿病診療体制の 構築に関する研究

研究趣意説明

主任研究者 野田光彦
(国立国際医療センター糖尿病・代謝症候群診療部長)

平成20年2月7日

於：東京 KKRホテル 10F平安の間

「新健康フロンティア戦略」

新健康フロンティア戦略賢人会議の開催について
平成18年11月9日
内閣官房長官決裁

新健康フロンティア戦略賢人会議メンバー

座長 黒川 清 内閣特別顧問
春日 雅人 日本糖尿病学会理事長・
神戸大学医学部附属病院院長
高橋はるみ 北海道知事
張 富士夫 トヨタ自動車株式会社取締役
役員長
土屋 了介 国立がんセンター中央病院
院長
土井美和子(株)東芝 研究開発セクター技
監
服部 幸應 服部栄養専門学校校長・医
学博士
増田 明美 スポーツジャーナリスト・
元マラソン選手

本会議

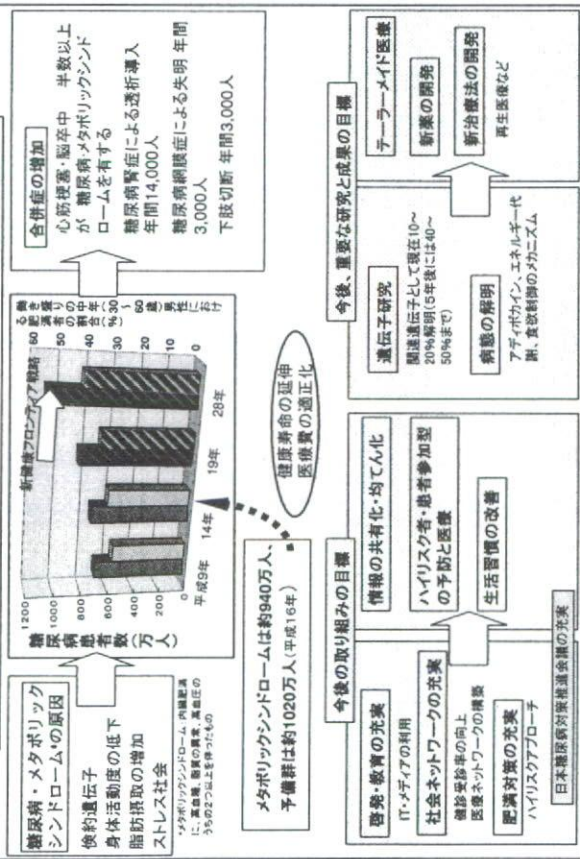
4 分科会

- ・子どもを守り育てる分科会
(第1分科会)
- ・女性を応援する分科会
(第2分科会)
- ・働き盛りと高齢者の健康安心分科会
(第3分科会)
- ・人間活動領域の拡張分科会
(第4分科会)

新健康フロンティア戦略 働き盛りと高齢者の健康安心分科会 (厚生省から国立国際医療センターへのヒ アリング)

平成19年 1月 11日
国立国際医療センター
臨床検査部長 野田光彦

糖尿病・メタボリックシンドローム対策の推進

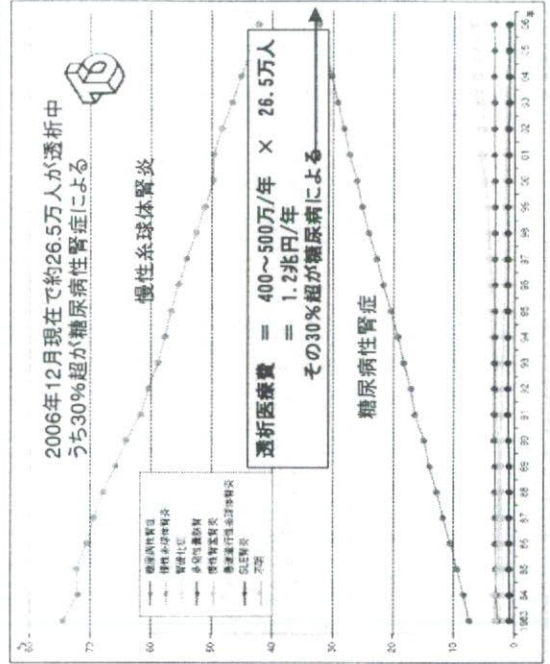


問題点

- 心筋梗塞、脳卒中患者の半数以上が糖尿病またはメタボリックシンドロームを有する。
- 糖尿病は心筋梗塞、脳卒中を倍加させる(前項)のみならず、網膜症(→失明)・腎症(→透析導入年間約15,000人)など細小血管合併症(microangiopathy)の原因でもある。
- ことに、糖尿病性腎症による年間透析導入は全体の40%超と原因疾患の第1位であり、全世界の透析患者の約15人に1人(約6%)が日本の糖尿病性腎症患者者である。

透析患者の主要原疾患の割合推移

日本透析医学会資料



透析患者の国別統計(2001)

| 国別 (透析人口順) | その国の 全人口 (百万人) | 世界の 総人口に 占める% | 透析患者 数 (千人) | 世界の 全透析患 者に占め る% | 人口百万 人中の透 析患者数 |
|---------------|----------------------|---------------------|-------------------|---------------------------|----------------------|
| #1 アメリカ | 279 | 4.5% | 288 | 25% | 1,030 |
| #2 日本 | 127 | 2.1% | 220 | 19% | 1,730 |
| #3 ドイツ | 83 | 1.3% | 54 | 5% | 650 |
| #4 ブラジル | 175 | 2.8% | 54 | 5% | 310 |
| #5 イタリア | 58 | .9% | 42 | 4% | 730 |
| 6位~15位 | 1,785 | 28.8% | 243 | 21% | 140 |
| 16位~120位 | 3,179 | 51.4% | 240 | 21% | 80 |
| 121位~232位 | 503 | 8.1% | 0 | 0% | 0 |
| 合計 | 6,190 | 100% | 1,141 | 100% | 平均 185 |

Statistics by Fresenius Medical Care Co.

糖尿病性網膜症

わが国の中途失明(年間約3,000人)原因の第2位

- #1 緑内障 25.5%
- #2 糖尿病性網膜症 21.0%

平成17年度厚生労働省難治性疾患克服研究事業

1級(失明)及び1級+2級の主要原因疾患

(1年間、抽出率

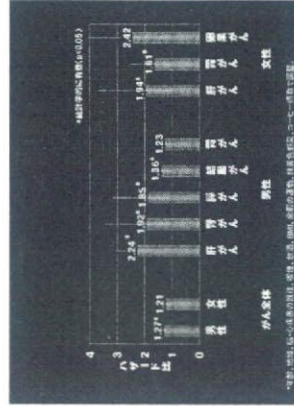
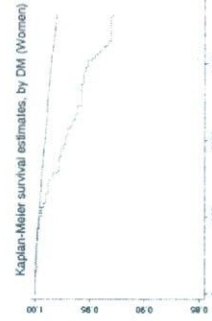
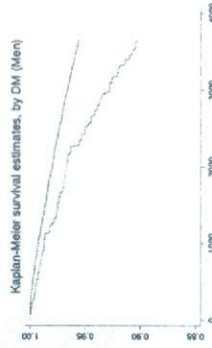
12.4%)

| 主要原因疾患 | 1級 割合(%) | * % | 1級+2級 割合(%) | * % |
|--------|-------------|-------|----------------|-------|
| 緑内障 | 90 | 25.5 | 238 | 25.8 |
| 糖尿病網膜症 | 74 | 21.0 | 157 | 17.0 |
| 網膜色素変性 | 31 | 8.8 | 184 | 20.0 |
| 高度近視 | 23 | 6.5 | 59 | 6.4 |
| 白内障 | 16 | 4.5 | 23 | 2.5 |
| 黄斑変性症 | 15 | 4.2 | 46 | 5.0 |
| 脳卒中 | 10 | 2.8 | 16 | 1.7 |
| 外傷 | 6 | 1.7 | 16 | 1.7 |
| 角膜混濁 | 4 | 1.1 | 7 | 0.8 |
| 先天性の障害 | 3 | 0.9 | 13 | 1.4 |
| 全体 | 353 | 100.0 | 922 | 100.0 |

* % 原因疾患別総数に対する割合

平成17年度 厚生労働科学研究 難治性疾患克服研究事業
網膜脈絡膜・視神経萎縮症に関する調査研究

糖尿病と死亡・がん (厚生労働省研究班による多目的コホート調査の結果から)



(←左) 糖尿病は生命予後を短縮する(自己申告による糖尿病の有無と全死亡との関係)
Noda M, et al: 厚生労働省 平成18年度研究成果発表会抄録

(↑上) 糖尿病のあるものでは癌罹患が増加する(自己申告による糖尿病の有無と癌罹患との関係)
Inoue M, Iwasaki M, Otani T, Sasazuki S, Noda M, Tsugane S: Arch Intern Med 166: 1871-1877.

糖尿病・メタボリックシンドロームの合併症と各危険因子との関係(喫煙、肥満ほかを除く)

| | 血糖 | 血圧 | 脂質 |
|-----|-----|----|-----|
| 冠疾患 | △ | ◎ | ◎ |
| 脳卒中 | △ | ◎ | △～○ |
| 網膜症 | ◎ | ◎ | △ |
| 腎症 | ○～◎ | ◎ | ×～△ |

◎、○、△、×の順に関係が強い

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 イノベーションの目標

①体質指標とそれに基づいた治療・予防について

1. 体質指標とは、遺伝子多型*にとどまらず、すべてのバイオマーカーを包含するものを想定する。
2. 大規模遺伝子解析による分子疫学的研究により、体質的素因を明らかにする
3. これらは臨床に還元され、また創薬にもつながりうるものである。
4. また、治療と予防のいずれにも役立てられるものである。
5. とくに、自身の体質に関する情報を得ることは、予防・治療の動機付けにつながる。

*: とくに、日本人における糖尿病の関連遺伝子として、現在、寄与度において全体の10～20%が既知であると考えられる。5年後にはこれを40～50%とすることを目標とする。

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 イノベーションの目標

| | 前期('07～'11)の目標等 | 後期('12～'16)の目標等 |
|---------------------|---|--|
| (A) 技術 (研究開発を含む) | ① 個々人の体質指標を明らかにする ② 新規治療に関する臨床試験ネットワークを構築し、臨床試験の施行を開始する | ① 個々人の体質指標に基づいた治療・予防を可能にする ② 臨床試験ネットワークから得られた結果を臨床応用する |
| (B) 提供体制 (施策を含む) | ① 上記(A)に基づき情報の均てん化のための情報発信ベースを組織する ② 上記(A)に基づいて、医師・医療スタッフの、メタボリックシンドローム・糖尿病に関する研修ネットワークを確立し、標準的された医療の拠点病院における均てん化を図る | ① 上記(A)に基づく情報発信により知識を認知せしめ、社会において共有化する ② 上記(A)に基づいて、医師・医療スタッフの、メタボリックシンドローム・糖尿病に関する研修ネットワークを拡充し、医療レベルの全国的な均てん化を行う |

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 イノベーションの目標

①体質指標とそれに基づいた治療・予防について

例えばは飲酒と2型糖尿病発症との関係は、BMIによって異なる

| | BMI < 22 kg/m ² (n = 3345) (Odds ratio (95% CI)) | 22 kg/m ² ≤ BMI < 25 kg/m ² (n = 9671) (Odds ratio (95% CI)) | BMI ≥ 25 kg/m ² (n = 1497) (Odds ratio (95% CI)) |
|-----------------|--|--|--|
| Alcohol intake* | | | |
| ALC 0 | 1.00 (reference) | 1.00 (reference) | 1.00 (reference) |
| ALC 1 | 1.04 (0.55, 2.01) | 1.12 (0.50, 1.56) | 1.08 (0.79, 1.46) |
| ALC 2 | 1.71 (1.03, 3.06) | 1.16 (0.53, 1.63) | 1.24 (0.89, 1.73) |
| ALC 3 | 2.89 (1.63, 5.11) | 1.17 (0.53, 1.64) | 1.03 (0.73, 1.40) |

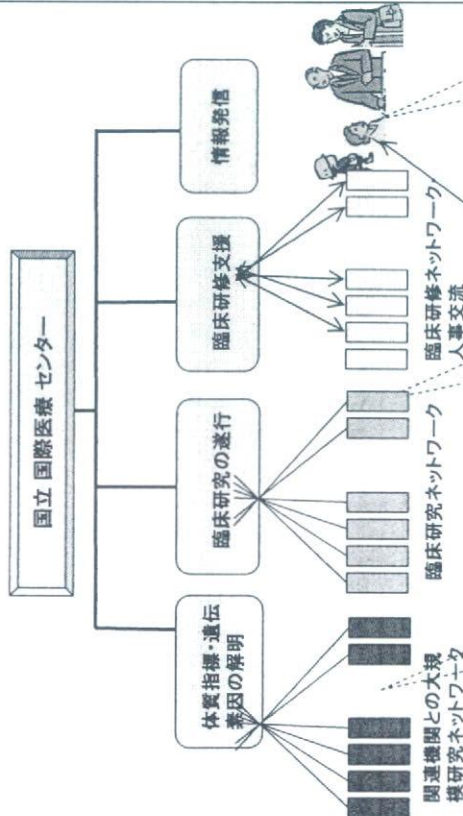
*Alcohol intake (g/day of ethanol): ALC 0, 1, 0; ethanol < 25.0; ALC 2, 25.0-49.9; ethanol < 50.0; ALC 3, ethanol ≥ 50.0. Adjusted for age, BMI, cigarette smoking, exercise, family history of diabetes and prevalent hypertension.

Waki K, Noda M, Tsugane S, et al. Diabetic Medicine 22: 323-331, 2005.

新健康フロンティア戦略 『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 においてNational Centerが担うべき役割

- ① I. A. の前期・後期の(1)、すなわち、個々人の体質指標の確立と、それに基づいた治療の確立への貢献
新たな体質指標を明らかにし、分子疫学的解析による遺伝素因の解明を行う
- ② I. A. の前期・後期の(2)、すなわち、臨床試験ネットワークの中心として役割
喫緊の臨床試験をリードし、新たなエビデンスを創出する
- ③ I. B. の前期・後期の(1)、すなわち、情報発信センターとして役割
予防・治療に関する正しい情報を発信し、啓発、動機付け、知識の流布を図る
- ④ I. B. の前期・後期の(2)、すなわち、メタボリックシンドローム・糖尿病臨床研修センターとして役割
医師・医療スタッフの研修とそのネットワークにより、医療レベルの全国的な均てん化を実現する

新健康フロンティア戦略 『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 においてNational Centerが担うべき役割



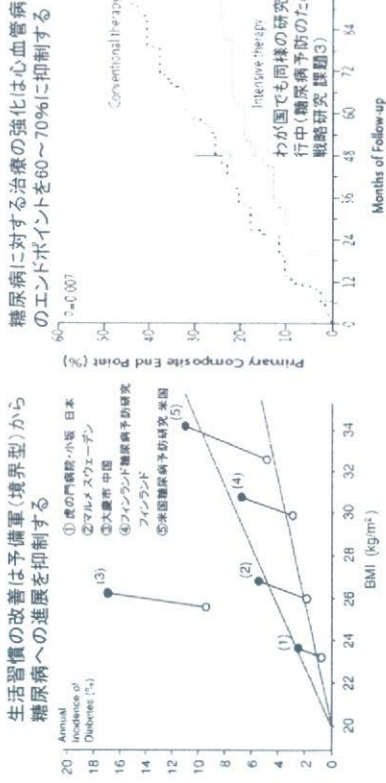
『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 戦略の到達目標('16)(成果)

- ① 40代～50代における心筋梗塞、脳卒中を30%減少させる
- ② 糖尿病による新規透析導入を、減少の方向へ転じさせる*

*「歯止めをかける」という表現も可能。「歯止めをかける」とは、2016年において新規透析導入がほぼ横ばいしない減少傾向にあることを含意する。

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 戦略の到達目標('16)(成果) — 設定根拠

- ① 40代～50代における心筋梗塞、脳卒中を30%減少させる

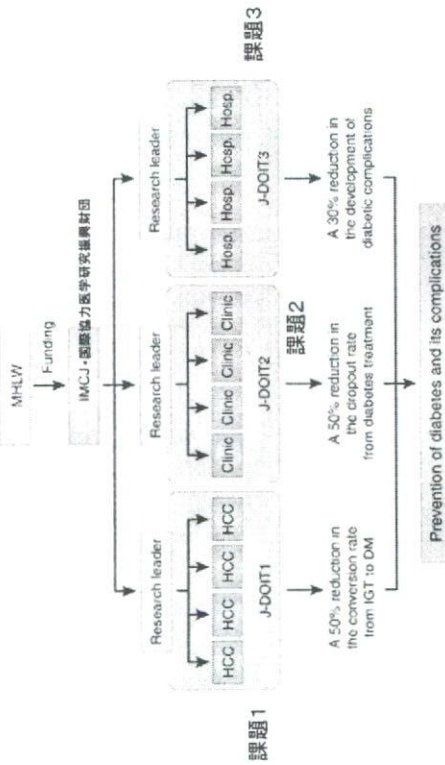


Kosaka K, Noda M, Kuzuya T. *DRCP* 67: 152, 2005
設定根拠: 糖尿病に対する治療強化は心血管病のエンドポイントを60～70%に抑制したが(右図)。これは臨床研究においてであり、適用はこれよりさらに効果的かつ持続的である。この部分を、糖尿病そのものの発症抑制(左図)には人口の約1割を占める予備軍からの発症抑制を示す)と体質指標に基づいた治療・予防により補完する。

Gaede P, et al. *NEJM* 348: 383, 2003

糖尿病予防のための戦略研究

J-DOIT1, 2, 3 Japan Diabetes Outcome Intervention Trial

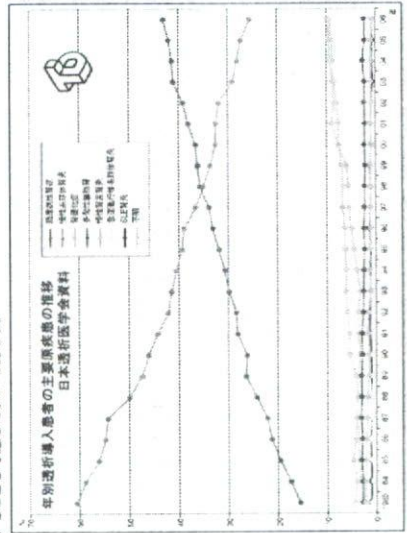


Aims and organization of J-DOIT studies. HCC: health care center, IGT: impaired glucose intolerance, DM: diabetes mellitus, Hosp: hospital.

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題 戦略の到達目標('16) (成果) - 設定根拠

② 糖尿病による新規透析導入を減少の方向へ転じさせる

現在、糖尿病による新規透析導入は(2006年は年間14,968人)増加の一途を辿っている。有効な施策がとられても、効果発現には10年程度を要すると考えられ、今回の新戦略ではこれに歯止めをかけることを目標とする。なお、今後の移植医療の増加を展望に入れば、新規透析導入・腎移植の総和を、達成目標の指標とすることも考慮してよいであろう。



『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題
具体的施策の内容(国民運動を含む)

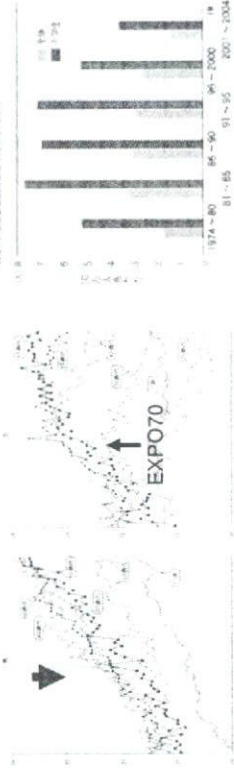
- ① 幼少時から成人に至るまでの健康教育、食育による国民の健康意識の向上
- ② 個人の健康行動に対してインセンティブを付与する社会システムの開発

キーワードはインセンティブと健康意識の向上

『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題
具体的施策の内容(国民運動を含む)

- ① 幼少時から成人に至るまでの健康教育、食育による国民の健康意識の向上
について

日本人の体格の変化(BMI)の推移
小・中学生10万人当たりの2型糖尿病の発見頻度(東京都)



男性のBMIは増加し続けている。女性では1970年頃を境に、年齢層によらずBMIが減少に転じている。これは何らかの文化的なターニングポイントがあったことを推測せしめる(減少しすぎる傾向への対策も必要)。

東京都では学校検尿をきっかけに発見される2型糖尿病が減少している。これは、最近の肥満児童数の減少が関与しているものと考えられる。

「新健康フロンティア戦略」



「糖尿病等の生活習慣病対策の推進について」

(中間取りまとめ)案

平成19年12月27日

糖尿病等の生活習慣病対策

の推進に関する検討会



本日の厚生科学特別研究

問題点

地域診療連携・情報発信と地域の体制
① 地方プロック拠点病院を核とした糖尿病診療のグラ
ドデザインのあり方について

EBMの構築と地域の体制

- (データ収集・臨床研究/支援・マニュアル化)
- 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
- ③ 一次情報一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

情報発信に関する他組織との連携

- ④ 二次情報一情報発信のあり方について (関係団体との
連携体制を含む)
- ⑤ 関係領域との連携のあり方について (国の機関、諸団
体との連携を含む)

問題点

地域診療連携・情報発信と地域の体制

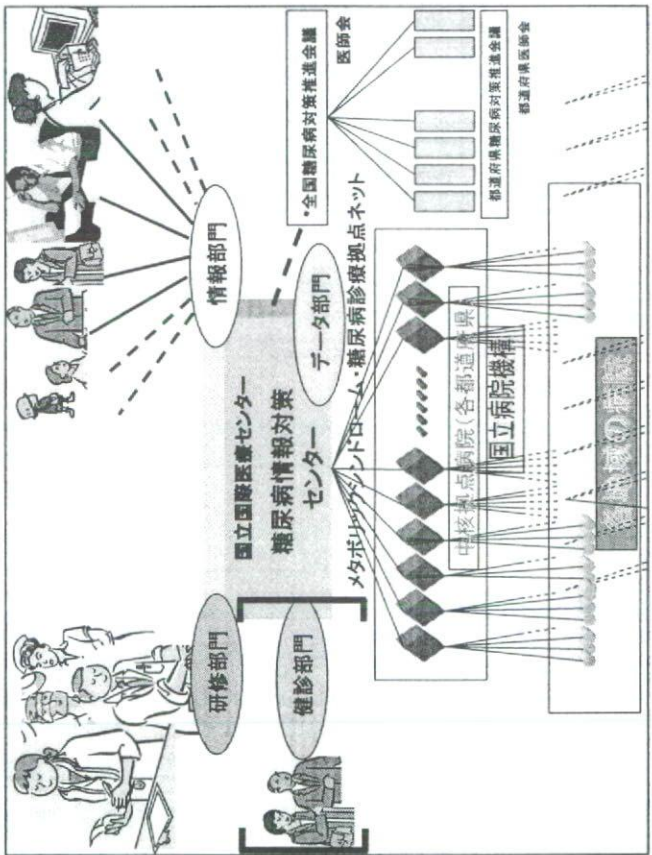
- ① 地方プロック拠点病院を核とした糖尿病診療のグラ
ドデザインのあり方について

EBMの構築と地域の体制

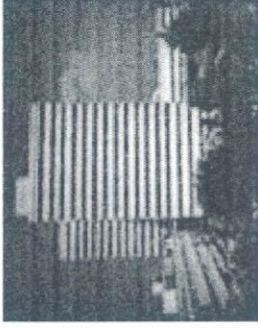
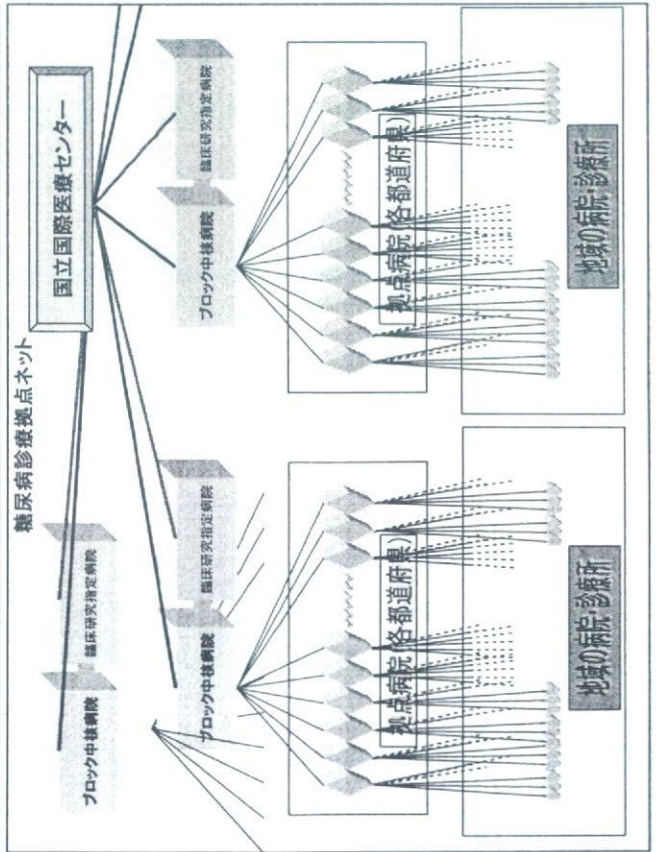
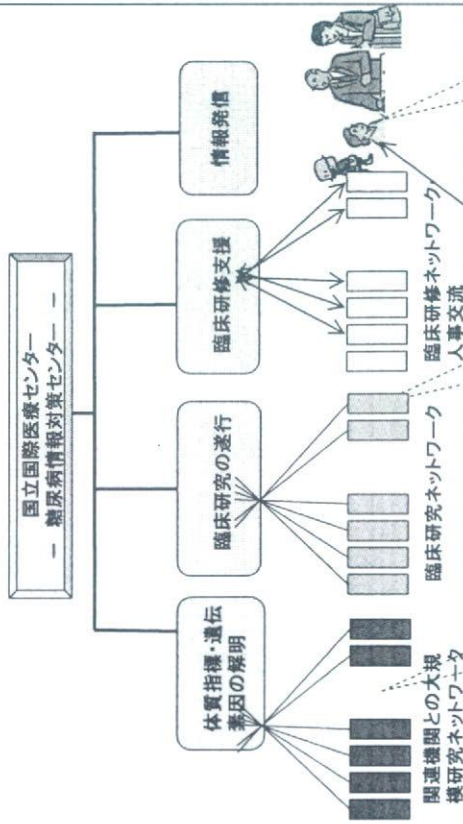
- (データ収集・臨床研究/支援・マニュアル化)
- ② 地域連携を前提とした診療マニュアル (診療ガイドラ
イン) のあり方について
- ③ 一次情報一標準化されたデータ収集に基づくデータベ
ース構築を通じたエビデンス確立の可能性について

情報発信に関する他組織との連携

- ④ 二次情報一情報発信のあり方について (関係団体との
連携体制を含む)
- ⑤ 関係領域との連携のあり方について (国の機関、諸団
体との連携を含む)



新健康フロンティア戦略
『メタボリックシンドローム、脳卒中・心筋梗塞』に関連する課題
においてNational Centerが担うべき役割



国立国際医療センター
International Medical Center of Japan