

(谷澤)

可能とは言いません、理論的には可能です。

(野田)

それを実際にやっておられるわけですね。今のところ、うちの病院では無理でしょうね。

(梶尾)

私たちの病院では、電子カルテシステムはデータの二次利用が可能でデータマイニングが出来るということになっていますが、実際にはその電子カルテシステムを用いて臨床データベースを作成するのはほとんど不可能です。現在、私たちの病院は新しい病棟を建て替えておりますが、それに伴ってデータの二次利用がしやすい電子カルテシステムに変更して欲しいと思っています。

(野田)

わかりました。そういうことで、フォーマットに関しては、JDCP、JDCS、それからJDDM等を参考に、まずは専門病院向けに、特にここにご参加してくださっている先生方の病院のような病院向けのたたき台を作成して、見ていただいて、その後、専門、一般の診療所も含められるか検討して行こうかなど。今ちょっと思い出したのですけれども、昨年度の特別研究のときに、小林先生が、網膜症は何分類かと、そういうものも施設ごとに違って問題だということをおっしゃっていましたが、論文を書いたときに世界に通用する、わたくしどもは論文を書くことのみを前提にしているわけではありませんが、おそらくそういうこともあると思うので、そのあたりとか、いろいろ細かい点は幾つもあると思いますので、それにつきましては、今後またやりとりさせていただくということになると思います。

(山本室長補佐)

1点だけ、今後お話しされる地域パスやマニュアルの件で1点質問があります。

高橋先生にちょっとお伺いさせていただきたいのは現在、新宿区の医師会とどのようにやりとりをされているのでしょうか

(高橋)

医師会の糖尿病を特に担当している先生も、今、むしろ、特定保健のほうでかなり忙しくて、この次のパスの話も9月ぐらいにもう1カ所出しましょうかという話になっているので、今日ご提示したもの以上には、現状では進んでいないというようなところです。いずれ、診療報酬の部分というのは、使い勝手のいいものとして、お互い、連携の必要性というのは医師会の先生も感じていらっしゃるって、区内では糖尿病以外の幾つかのパス、前立腺とかがんなど、実際やっとうまくいっている例もありますので、そういったものに類似した形で、とにかく診療報酬がつく・つかないにこだわらず、使いやすいもので稼働しましょうという話にはなっています。各大学病院の先生方の連携をやっている方からも、流れとしてはこんな形でいいのではないかなというようなご賛同の意見は幾つかいただいています。そういうふうな現状です。ですから、医師会の、糖尿病、あるいは連携をやっている施設には、ある程度定期的な会合を持ってやっているというのが現状です。

(笹月)

どうもありがとうございました。

(野田)

続きまして私が主任研究者の笹月先生の代理で作成いたしました、スライドの30枚目あたりに、「病院患者登録（病院集約的）」と書いたのは、ここに笹月先生がご提案のゲノム情報も、レトロスペクティブにゲノムを見るといった、これはちょっと先々のことになりますが、そういうようなことも含めましてあるのかなと思いました。

(2) 臨床エビデンスをベースとしたマニュアル作成について

(野田)

一番目のフォーマットはそういうことで、2番目の臨床エビデンスをベースとしたマニュアル作成についてですけれども、どんなポイントについてデータを抽出して、それをマニュアル化していけばいいかというような、これは少し先のことになるかもしれませんが、実は、私が以前から思っているのは、糖尿病網膜症は、年に1回診るといっているのはある程度糖尿病が進んだ人で、例えば、健診でここから血糖値が上がったとわかっている人である程度のコントロールであれば、最初の5年ぐらいは眼底検査をしなくてもいいのではないかと。そうすると、相当医療費の節減になるのではないかと。また、経口薬の使い方というのが、実は経験に基づいてやっているという、そんな気がするのですけれども。

(寺内)

私は神奈川県で勤務していますが、保険医協会、神奈川県内科医学会という実地医家の先生たちの学術団体の臨床研究に関わっています。専門医、病院勤務医、実地医家の先生たちが、どういった経口糖尿病薬や降圧薬を、ジェネリックも含めて処方しているのか、横断的に調査するというので、果たして先生がおっしゃるような違いがあるのか、1つのエビデンスを出す仕事に今年関わりました。ただ、そのときに、先生がおっしゃられたように、どのくらいの先生方に参加していただけるか、やっぱりモチベーションはそれぞれ違いました。ただ、実地医家の先生が実地医家の先生に働きかけると、3割くらいの方に協力していただけて、すぐに5,000名単位の結果が集まりました。私たち専門医が実地医家の先生に働きかける場合、モチベーションがもっとわくような形でやっていけば、効率ももっと上がるし、エビデンスとしても意味あるものになると思います。

(野田)

そのデータがまとまって、皆さんにこうかいてできるようになるのはいつごろなのですか。神奈川県である種類の経口薬をどれだけ使っているか、とか、そういうようなことですね。

(寺内)

実際に、神奈川県内科医学会ではことしの3月に発表して、内容の一部は『メディカルトリビューン』で取り上げられました。もっと大規模な調査をこれからやる計画もありますし、血圧、糖尿病に関する部会でフォローアップスタディを行うことも考えています。

(野田)

ほかにこういった点がマニュアルで重要だというようなことがございましたら、ご提案をいつでもいただければと思います。

(相澤)

今、野田先生がおっしゃったようなことは、さっきの1番とリンクすると思いますけれども、健診で見つかった、例えば、3年以内に糖尿病に、見つかったではなくて、なったことが明らかな人の場合は、5年に1遍しか目の検査をしなくても、あるレベル以上のディアベティス・レティノパシーが出る確率は0.01%以下であるというのは出るはずですよ。だから、まさにそういうことを、先生が、あるいはこの班の方々が、リストアップしてみればよろしいのではないですかね。

(野田)

そうですね、眼科の先生は善意でやっておられるのだと思いますけれども。

(吉岡)

先生がおっしゃる網膜症の話ですけれども、以前、私が勤務しておりました市立札幌病院というのは、網膜症の硝子体切除が年間100件以上あるのですけれども、その中で数年にわたって患者さんを調べましたら、従来から言われているのですが、その網膜症で硝子体切除をする患者さんの半分以上の方は健診で糖尿病だとわかっているのです。それは、男性の方が7割ぐらいで、女性の方が3割ぐらいで、あわせて5割ぐらいです。ただ、最初に健診でわかっても内科を受診するのが大体平均10年でして、眼科は15年後になってしまうのです。

(野田)

健診でわかってから10年後に。

(吉岡)

内科に初めて行っているのです。ですから、内科の医者に相談するのが10年で、しかも、その内科の医者は眼科に行けと言わないのです。

(野田)

そういうことはちゃんと書いておかないといけませんね。

(吉岡)

それはレトロスペクティブな問題ですけれども、そういうことが一番の問題なので。アメリカのガイドラインによると、異常がなければ網膜症は2年に1遍というふうに書いていますが、あれもあんまり根拠がない2年に1遍で、半年ごとに行ったほうが良いという私たちの意見は、もっと根拠がないのだと思うのですが。

(野田)

何もないのに半年で行くのってなかなか大変ではないですか。

(吉岡)

半年に行けと言っても患者さんが行かないのですよね。ですから、そういうことはとても重

要なことだと思うのです。ただ、マニュアルをつくる時に、メタボリックコントロールが糖尿病の基本ですけれども、私がいつも疑問になるのは、HbA1cの7と8と9はどう違うのか。7と9が違うということは、DCC TでもJDC Sでも網膜症に関してはわかっていますが、7と9は違うけれども、8はどれぐらい悪いのだとか、6にするとどれぐらいいいのだということがわからないと、マニュアルをつくったときに、その有効性というのは問われるのではないかと思うのです。そうでないと、今までと同じように、何でも代謝がよければいいほうがいいみたいな、それはいいのかもしれませんが、現実あまり役立たないのではないかと思うのです。ですから、アウトカムをただ出すにはすごく時間がかかりますので、そこが難しいところだと思います。

そういう意味では、野田先生が先ほどおっしゃられた、プロスペクティブなデータも大切だけれども、少なくともレトロスペクティブなものでこれぐらいのことが言えるということも、そのマニュアルを最初につくる上では大切ではないかと思えます。

(野田)

朝日生命のデータで、吉田洋子先生とか、羽倉先生、赤沼先生が、かつてのデータで、初診時のHbA1cとその後の網膜症の進展との関係を論文にしてDRCPに出しておられますけれども、ああいうように、過去のデータを見ればわかることはある程度あるのですよね。そこが非常に重要なのではないかなと一面思いますね。

さてそうしますと、何を行うかべきかと、実際にそれを行うようにする方法とはまた別で、こういうふうにするべきだということを提案して、それをまた地域で実際に行っていただくようにする方策は、さっき寺内先生からお話がありましたように、だれに声をかけるかとか、そういう人と人との関係とかもあると思うのですけれども、また、吉岡先生がおっしゃった、眼科受診を勧めていてもなかなか受診していただけないということはあると思いますが、しかし、この間隔で受診すればいいというのは出ますね。確か、昔、JAMAに、アメリカの、網膜症で発症後何年間は、何年ごとに眼科受診をすると医療コスト的にどれだけ得だとか損だとかというのがありましたけれども、まず、そういうのを出して、それを実地診療として具体化するの、もう1つ先のステップになってくるのかなと思います。

今検討している2番目の課題に関しましては、先ほど相澤先生がおっしゃいました、ポイントをみんなで挙げあうというか、我々が診療している間にこういうことがわかったら紹介元に帰しやすいとか、例えば、GAD抗体が弱陽性の人をどうするかとか、あれなんかも非常に困る問題なのです。そういうようなポイントを挙げていただければということで、この2番目のテーマのところは終わらせていただきます。

(3) 地域における糖尿病診療体制（地域連携パス）について

(野田)

地域における糖尿病診療体制については、既にかなりここで話題になりまして、実際は具体化するの非常に難しい面があるけれども、先ほど退席されましたけれども、山本さんが最後におっしゃったようなことなのだろうと思います。

(相澤)

連携パスの件、さっき高橋先生からいろいろ詳しくご説明いただいて、ありがとうございます。ですが、正直、私は気になりつつお話を伺っていた点があるのですが、均てん化ということと、いろいろなところでやっぱり主治医の判断に任せざるを得ない、これは現実そうだと思うのですが、診療所主治医の判断を重く見れば見るほど均てん化ということが難しくなってくるという側面があると思うのです。もちろん、幅広くこういうことを実現するためには、第一線の診療所の先生方のご判断ないし、実際のこれへのインボルブメントがなければだめなわけなので、均てん化と言っていることの中身は、お話を聞いていると、ボトムラインを設定すると。ミニマム・リクワイアメントと言ったら大変失礼かもしれませんが、どうやってもこうやってもここ以下にはしないでねというところを設定するので、上乘せする部分をどこまで上乘せするかは先生方のご判断でだと思えるのですけれども、そうではないかなと思って聞いていました。

それから、もし、そのボトムラインすら「おれは嫌だ」と言ったら、それはおりていただくしかないのではないかと。それをしないと、均てん化って、患者さんのためからしても、さっき先生が少しお触れになりましたけれども、「あそこの医者、やばいぜ」みたいなことは、残念ですけれども、現実に日本ではあると思うのです。おりてもらおうというのは、そういう意味ですけれども、この一定のパスに乗っていただくからには、ここまでは守ってくださいねと。それをあんまり高くするのはもちろん論外だと思いますけれども、そういうことも必要ではないかなと。

それから、もう1点は、私たちの地域で、自然発生的なパスで診療所の先生が大学をご紹介になったりしたときに、必ず大学病院にくっついてくる先生がいるのです。週1回ぐらい患者を見に来るのです。もちろんそれは、「どうぞ、どうぞ」と言って見ていただいているのですけれども。患者さんだけが رفتったり来たりしますと、先ほど山本先生がおっしゃっていたように、患者さんの不安感というか安心感、「私を診てくれたあの先生は、大学にも来ている、それで主治医とも何か話をしている」、それで患者さんがまたそこへ帰るといふ。ですから、患者さんだけが رفتったり来たりするのではなくて、現実には開業の先生は極めてお忙しいから、なかなか難しいと思うのですけれども、その次の臨床研修システムなどとも関係してくる、既に開業している先生に研修というものは失礼かもしれませんが、そういう専門的な病院に何らかの形で来ていただくようなプロセスを少しでも実現できるといいような気がします。

(高橋)

NTT東日本の林先生がつくっているDM-2 ネットですと、あそこがうまくいっている理由が、この間聞いたお話ですと、たまたま品川区の医師会のその当時のトップが糖尿病専門の先生で、かなりモチベーションの高い先生方でとりあえず勉強会を始められたというのが大きかったというふうに伺っています。あと、今お話があった点では、林先生が、「〇〇先生からの紹介です」、「あ、あの先生ですね、よく知ってます」云々、そういう病院側の先生が、医師会の先生の顔がよく見えていて、それでフレンドリーに話をすると、患者さんがついてくるということがうまくいっている要因だと、この間おっしゃってました。実際に、新宿区医師会でも糖尿病研究会ということで、女子医大ですとか、厚生年金とか、そういった先生方、あるいは看護師との勉強会もついこの間やったりしていますけれども、そういった医師会、コメ

ディカルを含めた地域内での勉強会を通じて、お互いの顔がよく見えるようにとかとおっしゃっていて、ミニマム・リクワイアメントというのは、そういった最低限の知識をクリニックに先生にも知っていただいて、ボトムアップといいますかレベルアップ、最低限のところを確保していくと。ただ、それでもなかなか難しい先生に遠慮していただく場合もあると林先生もおっしゃっていたので、難しい先生がいらっしゃるということも確かにそのようです。

(野田)

寺内先生、2時20分に退席されるということ。

(寺内)

1点だけいいですか。今、先生方が指摘されたことに関してです。私たちの病院で週2回カンファランスをやっている際に、糖尿病が専門ではないけれども、どうやって患者さんの病態を把握して、マネジメントを考えるか、そのプロセスを勉強するために、朝8時からのカンファランスに来られる先生がいらっしゃいます。それぞれの地域で実情は違うと思いますが、地域の基幹病院などで、糖尿病のマネジメントをどうやっているのか検討する症例検討会に参加していただくというのは、ただ単に講演会をやったりとか、勉強会をする以上に意味があるのではないかなと思います。

あとは、この地域連携パスというのは、はっきり言って、地域によって実情が全然違うので、東京都内の恵まれている環境と、それこそ基幹病院に1人の専門医がいなくて、そこに1,000人、2,000人来られても、正直言って対処できないところでは、全く同じような連携システムは成り立たないと思うので、そのあたりを配慮されたやり方というのが必要ではないかなと思います。

(野田)

恵まれているといいますか、病院がたくさんありまして、ある意味競合しているという。それで、地域連携パスの仕組みも緩やかなものになっていくというのはありますね。確かに先生がおっしゃったように、うちのカンファにも来ていらっしゃるクリニックの先生が1人いらっしゃるのですけどね。寺内先生、どうもありがとうございました。

地域における糖尿病診療体制については、理想と現実ということがありますし、開業の先生にどこまで診てもらおうか、どこまで期待しようかというものもあると思うのですね、インスリンはどうか、その辺も含めて、また地域ごとにも違うので画一化できないかもしれませんが、これはちょっとここで討議しても難しい問題点があるということがわかったということで次に進みます。

(4) 臨床研修システムの整備について

(野田)

4番目の臨床研修システムの整備についてですが、1つは、メディカルと、もう1つコメディカルの研修も必要だと思うのですが、具体的にこういうことをすると研修の実が上がるというような、皆さんの豊富なご経験からそういうものはございますでしょうか。ロールプレイングのようなものをするとか、いろいろあると思うのですけれども。メディカル向けには、尿中

アルブミンを何か月かに1遍ははかりましょうとか、そういうことで行けると思うのですが、足のケアとか、そういうのはなかなか実地に示さないと難しいというところはあるのだろうなと思います。

いずれにしても、対象としては、ポピュレーションアプローチと、それから、ある程度得意としている人のさらにレベルアップというのもあるでしょうし。どなたもそうだと思いますけれども、私も昔は内科全般を診ていて、その当時は全体的についていっていたものが、今はもう専門分化してきて、自分の専門以外のところは、はっきり言ってあまりよくわからんということもよくあるわけで、そうすると、開業の先生が全部の分野についてあるレベルまで常にキャッチアップしていけるというのは非常に難しいのだろうと思うのですね。そういう意味では、そういう先生方に、一昔前はこうでしたが今はこうですよというようなことで啓発する講演会的なもの、あと実地訓練的なもの、それから、さらにもっとレベルの高い先生方には、最新の情報というようなことになるかなと思いますが、それを全部やっていくのも大変ではありますが。そんなふうに思いますが、ご意見はございますか。

(相澤)

先生もご存じかと思いますが、がんプロフェッショナルとの関係では、学生向けの話ですけれども、モデル・コア・カリキュラムに、ネオプラズム、平仮名で書く「がん」というものを修学的に理解させるプログラムをやってくださいということを書いたのですね、今回。それで、いわゆる統合的な意味での腫瘍、つまり胃がんはこうやるのだではなくて、がんの疫学やら、R a s、オンコジーンの話から緩和ケアまで、全部というようなものを、カリキュラムとして医学部医学科でやってくださいなということ、文科省が書いて、この前、やっていますかというアンケートが来たのですが、書いてすぐやっているところはまずほとんどないと思うのですけれども、そんな動きがあるのですね。

先ほどの脳血管障害、心筋梗塞、悪性腫瘍、糖尿病、厚生労働省が4つ挙げてというようなことから言うと、もしですけども、笹月先生班として、そういうことも必要であるというようなことを発信していただけると、もちろんご卒業になってから、実地に出てからのキャッチアップも大事ですけど、まずはそういう学部教育のレベルで、医者たるもの、糖尿病についてこのぐらいは、ミニマム、知っておいてねみたいなの、そういうのを示すというのもある程度効果はあるかもしれないと思いますけれども。

(笹月)

それは、文科省へのメッセージということですね。それは大事なご意見だと思います。

(野田)

そういう発信もしていければいいと思います。

それから、専門医のガイドブックってありますね、専門医を受けるための。あれを読んでも、詳しく書いてあるのですが、実地診療上はどうなのかというところもちょっとあるような気が以前からしているのですけれども。メディカル向け、また、糖尿病療養指導士のあれみたいなものも、テキストをまたつくることになる、屋上屋を重ねることになるかもしれません。

先生が今、がんに関しておっしゃったようなものの糖尿病版みたいなものがあるといいなという気も今したのですけど。それはずっと先のことになるかもしれませんけれども。

それと、また、糖尿病の治療も、今すごくドラスティックに変わりつつあるといいですか、インスリンも変わるし、DPP-4阻害薬とかも出ますし、そういう意味で、テキストやシステムをつくっても何年かに一遍は変わっていきますよね。そういうことで、研修システムを常に新しいものにリバイズしていく必要はあるのだろうと思います。

(梶尾)

研修の対象者や内容は研修システムの方法によって変わると思います。研修システムの具体的な発信の仕方や、研修した効果のチェックの仕方とかシステムのツールとか、デバイスの利用の仕方を工夫することによって様々な職種やレベルの対象者を相手にすることが出来ると思います。臨床研修システムの整備の点では、ITを使うなどして、すそ野を広くするという必要性は十分あると思います。

(野田)

例えば、インターネットでセルフ学習といいますか、問題をやっていくと、自然に糖尿病のことがわかるようなものをつくるか、いろいろと膨らんでいって、非常にいいのですけれども、とりあえずは講演会形式のものをやるのだろうと思います。梶尾先生のおっしゃることには非常に賛成ですし、私の申し上げた、本をつくるというのも、これは、ここでしゃべっているのは簡単ですけれども、なかなか難しい面もあります。

(梶尾)

システムの方法や利用の拡大によってはすそ野を広げ、さらに全体のレベルの底上げをするということに繋がると思います。これは病診連携のほうにもつながっていくところもあると思います。

(野田)

おっしゃるとおりだと思います。非常にそう思います。それは、本研究の3~4年目の課題という感じがしますね。最初のうちは、当面、講演会を企画するみたいなことになって、ここにご出席の先生方にご協力を仰ぐこともあるかと思えますし、お忙しいのをさらに忙しくということになるかもしれませんけれども、よろしく願いいたします。

(5) 臨床データの収集の今後の方向性について

(野田)

最後に、臨床データの収集の今後の方向性についてですけれども、具体的にここに挙げたのは、これから本当にどうしていくかということなのですが、つまり今までのまとめになると思うのですが、研修システム、地域パスは少し先のこととして、ことしはまずデータフォーマットを、やりとりする中で決めさせていただいて、まずは、私どもの施設で少しトライアルをして、そして、それをフィードバックしながら完成形に、病院タイプのデータフォーマットに持って行くということかなと。その次に、開業の先生からちょうだいする、それを簡素化した、一部を用いるようなフォーマット、それから、入院施設のない専門病院は、おそらく病院バージョンの入院でしかできないものを落としたような形で含まれることになるだろうと思いますし、あと、エンドポイントを見るとなると、心筋梗塞を何で把握するか、MONICA基準

かとか、いろいろ出てきて大変かもしれませんが。

谷澤先生、いかがでしょうか。

(谷澤)

私もさっき診療データベースからというふうに申し上げたのですが、落としてくるためのシステムは一応用意しているのですが、ただ、個人情報の保護の問題、いろいろあるのですが、その落ちてきたのをどういうふうにあとを整理して、定期的にその患者さんにタグをつけて、それも検査していないと落ちてきませんし、そういうシステムをちょっと考えるだけでも大変かな、でも、逆に汎用的なのをつくっておくといいなとさっきから空想しているところです。

(野田)

汎用的で欠損値があるという形でしょうかね、汎用データベースで欠損値を認めるというか、たしかにそんな形で、先ほど申し上げたような方向で、この夏の間進めさせていただこうと思いますので、またご連絡をさせていただくことがあると思います。

それから、さっき触れさせていただいたゲノム情報ですが、安田先生、いかがですか。

(安田)

ゲノムの場合は、多分、プライバシーに引っかからない形で集められるかというところと、今お話があったように、臨床情報のほうでも、個人情報の関係、時系列的にひもづけするのが難しい部分と、ゲノムとをいつつなげるか、難しいところだと思うのです。また、ゲノムはただ1点でとればいいので、症例が或る程度まとまった時点で、「いっせいのせ」でとるという形、あるフェーズで組み入れる形が現実的だろうと。海外のいろいろな臨床研究で、後からゲノム情報をくっつけるときも、大体、先行した研究のある時点でまた研究計画を立てて、断面的にゲノムを一気にとっているという形が多い。ある程度、モデルとなる集団なりパネルが決まったある段階で、データをとり終わった最後にゲノムだけとるという形が、今の日本の形では現実的ではないかと思います。特にこういういろいろな施設を絡める場合だと、多分、そういう形ではできないのではないかなという気がします。

(野田)

どうもありがとうございました。

いろいろお話を伺ってまして、新保先生にはまたいろいろとお世話になると思いますけれども、糖尿病のご専門ではない立場の、新保先生、ご専門の臨床疫学の立場から、例えば、論文の、二次情報のまとめ方とか、いろいろお世話になると思いますけれども、ご意見を賜ればと思います。

(新保)

マニュアルの作成とか、ガイドラインの作成の方法などを参考にできるところが多々あるのではないかと思うのです。ガイドラインの作成ですと、ある程度、もう一定の作成の方法というのが定まっていますので、例えば、クリニカルクエスチョンをつくって、それに基づいて、文献を評価して、まとめてというような、一定の方法が定まっていますので、そういうのを参考にしながら、マニュアル作成の方法もめどをつけておけばいいのかなという気はいたしました。

た。

あとは、地域連携パスにしましても、マニュアルにしましても、それがいいものかどうかという評価が興味深いし、重要なかなという気はいたしました。病院の評価というのはあるのですけれども、診療所の機能評価というのはなかなか普及していなくて、そういうところもできると班研究の活動として非常にいいのかなという気はいたします。

それで、包括的なデータをとるのは非常に大変かもしれないのですけれども、一部のプロセスの評価ということであれば、現在、糖尿病戦略研究のDOIT2で行っているようなものがプロセスの評価になると思いますので、そういうのはDOIT2のシステムを含めて利用できる可能性があるのではないかなという気がちょっといたしました。

(野田)

診療達成目標をどれだけ達成しているか、血圧を何割はかっているかとか、そういうことですね。

(新保)

そうですね。

(野田)

そうすると、それを収集したりフィードバックしたりする仕組みが必要になってきますね。自己申告でもいいのでしょうか、やっぱりだめでしょうね。

(新保)

いろいろな評価指標があるかと思いますので。

(野田)

わかりました。ありがとうございました。

第1回ということで、広くご討論いただいたわけですが、そろそろ時間でもございますが、最後にご意見はございますか。

(稲垣)

きょう最初に説明があったところで、各都道府県の医療計画の問題がありますよね。現在、各都道府県ではその策定の真っ最中だと思うのですけれども、今、行政側も、京都府の場合ですと、どうしても軸足ががんのほうに行っていて、まだまだ糖尿病に関しては十分理解してくれていないと。その中で、例えば、地域連携パスに関して、これからどうするのかというのが1つの課題になっていますし、それから、専門に治療できる施設をどう情報開示していくかという問題がありますよね。この班研究で話し合ったことが、あるいは成果がそういうところに反映できればいいな。我々も今、行政側と話をしている、例えば、地域連携パスにしても自発発生的にはあるのですが、先ほど相澤先生からありましたように、ベースとなるボトムラインは必要だろう、そういうところをどこかで決めてやっていかないと。それで、あんまり遅くなって、各地域でばらばらのものができ上がってしまうと、今の電子カルテと一緒に標準化するにはものすごいエネルギーが要するということにもなりかねないので、その辺は急ぐ必要があるのではないかなという気がします。

(笹月)

例えば、肝炎は、我々は引き受けるときに、肝炎に関してこういうミーティングを行ったのですが、地域の地方自治体、それから医師会、それと大学、そういうものが一緒になった連絡協議会みたいなものがあるのですね、糖尿病にもありますよね。

(野田)

糖尿病の場合、糖尿病推進会議ですね。

(笹月)

ところが、厚労省といろいろ話を詰めますと、厚労省から地方自治体に、言うなれば指導するとか命令するとかの権限がないというのですね。地方自治体の自主的な立ち上がりが必要だということですので、厚労省から各地方自治体に命令を発するということはどうも難しいらしいのです。ですから、その地方自治体の基幹大学なり、あるいは基幹病院が中心になって医師会、地方自治体に強く働きかけるというのが、どうもスキームみたいなのです。

(野田)

稲垣先生がおっしゃるように、やっぱりモデルみたいなのを示して、こういうふうにやっってくださいというのを、エビデンス云々もありますが、とりあえず示して、ホームページから見られるようにするとか、とりあえずのものを出すというのは、先ほどの電子カルテのお話のような状況にならないためにも必要かもしれないと思いました。

ほかはいかがでしょうか。

(稲垣)

もう1つ、相澤先生が先ほどおっしゃっていたがんプログラムの話ですね。生活習慣病でああいうものというのは、私は非常に重要だと思います。我々は、大学にいと専門分化していて、例えば、糖尿病というのは、生活習慣病のネットワークで非常に中心的な存在なのですね、眼科であったり、循環器であったり、それこそ脳卒中もそうですよね。そういうものをちょっと行政的に後押しする。がんなどでも、ああいう予算がついて後押しすると、各大学で横断的ながんの診療体制ができて、非常に大きなインパクトを持っていますよね。ですから、その辺も非常に重要な問題だというふうに思いました。

(笹月)

それは、4疾患の中に糖尿病が入ったわけですので、厚労省からもまたいろいろな指導がいただけるのではないかと思いますので、ぜひその点はよろしくお願ひしたいと思います。

例えば、私どものセンターの病院の膠原病科の三森部長、彼が書いた自己免疫疾患のテキストブックというのは、学生、研修医、あるいはレジデントの中でベストセラーで、ものすごく人気が高いのです。ある内科の教授にその話をしましたら、自分も回診する前にあれをまず読んでから回診しますと。ですから、今度、マニュアルができたときに、そういういいテキストブック、本当にわかりやすく、あるレベルの人にも役に立つという、それがマニュアルと一緒に配られるということになれば非常にいいのではないかと。ですから、そういうものをこの2年の間に先生方のご協力で何かできればいいのではないかなという気がいたしましたので、ぜひご検討いただければと思います。

(野田)

どうもありがとうございました。

7. その他

8. 挨拶

9. 閉会挨拶

(野田)

式次第で言いますと、「その他」ですが、これにつきましては、次回開催について。

(事務局)

また改めて日程調整させていただきます。

(野田)

山本先生のご挨拶は先ほどしていただきましたので、ここで閉会挨拶ということですが。

きょうは、お休みの日に遠路からご来臨賜りまして、本当にありがとうございました。この笹月班の班研究は、日本の糖尿病診療のボトムアップと申しますか、それがよりよいものになる方向に貢献できればと思っておりますので、本日、お集まりいただきました先生方には、ぜひとも今後ともご協力くださいます、実のあるものにしていきたく思います。本日はどうもありがとうございました。

〔了〕

糖尿病患者登録データベースに関して班の見解として付記する事項：

- 1) NIPPON DATA、久山町スタディなどでも、集積データに関して多様な解析がなされている。国立国際医療センターに集積されるデータもそのような活用が望まれる。
- 2) そのような活用が可能なデータとデータベースのあり方を、実現可能性を考慮しつつ指向することが望ましい。
- 3) 将来的にはレセプトデータや特定健診のデータとの突合も考慮すべき課題であろうが、そのためには全体の体制整備が必須の前提条件となる。それをどのようにして実現するのかは、国、政府としての課題であろう。
- 4) この点で、医療保険者単位での患者登録が有用である可能性を考慮する必要がある（診療から予防までを含められるため）。
- 5) 現状ではカルテ情報を着実に収集してゆく方法が現実的であり、それ以外に効率的な手法はないと考える。
- 6) 各医療機関等の電子情報の共通フォーマット化が非常に重要な課題である。

糖尿病診療均てん化のための 標準的診療マニュアル作成と その有効性の検証

研究趣意について

研究分担者 野田光彦
(国立国際医療センター 戸山病院
糖尿病・代謝症候群診療部長)

平成20年6月28日(土)
於：東京 第一ホテル東京 アネックス楼の間

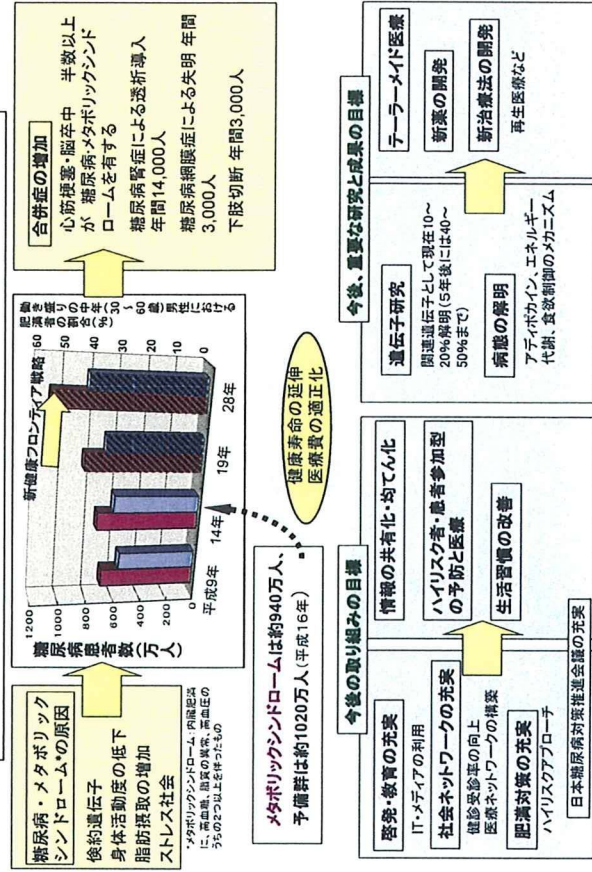
新健康フロンティア戦略 働き盛りと高齢者の健康安心分科会 (厚労省から国立国際医療センターへの ヒアリング)

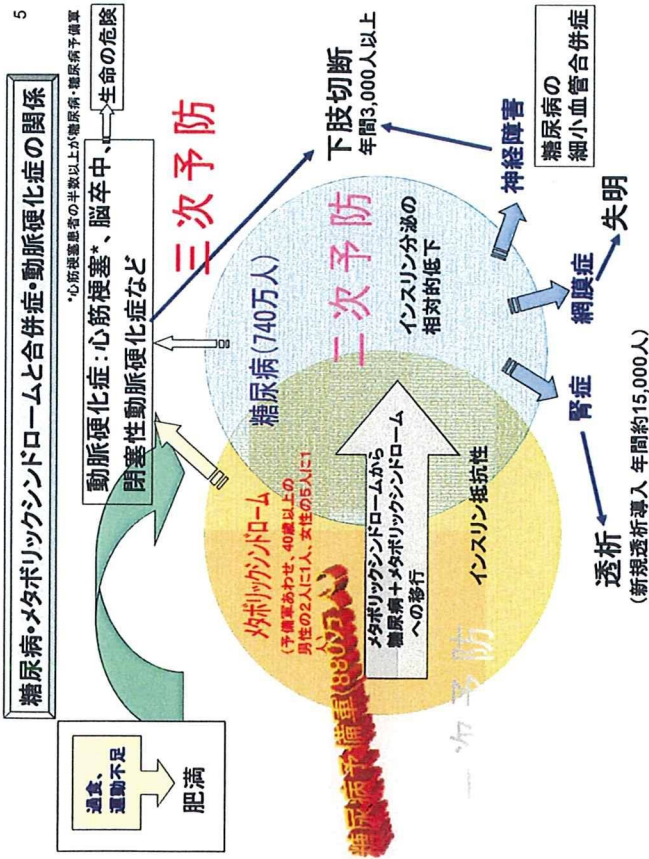
平成19年 1月 11日
国立国際医療センター
臨床検査部長 野田光彦

「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

糖尿病・メタボリックシンドローム対策の推進





問題点

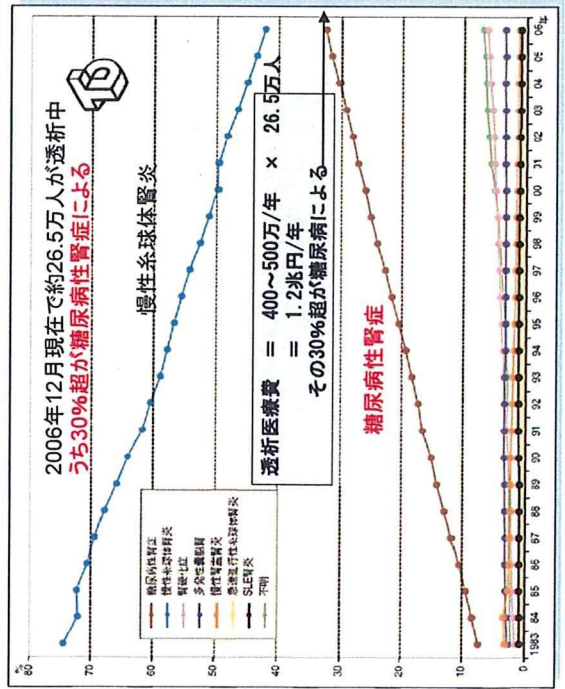
■ **心筋梗塞、脳卒中**患者の半数以上が糖尿病またはメタボリックシンドロームを有する。

□ 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

糖尿病性網膜症

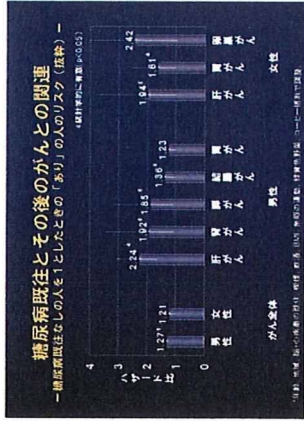
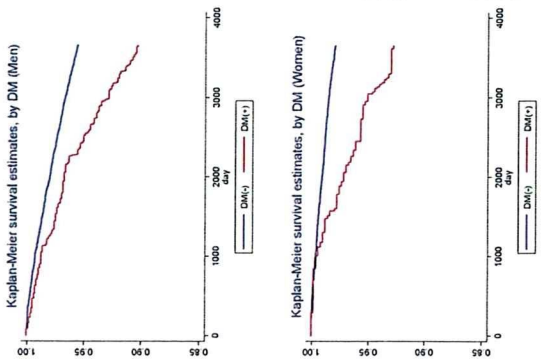
わが国の中途失明（年間約3,000人）原因の第2位

- #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

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, 2006

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	21.4	238	25.8	56.5
糖尿病網膜症	74	21.0	19.2	157	17.0	40.7
網膜色素変性	31	8.8	11.1	184	20.0	65.9
高度近視	23	6.5	14.6	59	6.4	37.3
白内障	16	4.5	24.2	23	2.5	34.8
黄斑変性症	15	4.2	8.1	46	5.0	24.7
脳卒中	10	2.8	18.5	16	1.7	29.6
外傷	6	1.7	10.5	16	1.7	28.1
角膜混濁	4	1.1	20.0	7	0.8	35.0
先天性の障害	3	0.9	9.6	13	1.4	41.9
全小計	353	100.0	17.4	922	100.0	45.3

*% 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

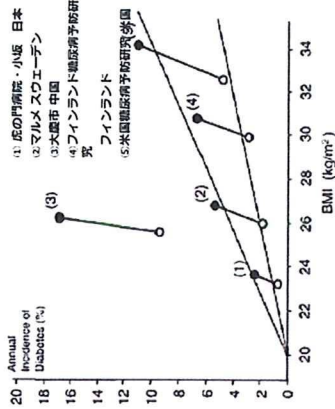
糖尿病・メタボリックシンドロームの合併症と各危険因子との関係(喫煙、肥満ほかを除く)

	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

糖尿病の予防、合併症の予防

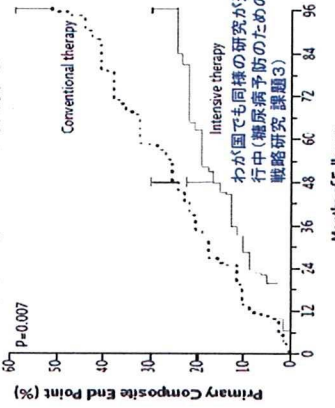
生活習慣の改善は予備軍(境界型)から糖尿病への進展を抑制する



Kosaka K, Noda M, Kuzuya T. DRCP 67: 152, 2005

設定目標: 糖尿病に対する発症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、通常はこれより小さな効果しか期待できないであろう。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)と併発指標に基づいた治療・予防により補完する。

糖尿病に対する治療の強化は心血管病のエンドポイントを60~70%に抑制する

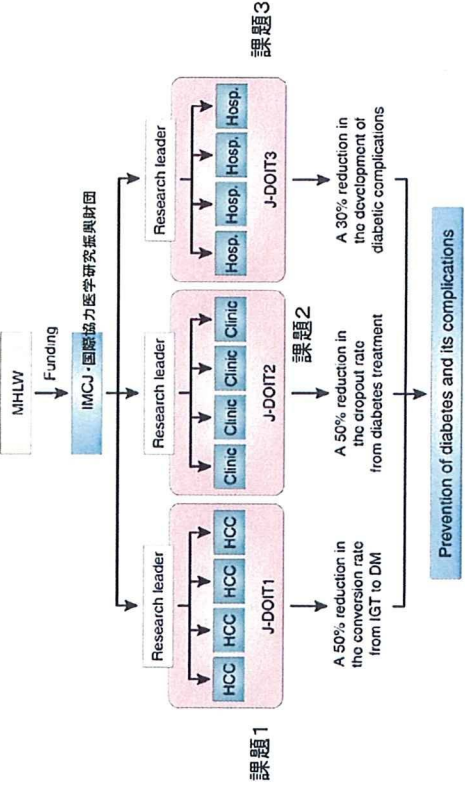


Gaede P. et al. NEJM 348: 383, 2003

わが国でも同様の研究が進行中(糖尿病予防のための戦略研究 課題3)

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, healthcare center; IGT, impaired glucose intolerance; DM, diabetes mellitus; Hosp, hospital.

「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)

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

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)

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

1. 糖尿病等の生活習慣病の現状
 - 糖尿病等の生活習慣病の増加や、高齢化の進展に伴い、糖尿病等の生活習慣病が増加している。例えば、厚生労働省「糖尿病調査報告書(平成14年度)」によると、糖尿病が増え続けているのは約740万人であり、過去5年間に約50万人増加していること、糖尿病の可能性がある者は約880万人であり、過去5年間に約200万人増加している。
 - 厚生労働省「人口動態統計(平成17年)」によると、心臓病と脳卒中による死亡数は年間約17万人で、死亡全体の15.9%、次いでがんの死2位)を占めており、このうち、急性心筋梗塞による死亡数は約4.5万人で、心臓病死全体の約26.1%を占めている。また、脳卒中を原因とする死亡数は年間約13万人で、死亡全体の11.8%、死2位の第3位)を占めている。
 - 糖尿病は、高血圧、脂質異常症とともに、脳卒中、急性心筋梗塞等の重要な危険因子である。さらに、糖尿病の合併症である網膜病変、腎臓病、糖尿病性神経障害は、患者の生活の質(QOL)を低下させることも、生命予後を大きく左右することから、特に、糖尿病は、今後の生活習慣病対策における重要な課題となっている。
 - 以上のとおり、私財において、糖尿病等の生活習慣病対策は重要な課題である。糖尿病等の生活習慣病は、適切な生活習慣や治療により、その発症や重症化を防止することが可能であり、小児期を含め、予防及び治療、治療を適切に行うことが重要である。特に、過度な運動習慣、適切な食習慣等について、国民一人一人が主体的に取り組むことが重要である。地方公共団体や関係機関は、その支援を担い、而してこれらこれらの取組を支援する仕組みを設けることが必要である。
2. 生活習慣病対策の現状及び課題
 - 糖尿病等の生活習慣病における予防対策については、昭和53年からの第一次、昭和58年からの第二次国民健康づくり計画に引き継ぎ、平成12年からの健康日本21においても取り進められてきたところである。平成18年に関係法律の改正が行われ、平成20年4月より施行される医療保険法等においても、改正の大きな柱の一つとして、糖尿病等の生活習慣病を25%減少させること、過度な運動習慣、過度な食習慣等に起因する糖尿病等の生活習慣病の予防・健康増進(特定予防・健康増進)を義務づけること、予防対策の充実・強化を図ることとしている。
 - また、糖尿病等の治療体制については、国民の健康の維持を図るために特に広範かつ適切な医療の提供が必要と認められる疾患としてがん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾患が定められ、当該4疾患の診療又は予防に関する事項が診療計画に記載されることとなった。
 - さらに、適切な生活習慣等により、予防や重症化の防止、合併症の発生を未然に防止し、生活習慣病の有病率・予後が向上していることから、平成19年4月に取りまとめられた「新健康フロンティア戦略」においては、今後、生活習慣病対策を一層推進していくために、

「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)

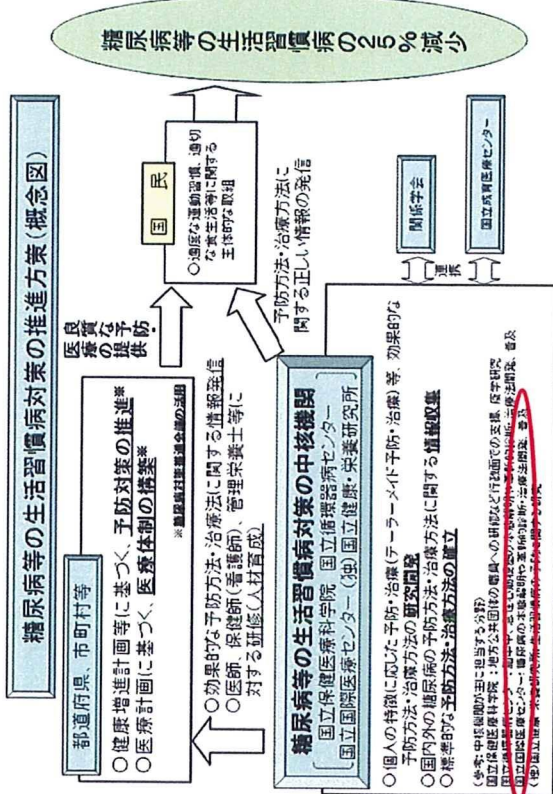
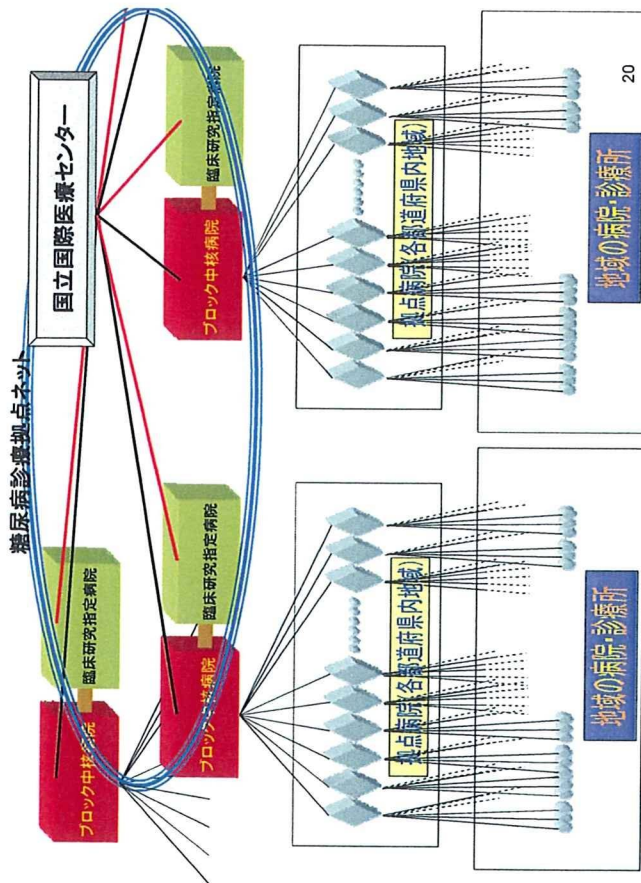
平成19年 12月 27日

糖尿病等の生活習慣病対策

の推進に関する検討会



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 (H19-特別-指定-028)

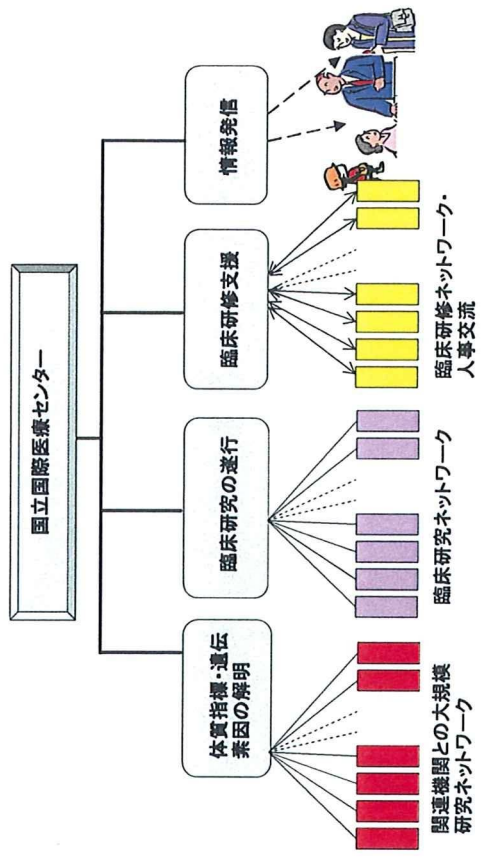
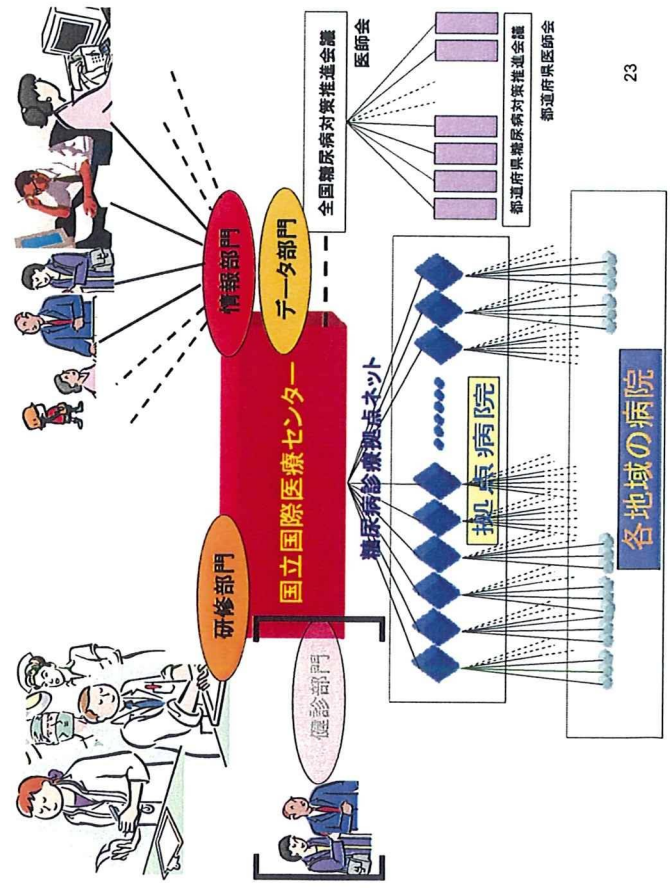
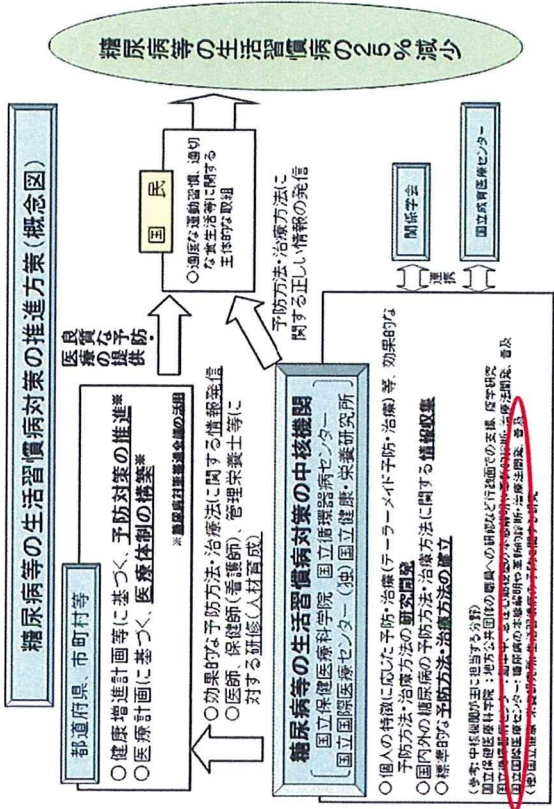


問題点

地域診療連携・情報発信と地域の体制
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

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)



本研究
 「糖尿病診療均てん化のための標準的診療マニュアル作成とその有効性の検証」(笹月班)

「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)

厚生労働科学特別研究

平成20年度～

糖尿病
情報センター事業

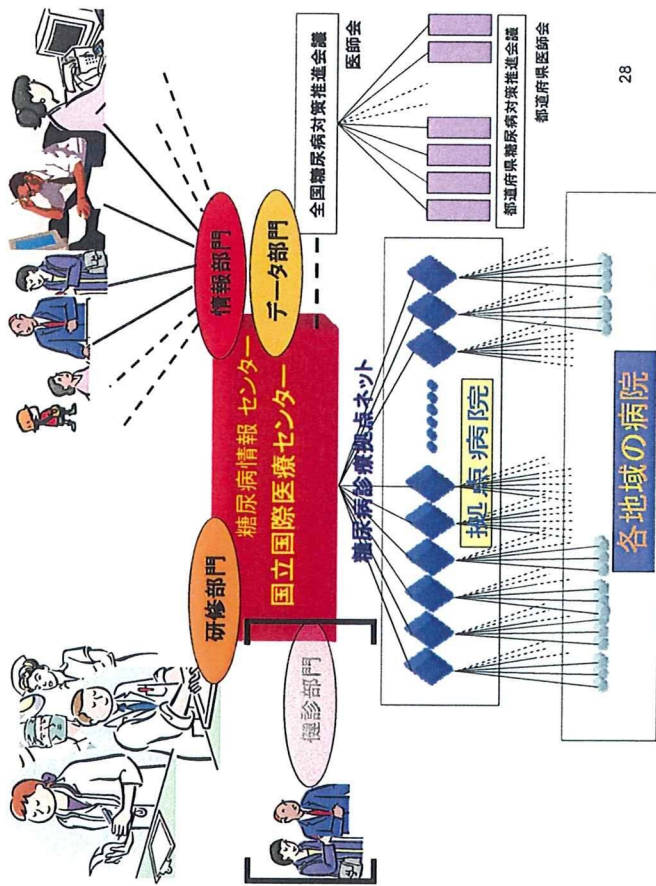
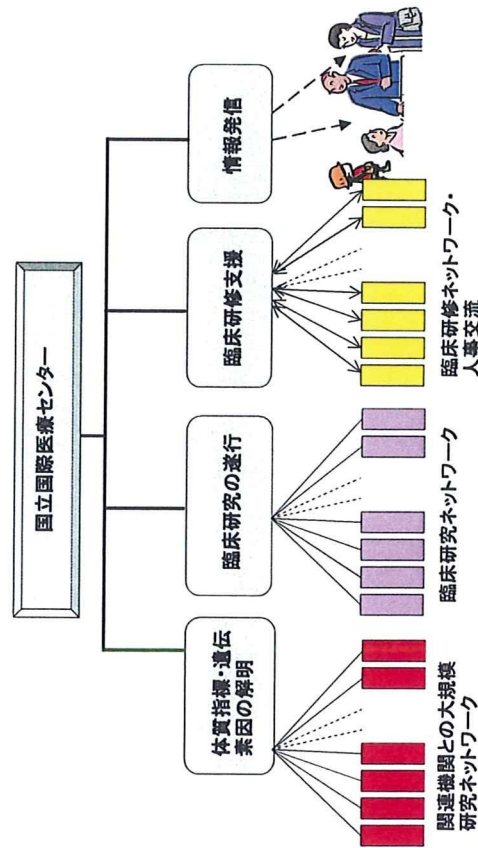
本研究
「糖尿病診療均てん化のための
標準的診療マニュアル作成と
その有効性の検証」(笹月班)

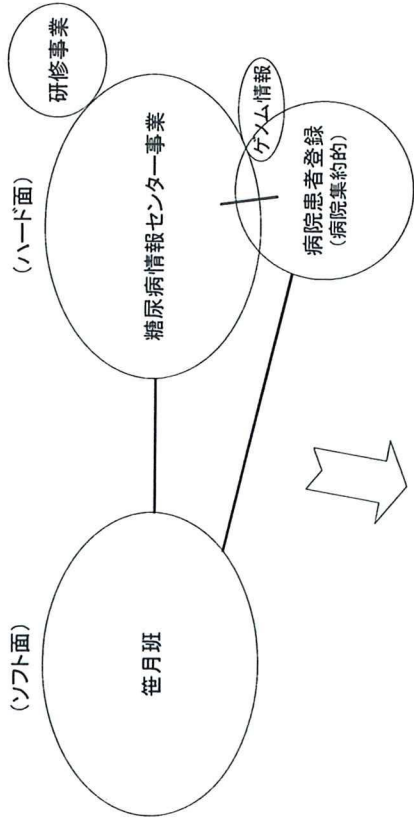
糖尿病情報センター事業 糖尿病医療従事者研修事業

広義の糖尿病
情報センター
事業



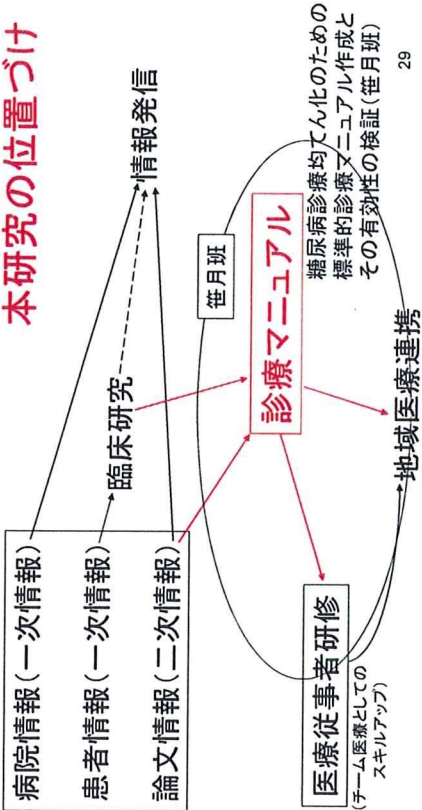
医療従事者研修
(チーム医療としての
スキルアップ) → 地域医療連携





診療マニュアルの作成
地域医療連携へ
研修へ

糖尿病情報センター事業
糖尿病医療従事者研修事業
糖尿病情報センター事業との
関係における
本研究の位置づけ



糖尿病診療均てん化のための
標準的診療マニュアル作成と
その有効性の検証(毎月班)

本研究
「糖尿病診療均てん化のための
標準的診療マニュアル作成と
その有効性の検証」(毎月班)

