

都道府県医師会生活習慣病（糖尿病・COPD 等） 担当理事連絡協議会

と き 平成 29 年 8 月 2 日（水）13：30～16：00

ところ 日本医師会館 3 階小講堂

[報告：常任理事 藤本 俊文]

挨拶

日本医師会長 横倉義武 受動喫煙防止の署名が 250 万人を超えたことに対して感謝申し上げます。国民の健康増進の観点からも生活習慣病は喫緊の課題であり、平成 27 年 7 月に発足した日本健康会議においても生活習慣病対策を健康寿命延伸のための重要な課題と位置付けて活動を展開している。生活習慣病対策は地域差が大きく、地域医師会が主導的に動く必要がある。

講演

1) COPD 対策推進の現状と課題

日本医師会常任理事 羽鳥 裕

COPD は世界の死因第 3 位である。実際に治療を受けている患者は 22 万人だが、推定患者数は 530 万人以上とされている。平成 22 年、日本医師会・日本呼吸器学会・結核予防会・呼吸ケアリハビリテーション学会の 4 者で「日本 COPD 対策推進会議」を設立し、『COPD 診療のエッセンス』を発行した。平成 24 年には「COPD 啓発プロジェクト」を発足させ、認知率を 80%（平成 23 年：25%）に引き上げることを目標とし、発症予防・早期発見・早期治療・合併症予防等に取り組んでいる。ただ、都道府県医師会での COPD 対策推進会議等の設置は 4 県にとどまるので、何らかの対策会議を設置していただきたい。

今後の課題は、かかりつけ医の知識の向上と早期発見に繋げる医療体制の連携である。オリンピック控え、日本医師会として医療機関の敷地内禁煙を支持し、すべての飲食店等で受動喫煙から従業員を守るためにも建物内禁煙の徹底を図り、受動喫煙は国民全体の医療的・経済的問題と考えるべきである。

2) 糖尿病重症化予防等に関する対策の現状と課題

厚生労働省保険局国民健康保険課

課長 鳥井 陽一

平成 27 年 7 月に民間主導で「日本健康会議」が発足した。「健康なまち・職場づくり宣言 2020」の中でかかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を 800 市町村（27 年度末 118 市町村）、広域連合を 24 団体以上とすることを目標にしており、その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図るとしている。しかし、取組みの現状としては、2016 年末時点であまり進んでおらず、調べたところ、かかりつけ医や医師会との連携について、3～4 割程度が連携できていないことがわかった。また、糖尿病対策推進会議についても、市町村で知らないという回答が多かった。

現在、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定しているが、さらに支援するために、保険者に対するインセンティブとして「保険者努力支援制度」（平成 30 年度施行、700～800 億円規模）を創設した。結果として医療費適正化を目指すとしている。都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組み状況に応じて支給するもので、データヘルス計画の策定状況と連携体制などを含めた評価点数が決められており、その点数に応じて配分される（都道府県 500 億円、市町村 300 億円）。この中にはかかりつけ医や糖尿病対策委員会との連携なども含まれている。

日本医師会副会長 今村 聡

近年、慢性透析患者数の増加は 4,000～6,000

人／年にとどまっているものの、増加の一途を辿っている。最大の原疾患が糖尿病性腎症であり、平成 17 年に日本医師会・日本糖尿病学会・日本糖尿病協会の 3 団体で「日本糖尿病対策推進会議」を設立、かかりつけ医機能の充実と病診連携、受診勧奨・事後指導、治療成績の向上を柱とした。都道府県糖尿病対策推進会議と行政との連携は 64% 程度で、未だ十分とは言えない。平成 28 年 3 月、厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者で連携協力協定を締結し、速やかに重症化予防プログラムを定めることとした。県医師会は郡市医師会に対して動向を周知し、会員に対する周知・かかりつけ医と専門医との連携強化などに協力、自治体への協力、また、住民への啓発や医療従事者への研修に努めることとしている。本年 7 月 10 日の国保・後期広域の糖尿病性腎症重症化予防 WG で、市町村は医師会・かかりつけ医との連携不足解消のためには、企画段階から協議し合意形成が必要であり、実施方法も含めて糖尿病対策推進会議と直接相談することが重要とされた。日本医師会としては、今後、都道府県の糖尿病対策推進会議の活動状況調査を行い、関係団体との相談窓口の明確化を行う。また、日本糖尿病対策推進会議総会を定期開催する予定である。

また、第 3 期特定健診・特定保健指導の見直しに向けた検討が行われ、重症化予防を国が強く言っているので、透析移行を防ぐためには検査項目にクレアチニン及び eGFR がなければ意味がないということで、今回、本体の特定健診によりやることができ、国保の財政により市町により差のあった Cr (eGFR) が平成 30 年度から詳細な項目に追加された。

3) 特定健診・保健指導第 3 期見直しについて

日本医師会総合政策研究機構研究部

統括部長補佐 吉田 澄人

第 3 期（平成 35 年度まで）の目標としては、特定健診実施率 70% 以上、特定保健指導実施率 45% 以上としている。平成 29 年度から全保険者の実施率を公表することにした。

制度の見直しでは、検診当日に検査結果が出て

いなくても腹囲・体重・血圧・喫煙等の状況から初回面接・計画策定の分割実施を可能とし、すべての結果が判明したときに 2 回目面接を実施する。さらに、保健指導の実績評価は 3 か月後でも可能とする。特定健診を受けた当日には検査結果が全部出ていないが、一定の要件を満たせば「初回面接①」という名称で暫定的に行動計画を策定、その後、検査結果がすべて整ってから、総合的判定をして、行動計画が出来たときには、「初回面接②」を行う。このように初回面接を 2 つにわけると集合契約にも関係する。したがって、これまでの集合契約の契約形態だとなかなか難しいということがあるため、平成 30 年度については集合契約 A、集合契約 B のそれぞれに A ①、A ②、B ①、B ②と、新たに初回面接を①②として実施できる契約として、A ②、B ②が新たに設けられる。なお、集合契約 A ②、B ②を実施する場合は、健診部分と保健指導部分とのセット券が保険者から発行されるのが前提条件となり、セット券が発行されない場合は、通常の保健指導の位置づけになると考えていただければよい。

基本的な項目の中の脂質検査で、中性脂肪 400mg/dl 以上や食後採血のため LDL コレステロールの代わりに non-HDL コレステロールを用いた場合も検査したと見なす。血糖検査も食直後を除き随時血糖検査（食後 3.5 時間以上 10 時間未満）も利用可とする。

詳細な検査項目では血圧、又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、医師が必要と判断した者に Cr 検査を追加する。69% が対象と推定されることから、すべての検査結果が出てからではなく、採血時にまとめて検査するか、追加検査が可能にしようとするか市町村国保等と相談していただくこととなる。結果は Cr 値及び eGFR（必須）で表示する。心電図検査は血圧が受診勧奨値以上の者、又は不整脈が疑われる者とする。眼底検査は血圧又は血糖が受診勧奨値以上の者に行う。ただし、当該年度の結果が不明のときは、検査実施理由欄に前年度結果と記載することで可能とする。当該年の場合は結果から 1 か月以内に行うこと。