

慢性腎臓病対策連絡会議【書面開催結果】

協議事項

令和2年度啓発事業について

例年、世界腎臓デーにあわせ札幌地下歩行空間で開催しているパネル展につきましては、委員の皆様からいただいた御意見も参考に検討した結果、開催中止と致しました。今後、パネル展以外の啓発活動も含め、委員の皆様から御意見等いただきながら実施して参ります。

とりまとめました御意見等については、以下のとおりとなっております。

委員名・意見等
【安孫子委員】 ・パネル展示だけであれば人が密になることも考えにくく、開催可能であるように考えます。 ・新たなパネル作成が、時間的・人力的に難しいようであれば、昨年と同様のものを展示する、又は3月ではなくもう少し遅くに改めて展示するなどできないでしょうか。
【浦委員】 ・開催したいところではありますが、今のコロナ禍の状況では難しいと思います。
【岡部委員】 ・コロナ禍において開催は困難と考えます。他媒体(メディア・広告等)で啓蒙活動ができればよい。
【沖津委員】 ・感染対策を徹底し、コロナ禍であっても一般市民への啓発事業を行ったほうが良いと思います。
【奥村委員長】 ・札幌地下歩行空間での開催は、このコロナ禍から開催はすべきではないと思います。
【松永委員】 ・コロナ感染のリスクを考えると、パネル展示は可能と思うが、(スタッフの)会場での対応は無理と考える。
【三好委員】 ・パネル展示だけであれば問題ないようにも思いますが、立ち止まり読む人で小さい密を作り出さないとはいえません。昨年と今年でコロナの状況に大きな違いがない、むしろ悪化していることを考えると、昨年と同様、中止がよいと思います。

その他

委員の皆様からいただいた御意見等について、下記のとおり対応してきます。

委員名・意見等	対応
【沖津委員】 ・糖尿病性腎症重症化予防対策アドバイザー派遣事業(資料5)に関して、可能であれば派遣先をもう少し増やしてもよいと感じます。	・派遣先数については、可能な限り希望する圏域において活用できるよう検討して参ります。
【松永委員】 〈腎疾患対策について〉 ・北海道における透析患者(日本透析医学会2019年12月31日現在)は、100万人あたり;3,119.4人で、47都道府県中、11番目(1~10番は、いずれも人口200万人未満の県)に多く、200万人以上の都府県では1番多い。また、新規透析導入患者は、2,633人(道庁調べ)で、全国40,885人の6.44%を占める。透析患者も対2018年、プラス385人で47都道府県では4番目に多い増加数。道内のCKD人口は55万人強と推定さ	・当連絡会議では、透析に至る原疾患の約4割を占める糖尿病性腎症へ至らないための重症化予防の取組を中心とした協議等を実施しております。透析医療等、CKD関連を担当する部署とも情報共有等しながら、取組を推進していけるよう努めて参ります。

れるが、透析導入患者数は毎年増えておりCKD ステージⅢ以上の患者が相当数に上がることが推認される。したがって、CKD 対策と透析医療を、北海道医療計画の地域医療保健対策に掲げ推進することが必要です。

・CKD(慢性腎臓病;慢性に進行する腎臓病を全てCKDと捉える考え方)は独立した疾患であり、糖尿病の合併症として方策を検討するでは、後述する腎疾患対策検討会報告書(厚生労働省)が示す腎疾患対策には対応できません。

腎臓病は原因に関係なく、腎機能が低下することに着目し、腎機能を尿蛋白と血中クレアチニン値で誰でも評価できるようにし、早期発見・早期治療につなげ、重症化(透析導入)を回避するがCKDの考え方です。今の医療をもってしても慢性に低下した腎機能は元に戻すことは難しいようです。機能を維持する・遅らせる治療で重症化回避を図ることになります。CKDの治療には長い時間と腎臓専門医や内科医、栄養士などとの医療連携体制も必要です。CKDの原疾患対策も重要で、中でも糖尿病においては糖尿病性腎症からの透析導入が多く、糖尿病専門医との連携も必要です。更にはCKDの根治治療につながる創薬や再生医療研究を進めることも必要です。CKD対策の重要性をご理解いただき、北海道における腎疾患対策の推進を是非ともお願いします。

「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患の更なる推進のために」(2018.7 厚生労働省)に示されている腎疾患対策を、道においても進めて下さい

【三好委員】

〈CKD 治療の普及〉

糖尿病性腎症による新規導入は、この10年微減ですが減少傾向にあるようですので、全国平均並みで良いと思います。

日本を含む国際的な介入研究で、透析導入を遅らせたり、尿たんぱくを減らすことができることを確認された薬剤がここ1-2年でいくつか発表になりました。そのような薬剤の積極的利用によって、さらなる減少は今後可能だと思います。欧米や中国ではCKD合併の糖尿病患者にはそれら薬剤を早期から優先して使用することがガイドラインになっていますが、日本にはそのような強制的なガイドラインがでる予定はまだまだなく、医師の判断で糖尿病治療薬が選択されているため、宝の持ち腐れも多いのが悲しいかな現状です。これらすべて最近のエビデンスのため、不勉強で知らない医師もまだまだ多く、使用の際の注意も含めて啓発していくことは必要と考えます。勉強会に参加しない医師や参加しても寝ているような医師には製薬会社の力をお借りして、個別案内するのはいかがでしょう。

糖尿病性腎症に限らず、腎硬化症などの非糖尿病性のCKDに対しても同様に大きな有効性が確認された、SGLT2阻害薬のフォシーガとジャディアンスについては、1年以内におそらくCKDで保険適用を取ってくると言われていますので、保険適用が通りましたら、アストラゼネカ社や日本ベーリンガー社、小野薬品、MSD社は啓発に協力してくれるように思います。GLP-1

・生活習慣病に関する連携協定を製薬会社と締結していることから、今後の取組の参考とさせていただきます。

受容体作動薬のビクトーザ、オゼンピック、トルリシティもエビデンスもあり、同様に有効と思いますが、糖尿病性腎症の保険適用を取りに行っているかどうか不明で、非糖尿病性のCKDにはエビデンスがまだありません。それでもノボルディスク社とイーライリリー社も協力してくれるかもしれません。その他にもいくつか第3相臨床試験でよい感じのCKD治療薬が出てきていますので、将来新規透析導入のさらなる減少は期待できると思います。ただそういった薬でも、ある程度進行してしまったCKDの場合、CKDの進行をゆっくりにするだけといったこともあるので、高齢化(長寿化)のために、数として新規透析導入を大きくは減らせない可能性もあります。腎硬化症の増加は、喫煙、脂質異常や高血圧放置のほか、高齢者増加と関連が深いと思いますので、上記薬剤が非糖尿病性のCKD患者にも早く適応をとり、できるだけ早いうちに腎硬化症の患者さんで内服が開始になればよいと思います。

〈健診等について〉

糖尿病患者さんで透析まで進んでしまうのは、若年を含めて健診を受けていない人、健診結果で異常があっても放置しているひと、受診しても治療中断する人、くらいで、きちんと糖尿病外来に来ている患者で透析導入するような患者さんは今はほぼいません。毎年でなくても、せめて30、35、40歳といった区切りでもよいので、道民が健診を必ず受けて、放置しないようにするような仕組みができるといいですね。もしくは、本気で取り組むなら、糖尿病とCKDのリスクを簡単に示した用紙と一緒に、尿検査紙1枚を成人道民全員に無料配布して、食後の尿蛋白もしくは尿糖が(+)になった道民は、受診するように促すのはどうでしょうか？尿検査紙は安いですし、印刷代と郵送料くらいかと思います。その際に、尿蛋白陽性を無視する医者にかかるとは元もこもないので、やはり連携、啓発、という話も重要になるのですが。

・ご提案いただいた早期発見の方法について、今後の取組の参考とさせていただきます。