

平成25年度第1回群馬県慢性腎臓病対策推進協議会議事概要

日時：平成25年6月13日（木）19時～20時30分

場所：県庁舎29階 294会議室

出席者：群馬県慢性腎臓病対策推進協議会委員 11名
事務局 保健予防課長ほか6名

欠席者：1名

傍聴人：2名

配付資料：

- ・次第
- ・協議会設置要綱
- ・委員名簿
- ・協議事項1、2、3
- ・資料1：国における取組・平成24年度群馬県慢性腎臓病対策実施報告
- ・資料2：統計資料等
- ・資料3：慢性腎臓病にかかる健診・保健指導体制（ライフサイクル別）
- ・資料4：平成25年度関係団体における取組予定
- ・資料5：富山県作成 糖尿病重症化予防マニュアル
- ・資料6：富山県作成 糖尿病予防保健指導指針
- ・資料7：慢性腎臓病（CKD）対策ホームページ案

1. 開会
2. あいさつ：保健予防課長
3. 委員紹介
4. 会長あいさつ：廣村会長
5. 議事

（1）報告事項

平成24年度群馬県慢性腎臓病対策実施報告について

事務局より慢性腎臓病対策の経過及び平成24年度実施事業について、資料1により説明した。

（概要）

- ・国では、平成20年3月に「今後の腎疾患対策のあり方について」報告書を取りまとめられ、「普及啓発」、「地域における医療提供体制の整備」、「診療水準の向上」、「人材育成」、「研究開発の推進」の5本柱で推進されているところであり、群馬県においては、国で定める「慢性腎臓病（CKD）特別対策事業」実施要綱に基づき事業を進めている。
- ・平成24年度実施事業
普及啓発として、のぼり旗・懸垂幕の作成及び掲示。一般公開講座は群馬大学腎臓リウマチ内科が中心となり3月20日に高崎ヤマダ電機を会場に開催。
人材育成としては、保健・医療従事者向け研修として、主に行政の保健師や栄養士を中心に基礎的な部分の研修会を開催。
連携体制の整備として、昨年度協議会を設置。今後連携の在り方について検討していきたい。

（質疑・意見等）

なし

慢性腎臓病にかかる現状（統計資料及び健診・保健指導体制等）

事務局より死亡統計、糖尿病性透析患者数、保健所管内別死亡統計、現在の健診・保健指導体制について資料2及び資料3により説明した。

（概要）

- ・厚生労働省患者調査によると、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患の入院受療率は、全国平均を下回っている状況。
- ・死亡統計で糖尿病による死亡は男性全国9番目、女性は14番目。
- ・腎不全についての受療率は、入院・入院外とも全国平均より低い、透析患者数の割合としては、人口100万人対で2,614人、全国13位となっている。

- ・糖尿病が原因で透析に至る割合について、群馬県は「糖尿病腎症による新規透析導入患者数」は人口 10 万人対で全国 6 位、「糖尿病性腎症による透析の割合」としては 52%で、全国で一番多くなっており、糖尿病対策必要。
- ・HbA1c6.1 以上の方の年代別割合では、群馬県で男性は、40 代前半から増え始め、60 代になると、13%を超える方が血糖コントロール不良群となる。
- ・特定健診・保健指導の制度等について説明。

< 質疑・意見等 >

統計資料より、糖尿病性腎症について

【意見 1】

この統計では、「群馬県の人歩かない」「運動しない」ので、重症化する人が多いというようなことが言えるのではないか。

30 代から腎機能が低下して、その 1 割位の人が透析を始める段階になっているのではないか。

30 ~ 40 代の糖尿病の方が多く、この辺の人を受診させるというのが重要だし、糖尿病対策をしっかりやっていくということが大事なのかなと思う。

【意見 2】

糖尿病がかなり進んで、特に腎症の場合は進行すると、非可逆的になってしまうこともある。

糖尿病そのものの対策も、腎臓病に限らず、心・血管系の脳梗塞や心筋梗塞を合併症として減らすという点では非常に重要だと思う。糖尿病の協議会とも連携しないといけないかもしれない。

クレアチニン検査について

【意見 1】

クレアチニン検査は、CKD の中では診断基準として非常に重要なところである。

先日の日本腎臓学会で、「7 割位は、症状として尿蛋白が出ないで腎機能だけ落ちている。逆に言うと 7 割の CKD は、蛋白尿だけでチェックすると見逃されてしまう」ということであった。

市町村にクレアチニン検査を導入していただき、検査で拾い上げた人を、保健師さんの方から、かかりつけの先生に行ってもらおうという、そういうシステムがうまくできればいいのかなと思う。

【意見 2】

県内の半分位の市町村が、クレアチニンを導入しているということ、導入していない市町村や、医師会の方は、知らないのではないかなと思う。

こういう情報をオープンにしたり、医師会の方から各市町村にクレアチニンを入れてもらえるように働きかけることもできるといいのかなと思う。

【意見 3】

先ほど紹介のあった健診結果をフィードバックするための文例集では、クレアチニン値のみだと、男女で正常値が違うし、年齢でも基準が変わってくる。

ぜひフィードバック文例も含めて、eGFR として、せっかく測ったものを活用するようになるとよい。文例集を群馬県用に少しアレンジできるとよい。

平成 25 年度各関係機関における慢性腎臓病に関する取組予定について

事務局より、資料 4 に基づき、団体の活動及び市町村の予定についてのアンケート調査結果を報告。

【意見 1】

資料に追加の取り組みとして、群馬県腎不全看護セミナーの活動を紹介。

「e ラーニング講座」のホームページの作成を考えている。

【意見 2】

色々な団体がそれぞれ活動されているということで、徐々に広まっていくように、この協議会としてはバックアップしていけるとよい。

(2) 協議事項

「保健医療連携体制の構築について」

資料 5、6 に基づき事務局より説明

(概要)

- ・糖尿病にかかる医療連携体制については、群馬県保健医療計画に基づき、医務課において連携の促進に取り組んでいる。
- ・今回慢性腎臓病についての連携体制のあり方としては、病診連携、地域連携、企業連携など様々な形が考えられるところである。
- ・他県での取組事例を紹介。

保険者や医療機関との連携について

【意見 1】

前橋市では、国保（保険者）としてはクレアチニン検査を追加できず、衛生部門の方で、国保以外の人も含めて、追加して検査を実施している。

平成 30 年度に医療保険者がこの検査を入れて、その全体像の中での継続した保健指導とかできるといいと思うが、市民全体でみると国保以外の被保険者もいるので、市として、どのように保健事業を企画していくのが一番いいのか、模索している。健診制度がこのようになった中で、難しさというのも現場の中ではある。

【意見 2】

邑楽町は、国保係と保健センターが同じ課なので、国保特定健診については、平成 24 年度からクレアチニン検査を導入し、国保予算で実施している。同じ課であるため、結果で受診勧奨が必要な人には、保健センターの保健師が訪問を実施し、国保と保健センターとの連携はできているのかなと思う。

eGFR 値については、今回検査機関とも協議したが、記載までには、至らなかった。

また、健診事後訪問として、クレアチニン 3 以上の訪問を試みたが、すでに医療機関にかかっており、透析導入まで考えているとのことであった。やはり糖尿病が悪化している方が多いので、訪問対象基準を考えていかななくてはならないのかなと思うが、糖尿病を放置している方もいるし、治療中断の方もいる。また、訪問対象はクレアチニンだけではないので、対象について、考えていかなければと思う。

また、館林地区は専門医が少ないということもあり、かかりつけ医との連携も含めて課題である。

【質問 1】

特定健診の健診結果で異常があると、保健師の方々が、患者さんを訪問して受診を促すようなことを、群馬県内どの地域でもしているのか。健診結果だけを郵送するのかと思っていたのだが。

【回答】

色々方法はあると思う。訪問で対応しているところもあるし、渋川管内の医師会では、個別健診を受診された方については、直接医療機関から患者さんに説明している。

市町村によっては結果説明会の場を作って、そこに来てもらったりというような取組をされている所もある。人数とか、その辺は市町村の規模とか患者さんの数とかによるかと思う。

医薬連携について

【意見 1】

群馬県薬剤師会はお薬手帳の普及と活用を進めている。手帳の記載でよく目にするのは、血圧とか HbA1c。血清クレアチニンとか eGFR はまずない。

お薬手帳に、クレアチニン等を記入する欄はないので、欄外に書いていただくような形になる。

お薬の名前を記載して、その下に記入していただくことで、コミュニケーションをとっているが、腎機能に関しては、まだまだ進んでいないため、普及等を進めていきたいと思う。

【意見 2】

すでに取り組んでいる所（熊本等）は、シールを作って貼るっていうことだが、お薬手帳があるところにシールを貼って GFR を書き込む欄を作ってというのがないと非常にいいかなと思う。

ただ、しっかりやるとなると色々と課題点もあると思うが、ぜひ取り組んでみたい。

保健部門とかかりつけ医、専門医の連携について

【意見 1】

専門医が身近にないという問題があったが、最初の段階としては、まずはかかりつけ医でいいのかなと思う。いきなり健診から専門医に紹介されても、患者さんを全員診療するのは時間的にも難しいと思うので、まずはかかりつけ医にということでもいいと思う。

その先、専門医への連携はどうするかという問題もあって、専門医の一覧表つくるとか、そういう動きもしなくてはいけないのかなと思っている。

【意見 2】

かかりつけ医をとおらずに専門医に行くと、そのあと患者さんが困る。もともと専門医の数は少ないし、そこにだけ多数の患者さんが集まってしまうと日々の診療に支障が生じる。また、今度そこから逆紹介する場合に、その地域の状況がわからないこともあり、どこに紹介していいのかわからなかったりする。

できれば、かかりつけ医を通していただいて、かかりつけ医が必要だと判断した段階で、専門医に紹介すると、そうするとかかりつけ医を通っているのだから、専門医で必要なだけ診て、あとはかかりつけ医に戻ってくるという形がとれるので、ぜひそうしていただきたい。

また、どこにも受診していない人も確かにいるので、そういう人はどうするのかという問題もある。

認知症等のように、CKD とか糖尿病に関しても、県医師会で講習会をして、終了証を出しているのだから、それをオープンにするような形にできないかなということを考えている。

熊本市では糖尿病の地域連携体制ができていて、糖尿病を診られる医療機関をオープンにしている。そのようなシステムを勉強して、群馬でも取り入れられるといいと思っている。

糖尿病に関しては、糖尿病対策推進会議というのが設置され、もう 10 年近くになる。それなりに研修会をやっているが、連携が充分ではない。そちらの体制も強化していきたい。

【意見 3】

今の話は、非常に連携体制を考える上で重要なところだと思う。

最初はかかりつけ医の先生方がいいし、「どういった患者さんをより高次医療機関に紹介するか」とか、あるいは「紹介せずにかかりつけ医で診る患者はこういう点に注意して診療する」とか、そういう指針を作る形でやっていけばよいと思う。

資料 6 の富山県で作成している糖尿病保健指導指針は非常によくできていると思うので、保健指導の指針とか開業医さん向けの指針とか、そういったものが CKD に関して整備できれば、この協議会が役立つと思う。

【意見 4】

医師会で色々講演会や研修会をしているが、保健師さんが知らない面もある。

CKD とか認知症とか糖尿病とかの研修をするときに、出来るだけ地域の保健師さんに連絡をするような形をとりたいと思う。出席していただければ、どんなことをやっているのか、お互いにわかるので連携がしやすくなるのではないかなと思う。

「普及啓発について」

(概要)

・事務局より資料 7 に基づきホームページの作成と、一般向け公開講座を計画について提案。

【意見 1】

ホームページも、多くの方に見ていただけるという点では、非常によいと思う。県として作成となると、見る人も、信頼性のある内容として見るだろうから、それなりにしっかりとしたものを作らなければならないと思う。基本的には進める方向でいきたいと思っている。

【意見 2】

専門医療機関とか、研修会の終了者などの情報を載せることが可能であれば、便利かなと思う。

【意見 3】

医療機関の情報は、地区別に載せていくと使い勝手がよいと思うので、検討していただければと思う。ホームページに載せると、逆紹介（専門医からかかりつけ医）の時もいいと思う。

【意見 4】

先ほど岡先生から、厚労省の科研費で作成している e-ラーニングの紹介があったが、専門性の高い、しっかりとした内容のようだ。今作成途中とのことだが、ホームページをクリックしながら勉強していくということで、CKD をしっかりと勉強するには、よいツールだと思う。こうした教材をリンク

できればよいと思う。

【意見 5】

特定健診とか市民公開講座を連絡したり、なるべく医療機関を受診したりするような一般の方に対する啓蒙に関するものと、医療機関同士の連携として活用できるものと分けて検討できるとよい。

【まとめ】

ホームページは、今年度中に何とか形にできるようにしていきたい。

内容については、一般の方向けや、医療機関向けの連携等に活用できる部分と、情報を整理して、形にしていけるとよい。

各委員の方には記載することなど、お願いすることがあると思うが、その時は協力をよろしく願いたい。

「人材育成について」

（概要）

・保健従事者向けについては、県主催で開催したいと思っており、今後どんな内容のものを推進していくべきか、ご意見をいただきたい。

・医療従事者向けについては、専門的な研修となるので、どこか職能団体に委託して開催していきたい。希望があれば、ご連絡ください。

【意見 1】

医師については、医師会を中心に研修をされているので、それ以外の団体で、薬剤師、看護、栄養士等でご希望があれば、県のバックアップもあるとのことなので、相談していただきたい。

「その他委員の方からの意見」

【意見 1】

腎臓病協会の電話相談に「かかりつけの先生から、あと 3 年で透析になりますと言われたが、どうすればいいか」というような相談が来る。3 年というのは、「今の状態を維持しなければ 3 年後に透析になってしまうよ」と、半分注意を喚起する意味で言ったらしいが、本人とすると大変なことである。その時に（維持するために）食事とかどうしたらいいのか。病院だと栄養士さんから食事指導をもらえるが、開業医の所だと、栄養士さんがいないところも多いので、どうしたらいいかと。病院を移ることなどは言えない。開業医の先生の所で、薬とかの指導はしてもらえるが、日常の食事に関しては、少し少ないと感じている。

【意見 2】

総合病院の場合は管理栄養士がいるが、開業医等にはあまりいない。

栄養士会では、地域で活動する栄養士のグループがあり、県栄養士会の方に依頼していただければ、そこから医療機関に栄養士を派遣というシステムはある。

【質問 1】

個別で、どこか病院とかに伺って、栄養士さんに話が聞けるようなことはないか。やはり病院に受診してからでないと、無理か。

【回答】

病院にかかって、そこから依頼があつてからになる。

【意見 3】

本来、診療所で、栄養士の派遣を受けて、日にちを決めて栄養指導をするということも可能ではあるが、栄養士の人数の問題と地区の問題がある。前橋などは比較的やりやすいと思うが、少し離れたところになると、なかなかそれもできない。

あとは、病診連携の時に、かかりつけ医が専門医を紹介したときに、一緒に栄養指導も受けてきていただくというような形の連携をとるといいのかなと思う。

【意見 4】

「しょっぱいもの食べないようにとか、蛋白を制限してください」と言われても、どうしたらいいかわからないし、家族全体の問題になることもある。

【意見 5】

医者は簡単に言うが、実際に料理を作る側となると大変である。また後日の課題にさせていただければと思う。