

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）

研究課題名：慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究（23FD1001）（研究代表者 要 伸也）

令和6年度 第1回班会議

日時：2024年10月20日(日) 17時～18時30分

(出席)

研究代表者：要 伸也

研究分担者：柏原直樹、金崎啓造、内田明子、石川祐一、竹内裕紀

研究協力者：櫻田 勉（途中参加）、今村吉彦、八田 告

厚生労働省健康局 難病対策課 がん・疾病対策課：山田洋輔 先生

(欠席) 岡田浩一、猪阪善隆、阿部雅紀

(敬称略)

議事録（案）

冒頭、要研究代表者より会議参加への御礼の言葉があり、今回からご参加の研究協力者3名の先生からご挨拶があった。

1. ご挨拶：厚生労働省健康局 難病対策課 がん・疾病対策課の山田洋輔先生からご挨拶があった。

2. 研究概要、研究計画進捗状況の説明（要）（添付スライド資料参照）

次に、研究代表者から、本研究班の研究目的と5つの柱について説明があり、前研究班の多施設多職種介入研究の説明に続いて、研究結果をふまえた上での追加解析・追加調査案について、現在の進捗状況の説明があった。

1) 追加解析・調査について

多施設介入研究の結果をふまえ、追加解析・追加調査案をCKDチーム医療検WGコアメンバー会議およびメール、多施設研究説明会（2024年10月20日実施）などで検討した。その結果、下記のような追加解析を行うことになり、現在これを進めている。また、下線の計画については、24施設に追加調査を依頼することになった。

●リサーチクエスチョンと追加検討案は以下の通り：

① 介入効果は何によるか？（職種、介入数以外）

-（すでにデータがあるもの） Hb, 血糖, BMI

- (追加調査) 血圧, UA, LDL-C, 通院頻度（継続率）など（ご依頼予定）

データ収集後、今村論文（CEN2017）にならって遵守率を検討する予定。

(新たな前向き研究) 塩分摂取量、服薬アドヒアランス、ヘルスリテラシー評価

② どのような患者群に有効であったか？（DM/非 DM、ステージ以外）

- ①介入時の尿蛋白量、②介入前の Δ eGFR による違い（解析中）

③ 施設ごとの介入効果の違い、及びこれに関連する因子は何か？

- ①改善の大きい施設の特徴（解析中）⇒ 教育プログラム作成の参考とする

④ 介入後早期に効果を予測する因子はないか？

- ①介入後早期（6カ月）の尿蛋白減少度と腎機能改善度（解析中）

⑤ 介入効果はいつまで持続するか？

- (追跡調査) 2020年12月以降（3年以降）の効果を検討（ご依頼予定）

⑥ 経済効果： Gonryo 研究を historical control として G5 患者の透析導入率改善度より概算することも可能だが、精緻な解析ではないため、現在、CEN 論文のうち、透析導入になった患者について途中までの eGFR スロープを年率に換算して加えたデータを用いて、同様の手法でシミュレーションができないか検討中である。Event 数は CKD-JAC (Kidney Int 20217) から推計する（解析中）（Odawara M, Nishi H, et al. Cost-effectiveness of empagliflozin in chronic kidney disease with or without albuminuria. CJASN2024, in press）

⑦ 教育入院と外来指導との比較：すでに終了

⑧ オレンジゾーンの患者に対する効果（とくに G3bA1）：解析予定

2) 教育プログラム作成について (WG)

今後、24 施設より収集した多職種介入方法、教育資材を参考に、追加解析・追加調査の結果を隨時反映しながら、標準的な多職種教育プログラムの作成を開始することになった。

(WG メンバー) 全体の取りまとめ：要 伸也 （○各職種のリーダー）

研究分担者：○岡田浩一、阿部雅紀、金崎啓造、

○内田明子、○石川祐一、○竹内裕紀

研究協力者： 櫻田 勉 今村吉彦 八田 告

看護師、管理栄養士、薬剤師の各領域から、多施設研究参加施設を含めた実働メンバーにご参加いただくよう人選いいただく。また、運動療法が重要なことから、理学療法士の先生にも参加いただくことになった。

3. 質疑応答：発表内容をふまえて参加者間で質疑応答を行った。

(要点) 詳細は後述の発言内容の議事録を参照。

1) 遵守率に関する課題と教育の効果（内田先生）

- 遵守率の定義について確認。
- 患者が療養生活に必要なことをどれだけ守れているかが重要である。それらを調査できないかご提案（たとえば受診継続できない理由をアンケート調査する、など）
- 単なる知識補充以外にも、職種間の情報共有や患者の社会的背景の影響を指摘。

2) 遵守率の説明（今村先生）

- 単施設研究では、血圧や貧血などの治療目標をガイドラインに基づいて評価。各項目（コレステロール、血圧、HbA1c など）に対する達成度を遵守率として算出したことのご説明があり、多施設研究でもこれに準じた解析ができる。

5) 教育プログラムと指導方法の違い（石川先生）

- 病院とクリニックで指導方法に違いがあるため、各施設に適した教育プログラムが必要だとご提案。

6) 薬剤師の役割（竹内先生）

- 外来指導においては現実的に薬局薬剤師の役割が重要であること、これを教育プログラムにも盛り込む必要があることをご指摘。
- 外来患者に対する薬剤師の関与を促進すべきとご提案。

7) 介入効果と今後の課題（金崎先生）

- 多施設研究の方法論に関するご質問があった（Fig 3 では透析導入患者は除外されていることの確認）
- 新たな研究を計画する際には、糖尿病患者に対する SGLT2 阻害薬の使用を前提とした介入が必要である。投与できない場合の対応も含めたデザインをご提案。
- 運動療法が重要になっているので、教育プログラム作成WGに理学療法士を加えた方がいい。

8) 教育入院の重要性（八田先生）

- 教育入院が患者と家族の理解を深める上で重要である。外来指導だけでは教育できない部分をカバーできる。
- 教育入院の効果は証明済みなので、推進のためのインセンティブが求められる。

9) モダリティの解析と今後の調査（櫻田先生）

- 教育介入効果（入院および外来）がもたらす腎不全治療モダリティー選択（血液透析、腹膜透析、腎移植）への影響を調査することをご提案。腎不全治療モダリティーの選択とそれと関連する要因などを検討することが有用である（例えば eGFR スロープの傾きが大きい患者は PD や腎移植を選択されにくい？, 介入した職種数とモダリティーとの関連, etc）
- 多職種介入研究で、非糖尿病患者の効果は蛋白尿減少と独立していると考えられるため、その因子が何かを検討することをご提案
- WG 編成の際、多施設研究に参加された各施設のコメディカルスタッフの協力を仰ぐことをご提案。

10) 山田先生より：標準プログラムの作成にあたっては、慢性腎臓病指導管理料の通知に記載されている、「慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること」に答えを出すようプログラムを作成してもらいたいとのご要望のご説明があった。

4. 今後の展開

2つのWGでそれぞれ追加解析・追加調査、標準的な多職種教育プログラム作成を進め、追加結果の報告（論文化）と多職種連携マニュアルの改訂を目指す。

最後に、山田先生からご挨拶があり、会議終了となった。

●スライド説明後の質疑応答（基本的にはご発言内容通りですが、分かりやすくなるよう一部手を加えさせていただいています）（発言者の敬称略）

内田：ご報告を聞いていてちょっと確認させて欲しいのは、遵守率っていう数字はどのように作っているんでしょうか？何を見て遵守率といっているのか、患者さんが療養生活に必要なことを遵守しているっていうふうな意味の遵守率ですか？

要：血圧や貧血の治療の目標が一応ガイドラインとかで決まっていますよね？スライドでお示しした遵守率は、それがちゃんと守られているかという意味だと思います。今村先生の論文もそうですね？

今村先生：はいそうです。診療ガイドライン 2023 にある程度数字の目標値が出ていますので、例えばコレステロール 120 未満っていうのをどれくらい遵守しているか、それでそれを各項目いくつかあつたらそれが何パーセント守られていたかということです。追加すると、項目はそうなんですね。

あとは、一人一人どうだったか見るのは、糖尿病以外の方は血圧、それから尿酸、LDL コレステロール等々の 6 項目のうち何項目、糖尿病の方は HbA1c を加えて何項目なんですか、CKD と DKD では HbA1c が加わるので項目数が違ってきましたので、しうがなくパーセントで出しました。同じ項目で示すのであれば、岡田先生ら報告されているように 6 項目とか、5 項目で示した方がはっきりと分かったかなと思います。

要：はい。解析方法は細かいことはありますけども、一応そのようなことをこの多施設研究もできないかということを考えているということですね。

内田：ありがとうございました。

要は、いろんな関わり方があるんですけれども、最終的に遵守率は患者さんの検査データがガイドラインに示すデータのどのくらい標準値にあるかというふうなことを見ているってことですよね？そうすると、具体的に何が効果があって遵守されているのかっていうのをもう少し明らかにしていかなきゃいけないのかなとご報告を聞きながら受けたんですけど。看護の視点から見ると、腎臓病の病態や療養生活で守らなければいけないことのよう、知識を補充する教育的な関わりだけが効果があった理由ではないのではないかと感じています。その他に重要な要素があるのではないか、例えばその一つが、職種間の情報共有だったり、あと看護師や療養指導に関わる職員が、患者さんの個別のどの辺に焦点を当てて関わることによって例えば受診率が維持できるとか、そういう知識補充型だけじゃないものの要素が人間なのであるのかなと。例えば患者さんの経済状況とか、今の患者さんの社会的役割の有無だったり、そういういろんな要素に影響を受けているのかなというふうにはちょっと感じたんですね。ただ、全部を調査できないというか、できないとは思うのですけれども、教育プログラムを作るときに、ある程度注意して関わるべきことみたいなのが少し出てくると、実効力のあるプログラムになるのかなという印象がありました。あと教育プログラムの教育というのは患者教育なのか、指導する側の関わる職員の教育プログラムなのかどっ

ちなのかなっていうのを考えていました。

要：ありがとうございます。たしかに患者さんへの関わり方とか数字にあらわれない部分が重要で、どう盛り込むかということですね。おっしゃる通りで、そういうところを本当は知りたいんですけど、今あるデータからは分かりません。追加調査で何かそういったところを取れるものがあれば追加で聞いてみることは可能なので、何かご提案いただければと思います。

内田：私は、治療継続ができなかつたら話にならないんじゃないかなって思うんですね。そうするとやっぱり、受診継続がキーな数字なのかなとちょっと思っています。そうなると患者さんに聞けないかなと思いました。受診継続している理由というか、例えば病状のことが心配だからとか薬がなくなるからとか、たとえば心配してくれる医療従事者がいるからとか、受診継続を考えたとしたら実際に中断してしまう理由と継続できている理由というのが少し調査できると違うかなという気がします。

要：アンケートを作って、参加いただいた患者さんに一部でもお答えいただくことはできるかもしれません。ありがとうございます

内田：その数字に、例えば教育入院と外来指導に違いがあるのかとか、その後の受診継続に。そういう数字と絡められると少し関わり方を工夫できるようになるのかなっていう気はちょっとしました

要：ありがとうございました。検討してみましょう。あと、教育プログラム作成ワーキンググループにご参加お願いしたいと思うんですけど、よろしくお願ひします。

内田：はい分かりました。何人かちょっと実働メンバーを検討します。

要：はいありがとうございます。それでは次に石川先生、ワークグループご参加いただきたいのと、管理栄養士の立場から何かご意見ございますでしょうか。先ほどの大雑把にお話したことはベースにして、今後ワーキンググループで話し合っていくことですが、この場でも何かございましたらお願ひします。

石川：先ほど、今村先生のところの教育プログラムを見せていただきまして、とても素晴らしい内容だなと思って拝見したのですが、今村先生のところのような基幹病院というか、総合病院的なところでやる指導と、クリニックでやる指導というのは、またパターンが違うのかなということをちょっと思っています。私も今、慢性腎臓病透析予防の指導をクリニックで少しだけお手伝いさせてもらっているんですけども、クリニックは非常に回転を早くしないとということがあってですね、コンパクトに時間を組んでいますね。

1職種も10分、15分ぐらいで回していくような流れになっていまして、このあたりの組み方を、施設に応じ変えたほうがいいのかどうという検討は必要なのかなと思いました。

あとはやはりクリニックになると、問題抽出型というんでしょうか、この患者の問題点が何かをピックアップしてそこだけワンポイントで指導するみたいな形でやってたり、そういったところが、初診で導入する患者さんに対する指導と、継続的にやっていく患者さんでパターンがいろいろ出てくるのかなというところが少し気になりました。実働メンバーぜ

ひ加えさせていただければありがたいかなと思いますし、私もその中で一緒にやらせていただければと思っております。今気がついたところは以上です。

要：はいありがとうございます。非常に重要なポイントですね、施設に応じてというとこ。こちらで標準的なプログラムを作ってもなかなか実際できないということがあっては困りますので、その辺をどのような形にするか、たとえクリニックと病院に分けるとか、いろいろやり方があると思うんですが、その辺りもまた具体的に検討していかなければと思います。ワーキンググループの方よろしくお願ひいたします。それでは、竹内先生よろしくお願ひいたします。

竹内：よろしくお願ひいたします。薬剤師の方は今回の診療報酬の方では必須ではなくて望ましいということになっていますけれども、薬剤師としては外来についてはほとんど病院の薬剤師が関与できていない、人数の問題あるんですけど、ただ体系的にやっぱり今は医薬分業で院外処方になっていますので、管理外来患者のお薬は他の疾患でもそうですけどもやっぱり薬局薬剤師に服薬指導とか管理をしていただいていると、現在その薬局薬剤師の方では薬基法も変わって服薬情報の確認とともに必須になっていますので、外来患者に関しては他の職種と違って薬局薬剤師の関与っていうところをもっと入れて解析できればいいのかなっていうところは思っているところでございます。今トレーシングレポートとかいろいろ病薬連携、薬薬連携もかなり他の疾患ですね、今回の改正でも心不全の方は調剤の方の診療報酬がついていますし、そういう面で外来患者に関しては薬の指導は薬局薬剤師を絡めて進められたらいいのかなというふうに思っています。以上になります。

(追記：新たな前向き研究に関して、療養生活に関する評価をすることになっているが、問診・質問表などのアンケートでの評価が現実的に可能な方法か思いますので、内田先生のご意見のように、患者の療養生活に必要なことをどれだけ守れているかの調査は必要と思う)

要：ありがとうございます。エビデンスとしては薬局薬剤師の関与というのは盛り込めないとは思いますが、先ほどのスライドでも薬局薬剤師について入れましたように、やはり今回プログラムを作っていく上では、現実問題として薬局薬剤師の先生方にどのように指導に加わっていただくか、考えてゆく必要があるかなと思いますので、その辺りもまたご指導いただければなというふうに思います。あとワーキンググループの方もよろしくお願ひいたします。

金崎：一つ質問は、G 5 の方で透析を除いてとおっしゃっていましたけど、その透析に対しては除いてもベースの低下はマイナス 8 度下がっていてその後介入で 0.7 になったという解釈ですか？

要：はい、そうですね、あのデータは透析を除いたら、ということですね。

金崎：透析前もですか？

要：そうだと思います。G 3、G 4 は（透析になった患者はほとんどないので）あまり変わらないと思うんですが、G 5 に関しては除いていますので、実際よりは良く見えているかもしれません。実は導入になった人はもうちょっと早いかもしれません、今回は除いてい

るんです。ですのでそこは年率に換算して加えないといけない、つまりそのデータをプラスするとおそらく経済効果を解析できるということで今話をしています。

金崎：はい。あともう一点はちょっと今のやっぱり5年ぐらい前ともだいぶ時代が変わってやっぱり色々考え方も変わっていますね、例えば微量アルブミン尿が出ている糖尿病の方はSGLT2阻害薬を入れるのは倫理的におかしいことになっているので、こういう多職種連携の時もSGLT2阻害薬ありきの介入みたいなことが特に糖尿病者も絶対そうならないとおかしいと思うんですね。逆に使えない人どうするんやという時に、使えない人でも例えば栄養をちゃんと取ってもらって使えるようにするとか、そういうことが求められるのが多職種介入の形じゃないかなというふうに思うわけです。ですので、私は次組まれるときの試験としては、エビデンスとある薬、SGLT2阻害薬を中心にまず投与した、できるところをした状態で介入するというようなデザイン、少なくともeGFR15以上という腎臓学会と糖尿病学会のガイドラインであるようなところではやっぱり必要なんじゃないかと思っています。

要：ありがとうございます。そうですね、今後は絶対考えていかないといけないですね。投与できない人にはじやあどうするかということは今回の介入経験まあそれは一つのヒントになるかもしれませんけど、追加調査、追跡調査するときもそこは必ず聞いて、分かるような形でデータ取っていきたと思います。

金崎：やっぱり投与していない状態で長く引っ張って効果を待っているっていうことが完全な不利益になってしまって、そこはやっぱり絶対避けないとダメなので、ぜひともそういうふうにすべきだというふうに思っているところであります。

要：分かりました。ワーキンググループでもご助言いただければと思います。

金崎：はい、いつお声掛けいただきありがとうございます。

要：あと、糖尿病で似たような標準的なプログラムみたいなものってあるんですか？

金崎：いわゆる糖尿病指導管理の形だと思いますけど、ただ今の病院とかそういう入院とかで指導が厳しくなっているのが現実でありますし、それがなかなか伸びている病院と伸びていない病院があるのも事実で、難しいところもあります。あとはやっぱり運動療法がなかなか入れられないというところがあって、本当はその運動療法がすごく大事なはずなんですけれども、それをなんとかできたらなといつも思っているところであります。

要：ありがとうございます。先ほど思っていて言うの忘れていたのですが、教育プログラムを作っていくにあたっても、今回の診療報酬でも理学療法士さんの介入望ましいって書いてありますので、理学療法士さんの運動療法についても入れていく必要があるんじゃないかなと思っていました。

金崎：いやもう絶対そうだと思いますよね。いま腎臓にいいという薬が全部、糖尿病の方はとくに筋肉とか減ったりすることも多いですから、やはり食事もしっかりとりながら運動もするというという時代に来ているというふうに思います。ぜひともお願ひしたいと思います。

要：それでは、ワーキンググループに理学療法士さんに加わっていただく方向で検討してみたいと思います。具体的な教育プログラムを作るにあたってご協力していただけそうな理学療法士の先生方がもしいらっしゃったら、また皆さんからもご推薦いただければと思います。

山田：私からも少しよろしいですか。画面共有させていただきたいんですけど。プログラムを作る上で、これは慢性腎臓病指導管理料の通知になるわけなんですけど、こちらの透析予防診療チームは「慢性腎臓病のリスク要因に関する評価を行い、その結果に基づいて、指導計画を作成すること」であるとかこういった指定がされているところではありますので、ぜひここに答えを出すような形でお願いできるととても使いやすいなというふうに思っております。あとこの評価結果指導計画及び実施した指導内容を診療録などに添付パターンを記載することとかですね。どういったことを計画すればいいのかなっていうことが分かるとより臨床で使いやすいのかなというふうに思っております。

要：ありがとうございました。承知いたしました。この通知文も意識したプログラムにしていきたいと思います。さきほど遵守率のところのいくつかの項目のところが、みなリスク要因ですので、ひとつの答えになるかなとは思っています。一点、リスク要因に関しては、ガイドラインの遵守率というところで検討されている岡田先生にメールさせていただきましたところ、例えば糖尿病では5本の指で示されているような、いくつかにしほる、あるいはリスクの重み付けっていうのはCKDではなかなか難しいということのようです。ガイドラインの推奨度の高い項目を選ぶくらいかとおっしゃっていましたが、この点はもう1回岡田先生にも確認してみたいと思います。今回の追加研究でそういったことがある程度言えるかもしれないというのがありますが、いずれにしましても、何らかの形でリスク要因に関し検討していきたいと思っています。ご指導ありがとうございます。

八田先生：よろしいでしょうか。3点あるんですけども。1つは、eGFRなど非常に檀れいさんがアストラゼネカと共に開催してコマーシャルをすることで、GFRが下がってきて心配になって受診する人がかなり増えているように思います。そういう効果は非常に絶大だと思っていて、実際に私も外勤行っている病院、近江八幡の病院で腎臓専門外来をやろうとして、僕の患者さんはこのCKDの透析予防の管理の説明をしたら、皆さん受けては下さるんですけども、結構受けてくれないことも、お金がプラスになることとか、時間がどうだとかいうことで、始まってみたものの現場では結構苦労しているところもあります。一方で一般市民の方で、腎臓病は透析になって自分の人生を快適に過ごせなくなる可能性もあるので早めに病院に行って相談して、こういうチームがあるところに相談しましょうという社会的なプロモーションをすることで病院もやりやすくなるんじゃないかなというふうに思います。それは、石川先生のおっしゃったクリニックもそうだし、病院もそうなんんですけど、クリニックは、八田医院でも来年4月から始めるところでまだまだ整ってないんですけども、やりやくくなると思うので、例えJKAがアストラゼネカなど他の会社とも組んでいると思うので、動画を作って流してもらうっていうのもちょっと一つ考えていただければと思

ます。

要：柏原先生にお伝えしたいと思います。

八田：みなさんやりやくなると思いますし、診療報酬がつきましたので是非生かしたいと思います。それから、今回エビデンスを出した 3000 名のうち 1600 名は教育入院のデータなんですね。もちろん今村先生の素晴らしいプログラムは多分トップレベルだと思うんですが、他の病院でそこまでトップレベルのことができているかと僕ちょっと疑問ではあるんですが、やっぱり教育入院のデータ、たとえば聖マリアンナの桜田先生、近江八幡のデータ、数の多い例えれば北野病院とかですね、教育にすごくやっているところがかなりデータを引っ張っている部分はあると思うんですね。一方で、金崎先生がおっしゃったように、教育入院ができなくなっているんですよね、病院が。看護必要度が低いとか、寝ているだけの入院と DPC ケースが一緒ということで、こんなに儲からない入院はさせないと、近江八幡ですら、病院長が外来でしろと言ってきてですね、ちょっと待ってくれエビデンスが出るから、と言って待ってもらっている段階ですので。

ただそれがちょっとしたらエビデンスがすごく良かったのが、教育入院しなくなってしまったことによって、もしかしたら外来だけで限界があるかもしれない、例えば教育入院をやろうと思っている施設に対して DPC の係数を上乗せしていくようなものができればですね、やっぱりまた教育入院を再開ということがしやすくなるかもしれない、厚労省で一切教育入院は認めないよっていうふうになれば別なんですが、山田先生にご助言いただいて、ちゃんとしたプログラム遵守してやれば DPC 係数も上げということができれば、このチームでぜひやっていただきたいし、これが私と櫻田先生の悲願でございまして。もう一つはさつきクリニックのれべるで、議論するのはまだちょっと早いかもしれないんですが、次の調査の時にクリニックも入れられたらいいかなと思いました。

要：はいありがとうございました。教育入院に関しては実際にエビデンス出しているわけですね。今回は加算に関しては外来に限定していますけども、他の領域で教育入院で何か加算ついているところがあるのかどうかわからないんですけど、何等かの形でインセンティブみたいなものが付けば、教育入院は恐らく効果あるのは間違いないですし、外来の指導にもつながっていくわ�ですから。CKD だけというのは難しい状況もあるかもしれません、教育入院と外来の同じ職種で比較することを除くと、エビデンスとしてはもうだいたい出ていますので。

山田先生：ありがとうございます。おっしゃるとおり教育入院の方についてもそういった声をたくさんいただいております。ちょっと我々の方にも検討したいと思います。

八田：ぜひよろしくお願ひいたします

要：そのことは是非今後検討いただくとして、多分我々の方ができるのは、ワーキンググループで検討していくのは、メインは外来教育ですが、教育入院のある程度ひな形的なものをこちらで作ってそれでどうだというふうにこちらで実績を作っていくということも逆に重要なという気もします。ちょっとそこまで手が回るかどうか分かりませんけども、そういう

ったことも考えてやっていきたいなとは思っています。

八田：ぜひよろしくお願ひいたします。入院中に、内田先生がおっしゃった看護師さんとの関わり、家族との関わりというのは、外来だけではなかなか難しい面もあって、櫻田先生も実感されていると思いますけど、やっぱり教育入院したことによってその家族の現状とかどういう人がご飯を作っているんだとか、経済状況とか、いろんなことがやっぱり手に取るように分かって、あと薬剤師さんが必ず介入するんですね。そこに理学療法士入れると、5職種が介入っていう非常に手厚い介入になりますので、いいのだけれど、外来でできればベストだけども、なかなかそういかないので、そういうオプションがあったらいいかなと思っています。すみません、コメントです。

要：いえいえ、ありがとうございました。櫻井先生、何か教育入院だけではなくて全般的なことで結構なんですけどもご意見ございますか？

櫻田：すいません、今日ちょっと遅れてしまいまして申し訳ございません

途中からですが、いくつかちょっと気になることがありましたのでご確認なんですが、センターサイズでの効果ということで検証されるっていうことで前回ワーキングの方でお話をしたんですが、確かにこのセンターサイズでその差が出たところでこの今後の臨床にどう活かしていくかっていうのが非常に悩ましいなと思いました。多分一番データがいいのは八田先生のところ（近江八幡）じゃないかなと思いますので、そうなると数が多いところじゃないと効果がないのかという話になってしまいますとちょっと今後の臨床につなげるのが難しいかなと若干感じたところです。あと 2 点目はですね、前回のデータで集めた透析のモダリティについてのデータはこれまで出してないのかなと思います。これまでのアウトカムはあくまでも死亡と透析導入移植という複合アウトカムなので、それぞれのアウトカムでの検討がされてないではないかなと思います。おそらく 3 100 何名のうち死亡したのが 150 名で、透析移植に入ったのが 700 名以上というところなので、個人的な印象ですけども、おそらく教育を受けた方々は、PD や移植の選択率がおそらくかなり高いんじゃないかなというふうに思っています。

それはおそらくその結果としては、SDM も含めですけども情報提供も入院であったり外来であったり手厚い対応してるので、そういうモダリティが適切な選択率になってるんじゃないかなと。これはデータまだあるはずですが、解析していなかったんではないかなというふうに思います。さっきデータシート確認していてちょっと思ったので、ここはデータとして出せるんじゃないかなと思う。これまで SDM すると 30% ぐらいの PD 選択率であったり、移植の選択率はどうだっていうデータは出ていますので、そういういたところと比較するという追解析はぜひともちょっと検討していただきたいなというふうに思っています。あと次なんですが、蛋白尿の減少と eGFR の低下速度の関係ですけど、これはすでに CEN で阿部先生が確か出されていたというふう認識しております。糖尿病の患者さんは介入後に確実に 2 年間通じて蛋白尿が減っていたのが、非糖尿病の患者さんたちは 6 ヶ月後だけが蛋白尿も減ってたんですけど 1 年後 2 年後は確かに有意差がなかったんじゃないかという

ふうに思います。そうすると非糖尿病の患者さんたちの eGFR のスロープに影響を与えたのは、蛋白ではないということになるとじゃあ何なのかなっていうところに関して、解析をできるんだつたらすべきかなというふうにちょっと思いました。最後にすいません、多くて申し訳ないんですが、先ほど要先生の方から実働のコメディカルの方の参加という話あったと思うんですけど、私は可能であればですね今回ご参加いただいたご施設のコメディカルの方々にご協力をお願いするのが、一番成果を出した人たちですので、ご協力をいただくのが一番いいんではないかというふうに思った次第です。すいません以上です

要：はい、ありがとうございました。分析のモダリティに関しては多分すぐ聞けますよね。一般的なデータとの比較するだけなら、すぐ数字が出ると思いますので、是非追加調査したいと思います。それかご参加いただく追加メンバーをこれから検討するにあたって、参加 24 施設の中の方々ということですね。

櫻田：たぶん資料を提供されたのも多分それらの方だと思いますので、その方々で最適な指導内容を詰めていただくというのがいいのではないかと。

要：ありがとうございます。少なくとも 1 名はそういう方々にも入っていただくということがいいかもしれませんね。24 施設だけ言うことになりますと全く知らない先生方かもしれませんので、複数参加いただくというのがいいかなと思いました。その辺りも石川先生、内田先生、竹内先生とご相談させていただければと思います。まずは施設の名簿をお送りいたしますので、それも参考にして人選をお願いしたいなというふうに思います。貴重なご意見ありがとうございました。

八田：今日の会議資料は後ほどいただけるんでしょうか？

要：はい、議事録は少しお時間いただきたいんですけども、今日の資料はすぐに送りいたします。

八田：ちょっと確認したかったことが何点かあったので、すいませんがよろしくお願ひします。

要：皆さん方からの発言は一通りいただいたかと思いますけど、ほかにいかがでしょうか。本日は本当に貴重なご意見をどうもありがとうございました。一応今日ご説明したようなスケジュールで今後進めていきたいと思います。いくつか方向性も定まってきましたし、これから取り組み加速していきたいと思いますので、ぜひ皆様ご協力いただければ幸いです。新たに追加解析、追加調査ご提案とかがございましたらお送りいただきたいですし、ワーキンググループの方もぜひよろしくお願いしたいなというふうに思います。えーとそれでは、最後に、本日柏原先生ご欠席ですので、山田先生に締めのお言葉をいただければありがたいです。

山田先生：本日はありがとうございました。大変勉強になりました。まさに先ほどディスカッションをいただいたことはとても重要でして、この多職種連携の慢性腎臓病透析予防指導管理料についているところではあるんですけども、やはりまだなかなか具体性だとか、どういったことを進めればよいか、計画ってどういうふうにやつたらいいのかとか、リスク因

子って何なのかとかいろいろなご意見いただいているところですので、ぜひここで標準化されたプログラムが出ることで、世の中の方々が快適にそれを進められる、それによって CKD の進行が抑えられるとそういういったようなプログラムぜひ作っていただきたいと思いますので、引き継ぎ指導の方よろしくお願ひいたします

要：ありがとうございました。こちらこご指導のほどよろしくお願ひいたします。

そうしましたら、本日は日曜の夕方のお忙しいところ 1 時間半に渡って、さまざま議論いただきましたありがとうございました。