



第4回 京都腎臓・高血圧談話会

日時

2019年 **11月16日** (土) 17:30～20:00

会場

京都ブライトンホテル1階 『慶祥雲の間』

京都市上京区新町通中立売 (御所西)

TEL 075-441-4411

共催：京都腎臓・高血圧談話会、日本ベーリンガーインゲルハイム（株）

後援：京都府医師会、京都腎臓医会、京都糖尿病医会、京都透析医会、京都府栄養士会



【プログラムのご案内】

【Opening Remarks】 17:35 – 17:50

京都腎臓・高血圧談話会 会長 神田 千秋 先生

【特別講演】 17:50 – 18:50

座長

三宅 健文 先生（西陣病院 薬剤部長）

「塩についての正しい理解」

演者

西山 成 教授（香川大学医学部薬理学教室）

【聴衆参加型ディスカッション】 19:00 – 20:00

テーマ：糖尿病における血圧管理の課題

司会

家原 典之 先生（京都市立病院 腎臓内科）

和田 成雄 先生（和田内科医院）

保健師 岩崎 菜摘 先生（向日市役所）

ディスカッサー

薬剤師 三浦 彰久 先生（宇治おうばく病院 薬剤部）

栄養士 幣 憲一郎 先生（京都大学 疾患栄養治療部）

ご回答に携帯電話（スマホやガラケー）を使用しますので、ご持参ください。

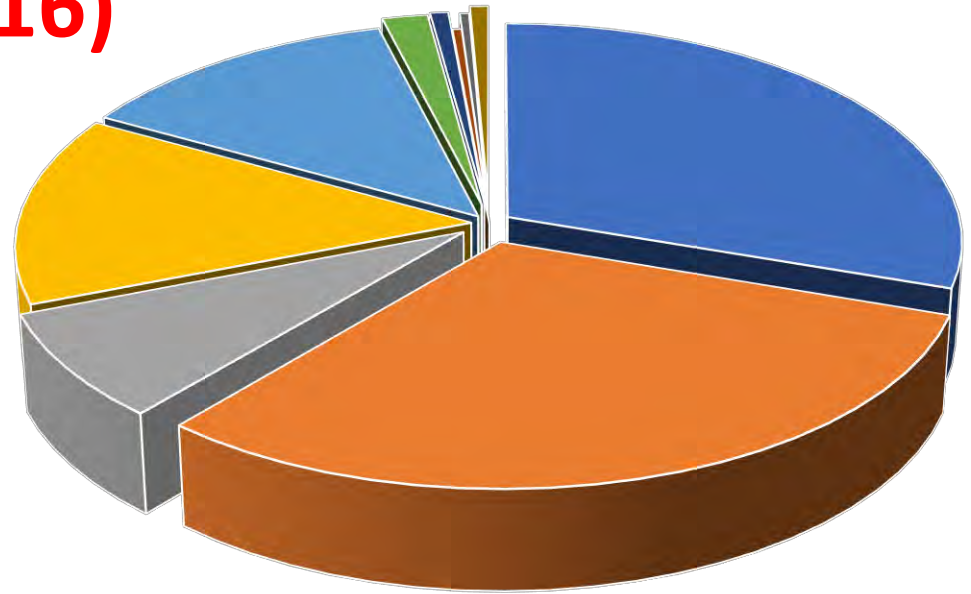
【Closing Remarks】

京都腎臓・高血圧談話会 副会長 鍵本 伸二 先生

※本会終了後に情報交換会をご用意しております。

入会会員数 278名(2019/11/16)

医師	84
栄養士	86
看護師	22
保健師	39
薬剤師	36
臨床工学技士	5
臨床検査技師	2
准看護師	1
作業療法士	1
公認心理士	2



- 医師
- 栄養士
- 看護師
- 保健師
- 薬剤師
- 臨床工学技士
- 臨床検査技師
- 准看護師
- 作業療法士
- 公認心理士

会計報告 (H30年-31年、R1年)

(会計は4/1~3/31)

平成	30年				135,046
6	21	日清医療食品株式会社 貸会場 費		3,000	132,046
11	10	第3回京都腎臓・高血圧談話会学 術講演会	167,000		299,046
		参加費 (¥1,000×167名)			299,046
		参加者167名			299,046
令和	1年				299,046
7	19	京都府保健事業協同組合 (会館 利用料)		6,480	292,566
	19	山端局 (振込手数料)		150	292,416
					292,416

常任世話人 (敬称略)	役職	施設名	診療科・役職
武田和夫	顧問	京都工場保健会	顧問
神田千秋	会長	京都民医連中央病院	救急総合内科科長
家原典之	副会長	京都市立病院	腎臓内科部長
吉村了勇	顧問	近江八幡市立総合医療センター	前府立医大病院長
和田成雄		和田内科医院	院長
鍵本伸二	副会長	かぎもとクリニック	院長
西田 眞佐志		京都府立医科大学	小児科学 准教授
小山正樹		西陣病院	泌尿器科部長
八田 告	事務局	八田内科医院	院長
川手由香	事務局補佐	京都桂病院	栄養科科長
幣憲一郎		京都大学疾患栄養部	副部長
梶岡恵子		京都工場保健会	保健師
三宅健文	事務局補佐	西陣病院	薬剤部部長
河上英治		京都薬剤師会	会長
柴田晶子		向日市役所	健康推進課課長
青木正	監事	にしがも透析クリニック	院長
望月貴子	監事	京都市立病院	管理栄養士



第4回 京都腎臓・高血圧談話会

【Opening Remarks】 17:35 – 17:50

京都腎臓・高血圧談話会 会長 神田 千秋 先生



第4回 京都腎臓・高血圧談話会

【特別講演】 17:50 – 18:50

座長

三宅 健文 先生（西陣病院 薬剤部長）

「 塩についての正しい理解 」

演者

西山 成 教授（香川大学医学部薬理学教室）





座長 三宅健文先生



講演 西山 成先生



参加者数は、過去最高の179名



熱心に質問される保健師さん

第4回 京都腎臓・高血圧談話会

【聴衆参加型ディスカッション】 19:00 – 20:00

テーマ：糖尿病における血圧管理の課題

司会

家原 典之 先生（京都市立病院 腎臓内科）

和田 成雄 先生（和田内科医院）

ディスカッサー

保健師 岩崎 菜摘 先生（向日市役所）

薬剤師 三浦 彰久 先生（宇治おうばく病院 薬剤部）

栄養士 幣 憲一郎 先生（京都大学 疾患栄養治療部）

ご回答に携帯電話（スマホやガラケー）を使用しますので、ご持参ください。



【練習問題】
ラグビーワールドカップ2019
日本以外で応援していた国はどこですか？

- ①南アフリカ
- ②イングランド
- ③ニュージーランド
- ④ウェールズ

本当に満員御礼のご参加を頂き有難うございました。

計179名で過去最高の出席者でした！



糖尿病性腎臓病のKさんについて 保健師のもやもや

保健師 岩崎菜摘（向日市役所）



特定健診・長寿健診の結果

年度	H22. 9. 27	H23. 10. 3	H24	H25. 10. 25	H26. 10. 7	H27. 10. 6	H28. 8. 5	H29. 10. 10	H30
年齢	69歳	70歳	71歳	72歳	73歳	74歳	75歳	76歳	77歳
eGFR	51.9	51.6		51.7	54.8	58.3	51.1	45.9	
血清Cr	1.1	1.1		1.09	1.03	0.97	1.09	1.2	
尿蛋白	-	-		+	+	+	+	+	
体重	49.0	49.4		46.0	47.5	44.5	43.0	44.5	
身長	162	161.5		162	161.5	161	161	161	
BMI	18.7	18.9		17.5	18.2	17.2	16.6	17.2	
腹囲	70	69.5		68	71	65.5	63		
血圧	130/80	138/88		142/70	212/103	176/92	166/108	158/84	
中性脂肪	82	95	未受診	155	173	113	104	115	未受診
HDL-C	68	66		69	69	69	76	73	
GOT	20	19		19	18	16	18	17	
GPT	9	10		8	7	8	8	8	
γ-GT	70	58		55	55	48	48	34	
尿酸	6.7	7.3		7.1	7.0	5.9	6.3	7.6	
血糖	120(空腹)	116(随時)		143(空腹)	137(空腹)	151(空腹)	143(空腹)	157(空腹)	
HbA1c	6.1	6.9		7.6	8.1	11.4	8.0	7.1	
尿糖	-	-		-	-	-	-	-	
LDL-C	109	103		95	102	89	99	85	
心電図		心筋障害		ST低下	ST低下	心筋障害	ST低下	ST低下	

Kさんについて

事前にわかる情報

住基情報 77歳 男性 家族構成（妻と2人暮らし）

レセプト情報

【主治医】A病院

B医院（過活動膀胱、血糖）

※A病院に入院するまで（H30年10月）はC医院にかかっていた。

【既往歴】糖尿病・高血圧・高尿酸血症

過活動膀胱・左膝関節炎・変形性腰椎症

胆のう摘出・気腫型慢性閉塞性肺疾患

【Kさんに対する保健師のもやもや……】

・糖尿病で内服治療中であるが、処方された血圧の薬を自己判断で飲んだり、飲まなかったりしていた。

平成30年10月からは、奥さんが内服の管理をしており、今は継続内服に至っているが、今まで血圧が高い状態が続いていたが、大丈夫だろうか…

尿蛋白が続いているが、腎臓の機能はどうだろうか…

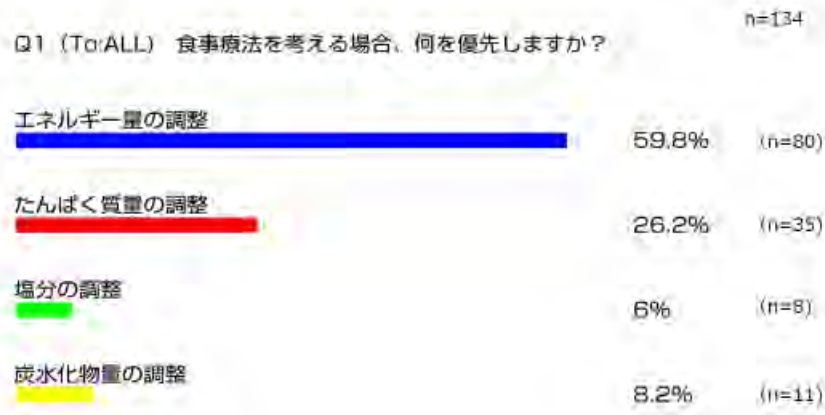
・昼食はお腹が空かず、欠食となっている。

摂取エネルギーは、それほど多くないように感じるが、血糖の値が安定していない。

この食事時間に合わせた内服治療で、大丈夫だろうか…

管理栄養士の立場から

幣 憲一郎 (京都大学疾患栄養治療部)



Q1 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。
食事療法を考える場合、何を優先しますか？

- ①エネルギー量の調整
- ②たんぱく質量の調整
- ③塩分の調整
- ④炭水化物量の調整

高齢者糖尿病診療ガイドライン2017

・VIII-CQ-2

「高齢者糖尿病の治療開始時のエネルギー指示量を決める際には、どのような点に注意すべきか？」

- ・標準体重1kgあたりの摂取エネルギー：
軽労作で25~30kcal
- ・サルコペニア、フレイルがあり、低栄養
あるいはそのリスクがある患者：
栄養バランスに配慮した比較的多めの
エネルギー摂取が望ましい
- ・体重、BMI、筋肉量、筋肉、精神・心理
検査などの推移を観察し、適宜変更して
いく必要がある



Q2 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。

たんぱく質は増やすべきですか？

① YES

② NO

Q2 (To:ALL)たんぱく質は増やすべきですか？

Yes



91%

(n=130)

No



9%

(n=13)

高齢者糖尿病診療ガイドライン2017

• VIII-CQ-3

「高齢者糖尿病の炭水化物、たんぱく質、脂質の指示量の決定にあたってはどのような点に注意すべきか？」

- 炭水化物の摂取不足や摂取過剰にならないよう注意。
- フレイル・サルコペニアの予防のためには、重度の腎機能障害がなければ十分なたんぱく質を摂る。



栄養アセスメント&プラン

- 現在：身長162cm、体重45kg、IBW57.7~65.6kg
- 若いころよりやせ型（46kg前後）であったことやHbA1cが6%だった69歳時の体重49kgであったことを考慮し、**目標体重を50kg**とすると
- En: 食事864kcal+Alc.112kcal=976kcal(19.5kcal/目標体重)
もともとやせ型であることを考慮しても摂取エネルギーが少なめ！
※1500~1750kcal/日(30~35kcal/目標体重)
- Pro: 食事35.7g(0.7g/目標体重) ←腎症4期相当
たんぱく質の摂取量も少なく、サルコペニア・フレイルのリスク！
※40~50g/日(0.8~1.0g/目標体重)
- Fat: 45.0g(E比：27%)
- Carb: 223.7g(E比：60%)
- 食塩：6~8g/日

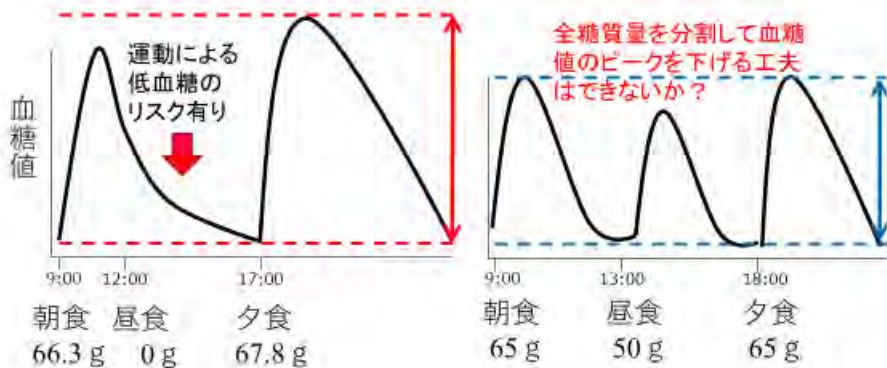
Q3 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。

食事回数は増やすべきですか？

① YES

② NO

摂取する糖質量が多く、バラツキが大きい患者には、
糖質量の平準化が有用！
(基礎カーボカウントの導入)



Q3 (To:ALL)食事回数は増やすべきですか？

n=143

Yes



94.4% (n=135)

No



5.6% (n=8)

栄養管理のポイントは・・・

1. 高齢者糖尿病患者 (BMI低値) の管理をどう考えるか？
(サルコペニア・フレイル対策と腎機能低下)
2. 腎機能低下に対する食塩、たんぱく質管理。
(どの程度のエネルギー量が適正？)
3. 食事を増やした場合の糖質量と血糖変動をどう管理するか？
(カーボカウントの概念と使用薬物との連携を)

糖尿病専門医の視点

和田内科医院 和田成雄



糖尿病患者の血圧管理

-----糖尿病専門医の観点から-----

1. 糖尿病患者の血圧管理目標値
・糖尿病患者における血圧管理の必要理由
2. 降圧剤の適応（いつから降圧剤を投与するのか）
3. 降圧剤の選択
・微量アルブミン尿・蛋白尿の存在する場合
4. 降圧剤のインスリン感受性、糖代謝、脂質代謝などに対する影響

Q4 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。

高血圧を伴う高齢糖尿病患者さんに、
どの様な指導を行いますか？

- ①脳卒中や冠動脈疾患⇒全例130/80未満を目指す。
- ②合併症予防のためHbA1c 7.0%未満を目指す。
- ③血糖、脂質、喫煙、肥満など総合的指導も必要。
- ④フレイルな高齢者にレジスタンス運動は禁忌。

*①の選択肢で、画面表示が、130/90mmHgと誤記で混乱を招いたかもしれません。申し訳ありませんでした。

Q4 (To:ALL)高血圧を伴う高齢糖尿病患者さんに、どの様な指導を行いますか？		n=136
脳卒中や冠動脈疾患⇒全例130/80未満を目指す	26.4%	(n=36)
合併症予防のためのHbA1c7.0%未満を目指す	12.5%	(n=17)
血糖、脂質、喫煙、肥満など総合的指導も必要	60.2%	(n=82)
フレイルな高齢者にレジスタンス運動は禁忌	0.8%	(n=1)

脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

2019年版

脳卒中および冠動脈疾患の人口寄与危険割合

	脳卒中	冠動脈疾患 (男 / 女)
高血圧	56%	34% / 17%
喫煙	15%	45% / 18%
糖尿病	6%	5% / 9%
肥満	6%	
脂質異常症		5% / 8%

血糖・血圧・脂質の治療状況は概ね良好でした

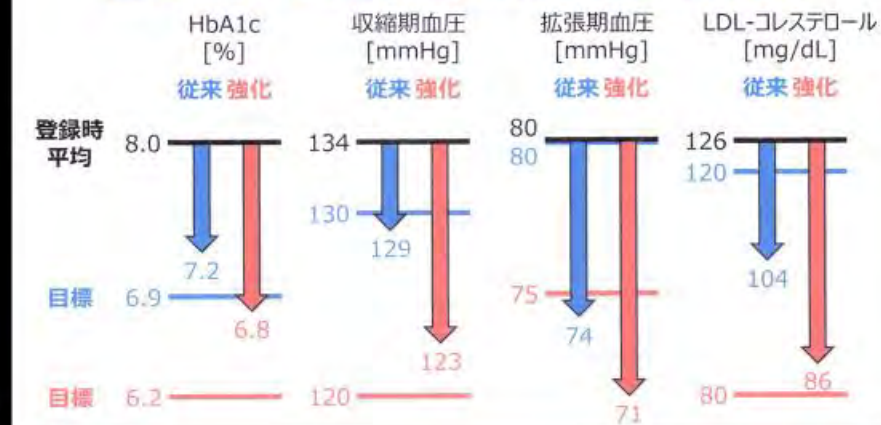


表3-3

[JSH2019]

降圧目標

	診察室血圧 (mmHg)	家庭血圧 (mmHg)
75歳未満の成人 ^{*1} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし) 冠動脈疾患患者 CKD患者(蛋白尿陽性) ^{*2} 糖尿病患者 抗血栓薬服用中	<130/80	<125/75
75歳以上の高齢者 ^{*3} 脳血管障害患者 (両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、 または未評価) CKD患者(蛋白尿陰性) ^{*2}	<140/90	<135/85

^{*1} 未治療で診察室血圧130/80-139/80-89 mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を開始または強化し、高リスク患者では少なくとも1ヵ月以上の生活習慣修正にて降圧しなければ、降圧薬治療の開始を含めて、最終的に130/80 mmHg未満を目指す。すでに降圧薬治療中で130-139/80-89 mmHgの場合は、低・中等リスク患者では生活習慣の修正を強化し、高リスク患者では降圧薬治療の強化を含めて、最終的に130/80 mmHg未満を目指す。

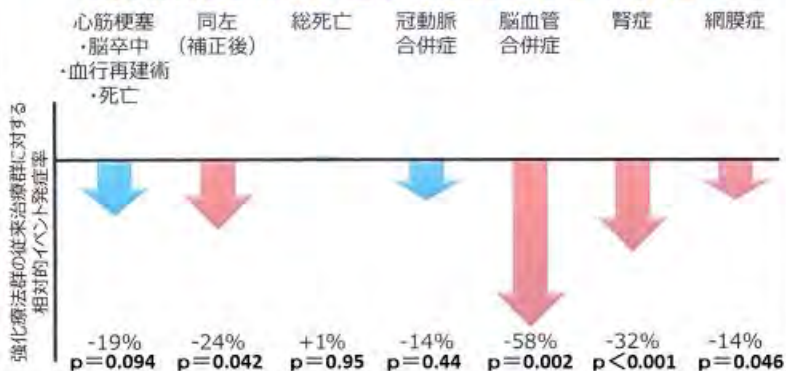
^{*2} 前時尿で0.15 g/g以上を蛋白尿陽性とする。

^{*3} 併存疾患などによって一般に降圧目標が130/80 mmHg未満とされる場合、75歳以上でも忍容性があれば個別に判断して130/80mmHg未満を目指す。

降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

現行のガイドラインよりも厳しい目標を目指した治療により

糖尿病の合併症が更に減ることも分かりました

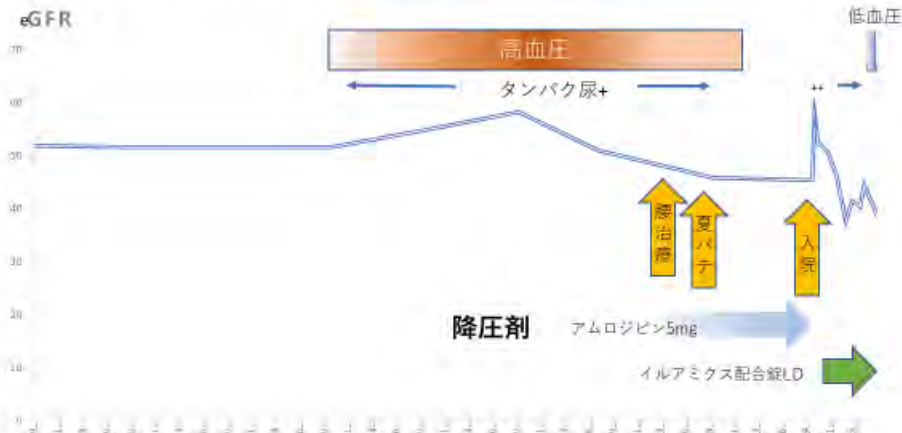


腎臓内科医の視点

京都市立病院 家原典之



まずは経過をeGFRグラフとともにみる



Q5 (To:医師) * 医師の方にお伺いします

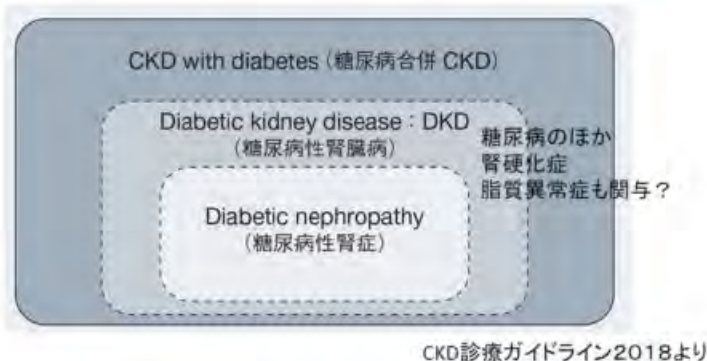
本症例の降圧目標を教えてください。
(症例) 75歳以上、尿蛋白陽性、糖尿病

- ①ガイドライン通り、130/80mmHg未満
- ②腎硬化症合併を考え、140/90mmHg未満
- ③150/90mmHg未満で十分
- ④150/90mmHg以上で良い
- ⑤分からない。

降圧目標	割合	人数 (n)
ガイドライン通り、130/80mmHg未満	17.6%	(n=9)
腎硬化症合併を考え、140/90mmHg未満	72.6%	(n=37)
150/90mmHg未満で十分	5.8%	(n=3)
150/90mmHg以上で良い	4%	(n=2)
分からない	0%	(n=0)

本例はDKDと考えると、過度の降圧を避けるという意見の先生が多かったようです。

多様な病態を包括するDKD



腎生検によって、各病態の寄与を明らかにし、治療を個別化する必要性がある

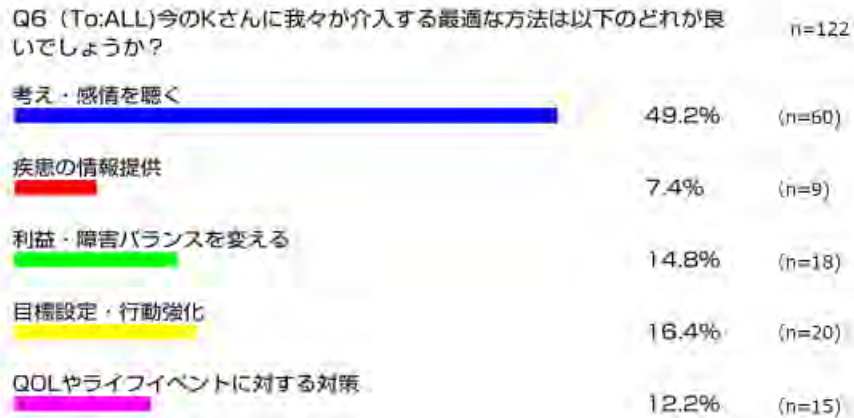
血糖・血圧・脂質の包括的管理が必要

- ◆ 直近の状況では、脂質管理は良好、血圧管理はやや低すぎるので調整必要。
- ◆ 血糖管理では早期であれば痩せ具合・eGFR値にもよるが、心・腎にエビデンスのあるSGLT2阻害薬も選択肢の一つ。
- ◆ 心血管障害は超音波などによる精査必要。
- ◆ 短期間の検査教育入院はどうだろうか。

Q6 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。

今のKさんに我々が介入する最適な方法は以下のどれが良いでしょうか？

- ① 考え・感情を聴く
- ② 疾患の情報提供
- ③ 利益・障害バランスを変える
- ④ 目標設定・行動強化
- ⑤ QOLやライフイベントに対する対策



薬剤師の立場から

宇治おうばく病院 三浦彰久



薬剤師として考えていきたいこと

- 適切な薬物療法を行うための、
- 患者にあった療養指導



- 服薬アドヒアランスの確認
- 血圧・血糖管理の目標設定

Q7 (To:医師&薬剤師) *医師・薬剤師のみなさんへお伺いします。

患者の療養指導は、どれを選びますか？

- ① このままだと透析になりますよ、と言う
- ② なにか良いところをみつけて褒める
- ③ キーパーソン同席のもと指導する
- ④ キーパーソン(妻)のみに指導(面談)

Q7 (To:医師&薬剤師)患者の療養指導は、どれを選びますか？

n=50

このままだと透析になりますよ、と言う

2% (n=1)

何か良いところを見つけて褒める

30% (n=15)

キーパーソン同席のもと指導する

68% (n=34)

キーパーソン(妻)のみに指導(面談)

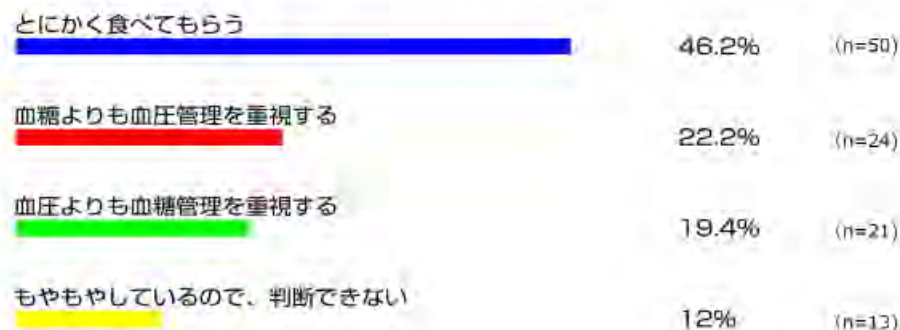
0% (n=0)

Q8 (To:ALL) *全ての参加者にお伺いします。

今回の事例では、次のどれを選択しますか？

- ① とにかく、食べてもらう
- ② 血糖よりも血圧管理を重視する
- ③ 血圧よりも血糖管理を重視する
- ④ もやもやしているので、判断できない

Q8 (To:ALL) 今回の事例では、次のどれを選択しますか？ n=108

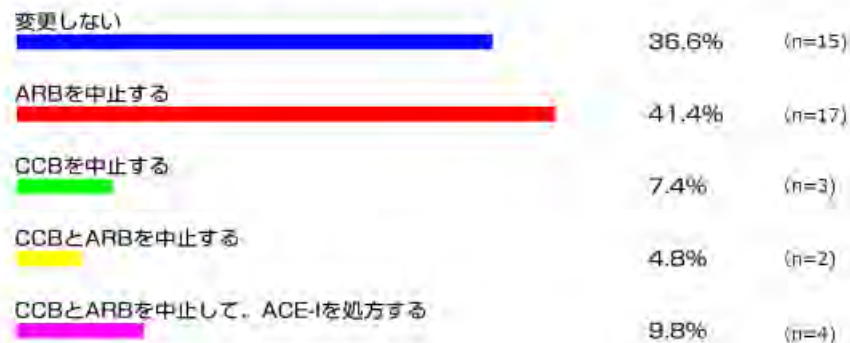


Q9 (To:医師&薬剤師) *医師・薬剤師のみなさんへお伺いします。

今後の血圧降下剤の対応を選んでください

- ① 変更しない
- ② ARBを中止する
- ③ CCBを中止する
- ④ CCBとARBを中止する
- ⑤ CCBとARBを中止して、ACE-Iを処方する

Q9 (To:医師&薬剤師) 今後の血圧降下剤の対応を選んでください n=41



Q9 (To:医師&薬剤師) *医師・薬剤師のみなさんへお伺いします。

今後の血圧降下剤の対応を選んでください

② ARBを中止する

- ・ ARBが効きすぎる病態がある？
(機能的片腎・腎動脈狭窄は要確認)
- ・ カリウム値上昇

服薬状況と食事の関係

昼食はお腹が空かず、欠食となっている。

摂取エネルギーは少ないが、血糖コントロール不良

薬剤師のもやもや・・・

この食事時間に合わせた内服治療で、
大丈夫だろうか…



チームとして、管理栄養士・保健師と相談

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018

表2 CKD患者への推奨降圧薬

CKD ステージ	75歳未満		75歳以上
	糖尿病, 非糖尿病で蛋白尿(+)	非糖尿病で蛋白尿(-)	
G1~3	第一選択薬	ACE阻害薬, ARB	ACE阻害薬, ARB, Ca拮抗薬, 75歳未満
	第二選択薬 (併用薬)	Ca拮抗薬[CVDハイリスク], サイアザイド系利尿薬[体液貯留]	サイアザイド系利尿薬[体液貯留]と同様 留]から選択
G4, 5	第一選択薬	ACE阻害薬, ARB	ACE阻害薬, ARB, Ca拮抗薬, Ca拮抗薬
	第二選択薬 (併用薬)	Ca拮抗薬[CVDハイリスク], 長時間作用型ループ利尿薬[体液貯留]	長時間作用型ループ利尿薬[体 液貯留]から選択

- ・ 軽度尿蛋白(0.15g/gCr)以上を「蛋白尿(+)」と判定
- ・ 糖尿病, 非糖尿病で蛋白尿(+)
の第三選択薬(2剤目の併用薬)として、利尿薬またはCa拮抗薬を考慮する。
- ・ 非糖尿病で蛋白尿(-)
の併用薬は、ACE阻害薬とARBの併用を除く2剤または3剤を組み合わせる。
- ・ ステージG4, 5
でのACE阻害薬, ARB投与は少量から開始し、腎機能悪化や高K血症などの副作用出現時は、速やかな減量・中止またはCa拮抗薬への変更を推奨する。
- ・ 75歳以上のステージG4, 5
でCa拮抗薬のみで降圧不十分な場合は、副作用に十分注意しながらACE阻害薬, ARB, 利尿薬を併用する。

処方工夫と服薬支援

服用薬剤数を減らす	<ul style="list-style-type: none"> ● 力価の弱い薬剤を複数使用している場合は、力価の強い薬剤にまとめる ● 配合剤の使用 ● 対症的に使用する薬剤は極力頓用で使用 ● 特に慎重な投与を要する薬物のリストの活用
剤形の選択	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の日常生活動作(ADL)の低下に適した剤形を選択する
用法の単純化	<ul style="list-style-type: none"> ● 作用時間の短い薬剤よりも長時間作用型の薬剤で服用回数を減らす ● 不均等投与を極力避ける ● 食前・食後・食間などの服用方法をできるだけまとめる
調剤の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ● 一包化 ● 服薬セットケースや服薬カレンダーなどの使用 ● 剤形選択の活用(貼付剤など) ● 患者に適した調剤方法(分包紙にマークをつける、日付をつけるなど) ● 嚥下障害患者に対する剤形変更や服用方法(簡易懸濁法、服薬補助ゼリー等)の提案
管理方法の工夫	<ul style="list-style-type: none"> ● 本人管理が難しい場合は家族などの管理しやすい時間に服薬をあわせる
処方・調剤の一元管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 処方・調剤の一元管理を目指す(お薬手帳等の活用を含む)

Q10 (To:ALL) *医師・薬剤師の方へお伺いします。

血糖管理に関して、次のどれを選択しますか？

- ① 変更しない
- ② SGLT-2阻害薬を追加する
- ③ インスリン製剤を中止する
- ④ GLP-1受容体作動薬を追加する
- ⑤ メトホルミンを追加する

Q10 (To:医師&薬剤師)血糖管理に関して、次のどれを選択しますか？

n=35



高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 (HbA1c値)

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立		① 軽度認知障害～軽度 認知症 または ② 手段的ADL低下、 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖 が危惧され る薬剤 (イン スリン製剤、 SU薬、グリ コド薬など) の使用	なし ^{注2)}	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
	あり ^{注3)}	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)
			8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

DASC-8の合計点が10点以下でカテゴリーI、11～16点でカテゴリーII、17点以上でカテゴリーIIIの可能性が高いと判定

注3:
糖尿病罹病期間も考慮し、合併症発症・進展阻止が優先される場合には、重症低血糖を予防する対策を講じつつ、個々の高齢者ごとに個別の目標や下限を設定してもよい。65歳未満からこれらの薬剤を用いて治療中であり、かつ血糖コントロール状態が図の目標や下限を下回る場合には、基本的に現状を維持するが、重症低血糖に十分注意する。

国内で販売中のSGLT2阻害薬

*は1型糖尿病の適応あり

商品名 - 会社	成分 (+DPP4阻害薬)	発売 (1型は適応あり)
スーグラ*	—	14年4月
スージャヌ	—	—

EMPA-REG OUTCOME試験

心血管イベント発症リスクの高い2型糖尿病患者に対して、心血管イベントの発症を抑制するというデータが発表された

デベルザ トホグリフロシオン	調剤	—	14年5月
カナグル カナグリフロシオン	田辺三愛製薬	カナリア (+テネリア)	14年9月 (17年9月)
ジャディアンス エンバグリフロシオン	日本ベーリンガー インゲルハイム	トラディアンス (+トラゼンタ)	15年2月 (18年11月)

各製品の添付文書などをもとに作成

第4回 京都腎臓・高血圧談話会

【Closing Remarks】

京都腎臓・高血圧談話会 副会長 鍵本 伸二 先生



情報交換会

顧問の武田和夫先生による乾杯



ついに最多の栄養士会員数の立役者
川手由香先生による中締め



開催後記

2019年11月吉日

過日は、第4回京都腎臓・高血圧談話会にご出席頂き、誠にありがとうございました。**179名**と過去最高のご出席を頂き、この領域の関心の高さを再認識しました。

西山先生のご講演は、ユーモアたっぷりであつという間の一時間でした。私達が考えたこともないような発想で、目から鱗が沢山落ちるような内容でした。私は、体外への塩排泄が日によって異なり、何らかのバイオリズムで変化している、という点に興味を持ちました。これから、そういった視点も頭に入れて診療しようと思いました。西山先生のご研究が益々発展されることを祈念しています！

聴衆参加型ディスカッションとして「糖尿病における血圧管理の課題」について保健師、栄養士、薬剤師の立場から、**もやもや**して患者指導に困る点、指導に当たって大切にしていること、薬剤使用の注意点などの有益な情報を教えて頂きました。今回は、新しいことにチャレンジするということでケータイゴングという回答方法を選択しました。多くの方にご参加頂き有難うございました。案外スムーズで次回以降も使用できると思いました。パネラーの先生方、繰り返し集まっての検討会、本当にお疲れ様でした。もやもやも少し解消したと思えます(∩▽∩)

来年は、R2/11/14あるいは21日の開催を予定しています。テーマは未定ですが、決まり次第お知らせします。ご意見、ご要望がございましたら、事務局 八田 告 (tsuguhatta@hotmail.com)までお寄せ頂ければ幸いです。また来年も皆様にお会い出来ますことを祈念しております(∩▽∩)/

京都腎臓・高血圧談話会
事務局 八田 告