

千葉大学腎臓内科の浅沼克彦です。

本日は本講習会をご視聴いただき、誠にありがとうございます。

まず私からは、「CKD 対策と協力医の必要性について」お話ししたいと思います。

まず初めに慢性腎臓病とはというところですが、慢性腎臓病とは腎臓の障害、もしくは腎機能低下が3か月以上持続している状態のことを言います。

腎臓の障害とは蛋白尿や腎形態異常を言いますが、蛋白尿が特に大切です。

腎機能低下は糸球体ろ過量(GFR)が60未満を示します。

先ほど日比野先生からのお話がありましたように、この定義を当てはめると、日本においてCKDの患者数は1330万人と試算され、成人8人に1人となります。

これは糖尿病患者さんよりも多い数字となります。

そして、慢性腎臓病対策の必要性、なぜ必要かということですが、それはCKD患者さんは2つの大きなリスクを有しているということです。

1つは腎機能が低下しているということで、末期腎不全に至り、腎代替療法、血液透析や腹膜透析を要するリスクがあります。

また、CKD患者さんは末期腎不全に至る前に、脳梗塞や心筋梗塞などの心血管イベントにより死に至る可能性があるという、この2つのリスクが問題となっています。

例えば、これは九州の久山町からのデータですが、CKDがある場合とない場合を比べますと、その後の12年間で心血管病の累積発症率を検討した結果、このように3倍、CKDがあったほうが男女とも発症率が高くなるということが分かっています。

増大する透析医療費、あるいはCKDによる心血管イベントの抑制の必要性を国も重大視し、平成28年にまずは透析導入原疾患第1位の糖尿病性腎症対策を行うため、糖尿病性腎症重症化予防プログラムが策定されました。

千葉県でもそれに合わせ、平成29年に千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策委員会が設置されました。

同年の12月には千葉県版のプログラムが策定され、検診で抽出アルゴリズムに従い、ハイリスクと判定された対象者への介入が行われています。

今現在、各市町村からの報告を拝見しますと、国の保険者努力支援制度の評価項目の達成度も上がってきており、さらに千葉県の糖尿病性腎症重症化が抑えられるよう協議が重ねられているところです。

一方で末期腎不全に至る原因のトップは糖尿病性腎症と申し上げましたが、それは透析導入患者の約40%にあたり、ほかの原因疾患のCKD対策も同時に行わなければ、腎疾患対策は成功しません。

そこで、平成30年には厚労省が設置した腎疾患対策検討会においてもCKD対策の実践が求められ、平成31年4月に改訂された糖尿病性腎症重症化予防プログラムでも、CKD対策について並行して行う必要性が新たに明記されました。

今年7月に閣議決定されましたが、いわゆる政府の骨太の方針でも、ここにお示ししますよ

うに CKD 対策の推進が促されており、まさに国を挙げて CKD 対策に取り組む必要性を打ち出しています。

今後、2025年以降に医療・介護の替え権限が都道府県へ移管されることが検討されていることを考えれば、各都道府県、各市町村ごとに CKD 対策を検討しなければならないことを意味しています。

そこで現在、県庁の健康福祉部健康づくり支援課に千葉県慢性腎臓病重症化予防対策部会を設置し、千葉県全域で早期に CKD 対策ができるよう、検討を行っているところです。

また、討議の結果を経て、今日このご講演をお聞きいただいている先生方にもお願いすることが多々あると思いますが、千葉県の未来の腎疾患医療の向上のために協力を願えれば幸いです。

こちらに千葉県 CKD 重症化予防対策の骨子をお示しします。

ここの3点です。

1つ目は、健診受診者から KDB 等を用い重症化リスクの高い CKD 患者を抽出し、受診勧奨を行う抽出基準を決定いたしました。

第2に、先ほど日比野先生からもお話がありましたように、千葉県の CKD 診療を支える重要な要として CKD 対策協力医を置くことにいたしております。

また3番目に、多職種連携を進めるため、お薬手帳に貼る CKD シールを作成いたしましたので、ご活用いただければと思います。

この3点について、このあと今澤先生からご講演いただきます。

私の話は以上です。

ご清聴、どうもありがとうございました。