

先生方、お疲れさまです。

帝京大学ちば総合医療センター、寺脇でございます。

これから、「この対策(CKD 対策協力医システム)が目指す未来」についてお話させていただきます。

そもそも、なぜ 21 世紀に入って CKD という概念が提唱されるようになったかと申しますのは、先ほど浅沼先生からお話がありましたように、CKD が単に透析導入の予備軍であるだけでなく、独立した明確な死亡リスクでもあることが、21 世紀に入ってから明らかになってきたからであります。

こちら、スライドにお示ししておりますのが、私どもがまとめた国内におけるデータですが、CKD の構成成分である腎機能低下及び蛋白尿、そのいずれもが総死亡、心血管死亡、初発脳卒中の独立したリスクであることが確認されます。

さて、年を重ねていきますと、諸臓器の機能は加齢現象の一環として低下し、腎機能もその例外ではございません。

そして、疾病集団おいてのみならず、何らの疾患を有していない一般住民集団においても、ある程度の腎機能低下は不可避であります。

このように CKD は、単に透析予備軍であるだけでなく、それ自体が予後不良に直結する、加齢とともに増加する Common disease であります。

さて CKD というのは、さまざまな背景により惹起される、まさに症候群であります。

高齢化とともに増加していく症候群たる CKD は、適切な治療のためにきちんと鑑別される必要があります。

そして、そのためには CKD を適切な対応に導くためのシステム構築が必須であります。

今澤先生からご紹介いただいた CKD 対策協力医システムは、まさにそのためのものでございます。

このスライドの向かって一番左の図は、千葉県の透析患者数で一貫して増加傾向です。

真ん中の図は新規透析導入患者数で、こちらは横ばい傾向です。

これらの状況を改善するためには、CKD の早期発見と早期治療が大切であることがうかがえます。

しかしながら、一番右の図でお示ししますように、千葉県における腎臓専門医は何しろ数が少ないです。

具体的には全国で下から数えて 5 番目に少なく、しかも偏在しております。

ですので、システム構築においては、スクリーニングのクオリティー向上、すなわち本当に必要なケースを落とさなく拾い上げる観点が必要となるのです。

CKD の大多数は、ステロイドや免疫抑制薬や抗腫瘍薬といった専門性の高い治療を要する特殊なものではなく、糖尿病や動脈硬化や高尿酸血症といった、コモンな背景に起因するものであります。

今回の CKD 対策協力医システムが稼働することによって、まずは特殊な CKD が遅滞なく

腎臓専門医に届くこととなります。

そしてコモンな CKD は、CKD 対策協力医の先生方によって、きめ細やかなフォローをいただく形となります。

この最後のスライドで千葉県 CKD 医療体制の未来像をお示しいたします。

高齢化社会を迎え、これからの医療は個々の病院や診療所で支えるものではなくなってまいります。

とりわけ CKD については、特に我が千葉県においては医師に限らず、全ての医療関連職で支えるべきものでございます。

ぜひ、本システムへの先生方のお力添えを、こいねがう次第です。

ご清聴ありがとうございました。