

平成20年度第3回マスコミとの懇談会 「慢性腎臓病」について

理事 玉井 修



平成20年11月20日（木曜日）午後7時より那覇市医師会館4階ホールにてマスコミとの懇談会が開催されました。今回は慢性腎臓病（以下CKDと略す）と人工透析について取り上げました。CKDに関しては、人工透析患者が全国で6番目に多いという沖縄県の現状を考えれば、医療経済的損失、また個人のADLを低下させるという社会的損失も大きく社会全体の問題となっています。週に3回4時間以上かけて行う人工透析治療がその個人に与える生活の損失は図り知れません。慢性腎臓病に関しては今回県立南部医療センター・こども医療センターの和氣亨先生に詳しくご説明頂きました。マスコミの関心も高く、多くのご質問が寄せられました。eGFRの評価が非常に重要であるという和氣先生のご説明に、マスコミ側からはeGFRという評価方法をほとんど今まで聞いたことが無いというご指摘がありました。この辺は私た

ち医療側にも説明責任があるのかも知れないと思いました。CKDとeGFRによる評価をもっと積極的に啓発をすべきと思われます。また今回は、特定健診がこの4月から開始され、その検査項目にeGFRが評価できるように健診項目として血清クレアチニンが沖縄県では特別に採用されている事を沖縄県国民健康保険団体連合会事業課長補佐の新里成美様より発表頂きました。特定健診に関してはこれまでも多くの機会を利用して啓発に努めて参りましたが、マスコミ側からは特定健診に関しての現場取材がなかなか取りにくいとお話がありました。今回の特定健診の運用における立ち上がりの悪さは、これを取材し啓発しようとするマスコミにとっても悪影響を与えていた事が判りました。これまでの健診結果からも沖縄県におけるCKD患者は増加の一途をたどり、人工透析の導入率も高率で推移するであろうとの予測が出ています。

特定健診により早期にCKDを発見し、早期に介入して腎機能の低下をくい止めることがとても大切です。今後はこれまで健診を受診したことのない人たちに如何に意識を高めて頂き、健

診を受けてもらうかをもっと真剣に議論しなくてはなりません。各マスコミと協力して、県民に対する慢性腎臓病の啓発活動を積極的に展開していきたいものです。

懇談内容

マスコミとの懇談会出席者

1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	佐伯 敏	NHK沖縄放送局記者	
2	大城 勝太	エフエム沖縄アナウンサー	
3	小磯 誠	ラジオ沖縄制作報道部	
4	阿佐慶涼子	沖縄テレビ報道部副部長	
5	儀間多美子	沖縄タイムス社会学芸部記者	
6	具志堅千恵子	琉球新報社編集局文化部記者	
7	島袋 彩子	琉球放送キャスター	

2. 沖縄県国保連合会

No.	氏名	役職名
1	新里成美	沖縄県国民健康保険団体連合会事業課長補佐

3. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	和氣 亨	県立南部医療センター・こども医療センター・腎リウマチ科部長	県立南部医療センター・こども医療センター
2	玉城 信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニックまかび
3	當間 茂樹	中部地区医師会	とうま内科
4	友寄 英毅	那覇市医師会会長	友寄内科胃腸科
5	田名 毅	那覇市医師会理事	首里城下町クリニック第一
6	玉城 清酬	南部地区医師会常任理事	空と海とクリニック
7	照屋 勉	ふれあい広報委員会委員	てるや整形外科
8	玉井 修	ふれあい広報委員会委員	曙クリニック
9	座間味 亮	那覇市立病院研修医	首里城下町クリニック第一にて研修中

開会

○司会(玉井) 今晩はお忙しい中、参加していただきまして誠にありがとうございます。

きょうの朝刊などを見ておりますと、麻生首相が「医者には社会的常識の欠落した方が多い」とおっしゃって非常に淋しい思いがいたしますけれども、そういうのを聞くにつれ、医者と患者の溝を深める言葉がいかにも信頼関係を損なって、医者と患者の溝を深めているということをぜひイメージしてほしいと私はいつも思っております。

沖縄県医師会は常にいろんな機会をとらえて、意思疎通を図る努力を今後も続けていく必要があると思っております。

きょうはCKDと人工透析ということで、県立南部医療センター・こども医療センター、腎リウマチ科部長の和氣亨先生。そして国民健康保険団体連合会事業課長補佐の新里成美様に、そのへんのお話を伺っていきたくと思います。

まずは開会の挨拶、当会副会長で沖縄県の医療関係の政策参与でいらっしゃいます玉城信光先生、よろしくお願ひします。

挨拶

○沖縄県医師会副会長 玉城信光



皆さん、こんばんは。マスコミとの懇談会、毎年させていただいております。今回は平成20年度の3回目になります。

今回は「慢性腎臓病」

ということで、沖縄県は透析の患者さんが多いということは皆さんも耳にはさんでいるところです。それがどうしても医療の経済を悪化させる原因にもなります。

例えば沖縄県医師会は、医師会の会員で医師国保という国民健康保険組合をつくっているんですけど、腎臓病の患者さんがいるとその国保の財源がどんどんなくなっていくんですね。慢性の重症な疾患があると破綻の危機になるということがありまして、やはり病気は早めに見つけて早めに治療をする。そうすると医療は経済的にもお金がかからないということで、きょうは先ほどご紹介がありました和氣先生と新里課長補佐に「慢性腎臓病」についてをお話いただきたいと思います。

マスコミとの懇談会は、玉井先生がおっしゃいましたように、例えば私も診療はしているんですけど、自分の目の前の患者さんからは信頼されているつもりだけど、医師会という名前が出たとたん、なぜ社会は我々を信用してくれないかという、いつも非常に矛盾があります。日本医師会も自分たちの利益誘導、沖縄県医師会も自分たちの利益誘導のために仕事をしているつもりではないんです。今後ともそういうことを訴えながら、医療というのはどうあるべきか、医師会はそれにどうして対処していつているのか、それが正しいのか、間違っているのかということで、常にマスコミの皆さんとも懇談をしたいし、医師会は県民の皆さんとも懇談をしたいと思っています。今回は「慢性腎臓病」ですが、急遽12月の18日木曜日に、今、新聞紙上を相当賑わせております「県立病院のあり方について」医師会とマスコミの皆さんと討論会をしたいと思っています。

これはいろんな話題が出ておりますが、県民にとって県立病院はどうあるべきかということをもっと真剣に考えるべきですし、一昨日、会議があったときに、今まで培ってきた議論が覆されるような発言があったので、県立病院の皆さんとも議論したいと思うのと、県議会の議員の先生方とも予算・決算を見ているわりには責

任は何ももっていないんじゃないかと思って、医師会はそのへんも議論の対象にしようかと思って、来年に向けていろんなことを計画しております。

まず12月18日木曜日は、マスコミの皆様と新しい医師会館で意見交換を行いたいと思っておりますので、各社からお1人ではなくて複数が出てきて、本当に県立病院というのはどうあるべきかということも議論していきたいと思っております。

きょうは慢性腎不全、沖縄に病気の人が多くなるのは、決していいことではありませんので、そのへんも含めて和氣先生からいろいろお話を伺って、身近にある人たちが糖尿病を放っておいて腎臓の病気になっていくというのがありますので、それを予防することがひいては長寿沖縄県の将来、今まで長寿日本一だったのが落ちはじめている、また、少し復活しましたけれども、それがダイナミックに前進するための1つの議論になると思います。ぜひとも活発な質疑をしていただきたいと思っております。よろしくお願ひいたします。

○司会（玉井） ありがとうございます。

早速ですが、まず和氣亨先生からプレゼンテーションをお願いします。

懇談事項

「慢性腎臓病」

県立南部医療センター・こども医療センター
腎・リウマチ科部長 和氣亨



南部医療センター・こども医療センターで腎・リウマチ科を担当しております和氣と申します。

これから慢性腎臓病についてお話をさせていただきます。本日は首里城下町クリニックの田名先生や大先輩であるとうま内科の當間先生もいらっしゃる前で、腎臓病のことをお話しするのは身に余るんですが、せっかくいただいた

機会ですのでしばらくお付き合いください。

血圧、心不全 etc…とさまざまですが、その原因は腎臓の働きが失われたというひとつのことなんですね。

なぜ多い？ 慢性腎臓病(CKD) — なんくるないさ！ が招く危機 —

県立南部医療センター・こども医療センター
腎リウマチ科 和氣 亨

日本腎臓学会広報委員会 沖縄県キーパーソン



Stop! 沖縄クライシス

スライド1

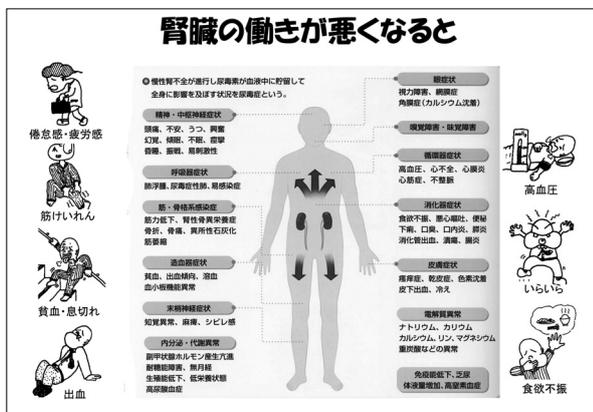
【腎臓の働き】 腎臓というと、単に尿をつくる臓器と考えられがちで、確かに体の中に溜まった老廃物を尿として排泄する、これは腎臓の大事な働きです。しかしそのほかにも腎臓では赤血球産生を刺激ホルモンをつくり出すし、ビタミンDを活性化して骨を丈夫にするといった働きもしています。さらに血圧を調節する、これも腎臓の重要な働きなんですね。



スライド3

【腎不全の治療】 腎不全の治療となると、いったん失われた機能を元に戻すのは難しいことなので、腎臓の代わりにする機械を使うこととなります。これが「人工透析」という治療です。老廃物、いいかえると尿毒素が血液中に溜まってくるわけですから、これを腎臓の代わりに機械で抜いてやる、これが「透析」です。血管の2カ所に針を刺し、1カ所からポンプで1分間に200ccずつ血液を吸い取って、ダイアライザー（血液を洗う機械）を通します。ここで血液を洗濯するようなものです。老廃物を洗い出したきれいな血液がここの下から出てきて、また体に戻っていく。1分間200ccの速さでだいたい4時間ぐらいで体全体の血液をきれいにすることができるといわれています。こういった治療が血液透析なわけですね。実際に透析をしている様子がこちらで、写真ではわかりにくいですが血管の2カ所に針が刺さっています。この部分がダイアライザーで、ここできれいになった血液がもう一方のこっちから体に返っていく。1回の治療が4時間です。でも1回やって終わりではないんです。いったんきれいになってもまた老廃物は溜まってくるので、ですから定期的に透析を続けていかなければいけない。ということで患者さんは月・水・金とか、火・木・土とか、ほぼ1日越しに週3回通ってきては1回4時間の透析を生涯受け続けなければいけません。

腎臓の働きが悪くなると



スライド2

【腎不全とは】 その腎臓が働きを失い、あれができないこれもできない…というふうになっていくのが「腎不全」という病気です。腎臓が本来の働きを失った状態とお考えください。そうするとまず体内に老廃物がたまってきますので、血液中に溢れてきた老廃物のために中毒状態つまり尿毒症になる。病気は腎臓に起こっているんですが症状は全身に現れるのが腎不全。腎不全の症状は、例えばイラストに示すように疲労感や筋痙攣、息切れや食欲不振に貧血、高

そういう透析を受けている方が、私たちの病院ではこちら側に10ベッド、この壁の向こう側に10ベッドあって、同時に20の方が透析を受けています。午前中の20人の透析が終わったら、午後からまた別の患者さんが20人来て、1日に最大40人が透析を受けられます。月・水・金で40人、火・木・土に別の40人ですから、最大80人までは我々の病院で透析できます。城下町クリニック、あるいは當間先生のところではもっとたくさんの患者さんをおられます。実は沖縄には透析の患者さんがたくさんいるんです。

なにも変わらないので、ひとくりにしましょうよという提案が2002年にNKFからなされて、それを受けて日本でも2004年に日本腎臓学会で英語の「chronic kidney disease (CKD)」を日本語で「慢性腎臓病」と呼ぶことに決めました。だから、気取って慢性腎疾患と言ってもいいんだけど、正しい日本語では「慢性腎臓病」ということになります。原因も問わないし、重症度も軽いものから重いものまで様々で、全部ひっくるめて、慢性で経過すれば慢性腎臓病です。それでは大雑把過ぎるというので、一応具体的なきまりがこちらです。

**CKD(慢性腎臓病)って
どんな病気?**

- 米国腎臓財団NKFが2002年2月に提唱
- 2004年世界各国の代表が集まってKDIGOを設立し、世界中で取り組みがスタート
- 日本腎臓学会は2004年CKDを「慢性腎臓病」と呼ぶことに決定
- **慢性に経過する腎臓病の総称:**
 - 原因の如何を問わない
原因不明・遺伝・代謝異常・膠原病・高血圧・糖尿病・加齢 etc...
 - 経過や重症度もさまざま
治癒・軽快・安定・緩徐に進行・急速進行 etc...

スライド4

CKD(慢性腎臓病)の定義

以下の項目の両方またはどちらかが**3か月**以上続くこと
CKDと診断されます。

1. たんぱく尿が出ている。(腎臓の障害がみられる)

尿検査で分かります
2. ^{シーエスエル}GFRが60mL/分/1.73m²未満

血液検査の血清Cr値から分かります

スライド5

【CKDとはなにか】 それでは今日のテーマですが、CKDについてお話しをさせていただきます。この「慢性腎臓病」という言葉そのものは簡単ですよね。もともとあった「慢性」という言葉と「腎臓病」という言葉の組み合わせです。ところがこの慢性腎臓病という考えかたは新しく、今から6年前にアメリカのNKF(National Kidney Foundation) というところが最初に提唱したものです。

これまで腎臓病は糖尿病性腎症とか、高血圧性腎症とか腎硬化症とかのように病気の原因ごとに分類したり、あるいは急性腎炎、慢性腎炎のように進行速度で分類したり、あるいは顕微鏡でみた形態で分類したりと、いろんな分類がされてきて非常にわかりにくかったんです。だけど考えてみれば、これを全部ひとまとめにして慢性腎臓病とくくってしまうと、とても理解がしやすくなるし、実際のところ治療法もそん

腎臓の働きを示すのが GFR
 - どうしたらわかるの? -

GFR:糸球体ろ過量

- 腎臓で1分間にろ過される血漿の量(mL/分/1.73m²)
- 若い健康人では ほぼ 100 mL/分/1.73m² なので、100点満点(または 100%)の試験に例えられます。

推算GFR(mL/分/1.73m²)

$$= 194 \times (\text{血清Cr値})^{-1.094} \times (\text{年齢})^{-0.287}$$

× 0.739 (女性の場合)

(日本腎臓学会GFR推算式70シグマ)

血液検査でCr(クレアチニン)値を測定、年齢がわかれば、計算で知ることができる

スライド6

【CKDの診断】

1. たんぱく尿が出ている。
 2. GFRが60ml/分・1.73 m²未満。
- GFRについては後で説明しますが、もともと腎臓というのは1分間に100ccの血液をきれいにする能力があるんです。これがほぼ正常な値として、処理能力が落ちて60cc未満しかきれ

いにできないよというのが2番の項目です。1または2のどちらか一方または両方が3カ月以上続く場合にCKDと診断します。軽いのも重いものまで全部含めてこの条件さえ満たせばCKDです。

さてさきほどのGFRですが、正確にはGlomerular Filtration Rateという小難しい用語で、要は正常な腎臓は1分間に100ccを血液をきれいにしますので100点と考えて、100点満点中のあなたは何点ぐらいの腎機能がありますよという、そういう評価の仕方です。実際にGFRを測るのは大変なので、簡単な換算式がつけられました。採血をしてその人の血液中のクレアチニン値を測ります。あとはその人の年齢さえわかれば、この計算式にあてはめてGFRは計算で求めることができるようになりました。こちらが今年5月に公開された日本人向けの計算式です。

しかし実際のところこれは暗算でできるような計算式ではないので、我々も換算表や専用の電卓を使います。それで例えば50歳の私のクレアチニン値が1.0mg/dlの場合、先ほどの計算式にあてはめるとGFR60ちょっととなります。女の人だとこれに0.739を掛けるので50ぐらいになりますか、CKDの診断基準の2に当てはまっちゃいますね。こんなふうに腎機能の良し悪しはGFRの値によって評価するわけです。

CKDステージ	CKDハイリスク群 CKDステージ1 CKDステージ2	CKD ステージ3	CKD ステージ4	CKD ステージ5
推算GFR値 (mL/分/1.73m ²)	90以上 89~60	59~30	29~15	15未満
腎臓の 働きの程度				
症状	●自覚症状がほとんどない ●たんぱく尿が出る ●血尿が出る	●夜間に何度もトイレに行く ●血圧が上昇する ●貧血になる	●寝れやすくなる ●むくみが出る	●食欲が低下する ●吐き気がする ●息苦しくなる ●尿量が少なくなる
治療法	生活改善 食事療法 薬物療法			透析療法 腎移植

スライド7

【CKDのステージ】CKDの診断がついたら、今度はGFRの値によって90以上ならステージ

1、90~60まではステージ2、60~30までをステージ3、30~15までがステージ4、15以下がステージ5というふうに重症度を分類し、治療はこのステージに応じて行われます。ステージ5が一番重症で、腎臓の働きが健常者の15%しか残っていないという意味です。図で気づいていただきたいのは、自覚症状が出てくるのはステージ3つまり中等度以上に腎臓が悪くなってからで、ステージ1やステージ2のCKDというのは、たまたま検査を受けたらたんぱく尿が出たとかでみつかるもので、自覚症状はまずありません。つまりステージ1やステージ2のCKDは検査しないと見つからないわけです。しかもステージ3でも症状はせいぜい、夜中の尿回数が増える、血圧が高くなる、貧血気味になるなど漠然としたものでCKDに特徴的なものではありませんから、自覚症状がないからと検診も受けずにいると、かなり進行するまで見逃されることとなります。いっぽうでステージ5となると、これはもう人工透析を準備をしなければいけません。そこで4月にはじまった特定検診ではCKDの早期発見にも重点が置かれているわけです。

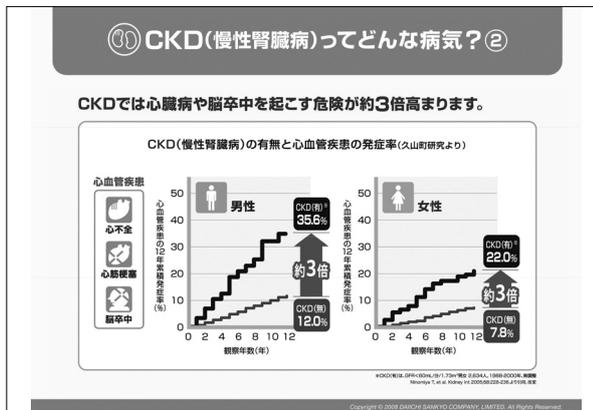


スライド8

【CKDの原因】CKDの原因はさまざまですが、その代表的なものがこれ(スライド8)です。高血圧、糖尿病、それから脂質異常症これはちょっと前まで高脂血症と呼ばれましたが今は「脂質異常症」というふうに名前が変わっています。それにメタボリックシンドロームも含めた肥満もCKDの原因で、こうしてみても

生活習慣病と呼ばれるものはすべてCKDの原因でもあるわけです。CKDの原因のひとつである慢性腎炎（慢性糸球体腎炎）はかつては透析患者の原因ナンバーワンでしたが、今はだんだん少なくなっています。それから加齢もCKDの原因です。歳を取れば腎臓は悪くなる、これは当たり前という面もありますがCKDという考え方では腎機能低下の原因を問いませんので、高齢化社会になるほどCKD患者も増えるというわけです。

る意味選ばれた人たちで、いわばエリートなのかもしれません。むしろ透析になる前にCKDから心臓病や脳卒中になって倒れる人のほうが実はうんといっぱいいるというわけです。

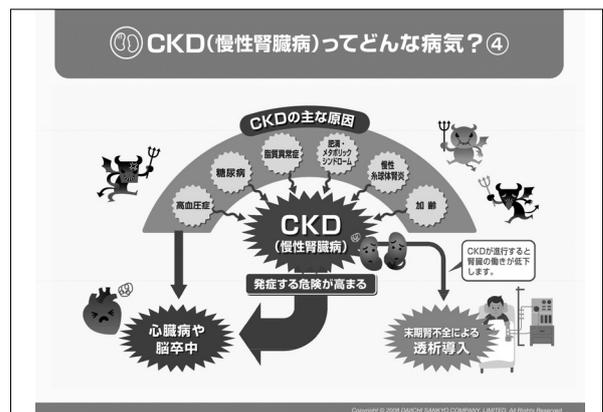


スライド9

【CKDがなぜ問題か】 さてCKDはなぜこうも問題になるのかということを考えてみましょう。腎臓病で腎臓が悪くなって人工透析になるというのはわかりやすいストーリーですが、最近わかってきたことによると、腎臓病は実は心臓病や脳卒中のリスクファクター（危険因子）であるということです。スライドは福岡県の久山町というところで住民を対象に調査を続けられた結果ですが、CKDの人はそうでない人の3倍多く心臓病や脳卒中を起こしています。つまりたんぱく尿が出るとかGFRが低いと、将来人工透析になる可能性が高いばかりでなく、その前に心臓を悪くして心臓病で亡くなったり、あるいは脳卒中で倒れたりという可能性が普通の人よりも3倍高いということで、CKDを早い時期にみつけて対策することの重要性が強調されるようになってきました。高血圧や糖尿病でCKDが起こります。そしてCKDがだんだん進行して人工透析になります。でもそういうコースをたどって人工透析になるのは、あ



スライド10



スライド11

もちろんCKDから最終的に透析が必要になる人も大勢いるわけで、透析患者が年々増加している点も大きな問題です。大勢というのがどのぐらいかということ、日本では2007年末の透析患者数は27万人を超えていて、国民の500人に一人が透析患者です。

ということでCKDに対する対策を急がなければいけないと、最近あちこちで取り上げられるようになりました。

CKDは数が多く、国民の約2割がCKDであるという推定もあるほどですが、CKDであることに気づいていない人が多いことも大きな問題です。軽いうちであればたんぱく尿を陰性化することもできるし、腎不全の進行を食い止めることも可能な時代ですが、自覚症状がないば

慢性腎臓病 CKD の何が問題？

- ・ CKDの人は大勢います。
- ・ CKDIには自覚症状がありません。
- ・ CKDは検査(検診)を受けないとみつきりません。
- ・ 早く見つけて適切に治療すると、進行を抑えたり、治すことが可能です。
- ・ 放置していると、知らぬ間に末期腎不全や心臓血管病になります。
- ・ 末期腎不全となるとこれはもう治りません



スライド12

かりに治療のチャンスを逸してしまい、発見時には既に遅いという人が多くいます。ステージ4で病院に来て治すことはできないし、ステージ5で初めて病院を訪れる方も少なからずいて、その日のうちに透析開始ということもしばしばあります。

CKD stage5 の治療 -透析- 医療費はいくらかかる？

慢性維持透析患者外来医学管理料 2,305点/月
人工腎臓 4~5時間(1日につき) 2,267点/回
ダイアライザー(1,660円~2,660円/本)

週3回通院して透析を受けた場合:
月 → 37万円 年 → 450万円

- ・ このほかに薬剤費用や特殊な検査費用は別途加わるので、おおよそ 500~600万円/年/人
- ・ 自己負担は 年50万円(障害者自立支援法)で、残りは健康保険から支払われる。
- ・ 透析医療費は年 1兆円超(国民医療費総額は32兆円)
→ 1/500 の人に医療費の 1/32 をかけている

スライド13

ここでCKDのステージ5の治療である透析について医療費の面からお話しましょう。医療費がどのくらいかかるかご存知ですか？スライド13は今年3月までの保険制度で計算したもので、4月に診療報酬が少し変わりましたのでちょっと違いますが、1回4~5時間の標準的な人工透析の場合で計算してみます。維持透析医学管理料、これが月に1回23,000円です。この料金に含まれるのは定期検査として行われる標準的な血液検査とかレントゲンとかの料金で、全部コミコミですから検査してもしなくても定額の23,000円です。それから人工透析は1回につき約23,000円です。そのとき使うダイアライザーは1,600円

から2,600円まで様々ですが1回きりの使い捨てで、大雑把に2,000円と計算しましょう。あわせて透析1回が25,000円。これを月に13回しますから、ざっとこれだけでも1カ月に35万円、それを12カ月やりますから年間では400万円ちょっとです。これにさらに、内服薬の費用や別料金の検査費用を含めると大体1人あたり年間500万円から600万円ぐらいでしょうか、透析を続ける限りこれが続くわけです。そのうちで本人が自己負担する費用は、年に20~50万円ぐらいで、その差額の方は保険から支払われているわけですから、透析患者が多くなると保険の財源を圧迫します。4~5年前の古い数字で申しわけないんですが日本の透析関連の医療費は1兆円だったそうです。その年の国民医療費総額が32兆円でしたから、例えがいいかどうかはわかりませんが、500人に1人の病気の治療に総医療費の32分の1をかけていたわけです。いったん人工透析になってしまうと非常にお金がかかるし、それも1年限りで終わりではなくて、生きている限り続けなければいけない治療ですから、医療経済の面からもこれからはできるだけ透析になる人を減らさないといけないわけです。

本当に腎臓病の人はそんなに多いのかと思われるかもしれませんが、次のスライドは琉大の井関先生がまとめられたもので、1983年から2003年まで10年ごとに沖縄で住民健診を受けた方々の検診結果の表です。

CKDの人は大勢います。

沖縄県総合保健協会

Okinawa General Health Maintenance Association(OGHMA) registry

	1983	1993	2003
受診者数	106,171	143,948	154,019
男性(%)	47.6	47.6	48.0
平均年齢(才)	49.1	49.5	49.8
タンパク尿(%)	5.3	3.4	4.3
GFR<60(%)	16.2	15.7	15.0
BMI	23.4(3.3)	23.9(3.4)	24.1(3.7)
肥満(BMI≥30)	3.5	4.7	6.2
収縮期血圧	130.2(19.4)	126.1(17.2)	123.9(17.0)
総コレステロール	194.3(38.3)	201.4(36.1)	203.3(36.5)
空腹時血糖	95.3(25.5)	96.6(22.8)	102.4(27.0)

スライド14

GFRが60未満つまりCKDステージ3以上の人が、どの時代にもほぼ15%ぐらいいます。

たんぱく尿が出る人は4%前後ぐらいですか。検診を受けた人でこうですから、大雑把に言って県民の2割弱ぐらいがCKDだと思って間違いはないと思います。



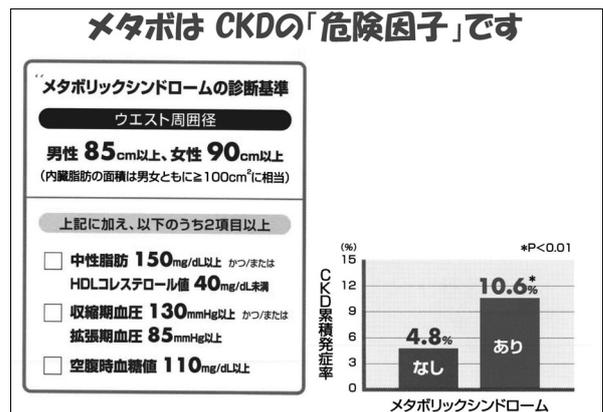
スライド15

そういうことをとらえて、県医師会では一昨年2月に沖縄にはCKDが多いんだということをテーマにシンポジウムを開きました。当日は700人ぐらいの方にお集まりいただいて、琉大の井関先生、豊見城中央病院の潮平先生、すながわ内科クリニックの砂川先生と壇上でいろいろなディスカッションをしたんですね。その模様は翌週の新聞にも出まして、こんなふう（スライド15）、シンポジウムの内容を紙面でも大きく扱っていただきました。それに相前後して、「なぜ沖縄に腎不全が多いのか」というのを、特集としていろいろな記事に書かせていただきました。こういうことはマスコミの力をお借りして広報・啓発していかないと、県民に伝わらないので、これからもマスコミの皆様にはご協力をいただきたいを思います。



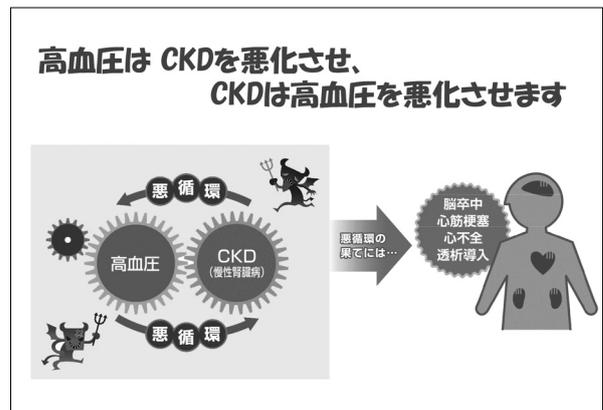
スライド16

【CKDのリスクファクター】話を戻して、どんな人がCKDになりやすいのかお話しします。先ほど高血圧や糖尿病や脂質異常とかいろんな原因があると言いましたが、CKDのリスクファクターつまり、これがあるとCKDになりやすいというのは、高血圧、糖尿病、肥満、脂質異常、加齢、喫煙などです。このうち最初の4つで気がつきますか？実はこの4つは田仲医院の田仲先生がいつもおっしゃいますようにだんご4兄弟。メタボリックシンドロームなんです。県医師会では2月のCKDシンポジウムに引き続き、5月にはメタボリックシンドロームをテーマに次のシンポジウムを開きました。このときは田仲先生に司会進行をしていただいて、県民にメタボ対策の必要を広く伝えていただいたわけです。



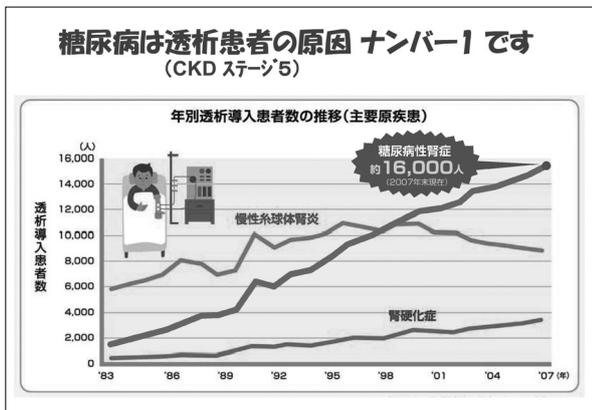
スライド17

メタボは実はCKDのリスクファクターでもあります。メタボがあるというだけで2倍CKDになりやすくなります。ですからメタボの多い沖縄県にCKDが多いのは当然といえば当然なんです。

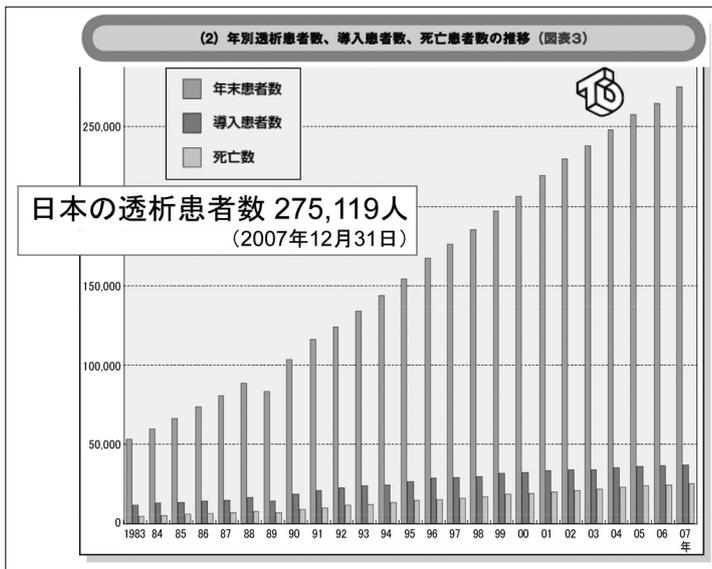


スライド18

高血圧もCKDを起こします。血圧が高いと腎臓は悪くなりますし、腎臓が悪くなるとさらに血圧も高くなるという悪循環が引き起こされます。この悪循環の結果、動脈硬化が進んで脳卒中が起き、心臓発作が起き、腎不全が起きます。先ほどCKDが腎不全だけでなく、心臓病や脳卒中も起こすとお話しましたが、実はこういう仕組みです。ですからCKDを早く見つけて対応する、つまり血圧をちゃんと下げて動脈硬化の進行を遅らせることは、結局は脳卒中や心不全、心筋梗塞も予防することにつながっていきます。



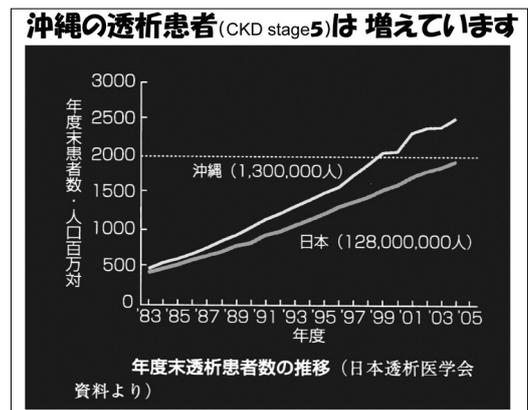
スライド19



スライド20

そして真打登場。CKDの原因の代表選手は糖尿病です。スライドでは毎年の透析患者数を原因別にグラフ化しています。慢性腎炎のために人工透析になる人は1998年を境にだんだん

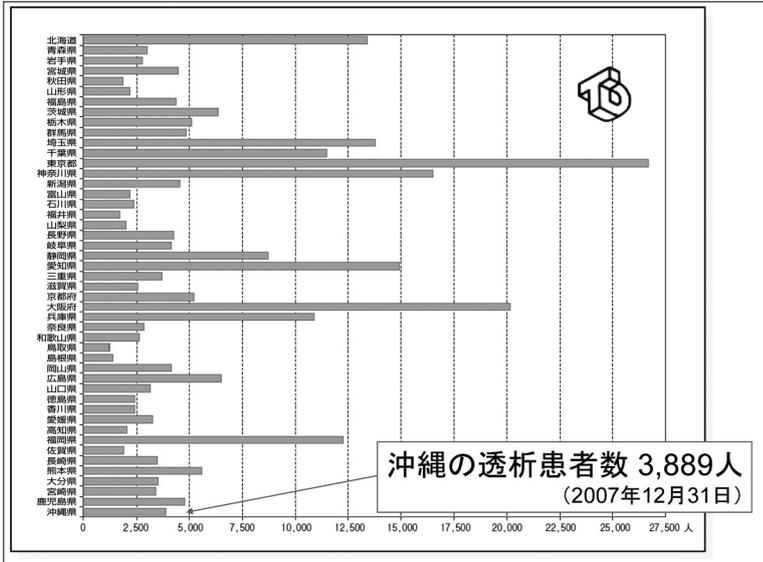
減ってきました。つまり慢性腎炎という病気はある程度治療できる時代になり、透析にならずに済むようになってきたのです。一方で腎硬化症というのは少しずつ増えていますが、これは加齢に伴って動脈硬化が進んで腎臓が悪くなるという性質のもので、お年寄りが増えていくと腎硬化症が増えていくのは、ある程度やむを得ない面があります。これに対し、糖尿病性腎不全患者の数はどうなっているかというところ、この図(スライド19)の勢いです。98年から慢性腎炎が減ったのに対し、糖尿病は年々増え続けていて、今や透析患者の原因ナンバーワンは糖尿病性腎症です。日本では昨年1年間で16,000人が糖尿病性腎症のために透析になっています。



スライド21

【沖縄の状況】 全国調査では沖縄の患者のことはわかりませんので、沖縄については琉大の井関先生が調べてくれました。毎年の住民100万人あたりの患者数をグラフ化して比べてみると、日本全体の透析患者の増え方がこっちで沖縄の増え方はこうです。だんだん離れていっていますよね。人口当たりで比べると沖縄の透析患者の増え方は断然早いです。

それから、2007年12月31日沖縄の透析患者は3,889人でした。北は北海道から南は沖縄まで県ごとに並べるとこんなかんじです(スライド22)。患者が多いのは東京、神奈川、大阪、福岡ということになりますが、ここは人口が多いのだから患者が多くて当たり前です。

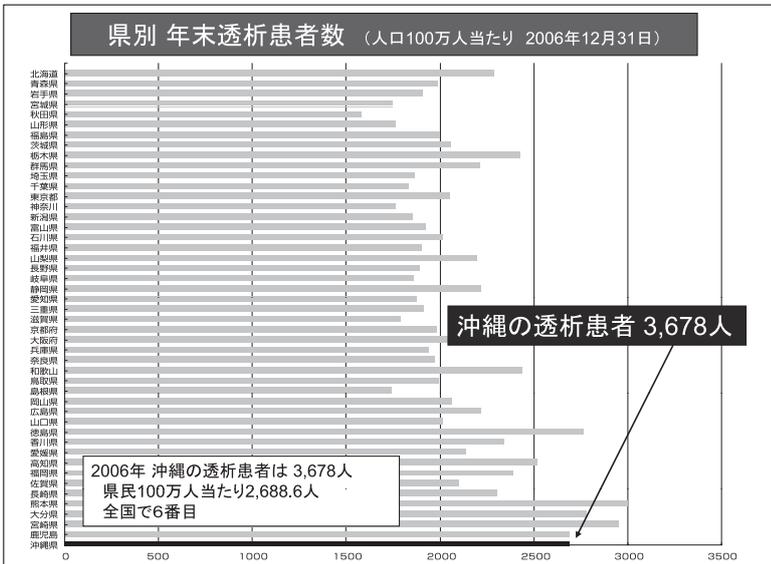


スライド22

タがちょっと古くなり2006年12月31日の時点ですが、それでいくと沖縄は透析患者が全国で6番目に多い県です。

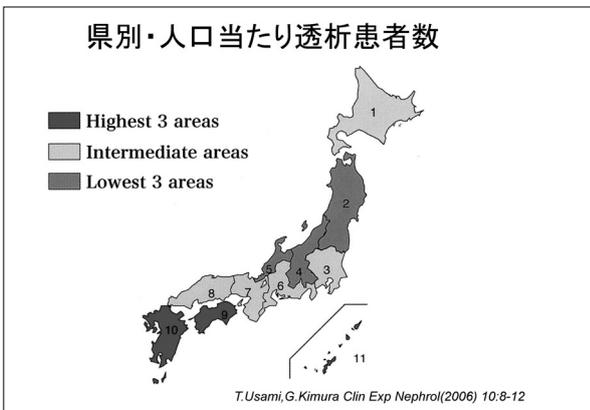
これと同じようなことを名古屋市大の宇佐美先生がやっていますが、透析患者が多いワースト3地域は、九州、四国、沖縄で、沖縄はやっぱり透析患者が多いんです。

沖縄の透析患者の特徴を少し調べてみました。これも2006年のデータですので、ちょっと古いんですが。こちらの新規導入患者というのは、2006年中に新たに透析を始めた人。沖縄では450人でしたが、この数を各県毎に住民100万人当たりで比べると、沖縄は全国で5番目に新規導入患者が多かったんですね。一方こちらの全患者というのは12月31日時点で透析を受けていた全患者。沖縄では3,600人の人が透析を受けていたわけですが、これも各県の住民100万人当りに換算し直すとこうなっていて、全国で6番目です。つまり沖縄は透析患者が多く、しかも新しく透析になる患者が多いということで、今は6番目ですが、次の年には5番目、その次は4、3、2、1番目というふうにとどんどんランクを上げていく過程の6番目です。



スライド23

沖縄の透析患者のもう1つの特徴は年齢にあ



スライド24

それじゃダメだよと、県民人口100万人当たりで作図し直したのがスライド23です。デー

沖縄の透析患者は多い			
新規導入患者		全患者	
①高知	392.9 (n=310)	①熊本	2,998.9 (n=5,506)
②宮崎	372.8 (n=428)	②宮崎	2,953.0 (n=3,390)
③大分	360.7 (n=435)	③大分	2,779.4 (n=3,352)
④鹿児島	340.8 (n=594)	④徳島	2,761.5 (n=2,223)
⑤沖縄	331.1 (n=453)	⑤鹿児島	2,690.8 (n=4,690)
全国平均	275.2 (n=35,164)	⑥沖縄	2,688.6 (n=3,678)
全国平均 275.2 (n=35,164)		全国平均 2,069.9 (n=264,473)	

新規導入患者		全患者	
①埼玉	64.55±13.34 (n=1,811)	①沖縄	62.01±13.56 (n=3,593)
②沖縄	64.71±14.08 (n=453)	②青森	63.15±13.59 (n=2,670)
③栃木	64.77±13.20 (n=635)	③茨城	63.17±12.78 (n=5,882)
全国平均	66.40±13.40 (n=35,192)	全国平均	64.38±12.75 (n=249,957)

2006年12月末 日本透析医学会調査より作図

スライド25

ります。新規導入患者の平均年齢をみたところ、沖縄は64歳。全国平均は66歳ですから、沖縄の透析患者は2歳ほど若いうちに透析が始められています。それを反映して全透析患者についてみても、全国平均64歳に対して沖縄の透析患者さんは62歳、とやっぱり2歳ほど平均年齢が若いというのが沖縄の特徴です。これがいいことなのか悪いことなのかは後でもう一度お話ししましょう。

なぜ沖縄は透析患者が多い？

-和氣推測-

CKDの発生が多い

- 肥満者が全国一多いメタボ先進県

CKDの早期発見ができていない

- 検診受診率が低く、かくれCKD・かくれメタボが存在

CKDを早期治療できていない

- 検診後の「要医療」者の医療機関受診率は全国最低
- メタボ・生活習慣病(高血圧・糖尿病・脂質異常症)に適切な治療がされていない

多くの患者はステージ4や5になってから治療を始める

- その結果 早くから透析が必要になる(導入時年齢が若い)
- 透析導入後の生存率は高い(維持透析患者が多くなる)

スライド26

【なぜ沖縄に多い？】なぜ沖縄に透析患者が多いのか。これは僕の推測も含んでいて本当に正しいかどうかかわからないんですが、多分こういうことだろうと思っているということをお話させてください。

原因の1つは、慢性腎臓病（CKD）の数がまず多いんだろうと思います。CKDの原因に先ほどあげたように、メタボリックシンドロームがありますので、肥満者が全国一多い沖縄県ですから、当然CKDになる人も多いだろう。まずCKDの裾野が広いだろうということが考えられます。

それから、CKDは早期発見すれば実は治療可能なんですけれども、早期発見ができていないんじゃないかと思います。私は「隠れCKD」とか、「隠れメタボ」という名前を付けましたが、氷山の水面下の部分が大きいんじゃないかと思います。早期のCKDは検診を受けない限りまず見つかりませんが、沖縄県の場合は健診受診率が低いので、気づいていない人が大勢いるのだと思います。

そして、CKDの早期治療ができていないんじゃないかということも懸念します。以前新聞に出ていましたけれども、健診で「要再検」とか「要医療」とされた人たちが、実際に医療機関を受診する割合というのは、沖縄が全国で最低なんだそうです。せっかく健診を受けて異常を指摘されたのに、その後の二次健診に行かない。つまりは治療につなげていないという人たちが全国一多いのが沖縄県です。早期発見しても早期治療につながらないのでは健診そのものも意味がなくなってしまいうわけですね。

それから、メタボとか生活習慣病、高血圧や糖尿病や脂質異常症などという自覚症状がない病気に対して、沖縄県民はあまり危機感を持っていない、適切に治療していないんじゃないかということも懸念します。実際に臨床現場で見ているとステージ4とか5とか、ある程度腎臓が悪くなって症状が出て初めて病院に来て治療を始めている。残念ながらステージ4ではもうそこから元の腎機能に戻してあげることは難しいし、ステージ5ではいくら頑張っても1～2年後には透析になってしまうんです。さきほど沖縄の透析導入患者は全国平均より2歳若いといいましたが、もっと早い時期から治療を受けていれば、あと2年ぐらい透析導入を延ばすことは十分できるはずですよ。

若くして透析が始まるからか、実は沖縄の透析患者さんの生存率は高いんです。腎臓は確かに悪いけど、それ以外のところでは若いのですから沖縄の透析患者さんの予後は非常によく、長生きができます。しかし、2年早く透析を始めてしかも長く透析を受けることができるということは、医療費の面ではかなり大きな損失です。透析医療費は一人年間500～600万円ですから、全国平均年齢なみにあと2年透析導入を遅らせられると、1人につき1,000万円くらいの医療費がおトクになることになりますね。

5月に沖縄タイムス紙に漫画で登場させていただきましたけれども、健診で早期に見つけさえすればCKDは治療できます。だけど症状がないばかりに放置して進行して病院に来



スライド27



スライド28

る人が多いので、そこから元に戻すことは難しいんです。漫画にも描いてもらいましたが、沖縄は日本一の肥満県で、健診受診率が低い県で、再健診の受診率は全国ワースト1の県です。しかも沖縄の人たちは、「長寿の島に住んでいるから」とか、「おじいもおばあも長生きだったから自分も長生きできる」という幻想をもっています。その結果、検診を受けなかったり、症状のない病気を放置していたり、ナンクルナイサ(何とかなるさ)のつもりが、結局は危機的な状況を招いているんだということです。

これで私のお話は終わりますけれども、漫画で啓発するというお話をもってきて下さったのは、タイムスの平良秀明記者でした。彼自身も紙面で自分のメタボ闘病記を書いていて、マスコミの側からメタボ対策や啓発に取り組んでおられます。私自身も沖縄の透析患者を減らすには沖縄の肥満を何とか減らさないといけないと、先ほどご紹介した田仲先生らと一緒にメタ

ボリックに対する活動もしてきました。肥満が生活習慣病の根源だという啓発活動はマスコミの皆さんのご協力もあって県民の周知度も上がってきたものと思います。

あとはとにかく県民に健診を受けていただかないといけない。隠れCKDだったり、隠れメタボだったりする人がたくさんいますから、その人たちを拾い上げて何とか治療につなげないといけません。自覚症状のない病気の治療を受けさせるとか、それを継続させるというのは結構難しいことで、そのためにマスコミの皆さんの応援というかバックアップがどうしても必要です。ちゃんと治療しなければいけないよ、と医者がいくら言ったって人はまず病院に行きません。だけど新聞に書いてあったり、テレビやラジオでそういうことを繰り返し報道されると、なるほど行かなければいけないかなという気持ちになってくると思いますから、ことあるごとに生活習慣病を治療することの重要性を伝えていやってほしい。それから少なくとも地元マスコミは沖縄のことを「健康の島、長寿の島」とはもう言わないほうがいいということも提案させていただきたい。検診受診を促し、早期から治療を受けるとトクした気になるような、そんな報道をお願いします。



スライド29

○司会 (玉井) 和氣先生、ありがとうございました。とてもわかりやすいお話でした。

続きまして、新里課長補佐からお話をいただきたいと思います。

「医療保険者の実態」

沖縄県国民健康保険団体連合会事業課長補佐
新里成美



皆さん、こんばんは。
沖縄県国保連合会で
保健師をしております
新里と申します。きょうは先生方とマスコミの皆様の前でこのような貴重な時間をいただき

ましてありがとうございます。

専門的なことは和氣先生のお話を今聞いていただきましたので、私のほうからは「医療保険者の実態」ということで、説明をさせていただきます。

今年4月から特定健診がスタートしました。まず初めに制度について確認をしたいと思います。医療制度改革の中で、今回の特定健診保健指導の位置づけを再度確認します。

平成37年度、2025年には医療給付費56兆円の見込み額を48兆円にと国は考えております。その48兆円にするために、約2兆円は生活習慣病で抑制をする。そのために、平成27年度には糖尿病等を25%減少するという政策目標を掲げております。その政策目標を実現するために、国は方策を示しております。メタボリック・シンドロームに着目した健診の標準化・健診データの電子化になります。これを基に今年4月から医療保険者が特定健診・特定保健指導を義務づけ、実施することになっております。

そして生活習慣病対策、病態の進展と客観的指標になります。医療保険者が健診と保健指導の実施主体となることで、レセプトだけではなく健診データも医療保険者のほうに集まってきます。

予備軍から生活習慣病発症、重症化・合併症の段階が客観的指標に基づき把握できるようになります。

平成23年にはレセプトが完全オンライン化されますので、医療保険者は健診と医療保険、レセプトの実態が医療保険者ごとに明らかにな

ってくるということで、政策目標としては20年から24年度の取り組みを「特定健診の実施率」を市町村国保でいうと65%まで、「特定保健指導の実施率」を45%、「メタボリック・シンドロームの該当者予備群の減少率」を10%というのが指標になっております。この指標で後期高齢者の支援金の額が決まってきます。医療保険者としては、国が示した目標値を達成できるように4月から実施をしているところであります。

次からは沖縄県の実態を統計データを基に確認をさせていただきます。統計データは全国の中でどの位置に沖縄県があるのかということで、多い順から並び替えをしております。平成18年度の都道府県別飲食店数では沖縄県が一番飲食店数が多い。その中でハンバーガー店、ビアホール、バー、キャバレーが全国一多く、日本料理、料亭が最下位というのが沖縄の現状になります。

次は新しいデータになります。都道府県別栄養素摂取量、平成13年～17年までの国民栄養調査の年齢を調整して並び替えをしております。肥満者の割合、脂肪エネルギー比率、野菜の摂取量、運動量の歩数のデータです。男性の野菜摂取量が全国平均よりも高いのがびっくりしました。

次は1人当たりの老人医療費の年次推移になります。平成9年から19年、昨年度までのデータです。平成12年度に介護保険が開始されて、いったん沖縄県の老人医療費が下がりますが、13年度以降、順調とはいえませんが右肩上がりに伸びておりまして、平成19年度1人当たり100万円を超えております。全国第4位という順位になっております。

次は先ほど和氣先生のほうからもデータがありました。1985年～2006年の都道府県別慢性透析患者数の推移では沖縄県は2006年は全国第6位。1985年から2006年の伸び率は全国第3位というのが沖縄の実態になります。

次は年齢を調整した死亡率、死亡のデータになって1975年、30年前、5年ごとのデータで

整理をしております。先ほど右肩上がりに伸びていた透析患者数があるんですが、腎不全、2番の糖尿病腎不全は全国平均より下のほうにあります。

先ほど和氣先生のほうから説明もありましたが、人工透析で腎不全で亡くなる前に急性心筋梗塞、糖尿病、脳出血で亡くなっているのが沖縄県の現状です。65歳未満の死亡の割合が男性が1位、若い人が早く亡くなっている。女性が5位というのが沖縄の現状です。医療制度改革の目標を、今年度は重点事業として慢性腎臓病（CKD）を柱になるということで課題整理をしております。

次は2006年の透析患者の状況を全国、沖縄県と沖縄県の市町村の状況を整理をしております。全国では2006年、透析患者数が26万人、国民人口当たり500名に1人です。医療費総額に占める透析の医療費は4.1%、沖縄県全体、国保も社保も含めると、先ほど2006年度のデータで3,678名、これは県民人口当たり370名に1人になります。市町村国保の状況ですけれども、市町村国保としては、今現在2,650名で、国保人口当たり234名に1人です。総医療費にかかる割合が医療費の8%ということで、全国の約2倍というのが沖縄の現状です。

参考までに市町村国保の平成18年度の総医療費が1,979億円、透析の2,650名の透析の費用額が159億円、その割合が8%という形になります。1カ月の費用額は先ほど和氣先生からもありましたように、ひと月50万円、1人当たり50万円かかるという形になります。

次は、市町村のほうで健診を受けている方で、どれだけの人が先ほど言われているステージ3の方がいるのかというのを全国平均と比較をしたところ、全国のデータでe-GFR50未満が成人の4.1%に比べ、沖縄県の市町村の状況になりますが、50未満は7%台、多いところで8%、一番少ないところで4.5%という状況です。ステージ3の60未満は全国では19%ですが、沖縄県の市町村の状況は約2割というのが沖縄の状況になります。

少し住民の声を拾っております。これは透析を受けている方がどういう思いで治療をしているのか、それを市町村の保健師さんが1人1人に訪問をして聞き取りをした事例、100例の中から抜粋して紹介をしていきます。「自覚症状がなかったから放置」、「目が見えなくなって病院へ行ったら糖尿病」、「高血糖を指摘されているが放置」、「視力低下と高血糖で気を失って会社を解雇、その後、病院に受診するが、すぐ透析」という状況になります。

次に本人の透析を受けての思いを聞いておりますので、抜粋して読み上げたいと思います。

「透析の機械につながれて罰されているような気持ち」、「健診のときにちゃんと医療にかかっていたら、こんなに早く透析にならなかったはず」、「水分制限が辛いとき死んだほうがいいと思ったりもする」、「このまま生きていくのか…、親にも迷惑をかけてしまう」、「いつ死んでしまうかわからないから、家にあるものを少しずつ片付けている」、「仕事を休んで病院なんか行けないというポリシーだった。目が見えず、1人で車も運転もできない。妻ばかり働かせて男としてとても心苦しい」、「自分が犯罪者にでもなったような気持ち」。

現在、市町村の健診の受診率は今現在、平均15%、2割弱になります。未受診者の中に重症化している方が潜んでいる状況だとすると、まずは健診を受けてもらうことが先決となるということになります。

次に特定健康診査項目ですが、今回、県医師会の協力のもとに沖縄県は独自に健診の中に血清クレアチニンを入れております。腎機能の血清クレアチニンは国での方針では項目としてあがっておりませんが、今回は医師会の協力のもと、沖縄県は全医療保険者、クレアチニンを入れることができました。それでe-GFRを計算することができ、早期介入ができるかと思っております。

次に実際の市町村の事例になります。今回、沖縄県独自に血清クレアチニンを入れ込んだことでGFRを計算できます。先ほど和氣先生の

ほうからも説明がありました。e-GFR100が腎臓の機能が100%、50というのが50%しかないということになります。e-GFR15まで下がらないと症状が出ないという本人からの訴えになります。この方はずっとかかりつけ医でみておりましたが、e-GFR15になって専門医の治療が開始されました。薬剤療法、薬物療法、食事療法が開始され、少しグラフが右肩上がりになっているのがわかるかと思えます。専門医の先生に2年は透析導入を延ばせましたねということから、未受診者対策、住民医療の資料として資料化したものです。仮に2年透析導入を遅らせることができたとした場合は、600万円×2年ですので、1,200万円の医療費が要らなくなっているという費用対効果の資料として、今、市町村のほうでは活用しております。

次に市町村のほうではどうやって解決していくか、どこを目指して実践していくかのイメージを2事例提示をしております。これはe-GFRのグラフになりますが、左側の事例は、体重を落とすことでe-GFRがよくなっている事例になります。右側は専門医へつながって治療が始まることでe-GFRがよくなっている事例となっております。ここを目指してやっていこうと思っております。透析を1年間延ばせただけで500万円の費用対効果があり、CKDは医療費に直結する疾患であると思っております。

最後になりましたが、国のほうでは昨年度、今後の腎疾患対策のあり方について20年3月検討会の報告に書かれておりますが、CKDは予防可能な疾患になっている。医療現場に適切な予防、治療を普及することによって腎疾患の発症、進展予防対策を強化することが喫緊の課題である。診療をしている先生方、管理栄養士、保健師、地域保健の関係者の意見を集約をして報告書が出されておりますので、これを基に市町村のほうでは計画をして、今現在実践をしているところです。

以上、私の「医療保険者の実態」の報告をさせていただきます。ありがとうございました。

質疑応答

○司会 (玉井) 新里さん、どうもありがとうございました。

医療費の金額的なものは非常に大きいと思います。それと1人が人生を失うと言っておかしいですけど、週3回、4時間かけて透析をして通うということになれば、その方の人生の損失は非常に大きい。さらに社会人を1人失うということで就労できる人を1人失うという社会的損失もまた大きいということでございます。透析の問題は大きいんですけども、まずはマスコミの方から何かご質問があったらと思うんですが。所属とお名前を言ってご質問等をお願いします。

大城さん。

○大城 (エフエム沖縄)



エフエム沖縄放送制作部の大城です。大変わかりやすい説明を本当にありがとうございました。

説明の中でちょっと私の素人考えの疑問で非常に恐縮ではあるんですが、人工透析の開始時期を何とか最低2年延ばすことができたとか、1年延ばすことができたというお話を何度か説明の中でいただいたんですが、ある程度症状が進行して透析をするかしないかという微妙な判断のラインになった場合は、やはり2年とか3年という時期でしか延ばせないのか。あるいはやり方によっては、例えば腎臓の機能が回復して透析というところまで至らずに済むというケースもあるのかということを含めて少しお伺いしたいんですけども。

○司会 (玉井) 和氣先生、CKDは治療にどれだけ反応するものなんでしょうか。

○和氣 (医師会) そうですね。例えばステージ5というGFRが15以下の、そこまで悪くなった人を元に戻すことは、正直できないと思います。実際に透析になるのはGFRが一桁の9とか8とかまで下がった頃ですが、15がだん

だん減って行って8になるまでの悪化速度を、ゆっくりにしてやることはできるんですが、せいぜい延ばせても半年ぐらいでしょうかね。だけでもっと早く治療を始めていけば、GFRが30ぐらいのところから始めたら、最終的には透析になるまでの期間を2年ぐらい先送りできます。早く治療をすることで透析導入の時期を遅らせることはできます。しかし残念ながらかなり悪くなってしまってからでは、どう頑張ってみても延ばせる期間はしれているということです。ある程度はもちろん延ばせます。それがプロの腕のみせどころではあるんだけど、でも、できないものはできないです。

ステージ5からでは透析を回避することはできなくなります。遅かれ早かれいずれ透析が必要になってくるということですね。

○大城（エフエム沖縄） ある程度という限られたものなんですね。

○和氣（医師会） 透析を回避することはできなくなります。いずれ透析が必要になってくるでしょうね。

○大城（エフエム沖縄） わかりました。ありがとうございます。

○司会（玉井） そのほか何かございませんでしょうか。

佐伯さん。

○佐伯（NHK）



NHKの佐伯です。ありがとうございます。

2点ありまして、まず1つは非常に俗っぽい質問なんですけど、日本地図では四国と九州と沖縄が一番高かったんで

すけども、これは共通する要因というのは何かあるんですか。

○和氣（医師会） これは名古屋の宇佐美先生がまとめられて論文になっていて、このときは各地区の降圧剤の販売量を同じように地図にしているんですよ。それで見ると、降圧剤の売上が多い地区は透析患者が少ない。降圧剤の売

上が少ないということは要するに住民が高血圧の治療をしていないということなわけですね。つまり高血圧をちゃんと治療しているところは腎不全にならないし、治療が十分にできていない地域は透析患者も多いんだよということで、高血圧の治療にからめてこの論文では結論をまとめております。でも、それだけではないだろうと思うんですけどね。高血圧の治療は1つの要因でしかないです。糖尿病の治療についても多分同じような傾向は出ると思います。

○佐伯（NHK） このテーマだけに限ったことではないと思うんですけども、先ほどのお話で、沖縄県は血清クレアチニンが検査項目に入っているというのを聞きまして、私自身も1カ月ぐらい前に健康診断を受けていろいろ見たんですが、そういうことも全然知らなくてなかなか診断を受けた患者さんにここまで説明はできないじゃないですか。ここまで聞くと初めていろんな数値が悪化しているのを改めて見なければいけないなと思うんですけど、その説明の部分で県内の医療機関とかで何か工夫しているような事例とか、もしあったら教えていただけないでしょうか。

○司会（玉井） 特定健診をやったらe-GFRは必ず出てくるんです、計算してですね。ただ、そのe-GFRが何なのか、これが何を意味しているのか、ということはちゃんと告知していないんです。これは我々の責任もあるんです。和氣先生、どうですかね。これももっとちゃんと言わないといけないんじゃないですか。

○和氣（医師会） GFRを本気で説明しようと思ったら1時間ぐらいかかりますね。実際に問題になるのはGFRが50未満の人たちです。60未満がCKDステージ3なんだけれども、60未満の人を対象にしてしまうと、さっき言ったように国民の19%が引っかけちゃいますので、これではあまりにも対象が多すぎて対応できません。そこで50未満の人たちがかたく要注意だと。ですからGFR50未満の人については、検診結果の通知のときにこれはこういう意味ですよというのを知らせてあげる必

要があるかもしれません。あなたの腎臓の働きは半分以上ですよという意味ですから。その通知のときにちょっとひと工夫は必要だとは思いますが、でも。田名先生がこのへんお詳しいと思います。

○司会（玉井） 田名先生、那覇市医師会で健診センターを担当されていますよね。那覇市ではどういう取り組みをしていますか。

○田名（医師会）



今、ご説明がありましたように、e-GFRというのは血清のクレアチニンと年齢と性別から腎機能を正確にわかる非常に有用な方法ということなんです、

実際にはこのCKDの啓発というのは実は一般の方だけではなくて、医療関係者にも今一生懸命やっているところでして、従来は血清クレアチニンという値に私たち医療者もこだわっていたところがあったんですが、e-GFRでみますと、例えばクレアチニンが1から2に上がっただけで先ほど和氣先生がおっしゃったように50%切ったりするわけで、その数値のわかりやすさがe-GFRの特徴なんですけれども、残念ながら医療関係者の間でもまだ十分には浸透してないという現状があります。

それで医師会のほうでは、今、各地区医師会で糖尿病ですとか、腎臓病の治療の連携を今促進しております、その中で開業医の先生方を含め、たくさんの先生方にe-GFRの解釈、意味をわかりやすく説明して、もう少し、以前はこれぐらいだったら自分たちのところでみていた患者さんを早めに専門科につなげることによって、先ほどご質問がありましたけれども、尿たんぱくが陰性になれば腎機能としては、たとえクレアチニンが2でも将来ずっと透析を受けなくて済む場合もありますので、そういう啓発を医療関係者でも今やっている段階でして、和氣先生もおっしゃいましたように、これを一般の方に説明をしていくにはまだちょっと時間が

かかるかなと思うんですが、まずはこういうCKDをきょうのお話を通すなどして、医療関係者、そして一般の方に広く知らしめていくというのがこれから重要になってくるのではないかなと思います。

○司会（玉井） あとe-GFRは50未満はピックアップしまして、その方に「あなたは腎臓はかなりまずいですよ」という案内を那覇市医師会ではやるようにしています。ですから、健診さえ受けていただければ「あなたはまずいですよ」ということは告知されるんですね。ところが今沖縄県は受診率が17%ですか。全国は40%ぐらい受診しているんです。健診受診率が全国の半分以上なんです。e-GFRの趣旨徹底とか、もっともっと知ってほしいというものももちろんあります。その前に健診を受けている人が半分以上というものが非常に大きな問題だということです。受けていない人たちはずっと受けないわけですよ。だから受けていない人たちのどうやって掘り起こすのかというのがこれからの課題なんです。そういう意味でも我々が「受けなさい、受けなさい」ということはもちろん大事ですけど、マスコミの皆さんがしきりにそのへんを問題意識を高めていただくということは非常に重要です。

何かほかに質問がありますか。

○照屋（医師会）



てるや整形外科の照屋と申します。「CKD」の話もそうですけれども、基本は「メタボ」対策という話になると思います。そこで、整形外科医の立場から、「ロコモ」という言葉をぜひマスコミの方々に認知して頂きたいと思っています。運動器の障害により介護のリスクが高まった状態を「ロコモティブ・シンドローム」といいます。高齢化により、バランス能力や移動・歩行能力が低下し、閉じこもりがちになり、転倒するリスクが高まった状態の「運動器不安定症」も、この

「ロコモ」に含まれます。ロコモティブ・オルガンというのは運動器という意味ですけれども、「ロコモティブ・シンドローム」、「運動器不安定症」という新しい概念を、整形外科医は一生懸命アピールしているのですが、なかなか全国的に浸透していないのが現状です。「メタボ」という言葉は、全国的に認知されてきていますが、「ロコモ」と「メタボ」をぜひともセットにして、運動もしなさい、食事療法もしなさい・・・という流れをつくってほしいと思います。「メタボ」では、肥満をベースとして、高血圧・糖尿病・高脂血症のそれぞれが低リスクでも、全体として高リスクになるとしています。「ロコモ」では、骨粗鬆症・変形性の関節症・脊椎症性の脊髄・馬尾・神経根障害の三つ症状が相互に関連して、移動・運動の障害になるとしたわけです。この3つを対比させながら、「メタボ」対策と同様に、「ロコモ」対策を・・・ということで、整形外科医会を挙げて講演会や新聞紙上座談会など積極的に啓蒙活動をしているところです。

ところで、沖縄県の肥満が大きな問題になっております。40歳からの特定健診（通称：「メタボ」健診）というのをぜひとも25歳からにして欲しいと、前々回のマスコミの懇談会でも話をさせて頂きました。20歳ぐらいの卒業したてのフレッシュマンは、本当に安い食べ放題・飲み放題の店に行って、どんどん「メタボ」になっていくんですね。その若者達に、25歳からの「メタボ」健診に出向いてもらい、肥満対策の大変さをわかって頂く必要があると思います。25歳の食欲旺盛で運動不足の若者達は、15年後、限りなく「メタボ」になっていると思うんですね。ですから、健診も勧める、食事療法も勧める、運動療法も進める・・・「メタボ」対策と「ロコモ」対策・・・、そういう流れをぜひマスコミのほうでも大々的に取り上げてもらい、県民にアピールして頂きたいと切に願っております。

○司会（玉井） 沖縄県は世論調査をすると全国的で一番歩かない県ですね。そして全国で

一番自分は健康だと思っている県なんですよ。そして、全国で一番外来に行かない県。病院に行かない県。ということはそこまでこじらせないと病院に行かないということですよ。このへんが沖縄県の県民性なのかどうなのかわかりませんが、阿佐慶さん、何かありませんか。

○阿佐慶（沖縄テレビ）



今年の8月ぐらいに沖縄テレビのニュースの中でも「脱メタボ」というキャッチフレーズで何本か企画ニュースをつくったんですけども、例えば那覇市

とか浦添市、南城市とか、何箇所か健診の情報をほしいとアプローチしてきたんですが、なかなかあがってこない。それは市ですとか、自治体と健診の契約をしている病院からデータがなかなか上がってこないの、情報をあげたくても今あげられない状況なんですよというのが8月ぐらいだったんですね。あれから2カ月ぐらい経っていますので、今の状況はちょっとまだ聞いてないですけども、なかなかやっぱり数字としてあがってこない。だからマスコミもできることはやりたいという思いはあってもなかなかうまくいかない部分がありました。

○司会（玉井） 非常にご迷惑をおかけしましたけど、新里さんデータが出なかった理由をちょっとご説明を。

○新里（沖縄県国保団体連合会） 実は4月からの特定健診で今まで紙でも請求ができたんですけども、国で電子化という形で標準で全部統一されたんですね。XMLという本当に新しい形式でデータを請求をしないといけないということで、医師会の先生方もとてもご苦労されたと思うんですけども、それを標準システムに入れたときにデータが不具合という形で何回か返される。それで現場の市町村までデータが2カ月も3カ月も遅れる状況になり、市町村のほうでは、保健指導が入れず困っている状況で、マスコミの皆さんから依頼されても、情報

が提供できないということになったと思うんですが、9月以降は少しずつ順調になっているのが現状です。

○司会（玉井） 特定健診はそのあと特定保健指導というのがあるわけですね。実際にデータを基に介入していくという作業があるんですけども、そこまでうまく結び付けられていないんですよ。市町村もそれを把握できない。だから特定保健指導のリストアップができなかったんです。

○阿佐慶（沖縄テレビ） 現在も続いているんですか。保健指導が遅れているというのは。

○司会（玉井） 現在も特定保健指導が非常に低調です。特定健診はこれまでの健診と違って介入をする。ちゃんと指導をするというのが1つのうたい文句だった。受けっ放しにしない。そこまでは今のところまだ結びついていないです。ただ、リストアップは徐々に市町村でできていきますので、今やっと出るような段階になっています。

○阿佐慶（沖縄テレビ） 実は夏にシリーズで企画をやったときに、本当は保健指導の場面も撮影をさせていただく計画ではあったんですが、データがあがってこないで保健指導が進まない。これは努力次第でもあるんですけども、テレビとなると「いや、自分は映りたくない、こんな叱られるような場면을撮影されるのはちょっと勘弁してくれ」ということも多いので、なかなかそれが実は進まない現状だったので、保健指導が順調に行われるようになったら教えてください。

○司会（玉井） はい。ぜひこういうのはどんどん私たちを突っついていただいてほしいと思います。

玉城先生、何か。

○玉城副会長（医師会） 医師会の仕事でもあると思うんですけども、今、皆さん考えているのは健診という項目で考えているけど、人は調子が悪いと病院に行くんですよ。そのとき、開業医とか、病院のみんなが整形外科でもどこでもいいです、調子悪いときにどの項目を

検査するか。今の特定健診の項目でいいか。僕も乳がんのフォローアップをするときに、腎臓の検査、糖尿、コレステロール、中性脂肪等、みんな検査します。

例えば乳がん健診というのがあります。乳がん健診の受診率は低いんですが、同じぐらいの数が実は人間ドックで受けて、また、同じぐらいの数が一般の診療所で症状をもって受けている人がいます。総合すると結構、沖縄県の半分ぐらいは乳がんのマンモグラフィーでチェックを受けている可能性があるんですよ。そして今、特定健診の受診率が低いんだけど、この人が風邪をひいたり、お腹の調子が悪いと病院に行く。その病院でどういう検査をしてチェックをかけるかということが、実は我々開業医というか、医師の仕事でもあるんじゃないかと。そういうことをすると健診率が低くても、この人は1年のうちに何らかの形で病院にかかるチャンスがあるんですね。そこに項目を、今、特定健診の項目なのか、何をターゲットとしてそれを説明するかどうかというのは、また、反面、市町村じゃなくて医師会の仕事でもあるかなと僕はいつも思っていて、1年間のうちのどこかでその人が引っかかってチェックを受ければいいんじゃないかという気がするので、そのへんの考え方も医師会としてもっていくべきだと思います。

だから地区医師会が整形の先生だから糖尿病をみないわけではなくて、みんなそれぞれでみてはいますよね。眼科とか耳鼻科になると特殊かもしれないけど、一般的に産婦人科の先生でも何らかの異常があるとチェックして血液検査をするときにチェックできる項目。そしてそれに対する説明を地区医師会でやっていくということが必要だと思います。そうするとおそらく沖縄県の半分の人には1年間どこかで血液検査を受けている可能性があるんですね。だから今、特定健診とか縦並びでみるけど、面で見たとときに何かをチェックされるチャンスがある。それをどう生かしていくかということは大切な気がしますね。

○當問 (医師会)



今の玉城先生のお話は非常に面白いと思うんです。ただ、それは制度上可能なかどうかということが1つ問題あると思います。風邪ひいて来たときに片

っ端から全部やっていいのかどうか。それが認められればいいと思います。1年に1回だけそれをやっていいということにして、その報告書を我々は書いて特定健診だということで出してしまえばいいわけです。それでその人は1年に1回は終わる。やればやれないことじゃないだろうと思う。その代わり我々の側にはそういう書類がいつもあって、それを書いて出し、本人に渡せば本人がどこか然るべきところに送ればいいだけですから。

○司会 (玉井) 小磯誠さん、何かありませんか。

○小磯 (ラジオ沖縄)



いろいろと自分なりに勉強しているつもりではいたんですけども、怖いということを本当に改めてわかりやすく教えてくださいまして、大変感謝しているのと、きょう見ていると何だかメタボは僕だけで僕のために講演会を和氣先生がやってくださったのかなと、そんな気持ちになったのですが、メタボでいろんな基準があるのですが、隠れ肥満というのによく言われています。うちの友人でも結構いるんですが、内臓脂肪が多いですとか。そのあたりと、それから見た目に僕のような完全にメタボというか、そういった人間、そんなに差はないんですか。こういう発症するとか、それもちょっと簡単に教えていただけますか。ちょっと疑問に思った部分もあるんですけど。

○和氣 (医師会) メタボはもともと内臓脂肪症候群といわれる病気なので、本当は内臓脂肪が多いのか、少ないのかを調べなければいけないんですね。お腹のCTを撮っておへその位置での内臓脂肪面積が100cm²以上の方は確かに高血圧も多いし、中性脂肪が高い人が多いし、いろんな病気になる人が多いので、これを測るのが一番いいんですが、現実には検診などで内臓脂肪を測るのは大変だから、それに代わる簡単な方法としてウエストサイズを取り上げたんですね。100cm²にあたるのがウエストサイズでいったら何センチなのかというので、たくさんの人を調べてみたらそれが85cmだったということなので、実際はウエスト80cmの人でも内臓脂肪が100cm²を超えている人はいるし、皮下脂肪が厚くて実際のウエストは90あるんですけども、内臓脂肪はそんなにないよという方もいらっしゃいますね。だから本当はウエストだけでもの言わないほうがいいんですが、簡便さという点から、今はウエストを代表値としてとらえているだけです。ウエストは85cm以下でも、内臓脂肪が多ければやはり高血圧や高血糖、脂質異常症が起きますのでメタボと考えてよいでしょう。

○小磯 (ラジオ沖縄) 意外と健診を受けて、やっぱり数値は全部入っている、普通というふうに出るものですから。ただ、さすがに健診では肥満という文字はかなり力強く躍っている部分があるので、それがちょっといろいろと今まで疑問にあった部分があるんですけど。ありがとうございます。

○玉城副会長 (医師会) 実は私も昔から太っていて、今、人間ドックに入って血液検査は1つも引っかけられないんですよ。全部正常なんですけど、確かに60歳を超えて最近当直して夜勤をすると、血圧が上がるようになってきましたね。若いうちはおそらくあまり響かないんだろうけど、年齢がいつまでストレスではないけど、疲労が重なってくるとやはり異常値に入るようになってきたなというのは自分自身で考えますね。それでやっぱり体重を落とさない。体重が2キロ落ちると多少疲れても血圧が

○和氣 (医師会) メタボはもともと内臓脂肪

上がらなくなるんですね。そういう微妙なところは年齢からくると思います。

○小磯（ラジオ沖縄） 玉城先生を参考にしながら頑張っていきたいと思います。

○司会（玉井） タイムスの儀間さん、何か。

○儀間（沖縄タイムス）



沖縄タイムスの儀間です。いつもお世話になっております。

肥満を減らすのがとても難しいのはすごく痛感しております。この腎臓病というイメージだと、

すごく昔の考え方なんでしょうか、ここにCKDの主な要因の中に腎炎というのがあるんですが、腎炎ではなくて今はメタボリックとか肥満の部分での透析のほうが増えているということなんですよね。それは動いてきているのか、それとも腎炎も残っているんだけど、生活習慣病のほうが増えてきたかという。

○和氣（医師会） 慢性腎炎自体は今でも透析導入の原因の2位なんです。数が多いのは多いんですが、98年を境に糖尿病に1位の座を明け渡したんですね。98年以降、慢性腎炎で透析になる人は少し右下がりで、だんだん減ってきています。慢性腎炎の発生そのものはそんなに変わりませんが、腎不全にならないような治療がうまくできるようになってきたので、透析になる人が減ってきているということです。

一方、糖尿病性腎症のほうは、糖尿病そのものは確実に治療できる病気ですけれども、透析になる人は増えています。糖尿病になる人自体が増えていて、何しろ患者の裾野が広がっているので、そのなかには十分な糖尿病治療ができて糖尿病から透析になってしまう人もいます。今やどんどん・どんどん増えていて、全然減る勢いがありませんよ。

○田名（医師会） きょうは男女差の話はあまり出ていなかったんですが、実際に透析が右肩上がりになっている中で、慢性腎炎は和氣先生がおっしゃるようにIga腎症という病気がス

テロイドの治療と扁桃腺の治療で、最近では早く見つかるほど治療で透析にならなくなった分だけ全国的に下がりだしているんですね。ところが問題なのは男女でみたときに、これは女性については例えば腎炎と言われたり、糖尿病と言われたらきちんと治療を受けてくださるので、男女差でみると女性は今、透析の患者さんは頭打ちになってきています。伸び方が横ばいになりつつありますが、男性は右肩上がりです。男性は女性と違って異常を言われてもあまり危機意識が薄いのか、仕事を優先するのか、どうしても透析になる寸前までいって病院に行くということがありますので、私としては、本来、もう少し男女差と言いますか、男性に対して血圧の治療を含めて、先ほどのメタボもそうですけど、もう少し危機意識をもってもらって、そういう取り組みというのは本当は大事なと思います。メタボについても基本的にはやっぱり男性がターゲットだと思うんですね。女性はかなり意識する人は意識していますので。この違いをいかに一般の人に知ってもらいながら、男性が病院に行く機会をいかにつくるかというのが大事なのではないかなと思っております。

発言の機会が限られているものですから、もう1つ言いたかったのが、先ほどから特定健診の受診率の話が出ていますが、私も現場で見ている明らかに去年よりも低くなっています。健診制度が変わったことが市民に動揺を与えていると思うんですけど、この特定健診の受診率を上げることに関しては、医療のほうも、那覇市とか県とも今月、来月話し合いがあるんですが、なかなか1月の締め切りまで、多分、数値はもう限界が見えているんですね、絶対に上がらないだろうなというような。ですから、もう少しこのあたりもマスコミの皆さんと一緒に、1月の末日までに何とか健診の受診率を上げましょう。そのためには先ほども話したように、病院に行かない男性をいかに健診の場に連れて行くか。特に中小企業の人たちというのは、組織的に会社で健診してもらえませんが、ほとんど簡易健診しかやっていませんか

ら、クレアチニンすら測られていない方がほとんどです。そういう沖縄の中小企業の人たちをいかに特定健診の場で受診させるかというのは、マスコミも一体となって特定健診の受診率を上げる意味でとても大事なのではないかなと思いますので、ぜひ検討していただければと思います。

○司会（玉井） それでは、一番最後に那覇市医師会の会長の友寄先生からどうぞ。

○友寄（医師会）



きょうのお話の中で、私は新里さんが報告された透析患者の思いについてびっくりというか、感心いたしました。

私は卒業して46年になりますけど、学生時

代は慢性の腎臓病はもう不治の病、もう絶対治らないというふうに教わりましたので、この人工腎臓透析というのは大きな福音だと思います。今でも確かに大きな福音ですけど、それを受けている人たちがこんなつらい思いをしているというのは、やっぱりちょっと考えさせられますね。もっとやさしく励まさないといけないなと思っておりますので、この医療経済のお話なんかは、聞いたらますますつらくなるんじゃないでしょうか。

これを上回る治療は、今のところは腎臓移植しかありませんので、腎臓移植を普及させることと、それから透析に行かないように予防する努力をもっとしなければいけないと強く感じました。どうもありがとうございました。

○司会（玉井） どうも長い時間ありがとうございました。お疲れ様でした。

