

第86回 学術講演会

開催方法 会場開催・Web開催 (リアル配信) ハイブリッド方式

開催日時 令和6年6月6日 (木) 18:00~20:10

開催会場 高松国際ホテル 新館2階「瀬戸の間」

健康長寿への挑戦

CKD重症化予防／老年症候群の視点から

代表世話人・座長

香川大学医学部

循環器・腎臓・脳卒中内科学 教授

南野 哲男 先生

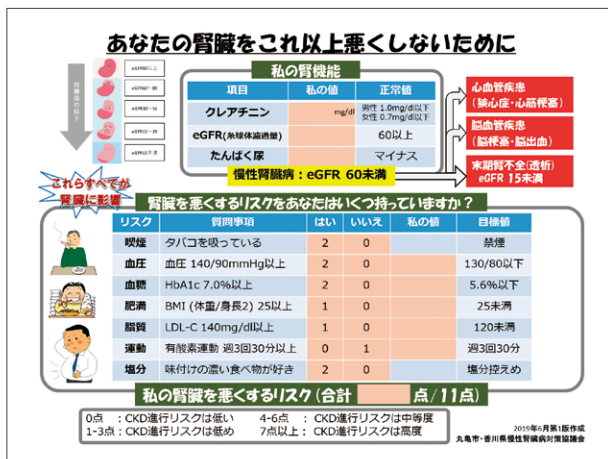
講演 I.

「慢性腎臓病 (CKD) 病診連携／重症化予防の取り組み」

香川大学医学部

循環器・腎臓・脳卒中内科学 講師

祖父江 理 先生



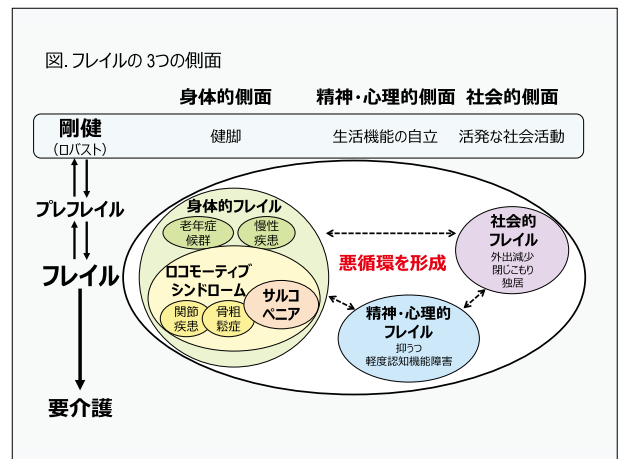
講演 II.

「高齢者診療におけるフレイル評価の重要性とその対策」

川崎医科大学総合老年医学 主任教授

川崎医科大学高齢者医療センター 副院長

杉本 研 先生



後援 / 香川県医師会

講演I：

「慢性腎臓病 (CKD) 病診連携／重症化予防の取り組み」

香川大学医学部
循環器・腎臓・脳卒中内科学 講師

祖父江 理 先生



講演II：

「高齢者診療におけるフレイル評価の重要性とその対策」

川崎医科大学総合老年医学 主任教授
川崎医科大学高齢者医療センター 副院長

杉本 研 先生



プロフィール

2004年 3月 香川大学医学部医学科 卒業
2004年 5月 香川大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 研修医
2006年 4月 小豆島町立内海病院 内科医員
2007年 4月 香川大学医学部附属病院 循環器・腎臓・脳卒中内科 医員
2012年 6月 香川大学大学院医学系研究科(医学博士課程) 修了
2012年 7月 香川大学医学部 循環器・腎臓・脳卒中内科 助教
2015年 4月 香川大学医学部附属病院 腎臓内科 講師(診療科長)
2021年 4月 香川大学医学部附属病院 腎臓内科 病院准教授(診療科長)

受賞歴：

2010年 ISN(国際腎臓学会) NEXUS-KYOTO
Young Investigator Award
2013年 第2回 臨床高血圧フォーラム Young Clinician Award
2013年 第27号 香川大学大学院医学系研究科西田賞
2015年 2015年度 臨床腎移植学会臨床研究奨励制度採択
2022年 Best Reviewer :
Clinical and Experimental Nephrology, CENE Case reports

1996年 3月 大阪大学医学部卒業
1996年 4月 大阪大学医学部第4内科非常勤医員
1997年 6月 桜橋渡辺病院循環器内科医員
2000年 6月 大阪大学医学系研究科加齢医学大学院生
2004年 4月 米国カリフォルニア大学サンフランシスコ校医療センター ポスドク
2007年 3月 大阪大学医学部老年・腎臓内科学 特任助教
2008年 2月 大阪大学医学部老年・腎臓内科学 助教
2013年 3月 大阪大学医学部老年・腎臓内科学 講師
(2015年10月 大阪大学医学部老年・総合内科学 講師(講座名称変更のみ))
2020年 10月 川崎医科大学総合老年医学 主任教授
2023年 9月 川崎医科大学高齢者医療センター 副院長

受賞歴：

1997年 日本心エコー学会 YIA
2012年 ノバルティス 老化および老年医学研究基金受賞者講演
2020年 日本老年医学会 老化および老年医学研究助成

慢性腎臓病 (CKD) 病診連携／重症化予防の取り組み

香川大学医学部

循環器・腎臓・脳卒中内科学 講師

祖父江 理

慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease; CKD)に対する香川県の取り組み

香川県では平成27年度より先行して、国保特定健診受診者に対してCKD受診勧奨・保健指導を開始しました。

国保特定健診受診者のうち尿蛋白が2+以上、もしくはeGFRが45mL/分/1.73m²以下の場合、医療受診勧奨票が郵送されます。受診勧奨票を持参された方に対して、かかりつけ医の先生方には蛋白尿定量やeGFR値の再検などを施行していただきます。専門医紹介基準はほとんど受診勧奨基準と同一で、eGFR≤45ml/min/1.73m²が継続する場合、腎臓専門医への紹介をお願いしています。

腎臓専門医とかかりつけ医との連携については、1)ご紹介いただいたかかりつけ医と必ず併診する(腎臓専門医へ取り込まない)、2)今はすることがないと突き返すのではなく、現在の状況で専門医が介入しうることを行う、ことを徹底しています。これらの取り組みの成果も報告されており、香川県内における国保特定健診受診率の向上、国保腎疾患関連医療費の削減などが報告されています。

また、尿蛋白が1+もしくはeGFRが45~60ml/min/1.73m²の場合、保険者から保健指導相談票が被保険者さんに郵送されます。保健指導相談票が届いた方は市・町主催の腎臓病集団教室を受講し、生活指導・食事指導を受けます。市・町主催の集団腎臓病教室では参加者自身がCKDリスク因子を把握し、翌年にかけての行動変容を促すためのCKD進展リスク把握シートを記入してもらいます。これは県内すべての市町で同じシートを使用しています。運動療法の促進や蛋白制限の緩和・飲水の励行、腎臓に負担をかける薬剤の中止などを含めて、G3a患者に対する集団腎臓病教室の有効性も報告されています。

CKDの薬物治療とダパグリフロジン

新規にCKD患者に投与可能となったSGLT-2阻害薬ダパグリフロジンは輸入細動脈の過拡張を軽減することで糸球体過濾過を改善する薬剤です。DAPA-CKD試験でも糖尿病の有無にかかわらず、腎複合エンドポイントを有意に低減する効果を認めました。投与初期にinitial dipと呼ばれるeGFR値の低下を平均4ml/min/1.73m²ほど認めますが、蛋白尿も半減します。

最近のメタ解析の結果ではアルブミン尿陰性非糖尿病CKD患者に対してもSGLT-2阻害薬の腎保護効果が報告されています。特にダパグリフロジンの医療経済効果はG3b期で強いとされています。一方で急性腎障害を予防するためにはシックデイルールを腎臓病にも応用し、食事がとれないときは降圧薬、利尿薬、消炎鎮痛薬、SGLT-2阻害薬を中止する必要性が提唱されています。

高齢者診療におけるフレイル評価の重要性とその対策

川崎医科大学総合老年医学 主任教授

川崎医科大学高齢者医療センター 副院長

杉 本 研

背景:

近年の医療の進歩により、日本人の平均寿命は世界一であるが、平均寿命と健康寿命の差が短縮しないという問題がある。疾患は治癒または安定していても健康状態が維持できない高齢者、すなわち要介護高齢者の増加がその主因であると考えられている。疾患の予防・治療のみでは要介護者を減らすことはできないため、要介護予備軍、すなわちフレイルの段階からの積極的介入が重要となる。フレイルは一見自立している高齢者に潜む病態であるため、自立高齢者に対するフレイル評価こそが重要であり、その評価に基づいて身体的、精神・心理的、社会的側面に対する介入を、疾患管理と併行して行うことが求められる。

フレイルの評価法:

フレイルは前述の通り「要介護予備軍」であり、その評価は年齢や見た目といった一見で判断することは困難であるため、さまざまな評価法が用いられている。フレイル評価法は大きく、表現型モデルと欠損累積モデルに分けられるが、

簡便性から表現型モデルが臨床現場では浸透しつつあり、欠損累積モデルは大規模臨床試験等でよく用いられる。表現型モデルの代表はCHS基準であり、日本ではJ-CHS基準が用いられており、意図しない体重減少、歩行速度の低下、握力の低下、主観的疲労感、活動性の低下の5項目の有無で判定し、該当がない場合をロバスト(健常)、1または2項目該当する場合をプレフレイル、3項目以上該当する場合をフレイルとする。高齢者一般集団におけるフレイルの頻度は10-20%とされており、フレイルの2年以内の要介護移行率は約40%とする報告もある。

高齢者における定期的なフレイル評価の必要性:

慢性疾患を有する高齢者がフレイルを合併すると、QOL低下や要介護移行の増加、生命予後の短縮に影響することを示す多くのエビデンスがある。また術前や抗がん剤治療前にフレイルであると、術後合併症や薬物有害事象、予後が悪化することも報告されている。そのため、高齢者は定期的にフレイル評価をしておくことが重要であり、2020年からは後期高齢者健診にフレイル評価法のひとつである「後期高齢者の質問票」が導入されているものの、その活用度は未だ低い。しかし、フレイル評価に基づいた老年医学的介入がQOLや予後を改善するとするエビデンスはまだ少なく、今後の研究成果が必要である。

結語:

高齢者が「なんとか自立している」はまさにフレイルの状態であり、その時点でフレイルと診断した上で身体面、精神・心理面・社会面に対して多職種連携で介入を始めることが、「要介護者を増やさない医療」の実現への近道であることを強調したい。