

第69回社会保険指導者講習会

と き 令和7年10月26日(日)

ところ 日本医師会 大講堂

生涯教育講演

講演 I

CKD 対策の最前線：病診連携と多職種協働

埼玉医科大学腎臓内科教授 岡田 浩一

CKD とは、蛋白尿もしくは腎機能が GFR60 未満の低下、このいずれか、もしくは両方が 3 か月以上続いた状態である。CKD 患者数は 2,000 万人以上、成人の 5 人に 1 人と推定され、その中の将来腎不全や心血管病に至る危険性の高い方に関しては適切な治療を施す必要がある。日本の維持透析患者数は約 35 万人、年間 1.6 兆円程度の医療費が使われている。その現状を踏まえて、厚生労働省より 2018 年に腎疾患対策検討会報告書という CKD 対策の指針が示された。この中では、CKD を早期に発見し、治療することによって重症化を予防し、2028 年までに、新規透析導入患者数を 3 万 5,000 人以下にすることが目標として定められた。そのために重要なのは、かかりつけ医の協力である。GFR スロープを緩やかにすることによって、末期腎不全への到達を回避するためには、十分に残存腎機能がある状態で治療を開始することが重要である。GFR が 45 程度まで下がったら一度は専門医に紹介していただくと思う。また、かかりつけ医、メディカルスタッフ、専門医が連携した CKD の診療体制を充実させることが必要である。かかりつけ医は専門医と連携し、1 人の患者さんの 2 人の主治医として、その患者さんの残存腎機能を温存する診療体制を地域の実情に即した形で構築していくことを目指していくべきである。

CKD 診療体制を充実させるために日本腎臓学会は、専門医向けの CKD 診療ガイドライン、かかりつけ医向けの CKD 診療ガイド、患者さんやご家族向けの CKD 療養ガイドを提供しているのでご参照いただきたい。CKD 診療ガイドラインに示されている推奨を 6 つ以上達成されている患

者さんは、それ未満の方に比べて明らかに CKD の進展が抑制される。この複数の推奨を達成する集学的治療の手順としてチームアプローチが重要である。糖尿病を伴う CKD の患者へのメディカルスタッフを交えたチームアプローチによって腎機能低下にブレーキがかかる事は従来分かっていたが、近年、糖尿病を伴わない CKD の患者さんにおいても同様にチームアプローチによって腎機能悪化にブレーキがかかる事が示された。管理栄養士や理学療法士が関わるとより効果があることも分かってきた。

薬物療法に関しては今から 25 年前に ARB を上乗せすることによって、リスクが下がることが明らかになり、標準治療となって 25 年が過ぎた。新たに SGLT2 阻害薬が CKD における腎不全進行抑制に有効であることが分かり、現状の標準治療となっている。

日本の透析患者の中長期の生命予後は、他の欧米の諸国に比べて明らかに低い。長期予後を望めない方も導入されている可能性がある。末期腎不全に到達された患者さんに対する治療としては、血液透析、腹膜透析、腎移植という 3 つの腎代替療法がある。そこに近年、保全的腎臓療法、コンサバティブ・キッドニー・マネジメント (CKM) という概念が入ってきた。厚生労働省の指導の下に、日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会の 3 学会から腎疾患の緩和ケアガイドラインが作成され、9 月 29 日に公開されている。

特定健診の実施率の高い都道府県は透析導入率が低めで、実施率が低い都道府県は透析導入率が高めというデータがあり、健診を受けるところから透析導入の抑制を進めることも重要である。

[文責：常任理事 竹中 博昭]

講演II

アトピー性皮膚炎

一病態理解と治療に関する最近の進歩

獨協医科大学医学部皮膚科学講座

主任教授 井川 健

アトピー性皮膚炎は、増悪・軽快を繰り返すかゆみのある湿疹を主病変とする疾患であり、患者の多くはアトピー素因を持つ、と定義される。小児期以降は寛解となる症例が多いとされているが、成人にも多くみられる疾患である。年齢別患者数では、小学生になると少し減少するが、40歳前後までは横ばいで、高齢者になるとさらに減少する。重症度割合は、幼児期までは軽症が多く、小学生以降は中等度～重症例が増え、高齢者では再び軽症が多くなる。

アトピー性皮膚炎患者は、欠勤や休職あるいは遅刻・早退など職場にすることができず業務に就けない状態（アブセンティズム）や、出勤しているにも関わらず心身の健康上の問題により十分にパフォーマンスが上がらない状態（プレゼンティズム）などによる全般的労働障害による生産性損失の割合が高い。また、QOLへの影響でも、他の皮膚疾患の中でQOL評価が最も低い疾患である。

アトピー性皮膚炎は通常、喘息、食物アレルギー、アレルギー性鼻炎などの他のアレルギー性疾患に先行して発症する。この成長するにつれていろいろなアレルギー性疾患が順に発症する現象をアレルギーマーチと呼ぶ。乳児期の経皮感作が、その後の発症に関連すると示唆されている。

多くのアトピー性皮膚炎患者に共通する要因として、遺伝又は後天的・環境による皮膚バリア機能障害、Type2炎症反応、痒みの3つがあり、それらが連動して皮膚症状を引き起こす。遺伝子、生活環境、免疫学的メカニズムなどの違いにより、同じような症状にみえても背景は多彩な疾患である。

ガイドラインにおける治療の目標は、「症状がないか、あっても軽微で、日常生活に支障がなく、薬物療法もあまり必要としない状態に到達し、それを維持すること」である。

治療は、増悪因子対策、スキンケア、薬物療法

が標準治療であり、薬物療法には外用療法と全身療法がある。外用療法は、従来からのステロイド薬と、1999年以降は外用免疫抑制薬が加わった。外用療法は治療の基本であり、現時点では外用療法なしの治療は考えにくい。全身療法には、経口免疫抑制剤、経口ステロイド、光線療法などがあるが、長期には使いにくい治療法であり、薬物による長期寛解維持は現実的ではない。

日本では2018年に新規治療薬として、全身療法薬では生物学的製剤と小分子化合物（JAK阻害薬）、外用薬ではPDE4 inhibitorとAhR agonistが承認された。新規の全身療法薬には投与基準があり、施設要件、前治療要件、疾患活動性数値のレセプトへの記載などが定められている。新規治療薬は、副反応が起こりにくく、治療ターゲットの中心にあるものが絞られてきて治療効果が上昇した、などの特徴がある。さらに、現在は100～200の分子をターゲットにした150以上の臨床試験が施行されており、さらなる新規治療薬の開発が行われている。一方で、高額であること、治療対象は中等度以上であること、終了地点がみえない、超長期安全性の有無、外用薬併用は必須で単剤では効果が低いなどの問題がある。

[文責：理事 木村 正統]

講演III

睡眠障害についてかかりつけ医が知っておきたいこと

慶應義塾大学予防医療センター

特任教授 三村 將

睡眠はなぜ必要か、睡眠障害の種類と病態、不眠症の評価と治療・対応、睡眠時無呼吸の評価と治療・対応について講演された。

1. 睡眠はなぜ必要か

睡眠は人間にとって必要不可欠なものである。必要な睡眠時間には個人差があるが、昼間活動して夜眠る、というごく当たり前のことができなくなり、日常生活に支障を来した状態を睡眠障害と呼ぶ。

成長ホルモンは深い睡眠時に分泌されるため、質の良い睡眠が必要である。深い睡眠は前半に出現し、後半にレム睡眠が多く出現する。中高年に

対する成長ホルモンはアンチエイジングとなる。睡眠時間は2歳で12時間、20歳で8時間、70歳で6時間程度と高齢になると睡眠時間が減少する傾向である。高齢になると途中で目が覚め、深い睡眠が減少する。

睡眠には体温の変化も重要である。高い体温が下がると、寝つきが良くなり、深く眠り、中途覚醒が起きにくくなる。体温を上げるものとして、入浴、運動、鍋物、唐辛子があり、体温を下げるものとしてメラトニン、グリシンがある。体温をさらに上げて下げると効果的である。

2. 睡眠障害の種類と病態

睡眠障害には不眠、過眠のほかに概日リズム睡眠障害、睡眠時随伴症などがある。

認知症では睡眠障害を認めやすく、アルツハイマー型では64%、レビー小体型では89%に何らかの睡眠障害を認める。その他、レム睡眠行動障害やレストレスレッグス（むずむず脚症候群）などの症状も見られる。

3. 不眠症の評価と治療・対応

不眠症の4大症状は、入眠障害、中途覚醒、早期覚醒、熟眠障害であり、高齢者によくみられる特徴である。不眠を自覚する場合、なかなか寝つけない（入眠困難）、寝てもしばらくするとすぐに目が覚めてしまう（中途覚醒）、朝いつもより早く目覚めてしまう（早朝覚醒）、さらにはぐっすり眠った感じがしない（熟眠障害）といった症状がいくつか合わさってみられることが多い。眠れない日が続くと次第に「また眠れないのでは」という不安感が増し、不安や緊張のため余計に眠れないという悪循環が生じる。夜眠れないのに日中も眠くならないという場合も多いが、逆に夜眠れない分を朝寝坊したり、日中眠くなってつい長い時間昼寝をしてしまい、その晩にもっと眠りづらくなるということもしばしばある。

うつ病は睡眠障害の合併が多い。眠りの質が低下することが特徴である。眠れない状態が続くと、昼間の眠気、集中力の低下などが生じ、うつ病を発症することがある。うつ病の治療を行っても、入眠障害は再発しやすく、睡眠の質は自殺念慮と関連することが報告されている。

認知症高齢者の不眠に対しては、非薬物的ア

プローチが重要である。認知症疾患診療ガイドラインでは、まず睡眠障害の正確な把握と鑑別診断を行う。また、影響しうる身体症状（疼痛、頻尿、掻痒など）、心理・社会的ストレス、嗜好品、薬剤があれば改善する。その上で日中の日光浴や身体活動を促し、睡眠環境の改善を図る（表）。薬物療法としては、トラゾドン、リスペリドンの使用を検討してもよいと記載されている。

表 生活習慣上の工夫：睡眠時間と光

<ul style="list-style-type: none"> • 睡眠時間は0時から6時を中心に7時間程度がベスト • 起床時刻を一定にし、朝日を浴びる • 夜9時過ぎからは間接照明にし、PC・スマートフォンの使用を控える • 平日の床に入る時間・出る時間のバラツキを30分以内とする • 週末も、床に入る時間・出る時間は平日から30分以上ずらさない • 高齢者は6時間眠ればよい、長時間睡眠は不眠の原因となる <p>（ヒトは2歳で12時間、20歳で8時間、70歳で6時間）</p>

4. 睡眠時無呼吸の評価と治療・対応

睡眠時無呼吸症候群の特徴は、①大きないびき、②睡眠時無呼吸、③昼間の眠気の3つである。就寝中のことであるため、本人は気づいていないことが多い。睡眠時無呼吸症候群患者に不眠症状が認められる割合は39～59%で、不眠症状のある患者に睡眠時無呼吸症候群が認められる割合は29～67%である。

睡眠薬の睡眠時無呼吸症候群に対する影響をRCTの結果からみると、トリアゾラム0.25mgはAHI、最低SpO₂ともに悪化する。ニトラゼパム5mg、10mgはAHI、最低SpO₂ともに不変、エスゾピクロン3mgもともに不変、ゾルピデム10mgはAHIは不変、最低SpO₂は悪化するという報告であった。レンボレキサント10mgはプラセボと比較すると変化を認めなかった。

5. 快適な睡眠をとるために

快適な睡眠を取るためには、以下の行動に気を

つける。

- ・朝起きたら朝日をしっかりと浴びる
- ・朝決まった時間に起きる
- ・昼寝は30分以内に留める
- ・日中に適度な運動をする
- ・趣味などでストレス解消をする
- ・夕方以降にコーヒーなどのカフェインを控える
- ・夕食を食べすぎない
- ・酒を飲みすぎない
- ・寝る前のパソコンやスマホを控える
- ・寝室にテレビやDVDを置かない
- ・寝る時間にこだわりすぎない
- ・寝室でリラックスできるもの（音楽やアロマ）を使う
- ・寝室の明るさを調整（明るすぎず不安にならない暗さ）
- ・自分に合った寝具（枕やマットレス）を使う

【文責：理事 國近 尚美】

厚労省関係講演

講演 I

2040年を展望した医療について

厚生労働省医政局長 森光 敬子

○新たな地域医療構想

2010年に地域医療構想が示された。この地域医療構想は病床の報告が主で、総病床数をどうコントロールするのか、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床をどのように確保していくかに焦点が置かれた。2010年に2025年における病床数は118.8万床と見込まれていたが、2024年の確定値で117.8万床となっており、総病床数としては全体の数はほぼ整っている。

「新たな地域医療構想に関するとりまとめ」が、昨年12月に厚生労働省から発表された。2040年には、85歳以上の人口が1,000万人を超える。85歳以上の高齢者の要介護認定率は57.7%である。医療と介護の両方を必要とする患者が非常に多くなる2040年の課題の1つ目は救急搬送の増加である。85歳以上の救急搬送は、およそ75%増加する。急増する医療救急搬送の受け入れ先をしっかりと確保しなければ、この事態に対応できない。2つ目は在宅医療の需要の増加である。これ

も85歳以上の増加との人口の増加とともに、急速にそのニーズが高まってくる。現在の体制では対応できないので、どのような形で提供体制を構築していくのが今後の課題である。

こういった状況にあって、新たな地域医療構想をどのようなものにするかを考える必要がある。1つは医療機関機能を新たに設けることである。2040年を考えた時に、病院の中だけで解決できる話ではなく、入院、在宅、介護が密接な形で地域医療を行うためには、その医療機関がどのような機能を持っているのかを明らかにし、どのように連携を取っていくのかを検討する必要がある。2つ目に医療機関機能報告を新たに位置付けて、構想区域ごとに確保すべき機能や今後の方向性を報告する機能を新たに設け、新たな地域医療構想を考える土台を作っていくことで、とりまとめを行っている。

○医師の偏在に対する対策

人口が少ない地域では診療所が減ってきている。医師人口の多いところほど診療所が増えているが、地方ではどんどん閉院している状況である。診療所の医師数はこのまま行くと、2040年には50%以上減少すると予想されている。医師が減って、診療所が減って、そこを支える病院も、病院で働いている医師数も減少する。これ以上医師が減っていけば、その地域の医療体制は危うくなる状況である。医療体制が崩壊すれば住む人は減少し、その地方の産業が衰退し、その町の根幹が揺らぐのが、この医師の偏在対策をしなければならぬ最大の理由である。この問題に対応するため、医師の偏在是正に向けた総合的な対策パッケージを2024年12月にまとめた。基本的な考え方として、これまで医師の養成過程での対策が主であったが、総合的という言葉掲げ、できることは何でもやるというのが1つのコンセプトである。2つ目は、若い医師だけを対象にするのではなく、全世代のドクターに対しアプローチすることである。

○診療科偏在

遠隔診療を使って連携をとっていくことも一つの解決法である。都道府県や医師会が関わって診療科別の専門性の高い先生との間をしっかりと繋ぐ

という取組みを始めている都道府県もある。

[文責：常任理事 竹中 博昭]

講演Ⅱ

令和8年度診療報酬改定に向けた課題と展望

厚生労働省保険局医療課長 林 修一郎

○診療報酬改定の基本方針

令和8年度診療報酬改定に向けて、10月より中医協にて2段階目の各論の議論が始まっている。基本方針については、これまでの基本方針の構成をベースに、近年の社会情勢・医療を取り巻く状況を踏まえたものとして議論されている。基本的視点として、物価や賃金、人手不足などの医療機関等を取り巻く環境の変化への対応、医療機関機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進、安心・安全で質の高い医療の実現、医療保険制度の安定性・持続可能性の向上などが挙げられている。

○医療機関を取り巻く状況

事業利益率は各病院タイプのいずれも低下傾向にある。受診延日数は入院・入院外ともに減少傾向にあったが、令和2年度以降は入院外については回復する傾向が見られる。病院の収支構造は、費用の50%超を占める人件費が増加していることに加え、人件費以外についても軒並み事業収益の増加率を上回る伸びで推移している。医療法人経営情報データベースによる2023年度の状況は、病院の医療利益率はいずれの病院タイプでもマ

イナスとなっている。診療所の医療利益率・経常利益率は、いずれの区分でも平均値・中央値ともプラスである。入院ありの診療所は、入院なしの診療所と比較して利益率が低い傾向にあり、約半数で医療利益が赤字である。また、大都市の診療所と比較して、地方都市や人口少数地域の診療所は利益率が低く、医療利益が赤字の割合も大きい。

○医療提供体制

看護職員の就業場所は病院・診療所が多いが、訪問看護ステーションや介護保険施設で増加傾向となっている。病院における各職種の従事者数は、平成17年度と比べると増加しており、理学療法士、作業療法士は3倍に増加している。診療科別医師数の推移では、リハビリテーション科、形成外科の増加割合が高く、その他の診療科も概ね増加傾向にはあるが、外科は平成24年以降減少傾向にある。

○その他

外来医療では、入院外受診延日数、かかりつけ医機能、かかりつけ医機能報告、情報通信機器を用いた診療について説明があった。入院医療については、届出病床数の推移、地域包括医療病床の届出状況などについて、在宅医療については、支援診療所・病院の届出数、診療報酬の推移、訪問看護、介護給付費などについて解説された。

[文責：理事 木村 正統]

山口銀行は スマホ1つで

いつでも、どこでも、カンタンに

口座開設も

残高照会も

お振込も

お店に行かなくても大丈夫。便利に使えるアプリです。



ダウンロードは
こちらから





この世界で、この街で、このじぶん。 **YMfg** **山口銀行**

お問合せはヘルプデスクへ **0120-307-969** ■受付時間(平日・土日祝) 7:00~23:00