
腎臓病対策の潮流と地域的課題

旭 浩一

岩手医科大学医学部内科学講座腎・高血圧内科分野

Trends and regional problems in measures against kidney disease

Koichi Asahi

Division of Nephrology and Hypertension, Department of Internal Medicine
Iwate Medical University School of Medicine

<はじめに>

慢性腎臓病 (chronic kidney disease: CKD) とは様々な原因により検尿、画像診断、血液および病理組織学的検査など、特に0.15g/日以上 of 蛋白尿または30mg/日以上 of アルブミン尿の存在に代表される腎臓の何らかの異常と、腎機能の指標としての糸球体濾過値 (glomerular filtration rate: GFR) の60ml/分/1.73m²未満への低下のいずれか、または両方が3か月以上続く臨床症候群である。

CKDは末期腎不全・透析のリスクであることは言うまでもなく、疫学研究の集積により原疾患にかかわらず蛋白尿・蛋白尿の増加とGFRの低下が心血管死亡、総死亡のそれぞれ独立した危険因子となることが示され、2000年代初頭より心血管病のハイリスク病態としても重要性が広く認識されてきた。

2005年現在、わが国の成人の8人に1人、約1,330万人がこのCKDに該当すると推定されており¹⁾、末期腎不全による慢性維持透析患者は年々増加し2020年末現在約35万人に達している。年間の新規透析導入患者数は約4万人であり、透析導入の原疾患の約6割が糖尿病性腎症や腎硬化症などの生活習慣病、約3割が慢性糸球体腎炎、多発性嚢胞腎などの腎難病である²⁾。以上を背景に腎臓病対策は国の健康施策ならびに医療経済上の重要課題と認識されている。

本稿では近年のわが国における腎臓病対策の潮流と岩手県を中心とした地域的課題を概観する。

I. 国の腎疾患対策の潮流

透析患者の増加と2000年代初頭からのCKDの概念導入を受けて2008年3月に厚労省より「今後の腎疾患対策のあり方について (腎疾患対策検討会報告書)」³⁾が発出された。本報告書では新規透析導入患者減少とCKDに伴う循環器系疾患発症 (重症化) 抑制を目標に掲げ、CKD対策の5つの主要施策として①普及啓発、②医療連携体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究の推進を挙げた。これを受けて学会、行政、各種団体、企業が様々な形で有機的に連携しながら、普及啓発推進のための協議会 (日本慢性腎臓病対策協議会: J-CKDI) の設立、自治体や地域医師会

による保健医療連携の各種の事業、診療・療養のための種々のガイド・ガイドライン整備、専門医・多職種の人材育成、保健医療スタッフ研修（保健活動を考える自主的研究会）の支援、CKDの原因疾患（生活習慣病・腎難病）の実態把握、診療エビデンス創出および治療法開発の大規模研究（介入・観察）などの取り組みが精力的に展開された。中でも日本腎臓学会を中心に構成された数多くの公的研究事業が対策の原動力として中心的な役割を果たした。

これらの施策の成果の総体として2008年以降年齢調整透析導入率比は減少しているが、急速な高齢化の影響もあり新規透析導入患者の実数は明瞭な減少傾向は見られていない⁴⁾。2016年からは対策のさらなる推進のため、厚生労働行政推進調査事業費補助金（難治性疾患等政策研究事業）

「慢性腎臓病（CKD）の診療体制構築と普及・啓発による医療の向上」（代表：柏原直樹 川崎医科大学教授）が組織され、同研究班が主体となる作業部会による原案作成を経て、2018年7月に厚労省より新たに「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」が発出された⁵⁾。同報告書は2008年の報告書のCKD対策の5つの主要施策を引き継ぐとともに、CKD重症化予防の徹底とCKD患者（透析、腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を全体目標に掲げ、向後10年間の腎臓病対策の指針となる文書と位置付けられている。

これを踏まえJ-CKDIを引き継いで2018年に新たに組織されたNPO法人日本腎臓病協会（<https://j-ka.or.jp>）の慢性腎臓病対策部会の各地域（ブロック、都道府県）の代表が司令塔となり①普及啓発、②医療連携体制整備、③診療水準の向上、④人材育成の推進等の対策の社会実装を進めている。さらに2019年度からは厚生労働行政推進調査事業費補助金と厚生労働科学研究費補助金による2つの公的研究班が組織され、対策の進捗管理、資材作成、連携支援などのサポートが行われてきた。

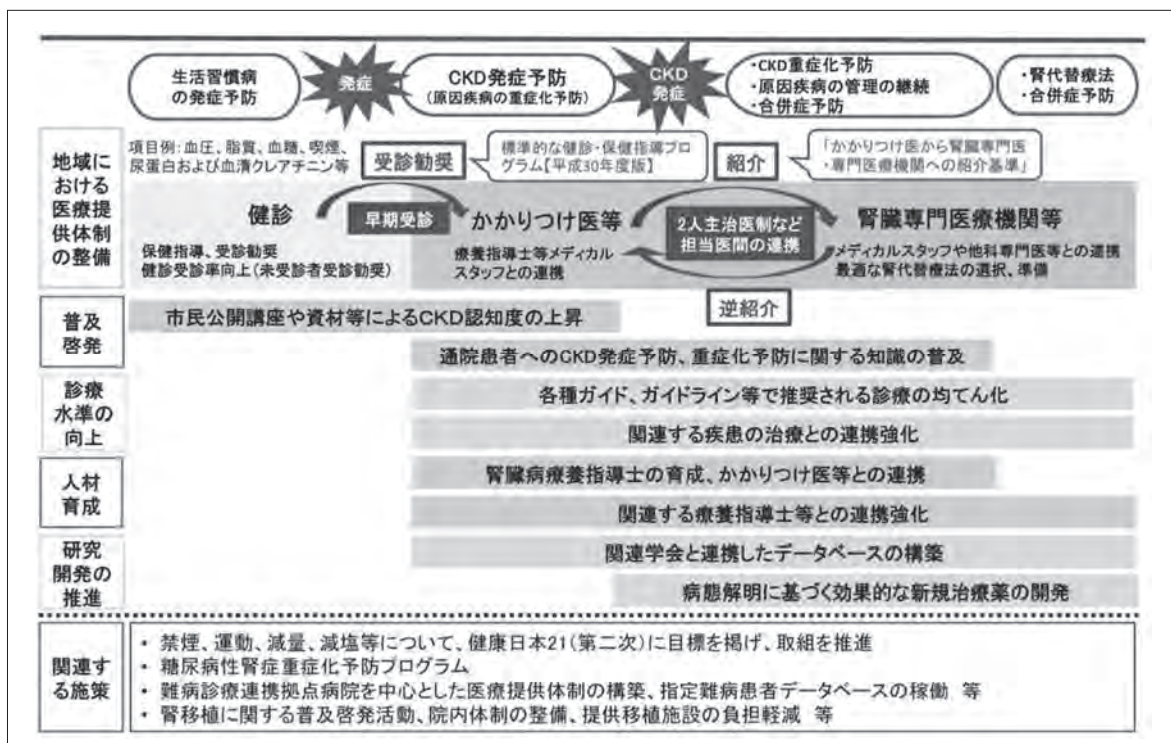


図1 病期に応じた腎疾患対策の全体像

(腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～ (厚生労働省2018年7月))

特に地域において求められる健診－かかりつけ医－専門医・基幹医療施設の切れ目のない医療提供体制連携体制の整備を社会実装するにあたり、2016年から地域の行政、医師会、専門医の枠組みで先行して取り組まれている糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用が重要施策に位置付けられている。CKDは糖尿病をはじめとする生活習慣病と重症化リスクを共有しており、保険者努力支援制度のインセンティブによる政策誘導も相俟って、包括的な生活習慣病対策の一貫として位置付け、同じ枠組みで効率よく推進されることが重要と考えられる。(図1)

II. 地域のCKD診療に関わる課題と取り組み

腎臓専門医の数と地域のCKD診療実践は密接に関連しており、例えば人口当たりの腎臓専門医数と赤血球造血刺激因子（ESA）製剤の処方量は相関する⁶⁾。岩手県を含む北東北の腎臓専門医は極端に少なく、2022年現在岩手県の腎臓専門医数は四国4県分に相当する面積に27人で人口10万人あたり2.26人と全国第46位であり、東京と比較して人口当たりで1/3.5、面積あたりで1/300である(図2)。したがって専門医の育成は喫緊の課題であるとともに、このような地域の専門医には腎疾患・腎不全の基本診療領域全般のオールラウンドな診療能力と地域の医療資源の実情に応じた腎疾患診療のコーディネート能力を備え、地域に腎臓病診療のスタイルを普及する責務がある。一方で専門医の集中する一部の都市部を除き、多くの地域で専門医が身近に存在しないことを前提とした地域内または広域の診療体制構築も重要である。

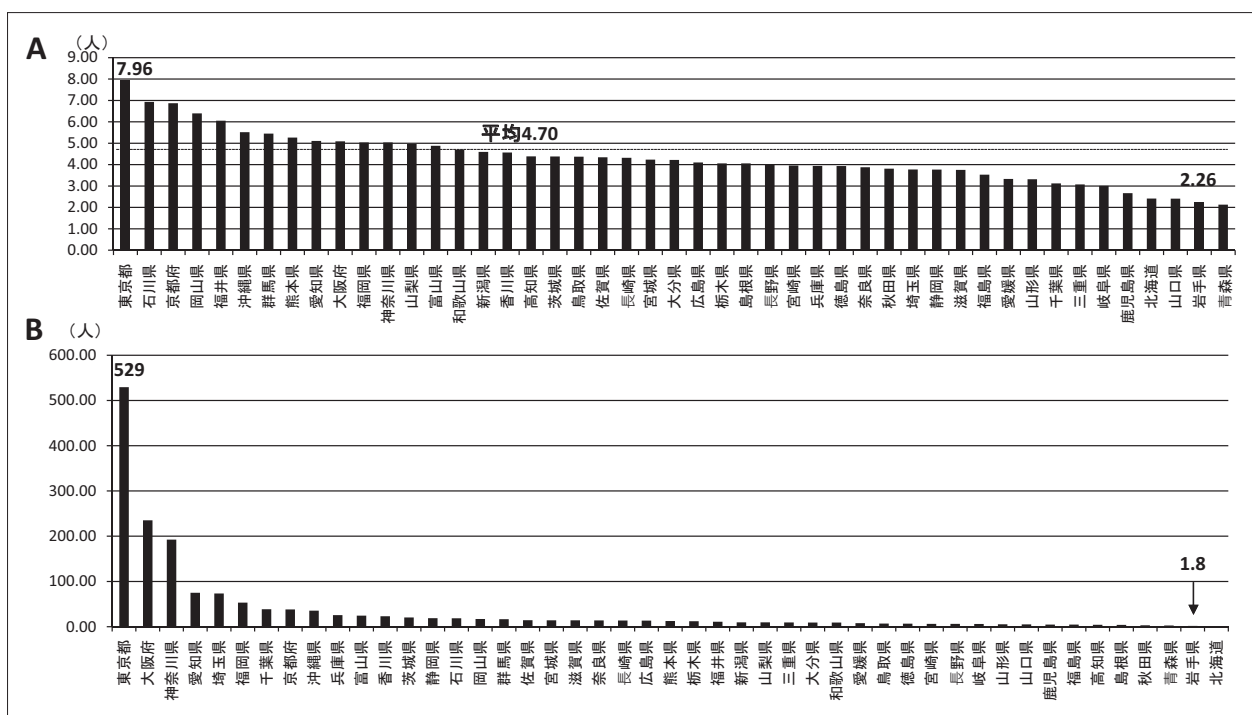


図2 都道府県別日本腎臓学会腎臓専門医数(2022年5月現在) A:人口10万人あたり、B:面積1000km²あたり

このような認識のもと、岩手県においても2018年に県内唯一の医育機関である岩手医大に独立した教育、診療単位として腎臓内科が創設されたのを契機に様々な取り組みが進められている。

重症化予防の取り組みとして、比較的医療資源に恵まれた盛岡市医師会では同医師会糖尿病対策

委員会が中心となり専門医療機関（岩手医大腎・高血圧内科、岩手県立中央病院腎臓リウマチ科）と協力して2021年1月から「盛岡市CKD病診連携診療情報書」の運用が始まった（<https://morio-ka-med.or.jp/3939/>）。糖尿病性腎症に限らず全てのCKDに対し、eGFR、尿蛋白を用いた重症度評価を行い、かかりつけ医と市内の腎臓専門医療機関がCKDの「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会2018年）」に準じた適切なタイミングで連携によるハイリスク例の共同管理を行う、腎臓病診療スタイルの普及を進めている。

また、花巻市医師会では、2022年度から行政の保健師・管理栄養士とかかりつけ医により、特定健診・国保データベース情報により抽出されたハイリスク住民の事例検討会の試みが開始された。専門医の少ない地域でのより早期からの地域保健と医療の連携した重症化予防の取り組みとして、行政と関係組織の円滑なコミュニケーションの確立やデータ解釈・保健指導のスキルアップに有用と考えられ、地道な継続と他地域への横展開が期待される。

他方、CKD患者（透析、腎移植患者を含む）のQOLの維持向上に関しては腎疾患対策検討会報告書では、患者個人ごとに腹膜透析や腎移植を含めた最適な腎代替療法（KRT）を選択すべきことが強調されている。療法選択の手法として医学的エビデンスだけではなく患者の価値観、意向を含め、共同で最善の選択を探る共同意思決定（Shared decision making: SDM）が重視され、従来のパターナリズムやインフォームドアプローチからの転換が求められている。（図3）このようなSDMが成立するには地域におけるKRTの多彩な選択肢をいかに多く提示できるかが前提となり、岩手県においては地域の基幹医療施設、透析医療機関がKRTの様々なオプションを取り入れる一層の取り組みが望まれる。

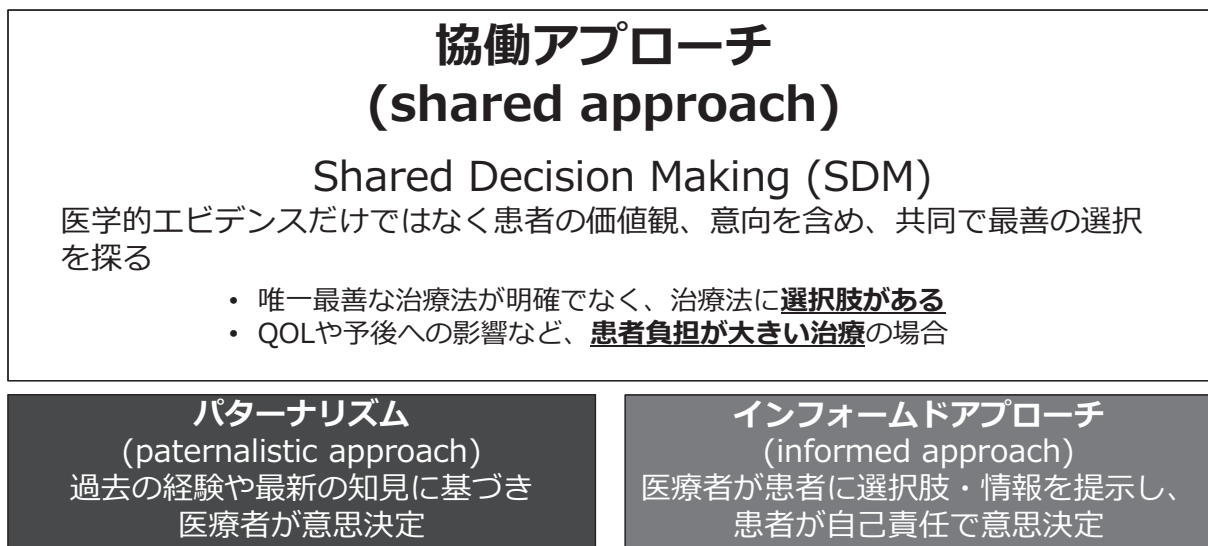


図3 治療法選択のための意思決定のアプローチ

以上のような保健ならびに医療の現場での対策の実施には医療スタッフの多職種連携が欠かせないが、その担い手となりうる腎臓病療養指導士、腎代替療法専門指導士の養成と活用が急がれる。

課題解決のための医育機関の取り組みの一環として、岩手医大では附属病院の特殊診療部門として腎センターを設立して2020年からは人工透析センターに腎臓内科医を専任医師として常駐させ

入院透析、外来維持透析の管理に当たっている。Nephrologyに通じ、腎疾患の全経過の管理に習熟した専門医の育成に努め、保存期と末期で分断されている本県の腎不全医療の構造改革を図り、CKD患者の生涯にわたるQOLの維持、向上に貢献することを目標としている。

<おわりに>

岩手県においても全国的な潮流と軌を一にして腎臓病対策が動き始め課題の克服に取り組んでいる。このように本県の対策は緒に就いたばかりにも関わらず、透析患者実数は日本透析医学会の2017年末から2020年末までの統計調査を見る限り、東北地方で唯一減少している。この患者動態の原因として、当然これまでの対策が奏効したことへの期待もあるが、高齢化の進行と人口減少、KRT非導入例の多さ、保存期での早期死亡、KRT導入後の生命予後不良など、様々な仮説も成り立つ。これらの仮説を注意深く検証してゆくことは未来の本県の腎不全医療の質的向上の上で取り組むべき不可避の課題と考えられる。

<利益相反>

特になし

<文献>

- 1) Imai E, Horio M, Watanabe T, et al.: Prevalence of chronic kidney disease in the Japanese general population. Clin Exp Nephrol 13: 621-630, 2009.
- 2) 花房規男、阿部雅紀、常喜信彦、他：わが国の慢性透析療法の現況（2020年12月31日現在）。日本透析医学会雑誌 54: 611-658, 2021.
- 3) 腎疾患対策検討会（厚生労働省）：今後の腎疾患対策のあり方について。1-19、2008。
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/pdf/jinshikkan01.pdf>
- 4) 若杉三奈子、成田一衛。慢性腎臓病（CKD）対策の評価－年齢調整透析導入率は低下したが、透析導入患者数減少は未達成－。日本腎臓学会雑誌 60：41-49、2018.
- 5) 腎疾患対策検討会（厚生労働省）：腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～。1-19、2018。 <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>
- 6) Inoue R, Nishi H, Tanaka T, et al.: Regional variance in patterns of prescriptions for chronic kidney disease in Japan. Clin Exp Nephrol 23: 859-864, 2019.

