

社会で機能する 腎疾患診療連携システムの構築を目指して

長崎大学病院腎臓内科 西野友哉

▶ 背景

本邦における慢性腎臓病（chronic kidney disease；CKD）患者数は1330万人と推定され、第二の国民病ともいわれている。CKD対策は、「透析導入患者数を減らす」という観点だけでなく、心血管疾患発症・死亡の危険因子という面から、「生命予後改善やADL低下防止」においても極めて重要と考えられる。また、CKDは、慢性糸球体腎炎をはじめとする腎疾患から、非ステロイド性抗炎症薬や抗菌薬といった薬剤による影響、加齢や生活習慣病（肥満、高血圧、脂質異常、糖尿病、メタボリックシンドローム）など、病態が多岐にわたるという特性があり、多角的な視点からの対策が求められている。

地域におけるCKD診療の充実を図るには、かかりつけ医と専門医による診療連携システムの構築が不可欠である。人口約44万人の長崎市におけるCKD患者数は約4.5万人と推計されるが、長崎市内の腎臓学会認定腎臓専門医は27名という実状からもその連携体制の構築は急務である。

長崎大学病院腎臓内科は、「社会で機能する腎

疾患連携システムの構築」を目指し、行政や医師会などの協力を得ながら取り組んでいる。まだ道半ばではあるが、本稿でその一端を紹介する。

▶ CKD 専門医

まず、連携における「専門医」の枠組み作りから着手した。2015年6月時点で長崎県内の学会認定腎臓専門医数は43名であるが、専門医の資格は有さないものの、基幹病院を中心に専門診療を担当している医師はその数以上に多く存在している。このような背景から、長崎県は医療政策課が中心となり、腎専門診療に携わる関係部署（長崎大学腎臓内科、同泌尿器科、長崎県医師会など）と協議を重ね、県内の腎臓内科医、泌尿器科医、腎臓内科を標榜している開業医、透析医療機関を対象に手上げ方式によるアンケート調査を実施し、専門医を募る方針とした。その調査結果をもとに、学会認定専門医とは別枠で、長崎県内は「CKD専門医」という名称を用い、CKD診療連携における専門医を規定した。2014年12月時点で長崎県内52医療機関、101名のCKD専門医が

登録されており、医療機関名などについては行政のホームページやリーフレットの作成などにより、かかりつけ医に周知を図っている。

手上げ方式によるCKD専門医であるが、問題点も浮き彫りとなってきた。かかりつけ医の先生方より、専門医からの紹介状への返事が、「問題ありません。今の治療を継続ください。」という内容ばかりで、「結局、自分たちが行っている日常診療の内容と、専門医の診療内容には大差ないのではないか？」という疑問の声が聞かれるようになった。長崎県内どの地域も偏りなく、専門医診療の質を高いレベルで保つのは容易なことではないが、かかりつけ医からの信頼を得、裾野を広げて連携を推進していくためには、解決すべき重要な課題と認識している。これを受け、長崎県医師会と長崎県に協力いただき、県内の腎専門医を講師として「CKD専門医向け研修会」を2015年2月からこれまでに2回開催した。内容は、CKD診療に関するトピックスや症例検討が中心であるが、この研修会を通してCKD専門医の果たすべき役割、責務を再認識し、県内の専門医診療のレベルアップにつながるよう、改変を重ねながら定期的に開催の予定である。

▶ CKD 病診連携医

長崎県内でもCKD診療連携体制の整備に積極的な長崎市は、2012年8月より健康づくり課が中心となり、腎専門医、糖尿病専門医、循環器専門医、長崎市医師会理事、行政医の合計10名を構成員として、「長崎市ストップCKDネットワーク会議（以下CKDネットワーク会議）」を立ち上げた。CKD重症化防止を目的として、専門医紹介強化基準の作成や紹介状様式の検討、病診連携システムの推進、研修会の開催計画が主な内容である。

最初の懸案事項として、かかりつけ医を持たない、またはかかりつけ医が内科系以外という市民

が健診で検尿異常や腎機能障害を指摘された場合、受診勧奨を行う医療機関が少ないという問題があった。そこでCKDネットワーク会議では、長崎市医師会の協力を得て、「かかりつけ医の立場でCKD診療に積極的に協力できる」という医師を対象に研修会を実施し、受講者を「CKD病診連携医」として認定することとした。2013年度に3回、2015年度に1回実施し、対象医師の専門とする診療科は問わず、1回でも受講すると長崎市長並びに長崎市医師会長の連名による認定書を受領できるものとした。これまでに133医療機関の先生に受講いただき、医療機関リストは長崎市のホームページでも公開され、かかりつけ医を持たない健診で指摘されたCKD患者へも提示することで受診勧奨を行っている。

▶ CKD 病診連携医向け研修会

CKD病診連携医向け研修会では、eGFRの傾き（腎機能の低下速度）と尿蛋白の定量化の重要性を強調している。「生活習慣病からの新規透析導入患者の減少に向けた提言（日本腎臓学会編）」にも記載されている通り、健診や医療機関で得られたeGFRの値をもとに経時的に線を引くことで、その傾きを目で実感することができる。また、今後の腎機能の経過を予測できるという観点からは、その傾きを少しでも緩やかにするという治療目標、あるいは現在の治療効果を判断する上での有益な指標となる。さらには、かかりつけ医と腎専門医との連携、保健師や栄養士といった多職種連携においても共有できる有用な情報と捉え、周知を図っている。

これまでの報告から、尿蛋白の程度と透析導入率は密接に関係していることは明らかとなっており、検尿の重要性は認知されている。一方、健診や日常診療で頻用される尿試験紙による尿蛋白の定性は、尿の濃縮状態によって定量の結果と乖離があり、随時尿における尿蛋白/尿クレアチニン

1. eGFR 30 mL/min/1.73 m²
2. 尿蛋白 2+以上
3. 血清クレアチニン 2.0 mg/dL 以上
4. 急性増悪 (Cr 値前回検査時より 0.5 mg/dL 以上の上昇)

■ 図1 長崎県専門医紹介強化基準

比 (g/gCr) から 1 日尿蛋白排泄量の推定が可能であることは、あまり知られていない。尿蛋白の定量化は、特に二次検査において患者の CKD 重症度分類の評価に必要な項目であり、専門医への紹介の必要や診療連携における治療効果の判定という観点からも有用であることをかかりつけ医の先生方に説明を行っている。

▶ 腎機能別に対策を講じる

CKD ネットワーク会議による検討から、長崎市は、腎疾患重症化防止と新規透析患者減少を目指し、腎機能別に対策を講じていく方針とした。

まず eGFR 60 mL/min/1.73 m² 以上の市民へは、公開講座や世界腎臓デーにおける住民向けイベント、長崎市の広報誌や新聞紙面を利用した啓発活動を通して、CKD の社会における認知度を高めるよう努めている。

eGFR 30 ~ 60 mL/min/1.73 m² 程度の方へは、長崎市内 5 カ所の公民館などへ大学病院の専門医が出向き、「腎臓いきいき講座」を開催している。国保の健診受診者へは、結果をもとに対象となる腎機能患者宛に手紙で講座の日程を通知し、生活習慣への注意点を含め、腎疾患に関する知識を深めてもらっている。

eGFR 30 ~ 50 mL/min/1.73 m² の患者には、健診結果から医療機関 (かかりつけ医) への受診勧奨を強化し、特に eGFR 30 未満の重症患者に対しては、かかりつけ医向けに「長崎県の CKD 専

門医紹介強化基準 (図1)」を提示し、専門医への紹介強化を図っている。

2 年ほど経過した時点の課題として、専門医紹介強化基準が eGFR 30 未満とかなり進行例となっていることから、より早期の eGFR 45 未満まで対象を広げるべきである、eGFR の傾きを基準に入れるべきであるなどの意見が挙がっている。近々、このような意見を集約し、紹介強化基準の見直しを行う予定としている。

▶ 顔のみえる連携

CKD 病診連携システムを形式的に構築するのみでは、「絵に描いた餅」になりかねない。連携の患者数が増加しても、特定のかかりつけ医からの紹介患者が増えるばかりでは、対策が不十分であることは言うまでもない。

有効かつ活発な連携の鍵は、「顔のみえる」連携と考えている。そこで、CKD ネットワーク会議を構成する市内 4 地区の腎専門病院を幹事として、「長崎ストップ CKD ネットワーク推進会」を設立し、各地区持ち回り制で、日頃から連携している近隣のかかりつけ医を対象に、ミニレクチャーと症例検討会を実施している。今後も連携の裾野を少しでも広げるべく、行政や医師会をはじめとする関係諸機関と協調しながら取り組みを進めていく所存である。

▶ 腎不全、その人にとって最適な治療とは

2014 年末の血液透析導入平均年齢は、男性 68.1 歳、女性 70.9 歳と高齢化しており、今後もさまざまな合併症を持つ超高齢者が腎不全に至り、腎代替療法が必要となってくる。第 48 回九州人工透析研究会総会のテーマとして、会長の長崎大学泌尿器科教授酒井英樹先生は、腎不全、その人にとって最適な治療とは」を掲げられた。

血液透析（HD）・腹膜透析（PD）・腎移植と各々特徴をもった3つの腎代替療法の選択は、その人の生活に密接に関わるものであるという視点を持ちながら、特に高齢者では、医療・介護・福祉といった多職種連携による包括的ケアが必要となる。

PDのメリットは、心血管系の合併症を多数有する超高齢者にとって身体的に心血管系への負担が少なく、少ない透析量・交換回数で可能、残腎機能が保持されるため水分制限も少なく、食事制限（特にカリウム制限）なども緩やかななどが挙げられる。精神面においても、在宅治療という特性から、家族と一緒に充実した生活を送ることで、QOLの維持にも有用と考えられる。このような利点をより活用していくために、最近では、高齢腎不全患者に対して介護支援などを交えたAssisted PDの有用性も報告されている。今後、基幹病院、かかりつけ医（在宅医）、介護を含め、地域に根差した多職種による連携体制作りが重要と思われる。

腎移植は近年の免疫抑制剤の進歩もあり、高い生着率となっている。現状において、国内の腎移植患者数はPD患者数を上回っており、泌尿器科のみならず、腎臓内科医・透析医が腎移植に関わりをもつことは極めて重要と認識している。長崎

大学病院腎臓内科では、同泌尿器科の理解のもと、3年前から腎移植の提示・情報提供、ドナーのスクリーニング検査、術後のドナー腎機能フォロー、合併症管理といった部分で連携体制を構築し、診療にあたっている。

国内において腎代替療法の90%以上を占めるHDに関しては、新たな展開として長時間透析や在宅自己透析が注目されている。長時間HDでは透析時間を延長することで、従来のHDでは除去量の少ないリンや β_2 -MGをより除去することが可能となり、貧血や生命予後の改善が報告されている。また、在宅HDでは、患者の生活に合わせて透析が可能となるため、夜間や連日の施行で透析時間を増やすことが可能となる。今後は患者の生命予後および、生活の質を改善するという観点から、長時間HDや在宅HDといったHDの中でも種々の選択肢を提示していく必要があると思われる。

先に述べたとおり、腎代替療法の選択にあたっては、治療自体が患者の日常生活に深く関わるため、医学的情報のみならず、明日からの生活に与える影響などを考慮し、決定しなければならない。これまでの療法選択は、医療者が中心となったパターンリズムによる決定から、Informed Consentによる患者自身の意思決定へと変遷を遂げて



長崎大学病院の取り組みを紹介する西野医師

きたといえる。そのような背景の中、「Shared Decision Making (SDM)」という考え方が最近注目されている。SDMとは、患者個人の価値観の多様性に対応して、医療者・患者が協同で意思決定をしていくという考え方である。その実践においては、傾聴・説明からお互いの相違の説明・推奨・交渉という過程を経て、その人にとって最適と思われる治療法を医療者と患者が共同で決定することが重要とされている。結果として、満足度の高い療法選択が可能となると共に、医療者側にとっても患者との関係が一層深まり、治療成績や医療スタッフの満足度の向上にも寄与することが期待される。まさに、「その人にとって最適な治療とは」を考える上で、SDMの実践は核になる部分と思われ、当科においても外来と入院両面から、積極的にSDMに則った診療を進めるべく、多職種による診療体制を整備していく考えである。

▶ 最後に

腎臓内科医は、その疾患の特性から、検尿異常から腎代替療法まで一貫して患者と関わり、診療を担うという使命をもっている。その使命を遂行するためには、医療スタッフ・医師会・行政・介護福祉分野といった多方面との密な連携による総合力が不可欠である。「長崎における腎疾患診療連携」は、まだ第一歩を踏み出したばかりであるが、この貴重な一歩に、志をひとつにして協力くださった行政や医師会をはじめとする関係の皆様、心から感謝申し上げる。

「すべては、患者さんのために」をモットーに、私たち長崎大学病院腎臓内科は、「社会で機能する腎疾患診療連携システムの構築」を目指し、直面する課題に情熱をもって真摯に向き合いながら、歩を進めて行きたい。