

特集：腎臓病療養指導とチーム医療

I. 総合的 CKD 対策の現状 地域医療連携室のかかわりによる 腎臓病療養指導の拡がり

Growing kidney disease education with involvement of the community healthcare cooperation office

内田 治仁

Haruhito A. UCHIDA

はじめに

本邦における慢性腎臓病(CKD)患者は約 1,330 万人といわれ、成人の 8 人に 1 人が CKD に罹患していると考えられる¹⁾。現在日本全国には約 4,100 人の腎臓専門医がいるが、これだけ多くの患者がいると、専門医 1 人当たり約 3,200 人の CKD 患者を診療しなければならず、専門医のみで CKD 診療を行うのは不可能である。そのため、かかりつけ医と連携して診療する医療連携や、管理栄養士、薬剤師、看護師、臨床検査技師、社会福祉士、保健師といった医療スタッフが一丸となって腎臓病療養指導を行うことが重要である。患者が腎臓病に対する理解を深め治療への意欲を向上させることで、その腎臓病を治癒へ向かわせたり進行を少しでも遅らせたりすることが期待される。また腎臓専門医の偏在という問題もあり、特に専門医の少ない地域での地域医療連携による腎臓病療養指導の拡がりは、専門医不足の CKD 診療において患者の重症化予防に非常に重要である。本稿では、腎臓病療養指導における地域医療連携室のかかわりについて述べたい。

腎臓病療養指導の重要性と CKD 地域医療連携体制の構築の必要性

CKD 患者の多くは初期には自覚症状がないため、患者

のみならず医療従事者においても、腎機能障害が進行し腎不全に陥るかあるいは重大な合併症が出現するまで、疾患そのものが軽視されてきた。しかし透析患者の増加による医療費の高騰が社会問題となり、また、これらの患者は心血管疾患(CVD)で死亡する確率が高いことが明らかとなった。そのため CKD 患者の治療のみならず合併症の予防、腎不全への進展予防が重要課題となってきた。こういった医療および社会環境的なさまざまな要因のなかで、医療連携とともに腎臓病療養指導が求められるようになった。これは、診療ガイドラインに基づき、CKD の重症度に応じて細やかに患者教育や患者管理を行う質の良い腎臓病療養指導を行うことで、腎臓病の重症化や合併症を予防し、予後改善対策をするという概念である²⁾。

岡山県での取り組み

岡山県では新規透析導入の減少および CKD に伴う CVD 合併/死亡の減少を目的として、県内の各施設・分野における医療連携を構築するためにさまざまな体制作りに取り組んできた(図 1)。

1. CKD・CVD 対策専門部会の発足

岡山県では、腎臓専門医数が岡山市・倉敷市を中心に県南の瀬戸内海沿岸エリアで多い一方、山間部となる県北では少なく、腎臓専門医の偏在がある。

2012 年に第 2 次地域医療再生計画 糖尿病等生活習慣病医療連携推進事業の一つとして、岡山県生活習慣病対策推進会議 CKD・CVD 対策専門部会が発足した。同専門部会は、大

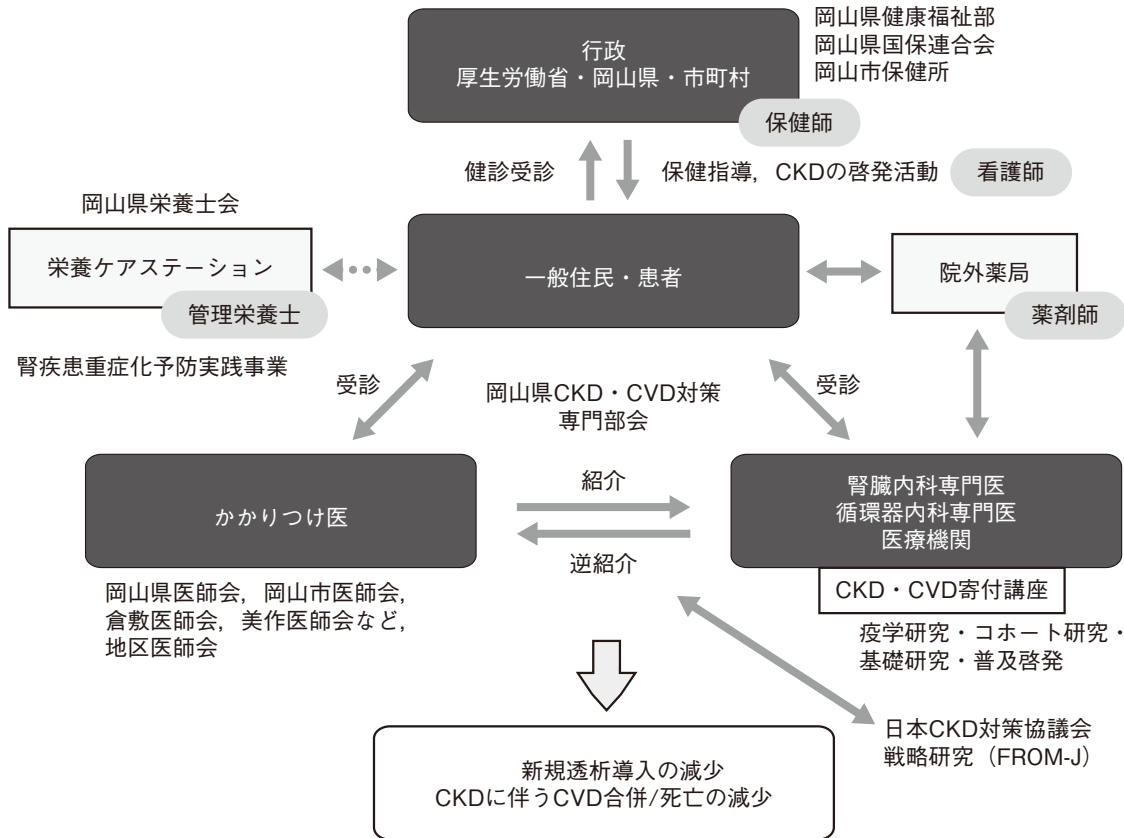


図1 岡山県でのCKD・CVD医療連携の取り組み

学、腎臓専門医、医師会、行政、保健所、栄養士会、薬剤師会、看護協会の協力のもと、①CKD・CVD医療連携の推進、②CKD・CVD普及啓発、③特定健診フォローアップ事業(CKD)、④小児CKD対策、などを活動指針としている。

これまでに、医師や医療スタッフ向け講演会、薬剤師会での薬剤師向け講演会、小児科医・教育委員会を対象とした研修会を毎年実施している。2014年には、岡山県下の各自治体・関連事業体で、岡山市と同様の特定健診フォローアップ(CKD対策)事業の実施を推進していくため、保健師や看護師など医療スタッフ向けの事業実施マニュアルを作成、さらにはマニュアルを十分活用できるように、CKD該当有リスク者用の指導用資材を作成した医療スタッフらによる研修会も開催した。今後も継続して開催していく予定になっている。

また同専門部会では、岡山県CKD・CVD地域医療連携パス、腎臓専門医名簿の作成・公開を行っている。FROM-J(CKD戦略研究)にて作成された「CKD管理ノート」を活用し、医師会、行政、保健所などからCKD患者(医療機関で加療中の患者のみでなく、健診での検査値異常者も対象)に配布し、全県下におけるCKD病診連携の普及を推進している。

2. CKDの啓発活動

岡山県の一般住民におけるCKDの認知度は15%にとどまっており、普及啓発が必要と考えられる(特定健診受診者アンケート調査の結果)。毎年3月第2木曜日が世界腎臓デーに制定され、世界中の100カ国以上でCKD啓発イベントが実施されていることにちなみ、同時期に岡山市・岡山県庁舎での懸垂幕掲示、岡山市内での世界腎臓デーイベントなどを通じて、県民へのCKD普及啓発に取り組んでいる。また、2013年より一般市民を対象としたCKD県民公開講座を岡山県医師会主催で実施している。これらのイベントは、岡山県や岡山市、県や市の医師会、薬剤師会、栄養士会、大学、腎臓病の患者会などが協力して行っている。

3. 特定健診フォローアップ事業

岡山市保健所が、岡山市国民健康保険加入者における医療費調査を実施した結果、2010年まで維持血液透析患者数は年々増加し、年間医療費も年々増加していたことがわかった。そのため、「腎機能低下の予防」を新たな視点に盛り込んだ「岡山市国保特定健診フォローアップ(CKD対策)

事業」を2011年より開始した。同フォローアップ事業では、血清クレアチニン値(sCr)ならびに尿酸値が必須検査項目に追加され、メタボリック症候群非該当のCKD高リスク者を含む生活習慣を改善する必要性の高い健診受診者に対し、保健指導または医療機関の受診勧奨を実施した。2011年の岡山市国保特定健診受診者28,132人(40~75歳)を対象とし、eGFR<60mL/分/1.73m²もしくは蛋白尿(1+)以上をCKDと定義したところ、40~75歳におけるCKD有病率は20.8%であった。特定健診受診者のうち、医療機関受診勧奨者(eGFR 50mL/分/1.73m²未滿かつ/もしくは尿蛋白(+)以上)は1.6%、保健指導該当者は2.4%であった。医療機関受診勧奨者には、受診勧奨通知文、アンケート、高血圧などの指導リーフレットを送付した。また、希望者には電話・面接相談を実施し、保健指導該当者には保健指導案内を送付、個別もしくは集団保健指導を実施し、電話もしくは面接による評価を半年ごとに実施した。それにより医療機関受診勧奨者群のうち、翌2012年の健診では、2011年に比して尿蛋白陰性者数が増加し、eGFR 50mL/分/1.73m²未滿者数が減少した。2013年にもその傾向は継続していた。eGFR値改善群では、血清尿酸値の改善、血圧管理の改善が観察された。また、保健指導該当者が保健指導を受けることにより、CKD発症の危険因子である高血圧や糖尿病、脂質異常症などの新たな発症が有意に抑制された。このように、岡山市でのCKDに対する特定健診フォローアップ事業の取り組みにより、腎臓病療養指導の輪が確実に広がっていることが確認できる。

一方、岡山県北の山間部地域である美作市では透析患者数が年々増加し、透析患者・新規透析導入患者の高齢化も進行している。地域に根ざした腎臓専門医の数も、他の地域と比して多くはない。そこで2013年より、美作市保健福祉部と美作市医師会の協力のもと、特定健診フォローアップ事業が開始された。受診勧奨該当群については、受診連絡票の活用、個別訪問による全例の受診後の実態・経過把握が行われている。2013年の美作市国保特定健診受診者2,376人のうちCKDフォローアップに該当する住民に対して、美作市保健福祉部や栄養委員会などが受診勧奨あるいは保健指導など積極的な介入を行うことで、2014年には約30%が蛋白尿陽性の程度が改善していた。地域での医療連携の取り組みによる腎臓病重症化の予防が今後も期待される。さらに美作市では医療スタッフに対する教育も必要であると考え、コメディカル対象のCKD予防対策研修会や一般住民対象のCKD講演会を2014年から開催している。腎臓専門医の少ない地域において行政や保健所が

地域医療連携室として機能しているひとつのモデルケースとして、今後の腎臓病療養指導の成果が期待される。

4. 医療連携の構築

岡山県内の医療連携も少しずつ構築されてきている。岡山市におけるCKD医療連携、すなわち腎臓専門医とかかりつけ医との紹介・逆紹介を促進し、CKDの早期発見・早期治療を可能にし、腎不全への進行の阻止、心血管イベントの発症を抑制する目的で、2007年より岡山市CKD病診連携ネットワーク(OCKD-NET)が設立され、今日に至っている。2013年には倉敷市に倉敷CKD病診連携ネットワーク(KCKD-NET)が発足した。これらのCKD医療連携ネットワークでは、腎臓専門医へのCKD患者紹介基準、かかりつけ医におけるフォローアップ時の検査項目などについて、かかりつけ医に明示している。2014年には、県北の津山市を中心とした津山CKD病診連携ネットワーク(TCKD-NET)が発足の準備段階に入っている。残された県内の他のエリアでのCKD病診連携ネットワークについては、今後どのように展開していくかが課題である。

5. その他

岡山大学病院では、2014年より院外処方箋に検査データが付記され、sCr、eGFRも表示されている。このことにより、薬局薬剤師による副作用の早期発見や腎機能に応じた薬剤投与量の適正化、患者指導が可能になることと期待される。また最近、複数の病院・クリニックに通院している患者の薬剤・服薬管理を一元化する動きとして、かかりつけ薬局という概念ができてきた。さらに、2015年に腎臓病薬物療法専門薬剤師認定制度(他稿参照)が発足した。こうした新しい制度が活用され、腎臓病療養指導の質があがっていくことが今後期待される。

病院内の地域医療連携室の役割

基幹病院においては専門医と医療スタッフが協力するチーム医療体制が構築されてきた。これは、多角的な視点からCKD患者を管理する理想的な体制である。しかし、かかりつけ医、特に腎臓を専門としない医師と腎臓専門医との医療連携を具体的にどのように進めていくか、基幹病院の充実した医療資源をどのように地域医療へ拡充できるかが課題であった。そこで、病院内の地域医療連携室が、かかりつけ医と基幹病院や保健福祉施設などとの連絡・調整を行い、地域住民に対して効率的な医療を提供するために密で円滑な医療連携を充実させるという大きな役割を担って誕生した(図2)。健診などをきっかけとして、自覚

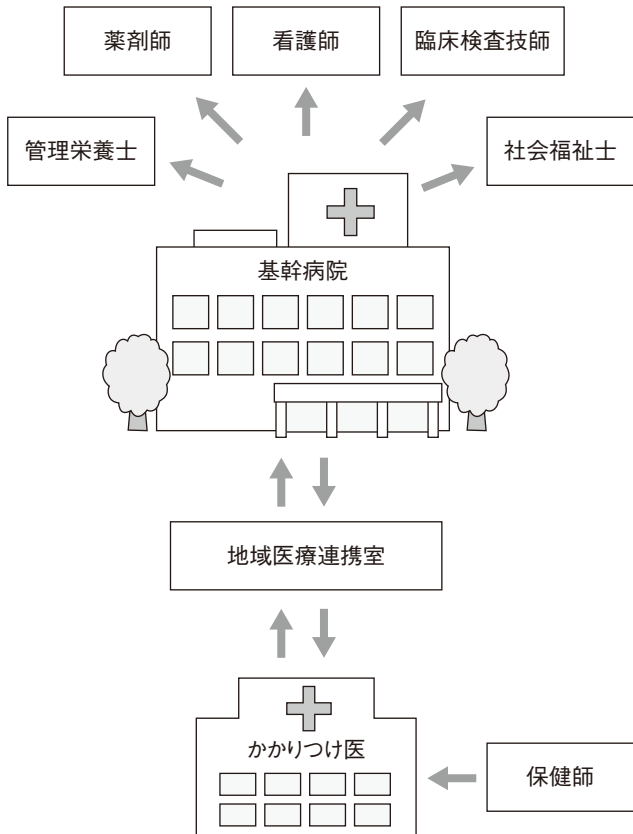


図2 地域医療連携室のかかわり

症状がない段階でCKDが見つかり医療機関への受診を勧められた人や、すでに受診中のCKD患者がCKD治療を確実にいき、腎不全への進展を予防するために、地域医療連携室を通じてかかりつけ医と専門医との双方向の紹介や情報の共有化を行ってもらえる。実際、多くの病院では地域医療連携室が専門外来予約を取得可能であり、スムーズな医療連携に貢献している。このように病院内の地域医療連携室では、居住地域などの患者背景を考慮し適切な情報提供を行うことで、患者ごとに異なるニーズに細やかに対応することが可能となり、患者は自身の希望に合った専門医療機関を受診し、専門医による治療と質の高い腎臓病療養指導を受けることができるようになった。さらには地域医療連携室の設置後、医療機関の選択や相互の連絡などにかかる医師の事務的な負担も少なからず軽減していると思われる。

また、CKD治療においては、循環器科、糖尿病内科、泌尿器科、産科など、多くの専門領域と連携しながら診療を進めていく必要が生じる場合があり、これらの専門医との医療連携においても地域医療連携室に期待される役割は大きい。

今後の課題

このように少しずつ進んできたCKD医療連携であるが、いくつかの課題もある。岡山大学病院では、腎臓病患者に対しては、腎臓病教室(A, B, C)や透析療法選択外来などを行っている。栄養指導を含めたこれらの教室や外来においては、医師以外に看護師、管理栄養士、薬剤師、社会福祉士、移植コーディネーターなどのうちの何名かが患者の腎臓病重症度に応じて患者教育や指導を行う。しかし、これらの受講・受診指示を行うのはすべて当病院の腎臓専門医であり、患者は地域医療連携室からは直接予約することができないことになっている。初診の患者はともかく、かかりつけ医と基幹病院が医療連携をすでに行っている患者においても同様である。かかりつけ医が腎臓専門医である場合、その医院/クリニックに管理栄養士、社会福祉士、移植コーディネーターを含めたすべてのコメディカルが常勤しているケースはほとんどないと思われる。したがってかかりつけ医がCKD患者の腎臓病療養指導を行う際には、基幹病院での医療資源を有効に利用できるシステムが望ましい。例えば、地域医療連携室を通じてかかりつけ医の指示でこれらの教室や透析療法選択外来が利用できるようなシステムであれば、かかりつけ医の裁量権が拡がり、専門医の負担も減り、より早期から適切な療養指導を行いうると容易に想像される。腎臓病療養指導の受講・受診調整を地域医療連携室でできるようにするという事は容易にできそうなことにも思われるが、現状では制度上の問題などがあり、すぐには実現できないとのことであった。また、かかりつけ医と基幹病院の医師との診療情報の共有化が不十分な地域がまだ多く存在する。こうした地域においては診療情報の共有のために詳細な紹介状が必要である。これはハード面での問題でもあるが、地域医療連携室から双方向へのカルテ情報提供をある程度行うことが可能になれば、医療機関同士での診療情報共有の簡素化が進み、この問題は解決していくことと思われる。さらには、人材育成の課題も残る。すべての病院の地域医療連携室にCKDに精通したスタッフがいることが理想であるが、一朝一夕にはできないことと思われる。

まとめ

CKD患者の予後改善対策と今後の課題として、①特定健診フォローアップ保健指導、受診勧奨、CKD普及啓発、②CKD病診連携・多角的管理の実施・標準化、③保存期

CKD からの CVD 精査, 管理, 加療, ④患者教育による計画的かつ安全な腎代替療法導入, があげられる。特に, 腎臓専門医の少ない地域や山間部における CKD 重症化予防対策の更なる推進が望まれる。そしてすべての CKD 患者が一定水準以上の診療を確実に受けることができるようになるために, 地域医療連携室が腎臓病療養医療チームの歯車の一つとしてますます有効に活用されることが望ましい。腎臓専門医数や住民の高齢化などの地域差を考慮し, 各地域の実情に合わせた CKD 地域医療連携を推進することが必要である。

利益相反自己申告: 寄附講座; カワニシホールディングス, 中外製薬, MSD, ベーリンガーインゲルハイム

文 献

1. 日本腎臓学会(編). CKD 診療ガイド 2012. 東京: 東京医学社, 2012.
2. 日本腎臓学会. エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2013, 東京: 東京医学社, 2013.