

シンポジウム 2: 慢性腎臓病の坂と雲〜透析・CAPD・移植〜

腎臓内科医からみた腎不全医療

大阪医科薬科大学病院, 血液浄化センター

平野 一*

抄録:

我が国では著しい血液透析への選択偏重の傾向があり, これが医療費逼迫の一因となっており, 腎不全医療における問題点となっている。腎代替療法選択の段階に, 各療法についての情報提供が十分でないことも一因である。保存期腎不全症例の大半を診療し, 腎代替療法選択を誘導している腎臓内科医にとっての反省点ではないだろうか。

腎臓内科医からみた腎不全医療, 特に腎移植領域について, どのように関わるべきか, どのように参画すべきか, 我々の施設での経験例をもとに意見を述べたい。

(西日泌尿. 86: 159-160, 2024)

キーワード: 腎臓内科医, 腎代替療法, 腎移植, 腎不全

緒言

腎不全診療において, 保存期腎不全は腎臓内科医が中心で診るのが一般的である。ひとたび末期腎不全となると, 大半は生命維持のため血液透析・腹膜透析・腎移植の三つの腎代替療法のうち一つを選択する。血液透析に関しては, シェント造設手術においては, たいいてい外科系, 腎臓内科ともに行っている。その後の管理においても, 腎臓内科医が管理することが多いが, 外科系の医師が管理している施設も少なくない。腹膜透析に関しては, カテーテル留置は多くの施設で外科系医師が施行している。その後の管理は, 血液透析同様である。腎移植に関しては, 最近は腎臓内科医が関与しているケースも増加はしているものの, 全般的に腎移植執刀に携わる外科系の医師が行っているケースが多い。我が国では著しい血液透析への選択偏重の傾向があり, これが医療費逼迫の一因となっており, 腎不全医療における問題点となっている。様々な要因はあるが, 腎代替療法選択にあたって患者への情報提供が十分でないことも大きな一因であるといえる。最近になり, 血液透析偏重を避ける方針(腹膜透析・腎移植の奨励)が推し進められ, 腎代替療法選択外来の重要性が論じられるようになった。

腎臓内科医からみた腎不全医療, 特に腎移植領域について, どのように関わるべきか, どのように参画すべき

か, 我々の施設での経験例をもとに意見を述べたい。

当院における取り組み

当院では, 2013年8月に腎不全・腎移植管理総合センターを開設した。腎代替療法の三つとも全て単一の診療科で行なう, 大学病院としては数少ない施設を目指した。

院内の内科医と外科医の連携を含めたチーム医療の体制を構築し, CKDの保存期から腎代替療法決定まで一貫して移植内科医が関与することで, 腎移植件数の増加を目指せるのではないかと考え, 腎代替療法選択外来を創設した。腎臓内科の協力のもと腎代替療法選択が必要な症例を腎代替療法選択外来に紹介するシステムを創った。以降当院における腎不全症例は, 一部を除き, この選択外来で治療方針を決定している。療法決定のみの受診に終始することなく, 定期的フォローを行い, 保存期腎不全から一貫して関与することで, 最終的な患者主体の意思決定への手助けを行っている。さらに, レシピエントコーディネーターを含め他職種の協力を得ながら, 腎代替療法の自主的な意思決定に至るようサポートに努めている。

このシステムの導入により, 当院における腎代替療法選択は大きな変化を遂げ, 血液透析選択に偏らず, 腹膜透析選択および腎移植選択の割合は, 血液透析 67.6%, 腹膜透析 14.7%, 腎移植 17.6%と, 腎移植選択率は, それが1%未満の日本における割合と比較してはるかに高い¹⁾。さらに透析療法開始後の腎移植と比較して,

* 〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7

TEL 072-683-1221

E-mail hajime.hirano@ompu.ac.jp

受付日: 2024年3月14日

受理日: 2024年3月18日

生存率や生着率が高いとされる preemptive 症例が大半となっている²⁾。

考 察

患者は腎不全と宣告された時点から、腎不全に対する受容のプロセスが始まる。受容の段階によって説明や指導に対する受け入れは異なる。我々は患者の受容の段階を十分に把握し、段階に応じた説明や指導を行うよう、個々の症例に応じた腎代替療法選択を心がけている。受容のプロセスを経てきちんとした説明をうけた患者は、主体的な腎代替療法の選択ができ、選択後も良好なアドヒアランスが維持される傾向がある。このことは、医療関係者側の心理的負担軽減にもつながり、患者との良好な関係を築きやすくなると考えている。

本来、腎移植において腎臓内科医が果たすべき役割は大きいと考える。術前においては、ドナーの腎機能評価、適応判断から始まり、その後の免疫学的評価、脱感作・初期導入免疫抑制療法に至るまで幅広い。術後においては、維持免疫抑制療法、さらに長期にわたる内科的管理、移植腎生検における病理学的評価、また再発腎炎に対する治療方針の決定、ドナーの腎提供後のフォローなど、枚挙にいとまがない。最近になってようやく移植内科医

の育成を奨励する動きが出てきてはいるが実際は少なく、移植前から移植後まで内科医が主導している施設はほとんどない。腎移植に対する十分な知識を持った腎臓内科医が少ないこと、腎臓内科医と移植外科医の間での連携不足、などが原因であると考えられる。

結 語

特に腎移植については、詳細な情報提供を行える腎臓内科医は少なく、保存期腎不全症例の大半を診療し、腎代替療法選択を誘導している腎臓内科医にとっての反省点ではないだろうか。十分な腎移植に対する知識を持った腎臓内科医が保存期腎不全の段階から腎代替療法の決定に関わることが望まれる。

文 献

- 1) 日本臨床腎移植学会・日本移植学会：腎移植臨床登録集計報告（2022）. 2021 年実施症例の集計報告と追跡調査結果. 移植：57, No.3；199-219.
- 2) Goto N, et al.: Association of dialysis duration with outcomes after transplantation in a Japanese cohort. Clin J Am Soc Nephrol 2016；11：497-504.

NEPHROLOGIST IN MANAGEMENT OF END STAGE KIDNEY DISEASE

HAJIME HIRANO

Blood purification center, Osaka Medical and Pharmaceutical University Hospital, Osaka, Japan

Abstract

In Japan, there is a significant tendency to choose hemodialysis for the treatment of kidney failure, which is one of the causes for tightening of medical costs, thereby representing an issue in kidney failure care. This is partly due to insufficient provision of information on different therapies at the stage of the choice of kidney replacement therapy. Nephrologists, who treat most of the patients with advanced chronic kidney failure and have guided them to choose kidney replacement therapy, may need reconsider this situation. We would like to express my opinion on how nephrologists should be involved and engaged in kidney failure care, especially in the field of kidney transplantation, based on my experience at our institution as a nephrologist.

(Nishinohon J. Urol. 86: 159-160, 2024)

key words: nephrologist, renal replacement therapy, kidney transplantation, chronic renal disease