

2007 年 7 月

「慢性腎臓病 (CKD) ドクター認知度調査」 治療法まで理解している医師は 28.3%

## 新たな国民病 慢性腎臓病 (CKD) 透析患者増加の抑止に求められる医師間の連携

日本慢性腎臓病対策協議会 (略称: J-CKDI、事務局: 東京都文京区、理事長: 菱田明) は、国内の医師 205 名を対象に、慢性腎臓病 (CKD: Chronic Kidney Disease) に関する認知度調査を行いました。

慢性腎臓病 (CKD) <sup>註1</sup> は、糖尿病や高血圧などと同様、慢性疾患のひとつで、腎障害の存在が明らか、または慢性的に腎臓機能が低下した状態を指します<sup>註2</sup>。

近年の研究成果により、「不治の病」といわれていた腎臓病も、早期発見による適切な治療が行なわれれば、腎機能の低下を長期間にわたって抑制することができ、従来は透析治療の導入に至っていたような症例でも、ケースによっては透析を回避できるようになってきました。

このことは、最初に患者さんを診療する地域のかかりつけ医と、専門知識を有する腎臓専門医のスムーズな診療連携 (病診連携) によって、多くの患者さんの透析導入を防ぎ得ることを示しています。しかし、慢性腎臓病 (CKD) 対策の重要性については、医師間における認知も未だ不十分な段階であり、急増する透析患者の増加防止のため、医師が慢性腎臓病 (CKD) を早期に診断する方法、腎臓専門医に紹介すべきタイミング、腎臓専門医との病診連携システム構築など、今後の対策と啓発が強く望まれています。

日本腎臓学会では、第 50 回日本腎臓学会学術総会 (2007 年 5 月、静岡県浜松市開催) において、国内初の慢性腎臓病診療指針である『CKD 診療ガイド』を一般医向けに発表し、医療界全体への知識普及に向けた新たな一歩を踏み出しました。この中では、慢性腎臓病 (CKD) を早期に診断するため、尿検査を行い、血清クレアチニンをもとに腎機能を推算 GFR (eGFR: 腎機能評価の指標) で評価することが推奨されており、具体的に腎臓専門医に紹介すべきタイミングや腎臓専門医との病診連携についても示されています。

今回の調査は、「ガイド」発表に先立ち、医師の間で慢性腎臓病 (CKD) がどれだけ浸透しているかを明らかにする目的で行なわれました。得られた主要な結果と対策は以下の通りです。

1. 慢性腎臓病 (CKD) の単純認知率 (名前を知っている) は医師全体の約 6 割
  - CKD と持続的にかかわる可能性の高い医師における単純認知率 (名前を知っている) は約 7 割と高くなっているが、その中でも定義・原因・治療方法まで知っている医師は全体の約 3 割強しかおらず、啓発を要する。
2. 腎機能低下の指標の一つである血清クレアチニン値の評価については意見がバラバラ
  - 血清クレアチニンの基準値は正確に腎機能を表すものではない。
  - 患者、かかりつけ医が簡単にわかる腎機能評価の指標が必要
    - ⇒ 推算 GFR の一般医への普及・導入が望まれる
3. かかりつけ医と専門医の医療連携が重要だと考えている医師は 9 割以上
  - わかりやすい腎機能評価の指標を用いて、かかりつけ医が専門医と連携を取りやすくする必要がある。

# 分析の詳細

## 1. CKD という疾患を知っていますか？

- ◆ 慢性腎臓病 (CKD) の単純認知率 (名前を知っている人数。「知らない」以外の選択肢すべて) は医師全体で 58.6%。
- ◆ 疾患の定義・原因・治療法まで理解している医師は全体の 28.3%
- ◆ 「CKD と持続的に関わる可能性の高い医師」の CKD 単純認知率は 69.7%、「定義・原因・治療法まで知っている」以上は 35.4%。

【グラフ 1】

		n=	①	②	③	④	⑤	(%)
全体		(205)	11.2	17.1	17.1	13.2	41.4	
医師の区分	CKDと持続的に関わる可能性の高い医師	(99)	18.2	17.2	21.2	13.1	30.3	
	上記以外の医師	(106)	4.7	17.0	13.2	13.2	51.9	

- CKDの特徴などを理解した上で、CKD患者の治療を実践している-①
- CKDの定義・原因・治療方法など知っているが、ほとんど治療していない-②
- CKDがどのような特徴をもつ疾病かそれなりに知っているが、治療はしていない-③
- 名前を知っている程度-④
- 知らない-⑤

## 2. あなたは腎機能が低下している疑いのある男性を腎臓専門医に紹介する、あるいは腎臓の検査を受診するよう促す場合、【血清クレアチン値】がいくつの段階でその措置が必要だと判断しますか。0.1～10.0 の間でお答え下さい(記述式)

※血清クレアチンの基準値は一般的に男性 0.6-1.2mg/dl、女性 0.4-1.0mg/dl といわれているが、必ずしも正確な腎機能を表すものではない。血清クレアチン 2.0mg/dl を超えると高度の腎機能低下が見られることが多く、8.0mg/dl 以上になると透析治療の適応となる。

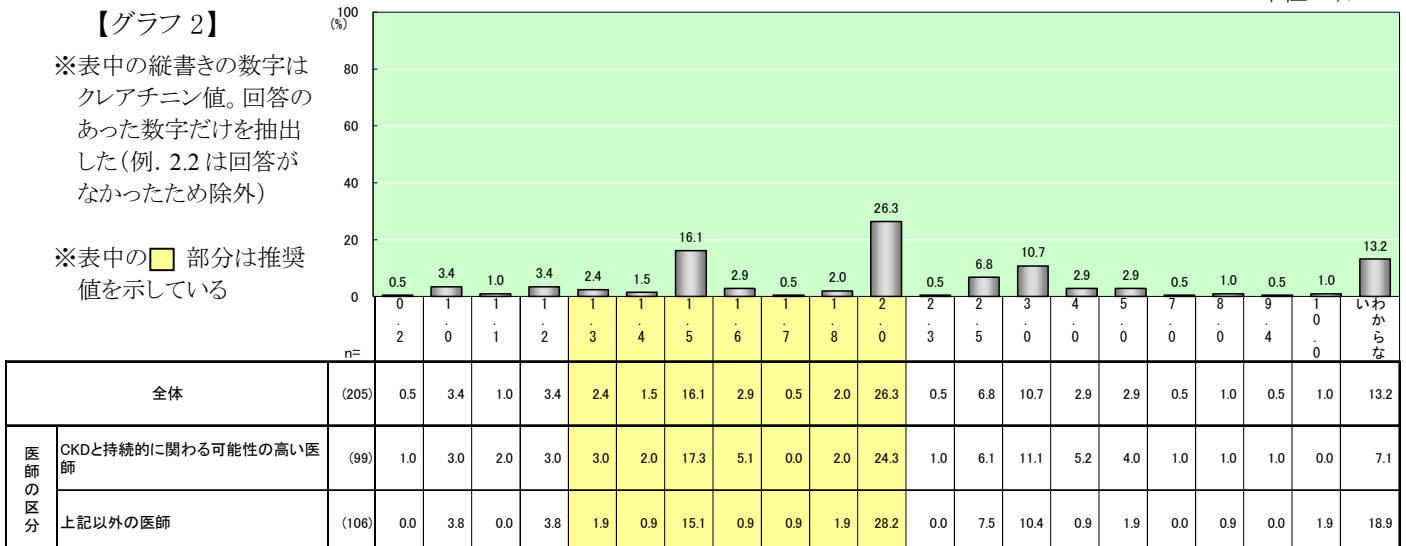
- ◆ 基準値上限以上 (1.3～10.0、「わからない」を除く) を回答した医師は、全体の 78.5%、「CKD と持続的に関わる可能性の高い医師」においては 83.8%であった。回答は 1.3～10.0mg/dl の間でばらついており、専門医でないと血清クレアチンに対する評価が困難であることがうかがえる。したがって患者、かかりつけ医にもわかりやすい腎機能評価の指標を取り入れる必要がある。

単位=%

【グラフ 2】

※表中の縦書きの数字はクレアチン値。回答のあった数字だけを抽出した(例. 2.2 は回答がなかったため除外)

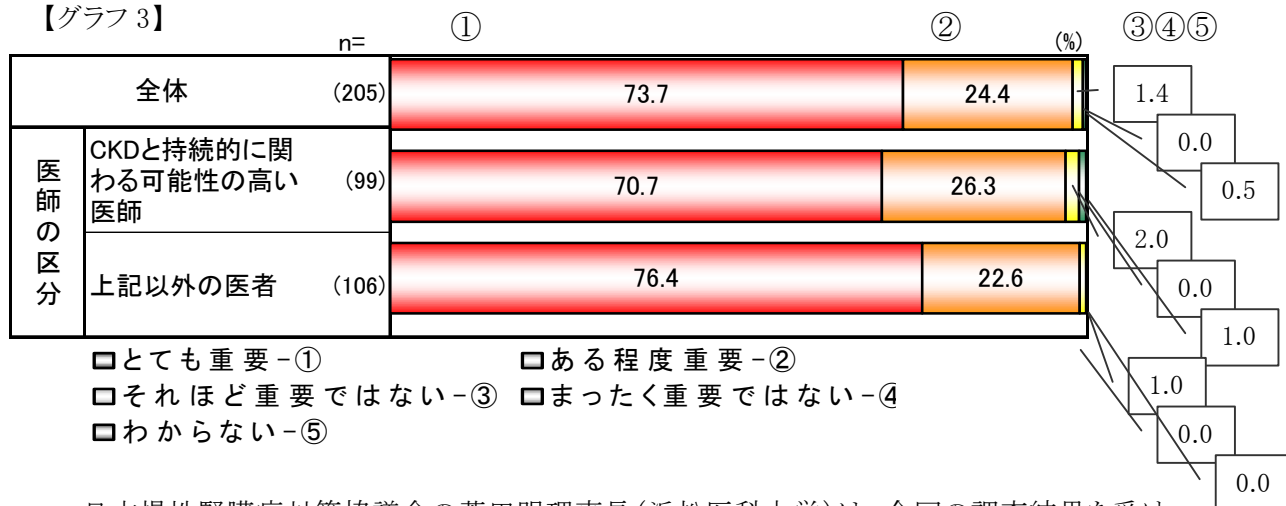
※表中の黄色い部分は推奨値を示している



3. あなたは、腎機能低下の疑いのある患者に対して、かかりつけ医と専門医の医療連携の重要性をどの程度、重視しますか？

◆9割以上の医師がかかりつけ医と専門医の医療連携を重要と考えている。これはかかりつけ医が、判断の難しい臨床症状や検査値について専門医と連携を取りながら、慢性腎臓病（CKD）患者を診ていく必要があると考えていることがうかがえる。

【グラフ 3】



日本慢性腎臓病対策協議会の菱田明理事長（浜松医科大学）は、今回の調査結果を受け、以下のように述べています。

「慢性腎臓病（CKD）はまだ導入されて間もない疾患概念であるにも関わらず、一般医、非腎臓専門医の先生方まで慢性腎臓病（CKD）の概念が浸透してきたことは喜ばしいこと。ただし、依然として十分とはいえず、きちんと症状の特徴や腎機能低下の段階にあわせた治療法までを普及していきたい。その意味では、今回、かかりつけ医向けに発表した診療指針『CKD 診療ガイド』の意義が改めて浮き彫りになったと思う。今後も慢性腎臓病（CKD）の普及啓発を行い、腎臓専門医との連携を積極的に促進するよう働きかけていきたい。

また、診療マーカーとしての血清クレアチニン評価に、ばらつきがあることは予想されていたこと。腎臓専門医でなければ判断は難しい上、現状では医師間で十分なコンセンサスがないことを示している。日本腎臓学会では、血清クレアチニン値を活用した、簡便に腎機能の低下を算出できる“日本人向け eGFR推算式”を発表した。この式によって算出される eGFR（糸球体濾過量）推算値は腎臓の機能が低下してきたときの実測の GFR ときわめて高い相関があり、臨床現場で簡単に腎機能を類推することができる点で普及が強く望まれる。

『CKD 診療ガイド』には、GFR 推算値に基づいたかかりつけ医と腎臓専門医との連携のタイミング<sup>註3</sup>を掲載してある。それらを利用し、慢性腎臓病（CKD）患者さんへの的確な診断と治療計画の策定を行なってほしい。また、こうした連携を積極的に支援するために、地域における病診連携システムを構築することも重要な課題であると捉えている。各関連団体と協力して、積極的に取り組みたい。

慢性腎臓病（CKD）は①透析患者増加の原因②心血管系疾患の極めて強い危険因子、という二点において健康への影響度が極めて高く、かつ、患者数が多く、医療経済への負担も高いため、国民的な対策が必要とされている。日本慢性腎臓病対策協議会としては、関連各医学分野の協力を得ながら、この啓発活動を医学界全体としての取り組みになるよう、更なる対策と啓発を行なっていきたいと考えている」

以上

## ■ 調査概要 ■

- 目的： 医師を対象とした慢性腎臓病 (CKD) の認知度調査
- 対象： 国内在住の医師 205 名
- 調査法： インターネット調査
- 回答の偏りを抑制するため、対象医師群を、診療科別に①「CKD 患者と持続的に関与する可能性の高い医師」および②「それ以外の医師」<sup>註4</sup>の2種類にふりわけ、予備調査を行って2つの医師群が1:1となるようスクリーニングを施した。その結果、実数は①:②=99:106となった。
- 地域： 全国
- 回収期間： 2007年5月22日～23日

---

註1 2002年に米国腎臓財団(NKF)がはじめて提案した新しい疾患概念。2004年にはCKDの全世界的なコンセンサスを得るためにKidney Disease:Improving Global Outcome(KDIGO)の国際的ワーキンググループが組織され、世界的な啓発が本格化した。2005年、日本においても日本腎臓学会が学術総会にて日本人に適合的なGFR推算式を発表し(2007年に修正あり)、国内にもCKD対策の必要性が知らされ、啓発活動が開始された。

註2 正式には(1)尿蛋白陽性など腎疾患の存在を示す所見が3ヶ月以上持続する、もしくは(2)腎機能低下(糸球体濾過量)が60mL/min未満が3ヶ月以上持続する、以上のどちらかの要件を満たしている場合、慢性腎臓病と診断される。

註3 かかりつけ医から腎臓専門医への連携・受け渡しのタイミングは、eGFR50mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満とされている。他に、①0.5g/gクレアチニン以上または2+以上の尿タンパク②尿タンパクと血尿がともに陽性(1+以上)のどちらかでも満たした患者さんは、腎臓専門医への紹介が必要とされる。

註4 ①「CKD患者と持続的に関与する可能性の高い医師」は以下の9診療科とした【1.一般内科、2.循環器内科、3.内分泌・代謝内科、4.血液内科、5.腎臓内科、6.リウマチ科、7.老年科、8.小児科、9.泌尿器科】  
②「それ以外の医師」の内訳は以下の22診療科とした【1.消化器内科、2.呼吸器内科、3.アレルギー科、4.感染症内科、5.精神神経科、6.神経内科、7.心療内科、8.一般外科、9.消化器外科、10.心臓血管外科、11.呼吸器外科、12.脳神経外科、13.整形外科、14.形成外科、15.小児外科、16.皮膚科、17.産婦人科、18.眼科、19.耳鼻咽喉科、20.放射線科、21.麻酔科、22.その他】

③歯科は調査対象外とした。

### <日本慢性腎臓病対策協議会(J-CKDI)について>

慢性腎臓病(CKD)は国民の健康保持にとって重大な脅威となっているにも関わらず、まだまだ社会的な認知度は低く、又、医療者の中でも十分その対策の重要性が認識されているとは言えない。そこで日本腎臓学会、日本透析医学会、日本小児腎臓病学会の腎臓関連3学会は、慢性腎臓病(CKD)対策の重要性を社会に広く広報し、慢性腎臓病(CKD)対策が国民的な規模で推進されるよう働きかける目的で、2006年6月25日に日本慢性腎臓病対策協議会(J-CKDI)を設立された。この協議会は、今後、慢性腎臓病(CKD)とその合併症の克服のために、関連するあらゆる組織(学術団体、行政、市民、患者、など)と協力しながら、啓発活動を展開してゆく予定である。