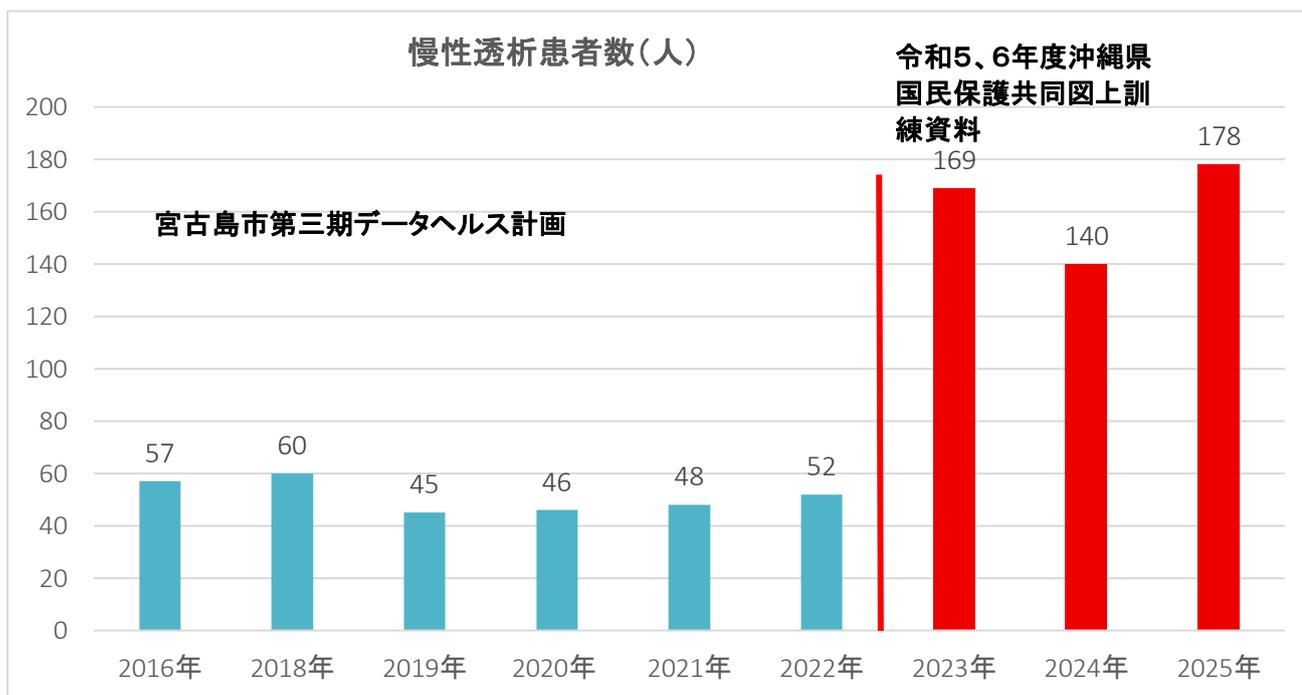


初めに) 宮古毎日新聞 2025年5月31日付けで、「初の全数調査で、市内の透析患者178人いる事が市健康増進計画策定会議で報告されました。」と報道されました。これまでの慢性透析患者数は、宮古島市が把握することが可能な市国保特定健診や後期高齢者健診結果そして市国保・後期高齢者医療レセプトから算出されてきました。協会けんぽ等の社会医療保険を含む総合的データはありませんでした。宮古島市第三期データヘルス計画(市国保と後期高齢医療保険)に示すように2016年から2022年の慢性透析平均患者数は51人です。協会けんぽを含む全数調査が、初めて明らかになったとしていますが、実は令和5、6年度沖縄県国民保護共同図上訓練資料で、慢性透析患者数はそれぞれ169人、140人との記載があります。2023年~2025年の慢性透析患者数平均162人(協会けんぽも含む全数調査)となります。単純な比較はできませんが、宮古島市での協会けんぽ被保険者数は、市国保・後期高齢者被保険者に比べ、半数以下です。協会けんぽでの透析導入患者数が不明の為、単純な比較はできませんが、協会けんぽの規模から慢性透析患者数を25人程度と推定すると、2023年以降、短期間で2倍以上も増加していることが示唆されます(図1)。

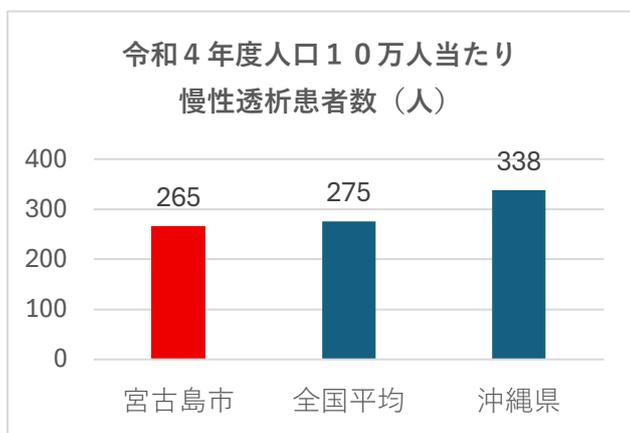
(図1)



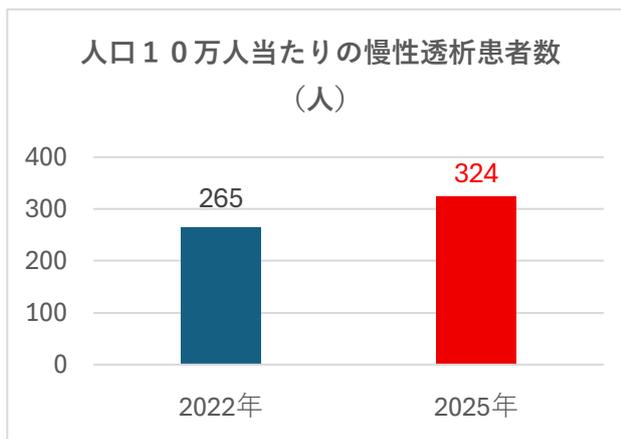
2022年度の宮古島市、沖縄県、全国平均10万人当たりの慢性透析導入患者の比較を図2に示します。わが国の慢性透析療法の現況や健康沖縄21によれば、全国平均275人、沖縄県338人となります。宮古島市では2022年は全数調査ではない為、透析患者数52人を市国保+後期高齢医療保険被保険者20756人で割り、10万人を掛けて算出しました。宮古島市は、ほぼ全国平均並みで、沖縄県平均の73%でした。2025年の全数調査の慢性透析患者数178人を10万人当たりに換算するには、市人口55000人で割り10万を掛けて算出すると、324人と県平均に近づく。問題は、全国平均より少なかった人口10万人当たりの透析患者数は、たった3年で59人(22%)も増加している事です。原因は何でしょう(図3)。

宮古島市の新規透析導入患者数の推移を示します。2022年までの5年間で平均13人が新規透析導入となっています（図2）。宮古島市の透析患者1人当たりの年間医療費830万円とすると13人の新規透析患者の医療費は1億790万円推定されますと。2023年から2025年の新規透析導入患者数が必要です。図1のグラフから推定すると、新規透析導入患者も倍増し、25人程度になっている可能性があります。推定年間医療費は2億750万円と短期間で倍増が推定されます。

(図2)

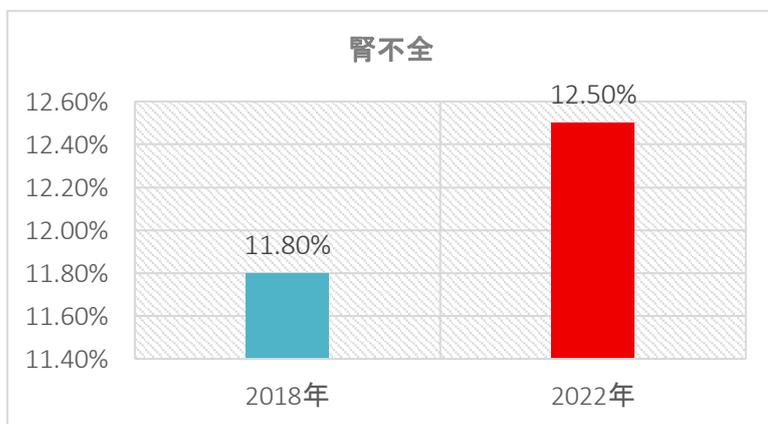


(図3)



宮古島市第三期データヘルス計画資料によれば、透析新規導入の予備軍となる腎不全患者は4年間で0.7%増加し、市国保+後期高齢者21000人に当てはめると4年間で147人増加していることを示唆しています（図4）。原因は何が考えられるのでしょうか。

(図4)



新規導入患者の三大原疾患の第1位は、糖尿病性腎症で38.3%、2番目が腎硬化症（高血圧症）19.3%、3番目が慢性糸球体腎炎13.6%、原疾患不明が14.5%です（図5）。透析原因の慢性糸球体腎炎はこの40年で大きく減少し、糖尿病性腎症は増加の一途でしたが、2016年以降横ばいの状態です。そして高齢化に伴い腎硬化症は徐々に増加しています（図6）。

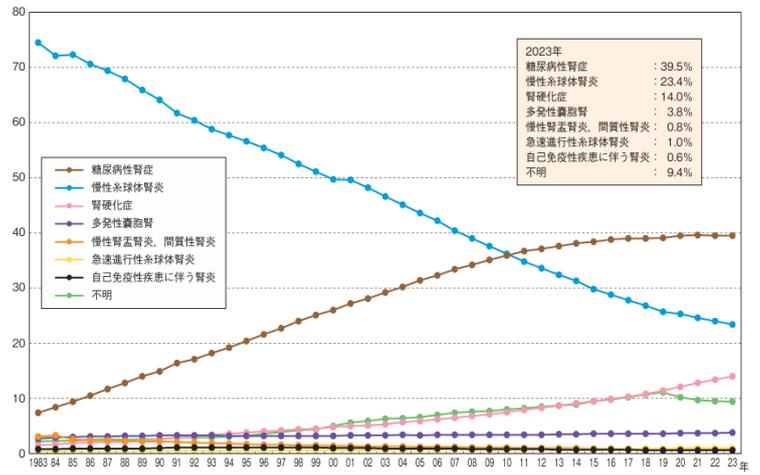
(図5)

(図6)

(2023年末現在)

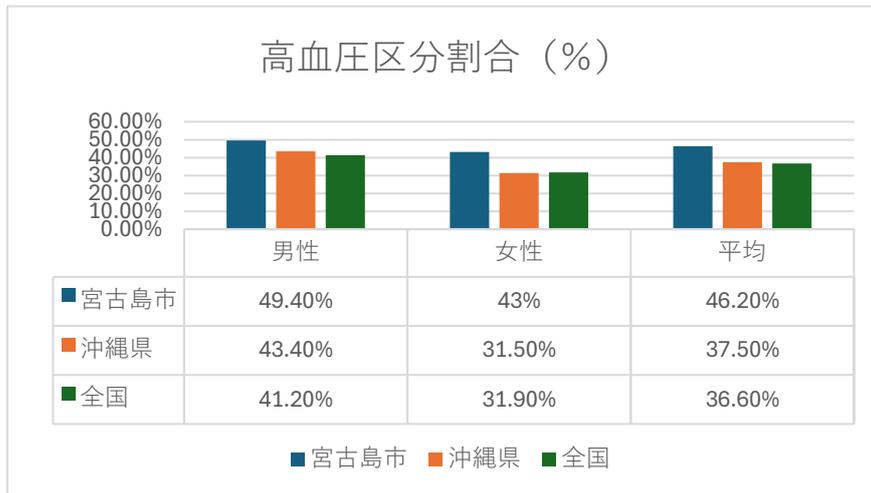
わが国の慢性透析療法の現況 (要約)		
慢性透析患者総数	343,508人	(3,966人減 1.2%減)
新規導入患者数	38,764人	(919人減 2.4%減)
新規導入患者の原疾患		
1 糖尿病性腎症	13,844人	(38.3% 0.4ポイント減)
2 腎硬化症	6,957人	(19.3% 0.6ポイント増)
3 原疾患不明	5,248人	(14.5% 0.5ポイント増)
4 慢性糸球体腎炎	4,901人	(13.6% 0.4ポイント減)
年末患者の平均年齢	70.09歳	(0.22歳増)
新規導入患者の平均年齢	71.59歳	(0.17歳増)
最長透析歴	53年1か月	

日本透析医学会調べ



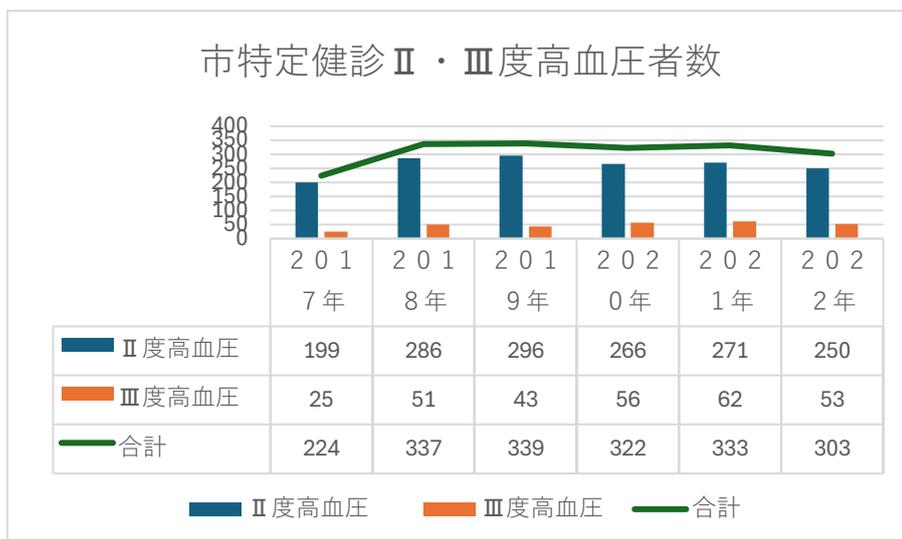
宮古島市で急激に透析患者が増えた原因の1つとして、高齢化が進み透析導入原因の2番目の高血圧による腎硬化症について考えてみたい。健康沖縄21（第3次：沖縄保健医療介護部長寿課 令和6年）の資料をから、宮古島市の高血圧症区分割合は、男性が国や県平均より約9%多く、男女平均でも約7%多い（図7）。

(図7)



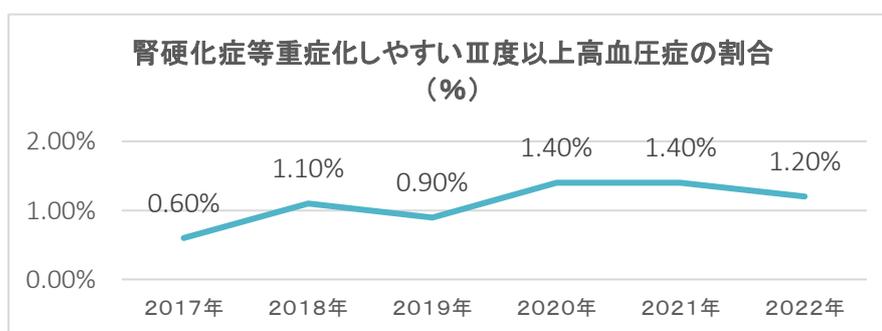
悪性腎硬化症を引き起こし末期腎不全から透析導入の高リスクがある、II度・III度高血圧は、2018年以降は、2017年に比べ、II度高血圧が44%、III度高血圧が2倍に増加している（図8）。何故だろうか。

(図8)



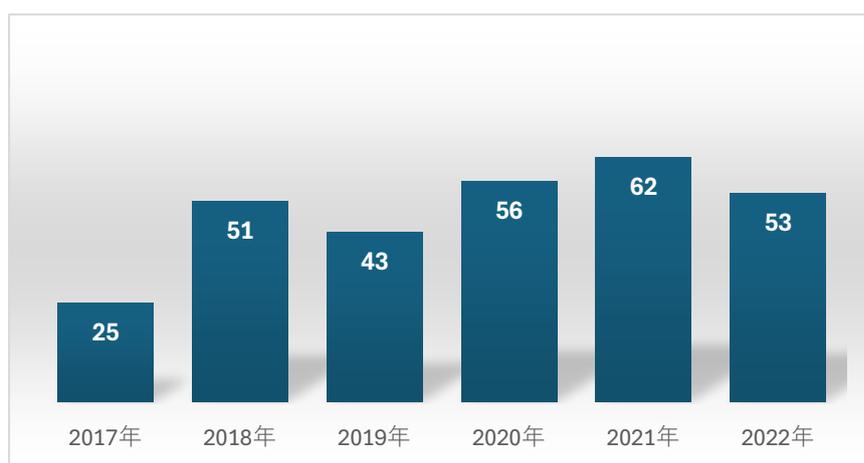
特に悪性腎硬化症を引き起こすⅢ度高血圧（180以上/110mmHg以上）の割合は、2018～2022年平均値は1.2%であり2017年に比べ2倍増加している（図9）。増加原因は、何だろうか。

図9



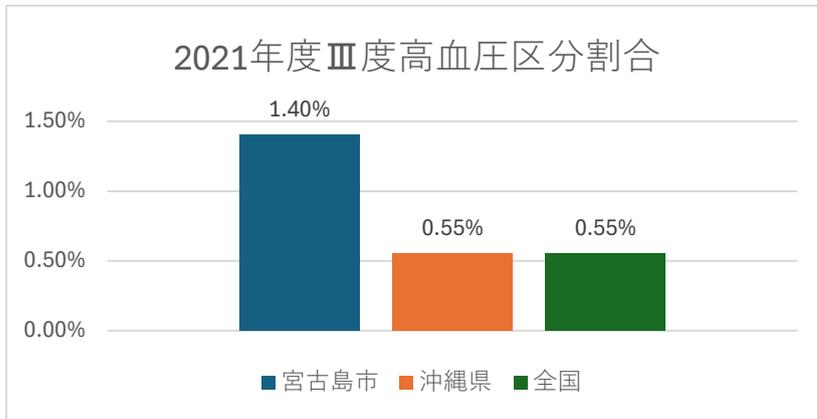
Ⅲ度高血圧者数の年次推移を図10に示す。2018年～2022年までの平均人数は53人で、2017年から倍増している。

図10



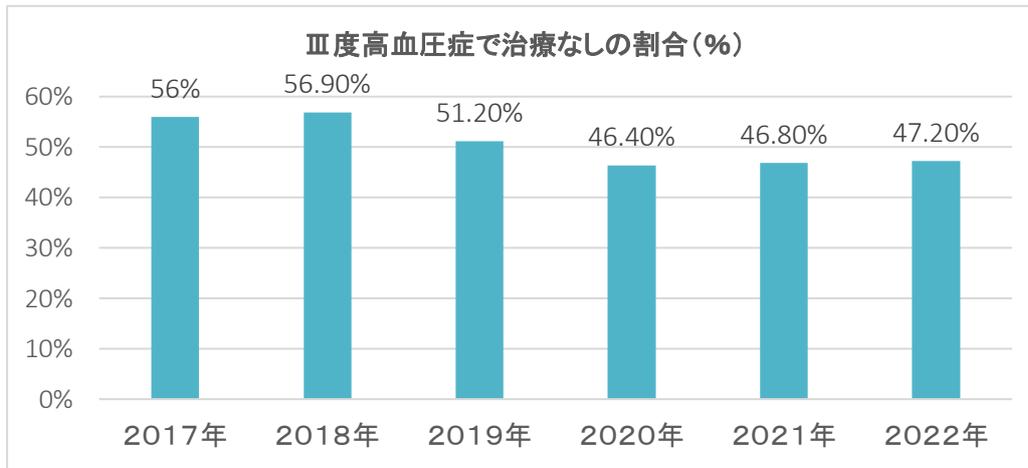
2021年度Ⅲ度高血圧分類割合は、県平均及び全国平均0.55%に対し宮古島市では1.4%と2.5倍も多い。2017年までは0.6%で、県平均及び全国平均並みの0.6%ですが、2018年以降は、2.5倍も増加している（図11）。

（図11）



悪性腎硬化症等透析移行のリスクの高いⅢ度高血圧症の平均51%が治療を受けていません(図12)。

(図12)



宮古島市データヘルス計画資料9の2017年～2022年度のⅠ、Ⅱ、Ⅲ度高血圧区分で治療なしの平均値は、約40%です。高血圧管理・治療ガイドライン2025によれば、全国平均43%で、あまり変わりません。

ここで明らかとなるのは、2018年以降、宮古島市ではⅢ度高血圧分類が、県及び全国平均の2.5倍も増加しており、しかも半数が治療を受けていないことです。Ⅲ度高血圧(180以上/110mmHg以上)は、腎臓の細小血管に重度のダメージを与え、悪性腎硬化症と呼ばれる急速に進行する腎障害を引き起こします。この場合、急激な腎機能の低下により余儀なく透析治療が実施され心血管合併症により、生命予後が著しく悪化します。宮古島市でのこの3年の急激な透析患者数増加の原因の1つとして、透析原因疾患2番目の腎硬化症の増加と未治療による放置の可能性がります。

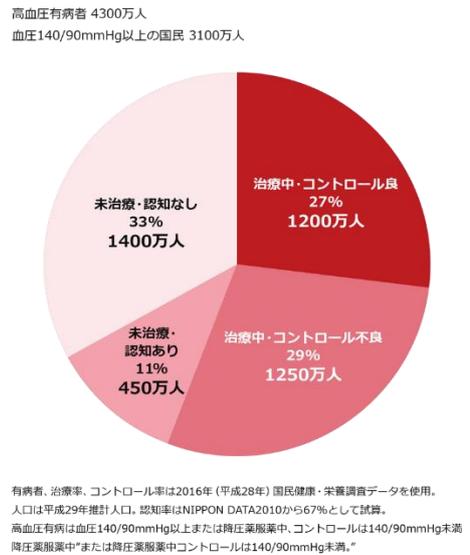
診察血圧に基づくリスク評価表を図13に示します。高血圧は、慢性腎臓病更に末期腎不全の発症リスクを高めます。沖縄におけるコホート研究では、収縮期血圧10mmHg上昇あたり末期腎不全発症リスクが10～35%上昇すると報告しています。別の沖縄でのコホート研究では、最初の3年間の収縮期血圧が継続して140mmHg以上の者では、120mmHg未満の者に比べて末期腎不全発症リスクが3倍高かったと報告しています。早期からの治療介入と血圧コントロールが重要なのです。しかし、2017年の高血圧者の推計数は4300万人で、未治療が44%と多く、治療中であるがコントロール不良が29%をしめます。管理不良高血圧がなんと73%です(図14)。

図 13

診察室血圧に基づいた脳心血管病リスク層別化			
リスク層	リスク第一層	リスク第二層	リスク第三層
血圧分類	予後影響因子がない	年齢（65歳以上）、男性、脂質異常症、喫煙のいずれかがある	脳心血管病既往、非弁脈症の所見、糖尿病、蛋白尿のあるCKDのいずれか、または、リスク第二層の危険因子が3つ以上ある
高値血圧 130~139/80~89mmHg	低リスク	中等リスク	高リスク
I 度高血圧 140~159/90~99mmHg	低リスク	中等リスク	高リスク
II 度高血圧 160~179/100~109mmHg	中等リスク	高リスク	高リスク
III 度高血圧 ≥180/≥110mmHg	高リスク	高リスク	高リスク

図 14

【図：わが国の高血圧有病者、薬物治療者、管理不良者などの推計数（2017年）】



宮古島市での2017年～2022年の高血圧未治療割合は40%で、全国平均の44%と大きな違いはありません。残念ながら治療中コントロール不良者の割合は、わかりません。今後の調査が必要です。高血圧の診断法や降圧剤の進歩により血圧の管理は容易になっているはずであるが、適切に管理されている患者の割合がいまだに低く問題となっている。その要因の1つに臨床イナーシャ(clinical inertia)がある。高血圧症は自覚症状が乏しいことが特徴であり、患者からの治療変更を提案されることは稀であり、医師が適時、診断・評価して、最適な治療を提案する事が求められる。臨床イナーシャは「臨床惰性」と訳され、医療提供者側に対する戒めの言葉として使用される。臨床イナーシャには、①診断的イナーシャ、すなわち「医師が、患者の管理不良の診断を躊躇する、あるいは先延ばしする」や「難治性・治療抵抗性高血圧の原因を精査しない」ことです。②治療的イナーシャは、「推奨される目標値を超える血圧値であるにも関わらず、医師が薬物療法の開始または変更（薬剤の変更、用量の変更、または薬剤の追加）を躊躇する、あるいは先延ばしにする」の2つに分けられる。疫学的には多くの高血圧者が自身の高血圧を認識しておらず、これはまさしく診断的イナーシャで、社会的介入が必要である。診療所において二次性高血圧を見逃す事の無いように注意を促すことが重要であるが、その割合などの情報は、ほとんどない。一方、治療的イナーシャは、血圧コントロールの低さに大きく寄与している事が知られている。オランダの研究で高血圧患者の10%が「降圧剤1剤あるいは2剤で治療されているコントロール不良患者であり、そのうち87%が治療的イナーシャの状態であることが示されている。SPRINT試験においても治療的イナーシャが50.8%、わが国の後ろ向きコホート研究で約40%と報告されている。耳の痛い話であるが、臨床イナーシャの医療提供側の要因として、患者が多数であること、診察時間が限られている事、医師の高血圧管理に対する知識と情熱の不足などが考えられている。治療的イナーシャを招きやすい患者側の要因としては、降圧目標に近い血圧であること、高齢、高血圧治療歴が長いことなどの関連が指摘されている。近年、「正確な血圧測定」、「迅速な降圧強化」、「患者さんとのパートナーシップ」を組み合わせた疾患予防戦略が提案され、血圧のコントロール、治療イナーシャの軽減に寄与する事が報告されている。一方で、降圧剤の使用不足が指摘されている。欧州の大規模研究で、患者の半数～3分の2が単独療法を受けており、3年間の治療後に薬剤の併用療法に移行したのはわずか36%との報告がある。

【宮古島市の末期腎不全・透析導入の高リスクとなる高血圧治療管理ストラテジー】

1. 最も末期腎不全から透析治療のリスクの高いⅢ度高血圧者平均 53 人の約半数の未治療者ゼロを目指す。年間透析医療費は約 830 万円報告されており、
2. 降圧剤治療を受けているが血圧コントロール不良のⅢ度高血圧患者（53 人の約半数）の治療的イナーシャの現状を把握する。治療的イナーシャが存在する場合は、Ⅱ度高血圧、Ⅰ度高血圧へステップダウンし、最終的に目標血圧を達成する為、降圧剤変更・増量・複数併用などを患者さんと相談し治療的イナーシャを解消する。