

提 言

学校検尿と生涯検尿システム

小板橋 靖 (聖マリアンナ医科大学小児科)

小児期の慢性腎炎を早期発見・早期治療し、成人の慢性腎不全への進展を阻止する目的にて、腎臓病検診としての学校検尿が実施されて30数年経過し、その成果と知識・経験が十分に蓄積されてきている。

当初、漏れを少なくするために何処の市町村もスクリーニングの篩の目はできる限り細かく設定していた。現実には、学校検尿異常者の60~70%は血尿単独異常者で、その90%は微小血尿や無症候性血尿と分類され治療や生活管理の対象とはならない。血尿群から腎炎が確定されるのは数%にすぎず、しかも進行性のものはさらに少ない。血尿単独の三次精密検診対象者の篩の目はもっと粗くできないか敢えて実践してきた。川崎市では、三次精密検診対象者判定基準(二次検尿結果)は、血尿単独の場合、尿潜血は(3+)以上か、尿沈渣でRBC:30/HPF以上としている。この血尿に関しての基準は他の市町村と比較しても相当高い基準といえる。「異常尿必ずしも病的尿にあらず」との経験と、「学校検尿は毎年全員に実施される」との安全性の担保をよりどころとしている。

また、重度の先天性腎尿路疾患であっても尿所見は乏しいこと、学童期に診断されても既に腎機能は低下しており、末期腎不全への進行は阻止できず、介入の効果はあがらないことがすでに判明している。

一方、最近、わが国の成人男性の約半数がメタボリックシンドロームおよびその予備軍であり、小児期からの生活習慣によるところが大きいと言われている。また、成人の約10%が慢性腎臓病(chronic kidney disease:CKD)と推定されており、共に将来的な心血管病(心筋梗塞や脳卒中など)の発症リスクとなることから、その予防や早期発見の啓発や対策が進められてきている。その中で、CKDは原疾患に拘わらず、①蛋白尿(1+か30mg/dl以上)か、②日本人としての推算GFRが60ml/min/1.73m²以下のいずれか、または両方が3か月以上持続する場合と定義されている。具体的には、メタボリックシンドロームの特定健診として検尿項目が追加され、職場健診、老人健診で尿検査と血清クレアチニン測定が施行されてきている。現在、スクリーニングされた要精査者を精密検査・確定診断し、治療とフォローの体制にいかに乗せるか、行政、学会、医師会の協力体制の中で検討されている。

そこで、腎臓病検診である学校検尿も生涯検尿システムの流れの中で位置づけられる機会が到来したと考えられる。当然、その検査項目、判定基準の見直しも必要となろう。先天性腎尿路疾患は現行の蛋白・潜血の検尿だけではスクリーニングの限界があり、乳幼児期に、遅くとも3歳児健診までに腎・膀胱エコー検査にて早期診断される必要があろう。小児期発症の腎炎は学校検尿でスクリーニングされることは過去30年の実績が物語っている。しかし、IgA腎症や膜性増殖性糸球体腎炎は早期治療導入の成果は確認されているものの、成人期にcarry overする症例も多いのも事実である。また、成人のCKDのマススクリーニングは各健診体制の中で、尿蛋白と血清クレアチニンを測定する方向で進められているが、事後措置体制の確立やその成果の評価は今後の課題である。さらに、壮年期以降には血尿単独あるいは蛋白・血尿群のなかに腎・膀胱癌が紛れ込む可能性は大きく、尿細胞診や画像診断の導入が必要であろう。

腎臓病検診は乳幼児健診、3歳児健診、学校健診、住民健診や職場健診を通して、どの時期に、どんな検査項目で、どんな疾患を早期発見するのが国民にとって最大のメリットがあり、しかも医療経済的にも見合うのか、行政、学会、医師会との連携のもと、「生涯検尿システム」として検討されることを要望したい。さらに、検診結果が個人のデータとして、いつでも、どこでも継続的に利用できるシステムの確立を期待したい。学校検尿は生涯検尿システムの中で位置づけられることにより、その価値がさらに明確化されたいと考えられる。