

論 説

進歩が生んだ新たな課題－炎症性腸疾患診療の再定義

済生会新潟病院 院長
新潟県医師会 理事

本 間 照

炎症性腸疾患（inflammatory bowel disease: IBD）診療は、この20年で劇的な変化を遂げた。再燃と寛解を繰り返し、しばしば手術に至る難治性疾患として認識されていたが、生物学的製剤やJAK 阻害薬の登場により、臨床的寛解のみならず内視鏡的～組織学的寛解をも治療目標とする時代となった。治療成績の向上は明らかであり、難治例の制御や手術率の低下といった成果は日常診療においても実感されている。しかしその一方で、IBD 診療は新たな段階に入り、従来とは異なる

課題が顕在化している。本稿では、IBD 診療の進歩を踏まえつつ、その背後に生じている構造的課題について論じる。

まず疫学的側面からみると、我が国におけるIBD 患者数は一貫して増加している（図1・2）。潰瘍性大腸炎 UC は2023年31.7万人（人口10万人あたり254.8人）に達し、クローン病 CD も2023年9.6万人（人口10万人あたり77.0人）と、IBD はもはや一部の専門施設のみで完結する疾患とはいえなくなった。この変化は、地域医療における対

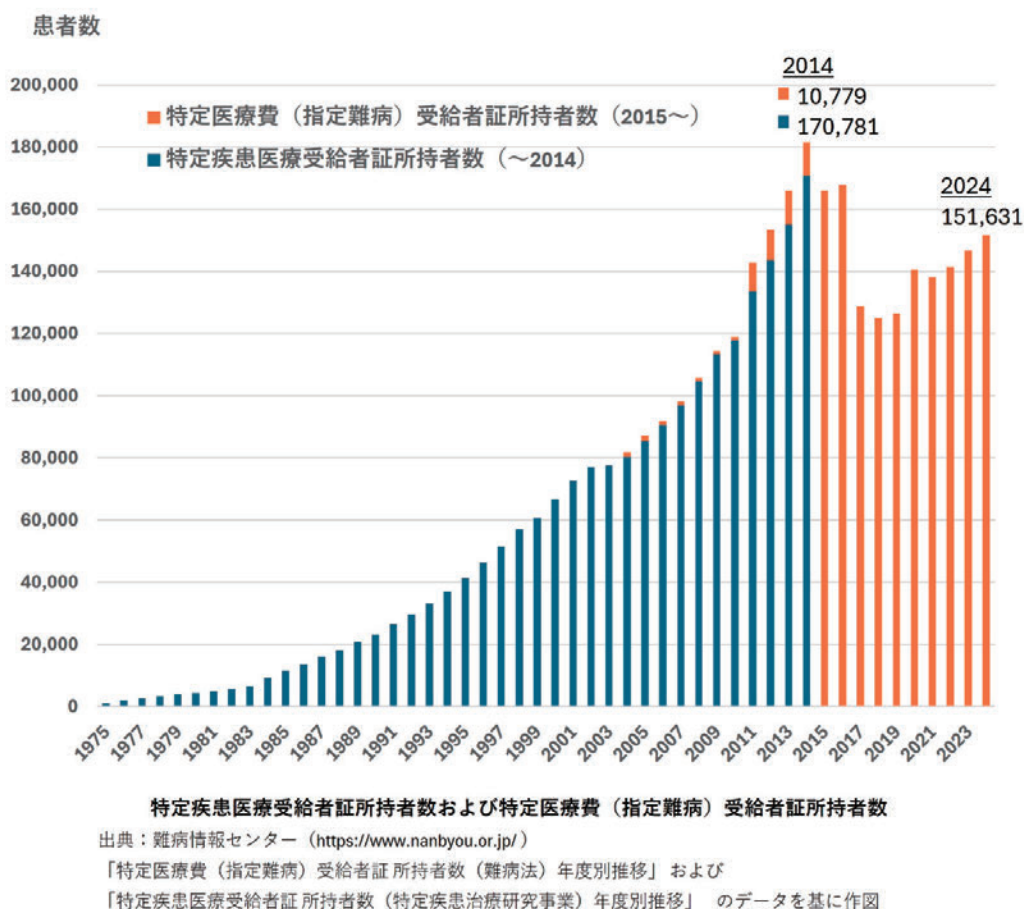


図1 潰瘍性大腸炎の年度別患者数の推移
（兵庫医大消化器外科 HP から引用）

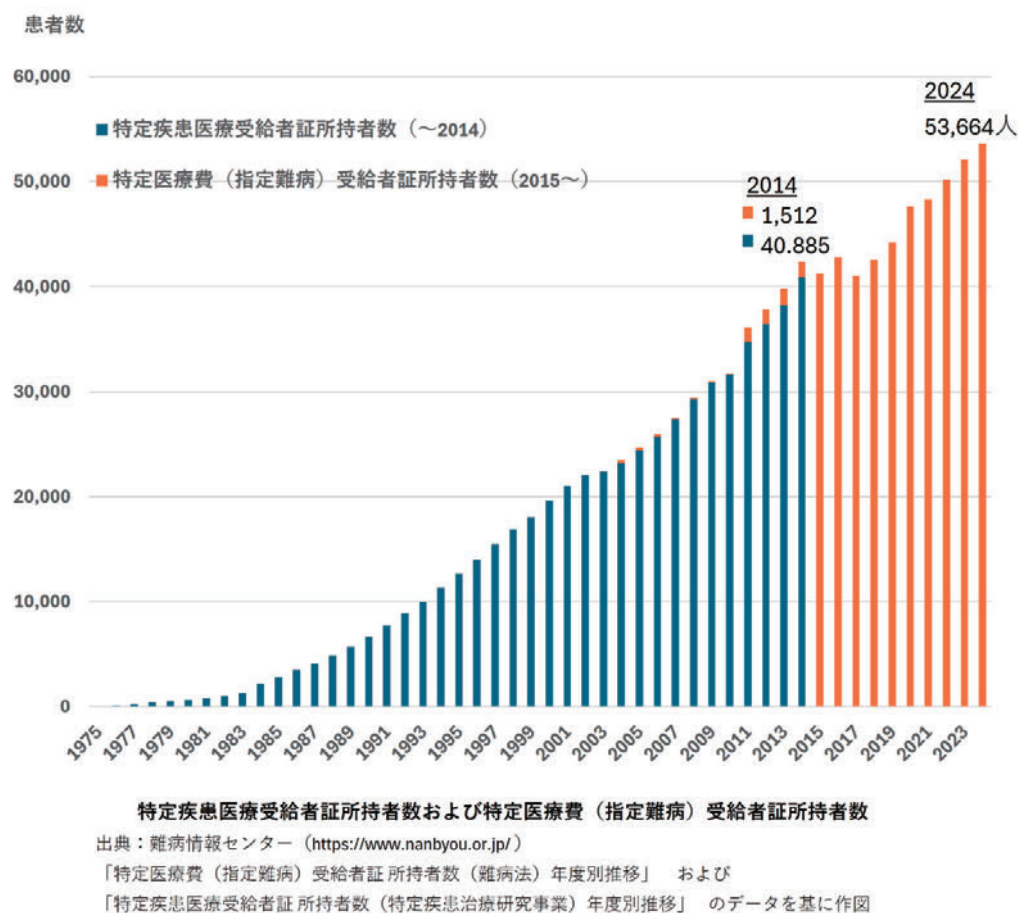


図2 クロウン病の年度別患者数の推移
(兵庫医大消化器外科 HP から引用)

応の重要性を高める一方で、専門医療への依存との間に緊張関係を生んでいる。すなわち、診療の高度化と患者数増加が同時に進行する中で、医療提供体制の再設計が求められているのである。

※患者数の推移をみる際には注意が必要である。2015年1月に難病法が施行されたため、軽症者は指定難病受給者証を取得しにくくなった。このため、医療費助成の対象から外れた患者さんが申請をしなくなり、患者数が一時減ったように見える現象が起きた。新潟県の2024年指定難病受給者数はUC 2,633人、CD 748人。

次に、治療の進歩と医療費の問題である。生物学的製剤をはじめとする高額薬剤の導入は、難治例の予後を大きく改善した。生物学的製剤の導入により、入院や手術の減少が期待されたが、実際には入院費の削減には至らず、全体的な医療費負担が増加している。また、これらの治療は長期継続が前提であり、患者数の増加と相まって医療費は構造的に増大する。従来のIBD診療が「いかに炎症を抑えるか」という問題であったとすれば、

現在は「どこまで治療を継続すべきか」という新たな問いに直面している。特に内視鏡的寛解を目標とする treat-to-target 戦略は理論的には妥当であるが、すべての症例において一律に追求されるべきかについては慎重な検討を要する。高齢者や併存疾患を有する患者においては、治療強度と安全性、さらには生活の質とのバランスが重要となる。

さらに、患者背景の変化も見逃すことはできない。IBDは若年発症疾患とされてきたが、近年は高齢発症例の増加や長期罹患患者の高齢化が進んでいる。これに伴い、感染症や悪性腫瘍、ポリファーマシーといった問題が顕在化している。

また臨床の現場では、不安や抑うつを伴う患者、さらには発達特性を有すると考えられる症例に遭遇する機会も増えている。日本における自閉スペクトラム症（ASD）の診断は増加傾向にあり、2009年から2014年生まれのコホートにおける5年累積発生率は2.23%から3.26%に増加している。2023年時点での推定全国累積発生率は2.75%であ

る。IBD と ASD の関連については、複数の研究で両疾患の併存が報告されている。メタアナリシスでは、ASD 患者は後に IBD を発症するリスクが1.66倍高く、特に UC のリスクは1.91倍、CD は1.47倍高いことが示されている。

これらの患者では、治療理解や服薬アドヒアランス、医療者とのコミュニケーションに課題を抱えることが少なくない。高度化した IBD 診療は患者の理解と協力を前提として成立する側面があるが、現実の患者像は必ずしもその前提に適合しない。この点において、医学的に正しい治療戦略と、個々の患者にとって実行可能な医療との間に乖離が生じている。

こうした状況の中で、見過ごされがちな課題として「生活指導」の問題がある。ガイドラインにおいても食事や生活習慣に関する記載は存在するが、その多くは一般的かつ抽象的な内容にとどまり、実臨床における具体的な指針としては十分とはいえない。これは、生活要因と再燃との因果関係を厳密に検証することの困難さに起因するものであり、エビデンスに基づく医療の枠組みの中では扱いにくい領域である。

しかしながら、日常診療においては、再燃の契機が患者ごとに存在することはしばしば経験される。季節的な変動、特定の食事、身体の冷え、心理的ストレスなど、個々の患者に固有の要因が再燃に関与していると考えられる症例は少なくない。すなわち、IBD の再燃は単なる炎症の再活性化としてではなく、患者それぞれの生活史の中で繰り返される現象として理解されるべきである。

したがって寛解維持とは、薬剤による炎症制御のみで達成されるものではなく、患者ごとの再燃パターンを把握し、それを回避する生活指導を含めて初めて成立する概念である。ここで求められるのは、画一的な生活制限ではなく、個々の患者に即した再燃リスクのマネジメントである。例えば、睡眠リズムの乱れや過度な食事内容の偏り、ストレス負荷の増大といった要因を患者自身が認識し、適切に対処できるよう支援することが重要である。

このような個別性の高い再燃予防は、短時間の専門外来よりも、むしろ継続的に患者を診療する地域医療の現場においてこそ実践されるべきものである。しかし現状では、開業医における IBD 診療は5-ASA 製剤による寛解維持と、再燃時の専門医への紹介という形にとどまりがちであり、その間に位置する生活指導や再燃予防の領域は十分に担われているとはいえない。そこには、診療報酬上の制約やエビデンスの乏しさ、さらには医療者側の不確実性への戸惑いといった要因が関与していると考えられる。

この状況は、IBD 診療における「予防医学の空白」とも言うべきものである。現在の IBD 診療は、寛解導入には成功した一方で、寛解維持の「日常」を誰がどのように支えるのかという問いに十分答えていない。炎症を抑えることに成功した医療は、次に再燃を防ぐという課題に向き合う必要があるが、その鍵は薬剤の追加ではなく、患者個々の生活に寄り添う診療にあると考えられる。

地域医療の観点からは、IBD 診療の役割分担の再構築が求められる。すなわち、専門医は高度な薬物療法や重症例の管理を担い、地域の医療機関は日常的なフォローと生活指導を担うという協働体制である。このような役割分担が明確化されることで、医療資源の適正化と患者ケアの質の向上が両立される可能性がある。

以上を踏まえると、IBD 診療は「進歩した結果として新たな課題を抱えた」段階にあると言える。治療の進歩により予後は改善したが、その一方で医療費の増大、患者背景の多様化、そして生活指導の空白といった問題が顕在化した。今後求められるのは、単に新規治療を導入することではなく、「誰にどこまで治療を行うべきか」、そして「どのように再燃を防ぐか」を再定義することである。

IBD は、もはや治療困難な疾患ではなく、長期にわたり管理すべき慢性疾患となった。この認識のもとに、薬物療法と生活支援を両輪とする持続可能な診療モデルを構築することが、今後の臨床において重要である。