

島田地区 CKD 病診連携

CKD 病診連携の目的

(1) 透析導入患者を減らしたい

当院における年間透析導入患者数は平成 25 年度 54 人、平成 26 年度 61 人となっており、島田市居住者に限定した場合でも、平成 26 年度は 43 人でした。全国平均としては人口 10 万人あたり 30 人程度であるので、島田市の規模（人口 10 万人）からみても透析導入人数がかなり多いこととなります。透析患者数増加による医療費負担の増大や慢性的な維持透析用ベッドの不足を抱える島田市にとっては、できるだけ透析導入患者数を抑制したいという事情があります。CKD 病診連携により、より多くの腎不全患者を効率的に管理し、CKD の進行を遅らせるのが大きな目的です。

(2) 円滑な透析導入を行いたい

上記とはやや反する内容ではありますが、腎不全患者の透析導入を無理に引き伸ばすよりも、内シャント作成や腹膜透析カテーテル埋め込みといった透析の準備は透析が必要となる前に余裕をもって施行しておき、重篤な尿毒症症状が出る前に透析をはじめるといった計画的透析導入が望ましいとされています。緊急に透析導入となった場合、死亡リスクが増大すると言われています。病診連携により、適切な時期の透析準備・透析導入を達成することも目的の一つです。

(3) 島田市国保データヘルス計画

島田市の主導で国保特定健診を用いた糖尿病性腎症の早期発見と重症化予防計画の立案が始まっています。糖尿病性腎症は、微量アルブミン尿陽性の段階である早期腎症での対応が重要です。診療所において、糖尿病患者のアルブミン尿測定をさらに広げていただき、病診連携を推進することにより、糖尿病性腎症の重症化を防止したいと思います。

病診連携の流れ

腎臓病の自覚症状は末期に出るまでほとんど出ませんし、検査をしないことには腎障害を見つけることはできません。従いまして、普段からの定期的な尿検査、腎機能検査に加え、何らかの体調異常時にもスクリーニング的に検査をお願いいたします。また、特に糖尿病患者においては、早期腎症を見出すために、アルブミン尿の定期的検査をお願いしたいと思います。そのうえで以下のように病診連携を進めたいと思います。

(1) 当科紹介基準

慢性腎臓病（CKD）を加療するにあたり、原因となる腎疾患を特定することは、CKD の治療方針決定に重要です。腎生検もときに必要となります。原疾患が特定できない場合は、一般的な CKD 治療を行うこととなります。従いまして、まずは一度 CKD 患者の当科への受

診を検討していただきたいと思います。ご紹介いただく CKD 患者のおよその基準は以下のようになります。

※次のいずれかに該当する場合、腎臓内科へのご紹介を検討お願いします。

糖尿病患者ではアルブミン尿の測定をお願いいたします。

- ① 尿蛋白 (2+) 以上または 0.5 g/gCr 以上、または顕性アルブミン尿 (300 mg/gCr 以上)
- ② 尿蛋白、尿潜血ともに (1+) 以上
- ③ 糖尿病患者の場合は微量アルブミン尿 (30~299 mg/gCr) が陽性
- ④ 尿所見に関係なく、eGFR が 40 mL/min/1.73m² 未満に低下
- ⑤ eGFR が不明な場合は、男性 Cr 1.5mg/dl 以上、女性 Cr1.2mg/dl 以上

(2) CKD 原因疾患の検討と治療方針の提案

当科に受診後、行うことはおよそ以下のようになります。

①尿検査 ②腎臓エコー ③二次性腎疾患（糖尿病性、高血圧性、痛風腎、ANCA 関連腎炎、薬剤性、膠原病腎、高 Ca 血症、多発性骨髄腫等）の検討 ④CKD に伴う貧血、電解質異常、水分バランス、二次性副甲状腺機能亢進症等の検討 ⑤場合によっては蓄尿検査による腎機能や一日蛋白尿、蛋白・塩分摂取量の計算 ⑥必要性があれば、入院の上腎生検。それらの結果をもとに CKD の原因疾患の特定と以降の治療方針の提案を行います。ステロイドや免疫抑制療法を行う場合は入院加療となる可能性ありますが、その対象でない場合は、CKD に対する蛋白・カリウム・塩分制限の栄養指導を行い、さらに腎障害性の薬剤や腎不全において蓄積性のある薬剤の変更・中止のお願い、各種 CKD 治療（降圧剤、利尿剤、K 吸着剤、リン吸着剤、ビタミン D 製剤、球形吸着炭、重曹、尿酸降下剤、高脂血症薬、エリスロポイエチン製剤、鉄剤など）を提案し、以降は診療所での加療を継続していただきます（基本的に当科の受診はございませんが、腎機能が不安定等必要あれば当科に数か月に 1 回程度の受診をしていただく可能性はございます）。

(3) 当科再紹介の基準

診療所で加療していただいている中で尿所見の悪化や腎機能の低下等の問題が生じることもあります。当科に再紹介をお願いする基準は以下のようになります。

- ① 尿蛋白、尿潜血ともに従来より+以上悪化、あるいは尿蛋白が従来より++以上悪化
- ② 血尿蛋白尿で紹介いただいた場合は、eGFR が 40 mL/min/1.73m² 未満に低下
- ③ 短期間（数か月）での Cr 値が 1.5 倍以上の上昇
- ④ 初診時の紹介理由に関係なく eGFR 20mL/min/1.73m² 未満に低下
- ⑤ コントロール困難な高血圧、浮腫、貧血、高カリウム血症など

もちろんこれらの基準に至らなくても、先生方のご判断で再受診指示いただければと思います。eGFR 20mL/min/1.73m² 未満では透析導入に向けて、透析療法選択説明、内シヤン

ト作成・腹膜透析カテーテル埋め込み術を行う時期でもあり、当院にも数か月の 1 回程度定期受診をしていただき、診療所との併診というかたちになります（主な処方箋は透析導入直前までは診療所でお願いすることになります）。

CKD 病診連携フローシート(簡潔版)

①尿所見異常があるが eGFR 40 以上の場合

診療所 尿蛋白++以上、血尿+以上かつ尿蛋白+以上

↓腎臓内科に紹介

腎臓内科 診断および今後の治療法の決定

↓診療所に逆紹介

診療所 尿所見悪化または eGFR 40 未満に低下

↓腎臓内科再紹介

腎臓内科 診断・治療方針再検討 以降は②へ

②腎機能低下（eGFR 40 未満）の場合

診療所 eGFR 40 未満

↓腎臓内科紹介

腎臓内科 診断および今後の治療法の決定

↓診療所に逆紹介

診療所 eGFR 20 未満

↓腎臓内科再紹介

腎臓内科 治療方針等再検討

↓診療所に逆紹介

診療所 （腎臓内科でも数か月に 1 回併診）

③糖尿病の場合（定期的アルブミン尿測定をお願いします）

診療所 微量アルブミン尿陽性

↓腎臓内科紹介

腎臓内科 診断および今後の治療法の決定

↓診療所に逆紹介

診療所 顕性蛋白尿または尿蛋白++以上

↓腎臓内科再紹介

腎臓内科 診断・治療方針等再検討 以降は①へ。