

## 那覇市CKD78 (病診連携事業) がスタートして 5 年、 コロナ禍でも一歩ずつ前へ

令和 2 年 2 月～令和 2 年 12 月までの CKD 対策に関する主な取り組みをご報告します。

### ◆ 第 2 回 地区別 症例検討会を開催しました ◆

令和 2 年 2 月 13 日 (木) に第 2 回目を開催しました。(場所：那覇市保健所)

より顔の見える連携を目指し、地区別での症例検討会を実施しました。みやら内科クリニックの周辺のクリニックへ案内し、8 名の先生が参加してくださいました。前半は、CKD 診療のポイントを講演いただき、途中、質疑応答をはさみながら進めていきました。



質疑応答の内容は以下の通りです。(雰囲気は伝わるよう、そのまま掲載しております)

#### 質問①：

先ほどスライドでもあった糖尿病性腎症、DKDとありますが、従来の糖尿病で腎臓が悪くなると蛋白尿が出てありますが、腎硬化症も混ざっているのもあるんじゃないかということで、糖尿病からきて腎硬化症もまざったような腎臓病をまとめて、DKDって言い方をしていると思うが、腎硬化症がどんどん透析導入で増えてきていて、純粋な腎硬化症というのは糖尿病が全くない人のことを言っているのか、何をもちて腎硬化症という診断をつけているのか知りたい。

#### 回答①：

難しい質問ですが、腎硬化症をはっきり分かるのは腎生検でしかありません。だから、腎生検をやれば糖尿病だけなのか、糖尿病と動脈硬化、腎硬化症が混じっているのか。実際は糖尿病がなくて腎硬化症だけなのかというのは、腎生検しないと分からないですが、実際に糖尿病の方が多いし、そういった人を全例腎生検するのは、あまり意味がないことなので、どうやって判断するかという中で、目安として一番分かりやすいのが蛋白尿なのかなって思います。何をもちて腎硬化症というのかという、腎生検しかないんですけども、糖尿病の方で考えるなら、糖尿病がメインなのか、腎硬化症がメインなのかというので、一番の目安が蛋白尿なので、それで見えていくのかなって思っています。

#### 質問②：

糖尿病があつて、あまり蛋白尿が出ていない人は腎硬化症ってことでいいですか。

回答②：はい。といことは、RAS 系阻害薬をガンガン使うことは必ずしもよくないよなことで、そういうお薬を使いながら、腎機能が悪くなっていかないかってことを結構マメに見ていくことがとても大事です。

#### 質問③：

スライドの中で、腎が重要ということで、糖尿病における血糖値、血圧、脂質、体重、禁煙、腎毒性物質の介入とあるが、腎毒性に対してアルコールを飲む人で、結構、尿酸値が高い人たちがいる。尿酸値を下げようとすると、クレアチニン値が良くなる人がいるのですが、(尿酸値)をこの中に入れないのか。アルコールの毒性の話なのですが。

**回答③：**

尿酸に関しては、血管のイベントに関しては、ある程度、心血管イベント、高尿酸血症が起こったりするっていうのがあって、腎臓に関しても、尿酸が高いと腎臓が悪くなるんじゃないかって言われているが、これは糖尿病とか血圧、脂質に比べると、あまりパワーがそこまで強くはなくて、なので、決して尿酸を無視するって話ではないが、より腎臓を悪くするってデータが出ているため、まずはこっちからとなるが、先生のおっしゃる通り、尿酸を考えると、なおいいかと思えます。

**質問④：**

年齢の高い人と若い人と進行が違うということで、どの程度の頻度で検査をしているのか。

**回答④：**

その辺は、こうやりなさいというのはなくて、経験的なものなどで、自分が行うのは、結局、腎機能は高齢者でも存続、まず、GFR がどの位置にいるのかということと、蛋白尿がどの程度なのかということと、フォローする頻度が違っている。GFR がそんなに落ちていなければ、特に高齢者の場合であれば、2～3か月の頻度でみている。蛋白尿は定性であればあてにならないため、かといって、尿のクレアチニン値で補正していたりしていますが、高齢者は筋肉量が少なかったりするので、それもあてにならなったりする。血清アルブミンとかトータルプロテインとか、その辺をみて、あまり下がっていないのであれば、蛋白尿が出てても実は、定性とかは見かけ上、多く出ているようで、そんなに出ないんじゃないかと思っている。3 か月おきにフォローしている。逆に、GFR が結構落ちている場合には、簡単に風邪ひいたり、脱水になったりして、一気に悪くなることもあるため、そういった意味で、そういったエピソードが起こりそうな人は、最初は毎月検査して、それでもなければ、採血は 2 か月おきにして、その中で、イベントがあれば途中で採血したりする感じで見ている。決まったものはないが、まずは GFR がどこかことが一番大事で、次に蛋白尿である。

**質問⑤：**

それは結果として分かるでしょう。患者さんがどう生活しているかっていうのが、予知して指導するっていうのが、難しいんじゃないかと思いますが。

**回答⑤：**

お一人で受診される際は本人に何うしかないですが、本人が言っていて、やっぱりそうだなって思うこともあるが、本人が言っていることで、血糖や尿酸であったり、色々みて、実はそうでもないなとか、あとは身なりとか、そこで判断するのはよくないですが、あまりご飯食べられてないんじゃないかとか、そういったところで、判断するしかなくて、おっしゃる通り、正確に把握するってことは難しいですが、それを実際どうなのかというのを予想しながら、実際は診察しているというのが現状です。

**質問⑥：**

糖尿病のコントロールを待ちつつ、血圧を下げないと、CKD の進行を防げないかなと思って、積極的に下げようとしているが、なかなか下がらない人もいますが。糖尿病学会と血圧学会の目標の違いっていうのに理由があるのか。

**回答⑥：**

僕の勝手な想像ではありますが、腎臓学会と高血圧学会ですが、高血圧学会には循環器の先生が主にいらっしゃると思うんですけども、結構、循環器の先生はロー・アズ・ア・ベターっていう感じの印象がある。今日は出さなかったが、腎臓っていうのは、血圧が低くなると腎臓も悪くなる、他の臓器に比べて、ある程度灌流圧がないと腎機能は悪くなる。だから、高いのもよくないですが、低すぎるのもよくない。循環器はコレステロールもそうですし、血圧もそうですし、全部下げる世界ですが、腎臓に関しては、心臓とかと比べても、腎臓は最初に灌流圧を下げると悪くなるっていうのを分かっているんで、だから腎臓学会は血圧を極端に下げるとを好まない。

<p><b>質問⑦：</b> 僕たちみたいな立場は、糖尿病学会を信じてついていく方がいいのか。</p>
<p><b>回答⑦：</b> 下げすぎることが良くない。だから、さっきもちょっと、小さく入れましたが、血圧を 110 未満にはしないっていうのを、とにかく高いのも良くないが、下がるのも、特に予備能がない患者さんで血圧が下がりすぎると、一気に虚血となり腎臓が悪くなると、そこから、元に戻すことが結構時間がかかったりする。場合によっては戻らないこともあるため、結構緩めなのかなと思う。自宅血圧をまめに見てフォローする。</p>
<p><b>質問⑧：</b> 下げすぎると悪いっていうのは、持続すると悪いということか。クレアチニンが上がってくることなのか。</p>
<p><b>回答⑧：</b> ワンポイントで下がることは大丈夫なことも多いと思いますが、例えば下痢とか、脱水とかになったりすると、血圧っていうのは、ワンポイントじゃないやつで、その日、しばらく悪くなって、低い状態が続くと、1 日とかでも悪くなったりするのも見られたりしますから。クレアチニンが上がって、GFR が下がるってことです。でも、早く対応することで、例えば水分を多く取ったり、補液することで、戻ることもよくあります。いろいろと言われることがありますが、1 回腎機能が低下して戻ったとしても、腎臓は傷ついているってことで、実はそこからまた悪くなるのが最近分かっている。悪くないことがとても大事であると言われてます。</p>
<p><b>質問⑨：</b> 回復する機能は組織学的には、よくなっていないってことでよいのか。</p>
<p><b>回答⑨：</b> はい、そうです。それが残っているっていうことで、要するにそれがカンパチになっていて、それがどう悪さするかってことは分からないが、ただ見かけ上のクレアチニンは元に戻っているの、良かったなと今までは言われていましたが、実は組織学的な回復が得られていないということで、そこで悪くなる要因が作られるってことです。</p>
<p><b>質問⑩：</b> 就寝前に降圧剤を飲むとあるんですが、正常にコントロールされている方もいると思いますが、降圧剤の勧め方があるのか。降圧薬の種類の限定もあるのか。正常に保っている人も就寝前にも飲ませたらいいのか。</p>
<p><b>回答⑩：</b> 結局、朝の血圧をしっかり下げることが大切。24 時間モニタリングしているのであれば、先生のおっしゃる通りですが、どのポイントで測っているのかにもよるため、僕が患者さんに指導するときは、1 日 1 回であれば朝の血圧計測をお願いしていて、結局、朝がいろんな血管イベントと関連している。そうすると、夜とか夕方とか、寝る前がいいってことで、降圧剤の種類としては、利尿剤以外だと基本的にいいんじゃないかと思う。ただ、カルシウム拮抗薬は実は若干利尿作用があるとされていて、結局、一番何がいいのかというと、RAS 系阻害薬がいいんじゃないかと言われている。ただ、このスタディではどの薬がいいのか悪いのかってことではなくて、夜飲んでる飲んでないで分けるとそうなっている。これ結構、いろんな報告が最近多くなっていて、だからこのクロノセラピーって意外と注目されているっていうのがあると思います。</p>
<p><b>質問⑪：</b> カルシウム拮抗薬について教えて欲しいですが、近位尿細管の拡張型と遠位尿細管の拡張型がありますよね。どちらでも構わないですか。</p>
<p><b>回答⑪：</b> これだから腎機能が良くなるという話ではなくて、心血管イベントを減らすという話で、カルシウム拮抗薬は利尿に作用しますので、それで、この就寝前に飲むのは関係ないです。</p>

質疑応答も活発で、時間いっぱい使った開催となりました。参加された先生方からは、「いろいろな質問が出て、興味深かった」、「小グループの勉強会なので、専門医の先生と間近に直接質問することができてよかったです。」などの感想をいただきました。

今後、他の地区でも実施していく予定です。今年度は令和 3 年 2 月 18 日（木）に新健幸クリニックの小祿雅人先生に担当していただく予定でしたが、沖縄県独自の緊急事態宣言が延長となり、延期となりました。再度、日程を調整しオンライン形式を取り入れながら開催する予定です。

### ◆医療者向けの「CKD 連携講演会」を開催 1 回目◆

令和 2 年 11 月 12 日に CKD 連携講演会を実施しました。

（場所：沖縄ハーバービューホテル）

基調講演として、「CKD78の現状・課題について」と題し、首里城下町クリニック院長 田名 毅先生によるご講演のあ



と、特別講演として、「糖尿病性腎症重症化予防の取り組み～ $\Delta$ eGFRの重要性を考える～」と題し、佐賀大学医学部肝臓・糖尿病・内分泌内科教授 安西 慶三 先生にご講演いただきました。対面とWEBのハイブリッド形式で開催となり、医師・コメディカルを合わせ総勢41人の参加がありました。

### ◆第 1 回CKD病診連携推進会議を開催しました◆

令和 2 年 12 月 9 日（水）に第 1 回目を開催しました。（場所：那覇市医師会 4 階ホール）

委員として、田名毅（首里城下町クリニック第一）、比嘉啓（首里城下町クリニック第二）、宮良忠（みやら内科クリニック）、糸数昌悦（那覇市立病院）、友利博朗（八重洲クリニック）、屋宜宣治（屋宜内科医院）、真栄城修二（まつお TC クリニック）、仲宗根正（那覇市保健所所長）の 8 名にご出席いただきました。（敬称略）

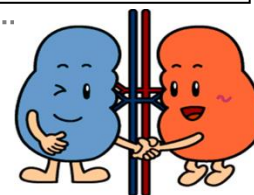
今回は、他科受診の際に、医師や歯科医師、薬剤師の先生方へ、患者様の CKD のステージをシールやカードを活用して、伝えられないかという案をメインに話し合いました。それを受けて、現在、CKD カードやシール作成に取り組んでおります。詳細は、次回のニュースレターでお伝えしたいと考えております。

その他、那覇市の CKD 対策の現状について確認しました。那覇市立病院で実施している CKD 教育入院は、令和 2 年度は 1～2 例実施したが、コロナの影響で教育入院への紹介だけではなく、他科への紹介も難しかったとの話がありました。令和 3 年度は、CKD 教育入院も活用しながら、更に CKD 対策に取り組んでいきたいと思っております。

### ◆第 2 回那覇市 CKD 対策講演会を開催いたします◆

令和 3 年 3 月 25 日（木）19 時～20 時予定しております。

詳細は後日ご案内いたします



CKD 対策事務局：那覇市特定健診課  
電話) 098-862-0564 FAX)098-862-4266