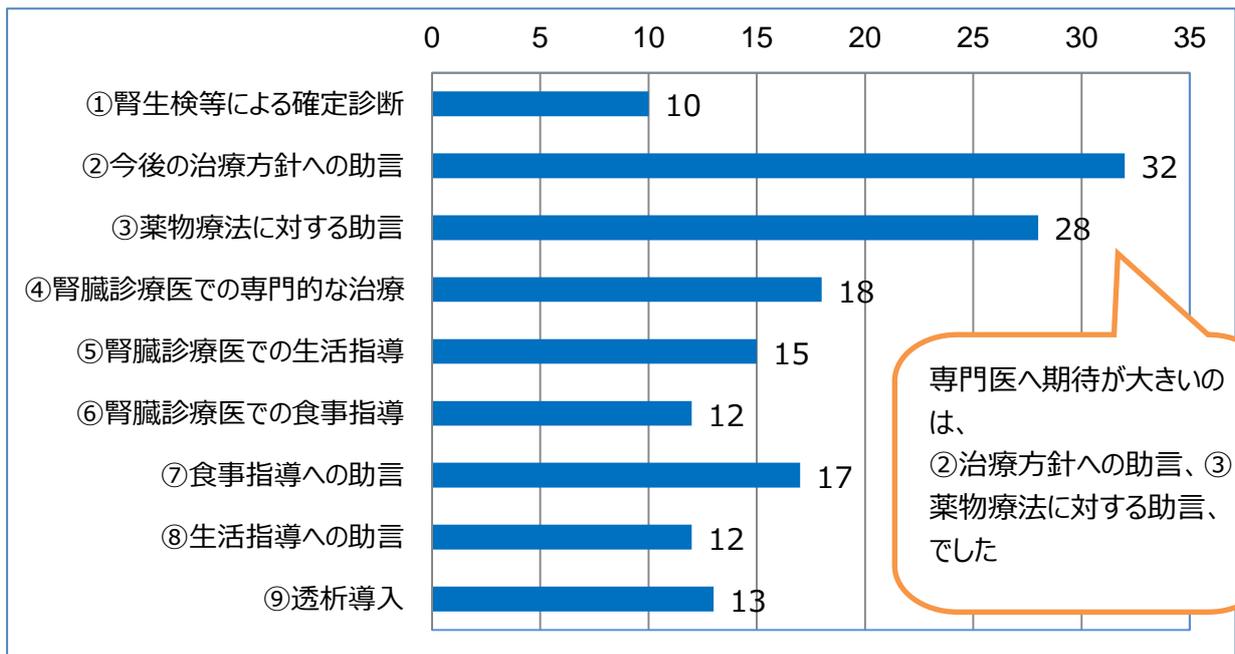


＜問4＞腎臓診療医に患者さんを紹介する際に、期待すること（複数回答）



＜問5＞腎臓診療医に質問したいこと、確認したいこと（複数回答）

1) 蛋白尿(+)→(2+)でもクレアチニンに変化が無い場合、紹介のタイミングがわからない。

＜腎臓診療医からの回答＞

日本腎臓学会がCKDガイドを作成していますので、これをもとにご紹介いただきたいと思います。那覇市CKD病診連携紹介基準もこれになっています。クレアチニンの変化に関わらず、下記の表をもとにご紹介ください。

腎臓専門医への紹介基準（CKDガイド2012 P41 表17）

原疾患	蛋白尿区分		A 1	A 2	A 3	
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
	尿アルブミン/Cr比 (mg/g Cr)		30未満	30～299	300以上	
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		0.15未満	0.15～0.49	0.50以上	
尿試験紙法			(-) or (+)	(+)	(2+)以上	
GFR区分 (ml/分/ 1.73m)	G1	正常または高値	≥90		※1	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		※1	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	50～59	40歳未満は紹介※2	紹介
				40～49	40～69歳未満も紹介※2	
	G3b	中等度～高度低下	30～44	30～39	70歳以上も紹介※2	紹介
G4	高度低下	15～29		紹介	紹介	紹介
G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	紹介

3か月以内に30%以内の宣昨日の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

※1: 血尿と蛋白尿の同時要請の場合は紹介

※2: 尿所見正常の場合、腎臓専門医への紹介は、安定した70歳以上の患者ではeGFR40ml/分/1.73m²としてもよい

2) 再紹介の具体的なタイミングについてコメントが欲しいです。

- 腎臓診療医に紹介後、患者さんが経過観察で返ってくることがあります。具体的な再紹介のタイミングについてコメントが欲しいです。
- 生活指導や薬の助言を受けて良くなる場合はいいのですが、状態があまり変わらない方も多い。その場合、年一回は経過をみますなど、患者への説明や紹介状にも書いていただくとフォローの紹介がしやすいです。

<腎臓診療医からの回答>

具体的な再紹介のタイミングについては、下の表（CKDガイド2012 P45 表18）を参考に説明します。この表にある、「赤」・「薄い赤」部分に該当する患者さんは、原則として腎臓内科医で治療・管理したほうがよいと考えます。

ただし、70歳以上の患者さんは、A1ステージ、A2ステージの「薄い赤」の部分（点線の囲み部分）は、かかりつけ医（CKD登録医）で診ていただき、専門医（腎臓診療医）診察も6か月おき程度でいいかと思えます。

腎臓専門医への受診間隔（かかりつけ医へは随時）

原疾患		蛋白尿区分		A 1	A 2	A 3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)			正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/g Cr)			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日)			正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
尿試験紙法				(-) or (+)	(+)	(2+)以上
GFR区分 (ml/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	≤12か月	≤6か月	≤3か月
	G2	正常または軽度低下	60~89	≤12か月	≤6か月	≤3か月
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	≤6か月	≤3か月	≤3か月
	G3b	中等度~高度低下	30~44	≤3か月	≤3か月	≤3か月
	G4	高度低下	15~29	≤3か月	≤3か月	1か月
	G5	末期腎不全	<15	1か月	1か月	1か月

(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

(CKDガイド2012 P45 表18)

※CKD診療ガイドは、一般社団法人日本腎臓病学会のホームページからダウンロードすることができます。



CKD患者のフォローアップ(成人) -1

【フォローアップでの注意点】

- ① eGFR の低下や蛋白尿の増加を認める場合は治療内容を再考する。
- ② 急性増悪の要因として、過労、脱水、感染や薬剤を考慮する。
- ③ 血圧のコントロールが不良の場合は、腎専門医と相談のうえ、食塩過剰に注意しながら降圧薬の種類や投与量を変更する。
- ④ 糖尿病の治療では、低血糖に注意する。

【かかりつけ医フォローアップ検査項目】

実施間隔:ステージG1~G2:3~6ヵ月ごと, ステージG3~G5:1~3ヵ月ごと

検査項目:ステージG1~G2:蛋白尿定性または蛋白尿定量 (g/gCr), 血尿,
血清Cr, eGFR

ステージG3~G5:蛋白尿定性または蛋白尿定量 (g/gCr), 血尿,
血清Cr, eGFR, BUN, UA, Alb, Na, K, Cl, Ca, P, Hb,
FBS, HbA1c (糖尿病患者のみ),
尿アルブミン (3ヵ月ごと)

血圧測定:毎診察時

胸部X線/ECG:適宜

CKD診療ガイド2012 p.45 表18

3) 治療の助言及び使用薬剤の適否について、指導をお願いしたい。

<腎臓診療医からの回答>

患者ごとに、個別性が高い内容となりますので、腎臓診療医(専門医)での対応が分かれるところだと思います。紹介元(かかりつけ医)に患者さんを戻す場合は、かかりつけ医の先生が、治療に安心感がもてるよう、どのようなことに注意して管理したらよいか、使用薬剤についての助言も含め、指導内容の充実に努めていきます。

4) 健診結果が出た時点で、最初から指定専門医を受診するような案内があるとよい。

●再検査、精査希望で来院される患者も多いが、仕事を休んで受診される方もいて、再度専門医へ紹介づらい。高齢者は一カ所で済ませたいと希望する方も多い。健診後に結果を持って直接来院される方も多いので、その点がスムーズにいくシステムを検討してほしい。

<健診担当課からの回答>

健診時に、蛋白尿や eGFR が 60 未満であっても 1 回だけでは CKD ではない可能性があり、かかりつけ医や CKD 登録医での再検査を勧めています。そこで CKD かどうか確認してもらってから、腎臓診療医に紹介というのが、専門医を疲弊させないシステムだと考えております。

ただし、何年も蛋白尿が続いている、eGFR が 30 未満など著しく低い、といった「**CKD がはっきりしている方で、かかりつけ医がない**」という場合は、本人の意向も確認しながら腎臓専門医のクリニックを紹介していきます。ご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。

5) 複数の腎専門医が議論するような症例検討会があれば参加したい。腎専門医の目のつけどころを伝授して貰えるとありがたい。

＜腎臓診療医からの回答＞

この CKD 病診連携事業で紹介された事例が蓄積していけば、このような症例検討会も可能ではないかと考えます。それぞれに紹介を受けた症例を集め、いずれこのような企画できるか、検討したいと考えております。

.....

※質問やご要望について、回答いただいたのは、那覇市 C K D 病診連携推進会議の腎臓診療医の皆様です。

＜問 6＞ CKD 病診連携が始まってからのご意見・ご感想がありましたらご記入ください。

●システム運用前は専門医へ紹介し返書をいただきましたがすごくあっさりした内容でした。経過観察でも色々ありますが、運用後は一件だけですが、生活指導までの内容があり充実していました。この方法でぜひお願いしたいです。今後とも連携お願いします。
●CKD への意識が高まり紹介率は格段に増えました。患者様からも専門医で見てもらう事で安心感や感謝の言葉をいただく事が多いです。「CKD 手帳」の様な連携手帳があるといいのでは？
●連携はスムーズにいています。できれば腎臓専門医の受診可能曜日、時間帯の一覧があれば助かります。
●継続する事でアウトカムが出ると考えられます。
●那覇市医師会を通してどんどん告知する方がよいです。
●このシステムが始まったばかりで、健診をうけた患者さんたちに結果説明するときには専門医への紹介のことをつい忘れてしまいます。また紹介用シートなどを探しましたが、やっとみつけました。改めて CKD 病診連携のことを気に留めながら診療しています。ニュースレターにより思い出す効果はあると思うので定期的なニュースレター継続はよいと思います。
●紹介状の必要な患者さんには従来の病診連携のルートで必要な施設に紹介してきました。数力所以上の施設に紹介しました。今回のシステムの成果に関してはまだ何ともいえません。
●現在まで CKD 患者は紹介しており病診連携に対し改まった考えはない。

※お忙しい中、アンケートへのご協力ありがとうございました。皆様からいただいたご意見をもとに、更なる CKD 対策の推進を図っていきたくと考えております。今後ともご協力お願いいたします。

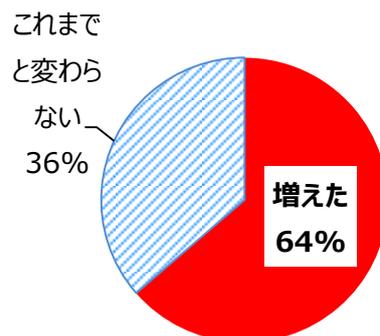
C K D病診連携に関するアンケート結果の報告② (平成 28 年 10 月・11 月実施)

【腎臓診療医編】 回答率 81% (27 名中 22 名回答)

<問 1> このシステムが始まってから、C K D 患者さんの紹介を受けることができましたか？

①増えた 14 人	②これまでと変わらない 8 人
・那覇市立病院 2 人	・大浜第一病院 2 人
・豊見城中央病院 3 人	・那覇市立病院 1 人
・沖縄赤十字病院 1 人	・豊見城中央病院 1 人
・沖縄協同病院 1 人	・かつれん内科クリニック
・おもろまちメディカルセンター1 人	・さくだ内科クリニック
・首里城下町クリニック 2 人	・みやざと内科クリニック
・まつお TC クリニック	・うえず内科クリニック
・安木内科	・大浜第一病院 2 人
・おおうらクリニック	・那覇市立病院 1 人
・那覇西クリニック	・豊見城中央病院 1 人

C K D 患者さんの紹介を受けることが増えましたか？



※ H28 年 4 月以降、紹介を受けた件数 **合計 295 件** C K D 登録医からの報告 82 件

<問 2> C K D 登録医から(紹介元) からの紹介件数の把握が難しい状況です。腎臓診療医から紹介件数を報告してもらうことは可能ですか？

- ① はい 10 件 (45%)
- ② 地域連携室に依頼したら可能 11 件 (50%)
- ③ 難しい 1 件 (5%)

※ C K D 紹介数を把握するには、地域連携室の協力が必須である。ただし、那覇市 C K D 病診連携事業だけをカウントするのは難しいという声もあった。

<問 3> 患者さんの紹介を受ける際に、C K D 登録医 (かかりつけ医) に期待することがありましたら教えてください。(複数可)

- ①これまでの検査記録の添付 18 人
- ②患者さんに処方薬の記載・お薬手帳の持参を促す 17 人
- ③依頼したい内容を明記する 9 人
- ④患者さんに事前に電話予約するよう促す 9 人
- ⑤患者さんに専門医を紹介する意図を説明してもらう 7 人
- ⑥その他 2 人

これまでの検査記録、処方薬の確認をしたいという要望があります

・尿蛋白が多いと、将来透析になるリスクがあることを説明してほしい
 ・**当院(専門医)で診ていくのか、紹介先に戻すのか**、はっきりしていないことが多いので少し困ります

4 CKD 病診連携が始まってからのご意見・ご感想がありましたらご記入ください。

<p>● 内科以外の診療科にも C K D に関心を持っていただき、意識して患者さんを診ていただく必要があると思われれます。</p>
<p>● 紹介数全体の中で要治療者の割合が思っていたより多い印象です。全数データがあれば学術報告も可能かとおもいます。</p>
<p>● 今のところあまり機能していない。かかりつけ医からの紹介は少ないですが、健診、人間ドックや保健師からの紹介は増加しているという印象があります。</p>
<p>● 私が鈍感なだけかもしれませんが、あまり変化が無い様に思います。</p>
<p>● 出足は連携数少ないかもしれませんが、あきらめず頑張ってください。協力いたします。</p>
<p>● 皆様ありがとうございます。透析導入患者を減らしましょう。</p>
<p>● 透析を避けることも大事だが、透析間近、現在透析中の方へも腎代替療法（血液、腹膜、移植）をア ナウンスするシステムも作って欲しい。県内に 4,000 人いる透析患者へも目を向けてほしい。</p>
<p>● (専門医に向けた質問) 糖尿病やのう胞腎などを除き、尿蛋白陰性で腎機能低下例に対し、 ① 血圧や蛋白質の過剰摂取を避ければ、腎機能障害はあまり進展しないと思われる ② これは過去のどこかで腎機能低下をきたしそのまま固定されたとおもわれる などと説明しているのですが、何か統一したものはありますでしょうか。</p>

※お忙しい中、アンケートへのご協力ありがとうございました。皆様からいただいたご意見をもとに、更なる CKD 対策の推進を図っていきたいと考えております。今後ともご協力お願いいたします。

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