

CKD予防連携システム図 (H29~)

北九州市国民健康保険特定健診受診 (健診実施機関)

eGFR60未満または
検尿異常 (尿蛋白+または尿潜血2+以上) または、
HbA1c6.0以上

健診結果通知表にCKD予防連携システム該当有無記載・説明

一次医療機関 (かかりつけ医)

【保険診療】患者負担が発生することを伝えた上で医師の判断に応じて検査を実施

HbA1c6.0以上のみ

腎機能低下あり

糖尿病型診断

※眼科受診

尿蛋白定性検査

一、±

1+以上

尿中アルブミン排泄量測定

正常・微量アルブミン尿

顕性アルブミン尿

- * 血尿がある
- 眼底病変がない

●3~6ヶ月ごとの微量アルブミン尿検査
3回中2回微量アルブミン尿
早期糖尿病性腎症診断

- CKD悪化因子の把握、治療と是正
- 必要に応じ糖尿病専門医等と連携

併診

- 検尿再検 (試験紙法 随時尿) 2回以上
※1回は可能なかぎり早朝尿
- 尿沈渣顕微鏡検査
- 尿蛋白クレアチン比の測定 (随時尿)

いずれかに該当

- 0.5g/gクレアチン以上または2+以上の蛋白尿
- eGFR50未満 (70歳以上はeGFR40未満)
- 蛋白尿と血尿がともに陽性 (1+以上)

該当なし

該当

- CKD悪化因子 (糖尿病・高血圧症・脂質異常症・高尿酸血症・肥満・喫煙および貧血など) の把握、治療と是正

特に糖尿病型の場合

- 【CKD悪化因子】
- 血圧130/80以上 尿酸7.1以上
- LDL120以上 HDL40未満
- 空腹時中性脂肪150以上
- 速やかに腎臓専門医に紹介する基準
- (1) 蛋白尿の急激な増加
- (2) 急速な腎機能低下 (GFRが3ヶ月で30%以上減少)
- (3) eGFR<30

併診

二次医療機関 (腎臓専門医)

●精査と治療【保険診療】

※泌尿器科疾患が疑われる場合は泌尿器科受診

生活習慣病重症化予防連携推進会議の主なご意見（令和2年度～5年度）

1 糖尿病連携手帳の普及について

- ・ 歯科に糖尿病連携手帳を持ってくるのは専門医等の熱心な病院の患者さんが多い。
- ・ 糖尿病の治療中であっても自覚症状がなく、周囲からも見えにくいちは対応がおろそかになっているケースがあり、HbA1c がなかなか下がらない。
- ・ 糖尿病の治療には、眼科や歯科の先生方との連携が、いかに大事かということを市民の方にもしっかりと理解してもらうために糖尿病連携手帳は大事である。
- ・ 専門医では糖尿病連携手帳はかなり使われているが、専門の先生以外でかかりつけ医として糖尿病の治療をおこなっている場合、糖尿病連携手帳がいきわたっていない。
- ・ 糖尿病連携手帳について、糖尿病の境界域の方は手帳を持ってこない。検査を受けるけど協力的でないというケースがある。
- ・ 糖尿病連携手帳を普及させる一番の方法は手帳を病院の受付で保険証と一緒に出示してくださいという声かけが一番大事だと思う。もらってなければ差し上げる。看護師も忙しいので受付で出示もらうとよい。
- ・ 歯科医師会から総合病院の糖尿病重症化予防教室に歯科衛生士を派遣して保健指導をしている。ケアマネと歯科医師の懇親会、研修会を開催している。
- ・ 糖尿病と歯周病の関連について、歯科医師の方から内科をぜひ受診してくださいというような活動をしている。内科、糖尿病専門医にも口の中を見てもらえるとよい。

2 多職種連携

①検査データの共有について

- ・ 医師から薬剤師への情報提供について、eGFR の正確な数値があった方が専門職同士ではよいのではないか。熊本県ではeGFR の値を担当薬剤師と共有することが一般的になっていると聞く。
- ・ eGFR の数値が分かった方が良いが、数値の変化に非常にナーバスになる方や家族も若干名いるので、数値を載せることについては望ましくないように思う。
- ・ eGFR の値は季節によっても変わる。夏脱水で変わるし薬でも変わる。
- ・ eGFR はすごく変動する。風邪をひいても変わる。
- ・ eGFR の値は患者、医師、コメディカルの方までわかるように数値を入れた方がよいのではないか。
- ・ 電子カルテへの変更によって肝機能と eGFR がわかるようになったため、疑義照会が増えた。
- ・ 調剤薬局から腎機能について問い合わせを受けることはほとんどない。実際には eGFR などの数値が必要なのではないかと思う。重複処方や期限については問い合わせがあるが、eGFR の問い合わせがない。
- ・ 病院によっては検査データ付きの処方箋がある。その時はわかる。

②減薬、オーバードーズについて

・減薬について、北九州市でも年に数人、某帯状疱疹治療薬で急性中毒の方がいる。ヒートマップシートがあれば予防できたのではないかと思う。薬局でも確認作業をしていただき共有できたらと思う。

・歯科の場合の投薬については、急性症状を緩和するための投薬である。腎排泄の薬について慎重投与といった講義は聞くことがない。院内処方の病院も多く、非常に危険だと思った。啓発活動を歯科医師会でもやらせてもらえたらと思う。歯科では長期投与はないが、薬によっては意識障害なども起きているかもしれないと思うとゾッとする。

・年に何回かいるのが薬剤性の【AKI (acute kidney injury)】腎障害の方がいる。消炎鎮痛剤、抗生剤、抗ウイルス薬、最近あったのはビタミンDとカルシウム製剤で高カルシウム血症になっていた。薬をやめるだけで戻った症例がある。医薬連携を強化してかかりつけ医が複数ある場合、その調剤薬局で間をとって確認してもらうことは急性腎障害やオーバードーズを予防できる。

・処方マイナンバーカードの保険証で確認できる。

3 北九州市 CKD 予防連携システムについて

①腎専門医への紹介について

・特定健診後に紹介状を持ってこないけれど確認したら特定健診がらみのことがある。改めて啓発が必要だと思う。

・経時変化の中であまり変わらない人、高齢者が多く、腎硬化症の方は eGFR が横ばいで推移する方がいる。クレアチニンがほぼ横ばいのうちはかかりつけ医でみている。タンパク尿が増えてきたとかクレアチニンがかなり増悪しているときは腎専門医に紹介する。

・紹介状に「eGFR が40台で申し訳ありません」と紹介状に記載された「かかりつけ医」の先生がいる。CKD の重症化予防のことが浸透していないと痛感した。

・糖尿病の DKD でいわゆる無症候で進展し、HbA1c が良くても腎機能は不可逆的な状況にあり、蛋白尿があれば一層厳しいということがまだ理解されていない。今後、新薬がたくさん出るので、薬の啓発を薬剤師さん、カリウム制限を栄養士さんと連携して啓発できれば良い。

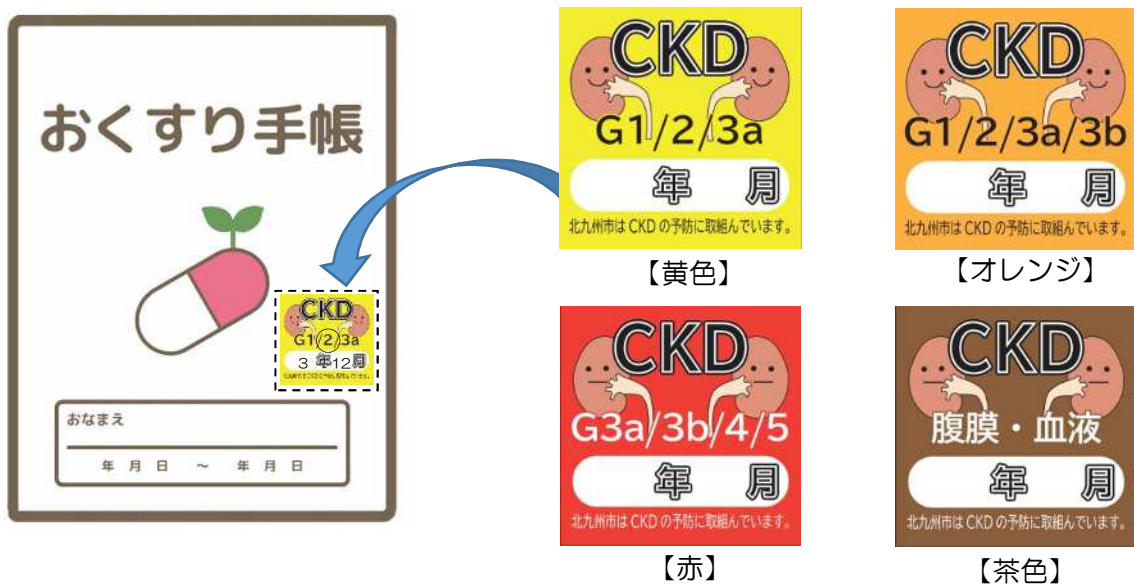
CKD ヒートマップシールについて

1. 目的

- ・患者本人が自分自身の腎機能について理解する
- ・かかりつけ医、薬剤師、コメディカル等の円滑な多職種連携を目指す

2. 活用方法

- ・かかりつけ医がCKD（慢性腎臓病）の方を対象に、該当する重症度分類の色のシールを、患者さんと相談し、表紙もしくは内側に貼付する。
- ・貼付した年月、CKDの重症度分類に○を記入する。



【参考】CKDの重症度分類（CKD診療ガイド2023）

原疾患		尿蛋白区分		A 1	A 2	A 3
糖尿病性腎臓病		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/gCr)		30未満	30~299	300以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 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
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	G 1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G 2	正常または軽度低下	60~89		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G 3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G 3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介	紹介
	G 4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G 5	高度低下~末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介