CKD LIAISON

No.29

- **Dr. Interview** p2
  押川 仁 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 腎臓内科 部長
- **INTERFACE** p6
  押川 仁 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 腎臓内科 部長
  山田昌代 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 内科統括部長/代謝内分泌内科 部長
  齋藤かしこ 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 栄養指導科 科長
  江口一彦 医療法人社団 江口医院 院長
- **クリニカルパス・その他ツール** p12
- **施設紹介** p14
  富山市立 富山市民病院
  石田陽一 富山市病院事業管理者（富山市立富山市民病院，富山市立富山まちなか病院）
  大田 聡 腎臓内科 部長
  松木理浩 東病棟6階 副看護師長/透析看護認定看護師

横浜ベイブリッジ：神奈川県

Dr Interview ドクターインタビュー

押川 仁 Oshikawa Jin

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 腎臓内科 部長

1998年横浜市立大学医学部卒業，同附属病院臨床研修医。2000年横浜市立大学大学院医学研究科博士課程，2004年横浜市立大学医学部循環制御医学講座助手，2005年国際医療福祉大学附属熱海病院腎臓内科講師，2006年横浜市立大学医学部循環器・腎臓内科学助教，2008年米国イリノイ大学シカゴ校ポストドクトラルフェロー，2010年横浜市立大学医学部循環器・腎臓内科学助教，2013年4月より現職。日本内科学会認定内科医・総合内科専門医，日本腎臓学会認定腎臓専門医・指導医，日本透析医学会認定透析専門医・指導医，日本高血圧学会認定高血圧専門医・指導医。

健康寿命の延伸を支える地域医療の確保に向けて

横浜市栄区におけるCKD対策の取り組み

神奈川県横浜市は，人口約378万人[1]の政令指定都市である。横浜市の南部に位置する栄区は人口約12万人[1]であり，高齢化率（65歳以上の老年人口の割合）が31.0%と横浜市18区のなかで最も高い[2]。高齢化が著しい横浜市栄区におけるCKD診療の現状，病診連携の実際，CKD対策の取り組みと課題について，地域のCKD医療を支える押川仁氏にお話を伺った。

CKD保存期から透析期まで一貫した医療で地域を支える

神奈川県横浜市は市全体がひとつの医療圏として設定されており，18の行政区に分かれている。横浜市内には5つの大学病院があり，北部には昭和大学藤が丘病院と昭和大学横浜市北部病院が，西部には聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院が，南部には横浜市立大学附属病院と横浜市立大学附属市民総合医療センターが位置している。横浜栄共済病院は，市南部の栄区に位置し，1939年に前身の大船海軍共済組合病院を開設して以来，80年以上にわたり地域住民に親しまれてきた病院であり，また栄区内唯一の急性期病院である。

横浜市における行政区別の高齢化率（65歳以上の老年人口の割合）は栄区が最も高く（31.0%），続く金沢区（30.3%）および港南区（28.8%）のいずれも市南部に位置しており，横浜市全体の高齢化率（24.8%）を上回る（2021年9月30日現在）[2]。「栄区では高齢化の進展に伴い，CKD患者さんが増えています。透析すらままならない状態の高齢患者さんが増えていて，どこまで治療を行うべきか悩むこともあります」と話す押川氏は，2013年4月より横浜栄共済病院腎臓内科部長を務めている。

押川氏は横浜市立大学医学部卒業後，生理学分野および循環器分野の基礎研究に取り組み，米国留学から帰国後は幅広い知識と経験を大学病院での腎臓病診療に活かしてきた。その知識と経験を地域医療に還元するべく，市中病院においてCKD診療体制の構築を進めることとした。横浜栄共済病院は押川氏が赴任したことで，CKD患者の腎生検から保存期治療，透析導入・管理までを一貫して行える体制が整い，地域を支えるCKD医療を展開するに至っている。

横浜栄共済病院腎臓内科における診療の現状

横浜栄共済病院腎臓内科では，医師5名体制で外来診療および透析治療を行っている。腎臓内科外来を受診する患者数は1日あたり50～60名であり，現状について押川氏は「かかりつけ医から紹介いただく患者さんは年々増えているものの，CKD患者さんの掘り起こしに向けて紹介患者数をさらに増やしていくことが課題であると考えています」と指摘する。腎臓内科は入院ベッド30床を有し，現在3名の医師が入院診療を担っており，腎生検は年間約40件施行している。栄養指導を含む腎臓病教育入院は，新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大の影響により現在は中止となっている。「これまで，腎臓病について十分な疾患啓発活動を行えていなかったことから，今後は腎臓病教育入院の再開に加えて，腎臓病教室の立ち上げも検討していきたいです」（押川氏）。

透析ベッド数は21床を有し，年間透析導入件数は血液透析約50件，腹膜透析7～8件である。押川氏が赴任した2013年から腹膜透析が選択肢に加わり，現在約30例の腹膜透析管理を行っている。腎不全療法選択外来は，CKDステージG5の患者を中心に透析導入が必要となるおおむね6ヵ月～1年前から透析室の看護師が腎移植を含めた各治療法の説明を約1時間かけて行い，患者の生活背景・周辺環境や思いを聴き，治療法の決定を支援している。腎不全療法選択外来では，実際に血液透析・腹膜透析を行っている様子を見学して治療をイメージしてもらうのだという。透析見学の意義について押川氏は，「患者さんは透析に対して漠然とした不安や恐怖を抱いています。透析導入までのなるべく早いタイミングでイメージをつかむことができると，そういった感情の軽減につながります」と説明し，腎臓内科外来でも時間をかけてフォローしながら適切な療法選択に努めていると続けた。なお，腎移植を希望する場合には近隣の腎移植施行施設へ紹介を行っている。

他科とのスムーズな連携でCKDの重症化を防ぐ

横浜栄共済病院では，腎臓内科と代謝内分泌内科が同一の外来ブースおよび病棟で診療を行っており，日常的に緊密な連携が図られている。代謝内分泌内科から腎臓内科へは，糖尿病性腎症以外の腎疾患との鑑別診断が必要な症例，糖尿病性腎症の重症化に伴い腎障害が進行した症例が依頼されるほか，糖尿病性腎症の早期の段階で患者の動機付けを高めるために紹介となるケースもあり，腎臓内科医による早期介入が行われている。

また，腎臓内科と代謝内分泌内科の外来ブースには，栄養指導科も設置されており，予約制の栄養相談とは別に，食事に関する問題があるなどの場合は診察終了後に管理栄養士と面談して指導を受けるといったケースも多い。押川氏は「診察後にすぐ隣のブースで栄養指導を受けられるので，患者さんにとって好ましい環境であると思います。このような連携した栄養指導により，安定した状態を維持できている患者さんも少なくありません」と述べた。食事療法の継続により腎機能が安定しているCKD患者の特徴について，押川氏は「治療に対する意欲が高い患者さんには蓄尿を行い，たんぱく質摂取量や塩分摂取量を評価しているのですが，この評価がやる気につながっているようです。摂取目標量を毎回厳密に遵守しているという人は腎機能が安定する傾向があります」と説明した。

横浜栄共済病院では，栄養指導を「栄養相談」と呼び，患者が栄養指導を受け入れやすい工夫を図っている。栄養相談を担う栄養指導科には，腎臓病に関連する病態と栄養の知識および専門的技術を修得し，臨床経験を積んだ管理栄養士として認定された腎臓病病態栄養専門管理栄養士が1名在籍している。押川氏は「腎臓病病態栄養専門管理栄養士には，腎臓病における画一的な栄養指導（たんぱく質制限，カリウム制限など）ではなく，患者さんのライフスタイルや体格，病態などに合わせた

栄養指導を期待しています」と話し，特に高齢者では低栄養に陥りやすいことを踏まえたうえで，予後改善につながる最適な食事療法を導いてほしいと期待を述べた。

CKD病診連携の実際 ～横浜CKD連携協議会の取り組みを踏まえて

横浜市栄区において，腎臓専門医が在籍する施設は横浜栄共済病院のみであり[3]，地域のCKD診療の中核としてかかりつけ医との連携に取り組んでいる。横浜栄共済病院腎臓内科では，患者の紹介を受けてCKDの病状把握と原因精査を行う際，腎臓に限定せず全身のスクリーニングが行われる。血液検査，尿検査，CT検査などで内科的な疾患を含めてスクリーニングすることで，がんが見つかった経験もあると押川氏はいう。CKDステージが確定し，CKDに対する治療方針が決まった患者は基本的にかかりつけ医に戻し，3～6ヵ月に1回の頻度で専門医を受診するといった併診の形で進めている。一方，紹介時に専門医による治療介入が必要ないと判断される症例も少なくないと押川氏は実態を語った。「今すぐ介入する必要がなくても数年後に必要になったり，腎機能の急激な悪化により介入が必要になったりする可能性があることから，3～12ヵ月に1回の頻度で専門医を受診するという連携を図っています。このような形で早期の段階からかかりつけ医の先生と継続的に連携することで，再紹介時の患者さんの受け入れにもスムーズに対応することができ，また患者さんも専門医とつながっているという安心感をもつことができます」（押川氏）。

さらに，保存期CKDの管理をかかりつけ医に依頼する際，「紹介元への返書には食事療法の留意点や薬剤変更時の注意点などを詳しく書くようにしています」と話した。そうした細やかな配慮は，かかりつけ医のもとでの適切な保存期CKDのケアにつながっている。実際，「かかりつけ医による保存期CKDケアが行われていた100歳の患者さんに血液透析を導入でき，良好な結果が得られました」と押川氏は最近の経験を振り返った。

また，横浜栄共済病院では，院内・院外の医療従事者を対象とした腎疾患談話会に外部講師を招いてCKDに関する講演会を行い，地域における啓発と親睦を図ってきた。現在，COVID-19の影響により院内でのこうした活動は中止となっているが，押川氏は日本腎臓病協会（JKA）横浜南部・横須賀エリアのチームリーダーを務めており，JKAが後援する地域でのCKD対策セミナーなどを介して疾患啓発活動をサポートしていきたいと語った。

一方，横浜市全体においては，横浜CKD連携協議会が横浜市医師会の分科会である横浜内科学会（医師会員約450名）と共同で，CKDの早期診断・早期治療により腎疾患の予後改善に寄与することを目的とした取り組みを進めている。取り組みのひとつとして，開業医（プライマリケア医）から腎臓専門医への紹介システムを構築してCKD患者の流れのイメージ（図1）を明確にした。横浜CKD連携協議会は，横浜市における病診連携を通じてCKD治療体制の充実を図るため2011年に発足し，受け入れ先の専門医療機関として横浜栄共済病院を含む22施設が参加している（図2）。

紹介システムの運用には，プライマリケア医から腎臓専門医への依頼状「精査依頼書」と腎臓専門医からプライマリケア医への依頼状「治療計画書」を使用し（p.12～13参照），年1回開催される会合において，運用状況の検証などを行う。「精査依頼書」には，日本腎臓学会作成の紹介基準[4]に加えて，横浜CKD連携協議会が推奨する紹介基準（下記項目のどれ

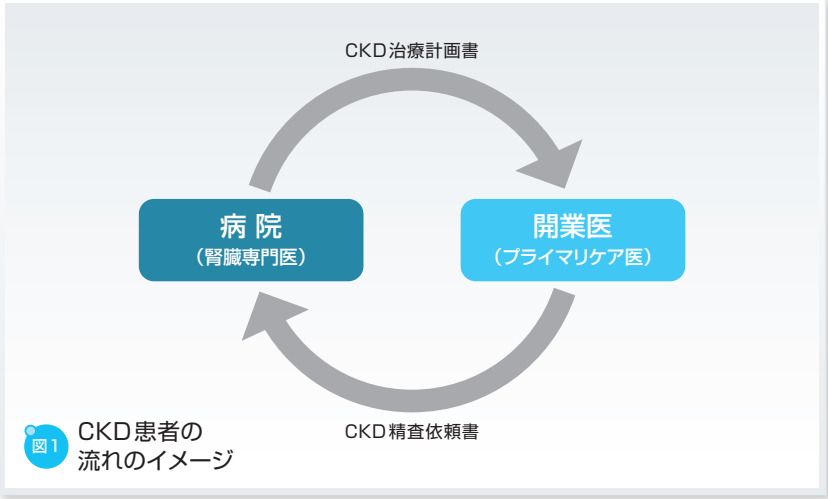


図1 CKD患者の流れのイメージ

図2 横浜CKD連携協議会 腎臓専門病院（22施設）

(http://kanagawamed.org/yokohama/ckd/ckdhptl22.pdf)

か1つあれば紹介：3ヵ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は必ず紹介，尿蛋白2+の場合は必ず紹介，尿蛋白/尿潜血共に1+以上，2回続けてeGFR50mL/分/1.73m^{2}未満，2回続けて血清クレアチニン値男性1.5mg/dL以上または女性1.2mg/dL以上）が記載されており，この基準より軽度での紹介も可能としている。「最近では，eGFRが60mL/分/1.73m^{2}を下回った程度あるいは血清クレアチニン値が1.0～1.1mg/dL程度といった早期の段階でCKD患者さんを紹介していただけるようになってきています」（押川氏）。その一方，「CKDの早期発見・早期介入の重要性が認識されてきて，専門医への紹介のハードルは低くなりつつありますが，CKDに対する理解の偏りがみられます。横浜CKD連携協議会に多くのプライマリケア医に参加いただき，CKDに対する理解を浸透させて早いタイミングで腎臓専門医に1回は評価してもらうことを意識した診療が行えるよう，地域全体のレベルを高めていく必要があると考えます」と押川氏は課題を分析した。

CKD患者の掘り起こし，早期発見・早期介入に向けて

地域におけるCKD対策として，押川氏は「いまだ多くのCKD患者さんが専門医の受診に至っていないことが推察されますので，早い段階で紹介していただける連携体制を確立していく必要があります」と述べ，その目標達成に向けて，紹介元への逆紹介には丁寧に対応することを心がけていると話した。「紹介元への返書にはCKDに関する情報だけでなく，診療のコツなどちょっとした参考情報を書いて“素っ気ない感じ”にならないよう工夫しています。今のコロナ禍においては直接会って話すことが難しいため，患者さんを紹介いただく際の依頼状や返書はコミュニケーションツールとして大事にしています」（押川氏）。

最後に，押川氏はCKD対策の展望について，「横浜市という大都市では取り組みがなかなか進まない傾向にあります。このような現状においては，CKD対策として実現可能な取り組みを探し，実践していくことが求められるでしょう。将来的には，近隣の横須賀市で推進されているように，行政を含めた連携によって健診結果に基づき医療機関への受診勧奨を行い，CKDを早期に発見して重症化を予防する取り組みを進めていきたいです」と語った。

引用文献

1）神奈川県人口統計調査．神奈川県の人口と世帯（令和4年4月1日現在）．2022.（https://www.pref.kanagawa.jp/documents/14449/geppou_r4_4.pdf）
2）横浜市．区別老年人口比率（令和3年9月30日現在）．2021.（https://www.city.yokohama.lg.jp/kanagawa/kusei/tokei/tokeijoho/jinko/jinkou4.html）
3）日本腎臓学会．腎臓専門医名簿（2022/5/26現在）．（https://jsn.or.jp/medic/specialistsystem/specialist/listindex.php）
4）一般社団法人日本腎臓学会．かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準．2018.（https://www.jsn.or.jp/topics/notice/_3410.php）

INTERFACE

腎臓専門医，糖尿病専門医，腎臓病病態栄養専門管理栄養士，かかりつけ医がそれぞれの立場から，地域での医療連携や行政施策の現状・課題について解説します。

国家公務員共済組合連合会
横浜栄共済病院 腎臓内科
部長

押川 仁
Oshikawa Jin

腎臓専門医の立場から

糖尿病専門医

山田先生からの質問

Question

糖尿病患者さんを腎臓内科へ紹介する際のタイミング・基準を教えてください。

Answer

腎臓専門医

押川先生の回答

日本糖尿病学会・日本腎臓学会が推奨する紹介基準を参考にして早めにご紹介いただき，適切な治療介入を行うことでCKDの予後改善につながります。

基本的には，日本糖尿病学会および日本腎臓学会が推奨する紹介基準に準じて対応していただきたいと思います。日本糖尿病学会が作成した紹介基準[1]において，慢性合併症として腎機能低下や蛋白尿（アルブミン尿）がある場合は，日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」[2]を参照するよう記載されています。「かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準」[2]では，正常アルブミン尿・蛋白尿であってもeGFRが45mL/分/1.73m²未満（40歳未満の患者はeGFRが60mL/分/1.73m²未満）の場合に紹介，微量アルブミン尿・軽度蛋白尿の場合はeGFRが60mL/分/1.73m²未満で紹介，微量アルブミン尿・軽度蛋白尿で血尿がある場合または顕性アルブミン尿・高度蛋白尿の場合はeGFR値にかかわらず紹介することが推奨されています。

この紹介基準を参考にしながら早めにご紹介いただければ，早期からの治療介入に取り組むことができると考えています。実際の経験でも，もう少し早い段階で発見されていたら適切な治療介入を行えたという症例が少なくありません。最近では，CKDの適応が追加されたSGLT2阻害薬が登場するなど，CKD治療は新たな局面を迎えていますので，早期介入による予後改善が期待されます。

また，当科では各科・各医療機関からご紹介いただいた患者さんに対し，腎臓だけでなく全身のスクリーニング検査（血液検査，尿検査，CT検査など）を実施しており，がんなどが検出されることもあります。このように，隠れた疾患の発見にもつながりますので，早いタイミングで1回は腎臓内科にご紹介いただくことが大切です。

ご紹介いただいた患者さんのなかには，その時点で腎臓内科による治療介入が必要のない方もいらっしゃいます。安定している症例の管理は主治医・かかりつけ医の先生に引き続きお願いしますが，CKDに対する専門的治療が数年後に必要になったり，腎機能が急激に悪化したりする可能性があることから，3～12ヵ月に1回の頻度で当科を受診していただくという連携を図っています。こうした連携体制を維持することで，再紹介時の患者さんの受け入れにもスムーズに対応することができ，患者さんも腎臓専門医とつながっているという安心感をもつことができて，CKDの予後改善に向けたフォローアップにつながると考えています。

引用文献
1）一般社団法人日本糖尿病学会．「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」について．2018．（http://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=92）
2）一般社団法人日本腎臓学会．かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準．2018．（https://jsn.or.jp/data/180227-001.pdf）

国家公務員共済組合連合会
横浜栄共済病院
内科統括部長/
代謝内分泌内科 部長

山田昌代
Yamada Masayo

糖尿病専門医の立場から

国家公務員共済組合連合会
横浜栄共済病院
栄養指導科 科長

齋藤かしこ
Saito Kashiko

腎臓病病態栄養専門管理栄養士の立場から

医療法人社団
江口医院
院長

江口一彦
Eguchi Kazuhiko

かかりつけ医の立場から

腎臓専門医

押川先生からの質問

Question

代謝内分泌内科では糖尿病患者さんの腎症予防に向けて，どのような患者教育を実践されていますか。

Answer

糖尿病専門医

山田先生の回答

糖尿病教育入院を通じて，腎症は糖尿病の重大な合併症の1つであるという認識を患者さんにもっていただけるよう取り組んでいます。

当科では糖尿病合併症の進展抑制を目的とした「糖尿病教育入院」を実施しており，血糖コントロールを改善するとともに，腎症を含む糖尿病合併症の評価を行うことに重点を置いています。糖尿病教育入院の期間は通常2週間をお勧めしていますが，患者さんに合わせて5日間や10日間のプログラムを作成し，クリニカルパスにおいても入院する曜日などを設定せずに，患者さんが入院した日を1日目として開始できるように対応しています。

糖尿病教育入院では，代謝内分泌内科医師5名，糖尿病看護認定看護師1名，日本糖尿病療養指導士の有資格者13名（看護師2名，管理栄養士3名，薬剤師5名，臨床検査技師3名）のほか，理学療法士およびソーシャルワーカーが協力し，多職種によるチーム体制で自己管理を支援する教育や合併症の評価を行っています。また，眼科受診は入院前に行っていただいていますが，歯科受診に対する意識づけは難しいことから，糖尿病教育入院期間中に歯科口腔外科を受診していただき，歯周病チェックを行います。新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大が始まった当初は，糖尿病教育入院の予約キャンセルが相次ぎましたが，最近ではコロナ禍前の状況に戻り，多いときには1ヵ月あたり20名以上の予約が入っています。これからも糖尿病教育入院を通じて，腎症は糖尿病の重大な合併症の1つであるという認識を患者さんにもっていただけるよう取り組んでまいります。

また，2019年から外来患者さんを対象とした「糖尿病教室」を月1回の頻度で開催し，1回あたり20～40名ほどが参加されました。糖尿病教室も糖尿病教育入院と同様，多職種で連携して取り組んでおり，毎回テーマを決めて各専門分野の治療に関する講演や実演，理解を深め，より興味をもってもらうための寸劇，1周年企画では体力測定コンテストなどを行いました。糖尿病教室に参加された方々が満足して帰っていかれる姿を見て，腎症など合併症に関する認識も高まることを期待していましたが，COVID-19の拡大の影響により，現在，糖尿病教室の開催は中止しています。当院のある横浜市栄区は高齢者が多い地域であり，（糖尿病教室の）オンライン開催は難しいことから，開催頻度を2ヵ月に1回に変更するなどして早く再開したいと，スタッフ一同，高いモチベーションをもって備えているところです。

INTERFACE

腎臓病病態栄養専門管理栄養士

齋藤さんからの質問

糖尿病性腎臓病（DKD）患者さんにおいて腎症の食事へ切り替えるタイミング・基準や注意点を教えてください。

糖尿病専門医

山田先生の回答

患者さんの年齢や状態に応じて腎症の食事への切り替えのタイミングや基準を考慮し，良好な血糖・血圧コントロールを維持できる食事療法を実践することが大切です。

腎症に対する食事療法の基本は，血圧管理のための塩分制限と腎臓への負担を軽減するためのたんぱく質制限です。DKDの治療には血糖・血圧コントロールが重要であり，腎症の進行を抑えるには塩分制限に加えてたんぱく質摂取量にも注意が必要となります。日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド2022-2023」では，顕性腎症期の場合，たんぱく質制限は0.8～1.0g/kg目標体重/日を考慮してもよいと示されており，低たんぱく質食を実施する際には，エネルギー摂取量の十分な確保が必要であるとしています[1)]。

若年で蛋白尿を呈するDKD患者さんに対しては，前述の基準に準じ，たんぱく質制限を積極的に支援していくことが望ましいと考えます。一方，サルコペニア・フレイル予防を考慮した栄養管理が求められる高齢のDKD患者さんに対しては，たんぱく質制限を行うことで食事量が減り，低栄養状態に陥る可能性があるため注意が必要です。実際，私たちが高齢のDKD患者さんに食事指導を行う場合，たんぱく質制限よりも糖質の過剰摂取の是正やカリウム制限を優先することが多いです。

また，腎症の重症化予防に向けて栄養相談を受けたDKD患者さんのなかには，最初は危機感をもって腎症に対する食事療法に取り組むものの，次第に頑張ることに疲れてきて数ヵ月間しか継続できていないというケースがしばしばみられます。また，栄養指導科からもたんぱく質の制限を開始したことで，エネルギー量を補うために炭水化物を増やす指導をされ，患者さんが戸惑うケースも少なくないというお話を聞いています。このように，マニュアル等で推奨される食事指導を行っても効果的な実践に至らない症例もあることから，目の前にいる患者さんにとってたんぱく質制限が有用なのかを判断する必要があると考えます。当院では，入院，外来を問わず，栄養指導科，腎臓内科および代謝内分泌内科が日常的に緊密な連携を築くことができる配置にあり，カンファレンスでの情報共有も行っています。各科が相互に連携し，患者さん一人ひとりが適切な食事療法を実践できるよう，これからも支援に努めていきます。

引用文献

1）日本糖尿病学会（編）．糖尿病治療ガイド2022-2023．東京：文光堂；2022．p.87．

腎臓専門医

押川先生からの質問

「腎臓病病態栄養専門管理栄養士」とはどのような資格ですか。また，地域における役割や活動についてお聞かせください。

腎臓病病態栄養専門管理栄養士

齋藤さんの回答

腎臓病に関する広い知識と技能を備えた，優れた管理栄養士として認められた者に与えられる資格であり，各地域における腎臓病療養指導士の育成やCKDの啓発活動に尽力しています。

日本病態栄養学会と日本栄養士会は日本腎臓学会と連携し，腎臓病に関する広い知識と技能を備えた優れた管理栄養士を社会に送ることで，国民の健康増進に貢献するための認定制度を2015（平成27）年度より発足させました。この制度は，腎臓病に関連する病態と栄養の知識と専門的技術を修得し，臨床経験を積んだ管理栄養士を「腎臓病病態栄養専門管理栄養士」として認定するものです。認定条件には，病態栄養認定管理栄養士・病態栄養専門管理栄養士または臨床栄養認定管理栄養士を取得後3年以上の実務経験を有するほか，腎臓病にかかわる栄養管理に通算5年以上従事していることなどが含まれます。

本制度への取り組みは，厚生労働省の委託を受け，認定者を47都道府県すべてに配置することを目指して開始されました。しかし，腎臓専門医が在籍する施設で実績を積まなければ認定に必要な申請資格が満たされないことに加えて，コロナ禍で認定試験が3年連続中止となったという背景から，第1期認定者が誕生して5年が経過した現在の有資格者は50名余りと少なく，各都道府県への配置には至っていません。

腎臓病病態栄養専門管理栄養士は，各地域で認定される腎臓病療養指導士の講習会において講師を務めたり，都道府県や市などでさまざまな啓発キャンペーンやイベントにおいて中心的役割を担ったりするなどして活躍しています。

神奈川県には，私を含め腎臓病病態栄養専門管理栄養士6名が在籍していますが，COVID-19の影響もあり，十分な活動を行えていないのが現状です。神奈川県はCKD重症化予防の取り組みがなかなか進んでいないことから，県内の栄養士，医師，看護師，薬剤師などCKD患者さんにかかわる医療関係者が一堂に会し，県全体でCKDのチーム医療を行っていくようなことをイメージした大規模なイベントを開催できれば，新たな展開が期待できるのではないかと考えています。

コロナ禍の今は，こうしたイベントを実現するのは難しいですが，世界腎臓デー（3月の第2木曜日）には県民や市民に向けた啓発活動を積極的に推進するなどして，CKD重症化予防対策の一翼を担っていきたいと思います。当院においても，コロナ禍以前に行って好評だったCKD保存期食・透析食の調理実習など，支援のあり方を考えながら，患者さん一人ひとりに適切な栄養指導を行っていきます。

INTERFACE

糖尿病専門医　かかりつけ医

山田先生，江口先生からの質問

主治医・かかりつけ医がCKDを伴う患者さんに食事指導を行う際のポイントや注意点について教えてください。

腎臓病病態栄養専門管理栄養士

齋藤さんの回答

たんぱく質制限や塩分制限を行ううえでの食品の選び方を意識づけする指導をしていただくと，食事療法の継続につながることが期待されます。高齢者においては，食事量の減少により低栄養にならないよう注意が必要です。

患者さんにとって食事は生活の一部です。そのため，私たちが栄養指導を行う際には最初に患者さんの生活背景を聴取します。食嗜好はもちろん，独居なのか，調理担当者はだれか，中食か外食中心か，惣菜や弁当をどこで買っているのか，スーパーなどで閉店時間前に値下げされたものを買って賄うことが多いのか，治療用特殊食品の購入が可能かなどといった経済面も含めた生活全般を把握したうえで指導を行うようにしています。なかには生活が厳しく，食生活が成り立っていない方などもいて，最低限のバランスのよい食事を実践できるように指導しています。また高齢者には，その方の今までの食習慣や生活を尊重し臨機応変にワンポイントの指導を行っています。

食事療法の実践には，栄養指導を継続して受けていただくことが大切です。医師に言われて渋々来られた方や何か悩みを抱えている方は，応答はよくても実践に至らないこともあります。指導を受けたくない理由，悩みやストレスを何気なく聞き出し患者さんの思いを見極めたうえで指導を進めていきます。そうすることで，患者さんは気持ちが落ち着き，こちらの言葉にも耳を傾ける余裕がでてくるので，「また栄養相談に行ってみようかな」と思うようになり，徐々に食事療法を受け入れていくようになります。

このように，栄養指導・食事指導は一筋縄ではいきません。特にCKDの場合，病期によって治療方針などが異なることもあり，主治医やかかりつけ医の先生方が実施する際は，ワンポイントアドバイスとして，食塩を控えることや，食べ過ぎ傾向の方には食品の選び方を意識するような指導をしていただくとよいかと思います。ただ，できることならば，やはり食事の話は簡単なことでも管理栄養士に声をかけていただくとよいと思います。高齢者のなかには，低栄養の方もいます。そのような方にたんぱく質制限や塩分制限を積極的に指導すると，フレイルになり腎機能が悪化することもあります。開業医の先生で管理栄養士のいない場合，各県の栄養士会にある栄養ケア・ステーションに連絡していただくと管理栄養士を派遣してもらえます。私たちは，患者さんがいかに食事管理を実践していけるか，食品模型や資料を用いて具体的な話ができます。CKDの食事療法で，たんぱく質制限や塩分制限を行う場合，食品の組み合わせ方や食塩の取り入れ方，調理方法など個々の生活に合わせた指導をしています。

腎臓専門医　腎臓病病態栄養専門管理栄養士

押川先生，齋藤さんからの質問

CKD患者さんを腎臓専門医や専門医療機関での栄養指導に紹介する際，どのようなことを期待されていますか。

かかりつけ医

江口先生の回答

日常的に腎臓病診療に取り組む立場としては，慢性腎炎など原因疾患の鑑別，透析導入・非導入の判断を目的に腎臓専門医に紹介しています。栄養指導については，個々の家庭・経済環境などを踏まえた指導を患者さんが理解・実践できるまで行っていただくことを期待しています。

腎臓病診療に携わっていた経験があることから，CKDを含む腎臓病患者さんの日常診療は基本的に当院で行っており，画像診断や腎生検で詳細な診断を行う必要があるか，あるいは透析への移行が望ましいかなど，自分で判断ができない場合に腎臓専門医の先生に紹介しています。

当院から紹介するCKD患者さんの9割以上は，同じ横浜市栄区にあり腎臓病の精査・治療から透析導入・管理までを行う区内唯一の総合病院である横浜栄共済病院に紹介しています。特に，90歳以上の超高齢者や認知症を伴う患者さんへの透析導入についてご相談することが多いです。先日も100歳で認知症がなく，透析が必要な状態となった患者さんを紹介し，週3回の維持血液透析を施行していただいています。また，若年で生命予後が長いと予想される患者さん，急速に腎機能が悪化した患者さん，ネフローゼ症候群の状態を呈している患者さんなどで慢性腎炎が想定される場合には，腎生検を依頼しています。

他方，日常診療において腎臓病診療を行っていないかかりつけ医の先生方は，蛋白尿や血尿，血清クレアチニン値上昇を認める患者さんの確定診断と治療方針の決定や腎性貧血に対する治療を求めて専門医へ紹介するのではないでしょうか。

CKD患者さんの食事療法については，なかなか教科書通りにいきませんので，腎臓病病態栄養専門管理栄養士である齋藤先生に相談させていただくことが多いです。私たちが日常診療を担うCKD患者さんは，老老世帯であったり，認知症を伴っていたり，金銭的な問題を抱えていたりと，ガイドラインなどで推奨されているような食事療法の実践が難しいケースも少なくありません。また，高齢者においては塩分制限やたんぱく質制限を実践することで食欲が落ち，フレイルやロコモティブシンドロームを来して予後不良になる可能性があります。したがって，患者さんの家庭環境や経済環境，認知症の程度，年齢などを踏まえた栄養指導を行っていただくことが望ましいと考えます。

さらに，患者さんの理解力に応じた指導の工夫を図っていただきたいです。特に，高齢者の多くは栄養指導を1回だけ受けても十分に理解することができません。指導を複数回繰り返し，それで終わるのではなく，間を空けて実践できているかを確認するなどしていただく必要があるように思います。

クリニカルパス・その他ツール

横浜CKD連携協議会

押川 仁 国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 腎臓内科 部長
Oshikawa Jin

横浜CKD連携協議会の
「精査依頼書」と「治療計画書」をご紹介します。

6：プライマリケア医から腎臓専門医への依頼状　（令和 3年 7月改訂版）

横浜CKD連携協議会精査依頼書　令和　年　月　日

紹介先　　病院　　紹介元クリニック・医院名
診療科・医師名　　科　　先生　　医師氏名　　先生

患者氏名			
生年月日　大・昭・平　年　月　日（　歳）　（男・女）			
住所　TEL			

・依頼理由（複数チェック可）
☐ CKD 原疾患診断　☐ CKD今後の治療方針　☐ CKD患者教育・食事指導
☐ 腎不全療法選択外来受診　☐ 腎性貧血治療導入　☐ 高カリウム血症治療導入
☐ 検査のみ希望（検査名　　）　☐ その他（　　）

・CKD関連検査結果（下記以外の検査データのコピーもお願い致します）

年／月／日	／　／	／　／	腎臓学会基準（次ページ）に加えての本協議会紹介基準 下記項目のどれか1つあれば、ご紹介ください
血清Cr（クレアチニン）			
eGFR			・3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は必ず紹介
尿蛋白定性・尿蛋白/尿Cr比			
尿アルブミン/尿Cr比			・尿蛋白2＋以上の場合は必ず紹介
尿潜血			・尿蛋白/尿潜血共に1＋以上
Hb（ヘモグロビン）			・2回続けてeGFR50未満
診察室血圧	／	／	・2回続けてCr男性1.5女性1.2mg/dL以上

eGFRは必須項目ではありません。紹介基準は、あくまで参考ですので、これより軽度でのご紹介でもかまいません。

現病歴

合併疾患　☐高血圧　☐糖尿病　☐脂質異常症　☐喫煙歴あり　☐狭心症・心筋梗塞
☐心房細動　☐心不全　☐TIA・脳梗塞　☐ASO　☐飲酒歴あり

患者の処方内容（別紙処方箋のコピーでも可）
（　　）

――当院の希望――

下記の検査・治療は、当院で施行困難なため、お返事の際、ご考慮ください

☐eGFR算定　☐尿中アルブミン検査　☐1日蓄尿検査
☐CKD栄養指導　☐エリスロポエチン皮下注　☐尿蛋白/尿Cr比
☐尿アルブミン/尿Cr比　☐その他（　　）

当院では、当患者において、下記のCKD病診連携を希望します

☐貴院精査終了後、当院で加療希望　☐今後、CKD については、貴院と当院で併診希望
☐今後、CKDについては、貴院あるいはCKD専門のかかりつけ医で加療希望
☐その他（　　）

図1 横浜CKD連携協議会精査依頼書

7：腎臓専門医からプライマリケア医への治療計画書（令和 3年 7月改訂版）

横浜CKD連携協議会治療計画書

令和　　年　　月　　日

紹介先　　病院　　紹介元クリニック・医院名

診療科・医師名　　科　　先生　　医師氏名　　先生

患者氏名

生年月日　　㍾・㍽・㍼　　年　　月　　日（　　歳）　（男・女）

診断

☐CKD でない　　☐急性腎障害（AKI）（含む、CKD の急性増悪）

☐CKD 原疾患：

重症度ステージ分類：G区分　G1，G2，G3a，G3b，G4，G5；A区分 A1，A2，A3

☐その他の診断名

血液・尿検査結果

画像診断

☐腹部CT　　結果

☐腹部エコー

☐その他

（　　）

食事療法の留意点

薬剤投与・その注意点

☐貴院でおねがいします　　☐当院より処方します

その他の問題点

☐貧血管理　☐骨ミネラル対策・Ca-P管理　☐高カリウム血症・アシドーシス対策

☐尿毒素対策　☐血圧管理　☐糖代謝管理　☐脂質代謝管理　☐心不全管理

☐高尿酸血症管理　☐検査

再診のタイミング

☐主に、貴院で加療お願いします（　　ヵ月後再診します）

☐CKDについては、主に当院で加療します（次回受診予定日　　年　　月　　日）

☐下記の異常所見を認めた場合、再依頼お願いします

図2 横浜CKD連携協議会治療計画書

「横浜CKD連携協議会」は，横浜市における病診連携を通じてCKD治療体制の充実を図るため2011年に発足された協議会であり，横浜市医師会の分科会として活動している横浜内科学会（医師会員約450名）と横浜市内の専門医療機関とのスムーズな連携体制の構築を目指しています。横浜CKD連携協議会と横浜内科学会は共同で開業医（プライマリケア医）から腎臓専門医への紹介方法を明確にし，CKDの早期診断・早期治療により腎疾患の予後改善に寄与することを目的とした取り組みを進めています。対象はCKDが疑われる患者さんであり，プライマリケア医は「精査依頼書」（**図1**）に記載のある紹介基準を参考にして腎臓専門医へ依頼します。紹介基準はあくまで参考であり，基準より軽度での紹介も可能です。精査依頼書にはプライマリケア医の希望を記入する項目を設定しており，プライマリケア医の施設において施行困難な検査および治療，精査終了後の病診連携の進め方について腎臓専門医へ伝えることができるようになっています。また，精査依頼書の簡略版もあります。

精査終了後に腎臓専門医からプライマリケア医へ提示する「治療計画書」には，診断および検査の結果，食事療法および薬物療法の注意点などのほか，再診のタイミングを記入する項目が設定されています（**図2**）。フォローアップは，日本腎臓学会より刊行された「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」に従って行うことを基本としています。

ご紹介した精査依頼書および治療計画書のほか，横浜CKD連携協議会の運用マニュアル，紹介先の腎臓専門施設22病院は本協議会のホームページ（http://kanagawamed.org/yokohama/ckd/）にてご確認いただけます。

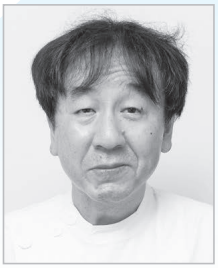
富山市立 富山市民病院

顔の見える連携を重視した医療体制で地域のCKD患者を支える

〒939-8511 富山県富山市今泉北部町2番地1　https://www.tch.toyama.toyama.jp

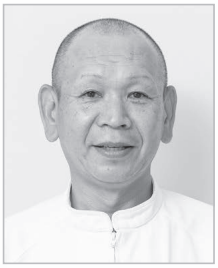
石田陽一
Ishida Yoichi
富山市病院事業管理者
（富山市立富山市民病院，
富山市立富山まちなか病院）

1979年金沢大学医学部卒業，金沢大学第一内科入局。1986年富山市民病院内科医長，1989年同人工透析科部長，2008年同医療局長・内科部長，2009年同副院長，2012年同院長代行，2013年同院長，2019年富山市病院事業管理者・富山市民病院院長，2020年富山市病院事業管理者，現在に至る。
日本内科学会総合内科専門医，日本腎臓学会専門医・指導医，日本透析医学会専門医・指導医，日本高血圧学会専門医・指導医，日本診療情報管理学会診療情報管理士。



大田聡
Oota Satoshi
富山市立富山市民病院
腎臓内科 部長

1989年金沢大学医学部卒業，金沢大学第一内科入局。1991年金沢市立病院，1993年金沢大学医学部附属病院第一内科，1999年富山市民病院内科医長，2003年同血液浄化療法部長，2011年同腎臓内科部長，2016年同参事（地域連携担当），2017年同中央研究検査部主任部長，現在に至る。日本内科学会総合内科専門医・指導医，日本腎臓学会専門医・指導医，日本透析医学会専門医・指導医・評議員，日本アフェレシス学会評議員，日本腹膜透析医学会認定医・評議員，日本リウマチ学会所属。



松木理浩
Matsuki Takahiro
富山市立富山市民病院
東病棟6階 副看護師長/
透析看護認定看護師

1992年看護師免許取得，富山市民病院就職。最初の4年間は第二希望の手術室に配属となり，その後は脳神経外科病棟（2年間），精神科病棟（1年間）を経て1999年から透析室配属。2018年腎臓内科病棟配属，現在に至る。2009年慢性腎臓病療養指導看護師（CKDLN），2010年日本看護協会透析看護認定看護師，2018年に腎臓病療養指導士取得。学位は2015年に富山大学大学院にて看護学修士を修了。日本腎不全看護学会，日本透析アクセス医学会，日本サイコネフロロジー学会所属。2021年11月より日本腎不全看護学会理事長，同年日本CKDチーム医療研究会世話人。

施設紹介

人口規模約50万人の富山医療圏に位置する富山市民病院は，545床を有する公立総合病院であり，高度急性期・急性期医療，災害医療，感染症医療を主に担っている。また，2008年に富山県で初めて地域医療支援病院の承認を受け，地域完結型医療を担う中核病院である。2019年に開院した富山市立富山まちなか病院（旧富山逓信病院）との連携強化により，急性期から回復期にかけての医療を切れ目なく行うことを目指している。富山市民病院と富山まちなか病院の事業を管理する石田陽一先生，チーム医療でCKD患者を支えている富山市民病院腎臓内科部長の大田聡先生，透析看護認定看護師の松木理浩先生にお話を伺った。

地域におけるCKD医療の現状と課題

―富山市民病院の地域における役割について教えてください。

石田　富山市民病院は，高度急性期および急性期医療を担う地域の中核病院として，透析医療を含め地域との連携を強く意識した医療を展開してきました。さらに，専門性の高い外来医療の機能強化を目指しており，2019年に開院した富山市立富山まちなか病院とも連携しながら，患者さんがスムーズに継続して専門的な外来医療を受けられるよう取り組んでいます。富山まちなか病院は市内急性期病院の後方連携病院として，主に回復期を担っています（50床）。富山まちなか病院には2022年4月から腎臓専門医が1名在籍しており，腹膜透析（PD）患者さんの管理やレスパイト入院の受け入れなどにも対応していただけることを期待しています。

―CKDを取り巻く医療環境についてはいかがでしょうか。

石田　公的病院と民間透析施設および腎臓内科の開業医の先生方が研究会を中心とする活動を通じて信頼関係を構築されており，CKD病診連携における関係性は良好です。腎疾患重症化予防のための戦略研究（FROM-J）において，ブロックの拠点施設である金沢大学の地区医師会に選定された富山市医師会から非常に多くのCKD患者さんの登録連絡があったことからも，CKD病診連携の重要性に対する理解が深まっていると考えています。その一方で，透析患者さんの高齢化という大きな問題に直面しており，医療と介護の連携推進，通院困難な患者さんの送迎手段や，一定期間入院が必要な患者さんの病床の確保が重要な課題として挙げられます。

富山市民病院腎臓内科の診療実態と院内連携によるCKD医療への取り組み

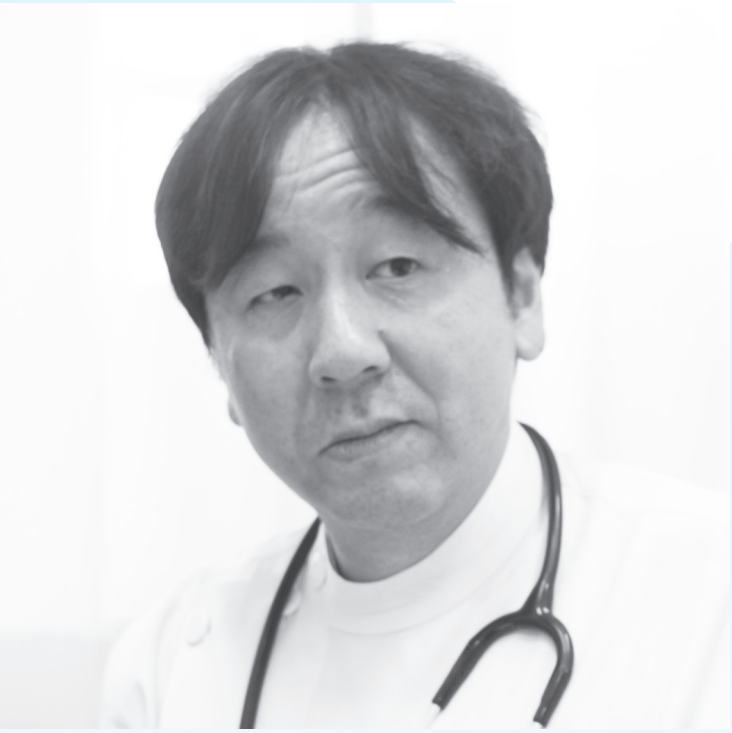
―富山市民病院腎臓内科の診療体制，CKD患者さんの傾向について教えてください。

大田　石田事業管理者を含め医師5名（うち腎臓専門医3名）が所属し，4名の医師が曜日ごとに外来診療を担当しています。週あたりの外来患者数は腎疾患とリウマチ・膠原病をあわせて約200名で，かかりつけ医からご紹介いただく腎疾患患者さんは週に5～10名程度です。当院は市街地から少し離れていることもあって受診患者さんは高齢の方が多く，糖尿病や高血圧をベースにしたCKD患者さんが多い傾向にあります。

―腎生検と透析療法の実績，透析室の特徴について教えてください。

大田　腎生検数は1972年に開始して以来900件を超え，現在も年間30件前後を施行しています。血液透析（HD）患者さんは約70例，PD患者さんは約20例を管理しています。積極的に取り組んでいるPDは，最も多かった10年ほど前には40例近い患者さんの管理を行っていました。現在も年間5～10例PDを導入しています。また，当院は2019年に日本腹膜透析医学会より北陸で唯一の「医師，看護師腹膜透析教育研修医療機関」に認定されました。

透析室はかつて2階にあるICU内に設置され，HDベッド10床を有していましたが，2004年のICU改修に伴い，監視システムと連動したHDベッド32床が稼働する透析センターを1階に新たに設置しました。



2021年には多用途透析用監視装置DCS-200Siを導入し，患者さんの状態に合わせた透析療法の選択が可能となり，現在では4割程度にオンライン血液濾過透析（HDF）を施行しています。

―チーム医療でCKD患者さんをサポートしていますが，その取り組みについてお聞かせください。

大田　CKDチーム医療のメンバーは，腎臓内科医，看護師，薬剤師，管理栄養士，臨床検査技師，理学療法士，臨床工学技士などで構成されています。そのなかには，腎不全看護認定看護師，透析看護認定看護師，腎臓病療養指導士の松木さんをはじめ，専門的な資格をもつスタッフが含まれます。患者教育は，腎臓病教室（約2時間）を年3回開催して多職種による集団指導を行っているほか，看護外来に腎臓病相談窓口を設置して個人指導を行っています。特に看護師の役割は大きく，CKD初期は無症状であることが多いため，腎臓病相談窓口で患者さんが自分の腎臓が悪くなっていることを認識し，治療へのモチベーションにつながることを期待しています。

松木　看護部からは私のほか，腎不全看護エキスパートナース2名がCKDチーム医療に参画しています。保存期CKD患者さんへの教育は，透析室担当の先輩看護師の「緊急透析を回避するには保存期からかかわる必要がある」という考えから，チーム医療体制が整う前に先駆けて行っていました。それを引き継ぎ，あらゆる病期のCKD患者さんのサポートに努めています。腎臓病教室は長時間に及ぶため，なるべく患者さんが負担に感じず集中できるよう心がけ，CKDに興味をもっていただくことを重視して取り組んでいます。また，腎臓病相談窓口では患者さんが表出できないことを汲み取るという大きな役目を担っていますので，一方的に指導を行うのではなく，聞き役に回ることを意識して患者さんと接しています。

―チーム医療における職種間の連携でどのようなことを重視されていますか。

大田　CKD患者さんの高齢化に伴い，さまざまな背景をもつケースが増えていることから，多職種チームで情報を共有し，患者さんに満足していただける治療法を提案していきたいと考えています。当科は透析室も含め，スタッフ間の垣根が低いのが強みの一つであり，普段から顔の見える関係ができているというのは円滑なチーム医療を進めるうえで大切なのではないでしょうか。

松木　やはり，情報共有は大切だと思います。月1回開催する腎不全看護エキスパートナースと腎臓内科医師とのカンファレンスで，医師と外来患者さんに関する情報共有を行っています。また，患者さんは食事の内容や生活状況について医師や看護師にはあまり話さなくても，専門家である管理栄養士には詳しく話す傾向にあることから，管理栄養士と頻繁に情報共有しながら適切な栄養指導を行えるよう努めています。

―他の診療科との連携で工夫されていることはありますか。

大田　内分泌代謝内科や循環器内科の先生方には，通院中の患者さんに定期的な尿定性検査（糖尿病患者さんでは尿アルブミン定量）を実施すること，他院からの紹介で初診となった患者さんに腎疾患を疑う所見がなくても尿定性検査を実施することをお願いし，CKDの早期発見に努めています。

腹膜透析療法の普及に向けた取り組み

―腎代替療法選択の説明はどのように行っていますか。

大田　CKDステージG4以上の患者さんに対し，医師と看護師が腎代替療法の説明を行います。ご家族への説明も重要ですが，富山県は共働きの世帯が多く，高齢患者さんのご家族が平日の日中に病院へ足を運ぶのは容易ではないことから，同席していただくまでに時間を要する場合があります。また，患者さんの理解度もそれぞれ異なるため，前述の腎臓病相談窓口で定期的に繰り返し説明を行い，時間をかけてコミュニケーションを醸成することで患者さんにとってベストな治療法選択につながると考えています。若年患者さんで腎移植を希望される場合には，近隣施設に紹介して対応しています。

―PDを選択される患者さんの割合や理由，年齢などについて教えてください。

大田　当院では透析患者さんの20～30％がPDを選択されており，全国平均3.0％[1)]を大きく上回ります。患者さんがPDを選ぶ理由として最も多いのは生活の自由度が高く，社会復帰しやすいことですが，なかにはHDの穿刺が苦手という理由の方もいます。高齢患者さんでも，やはりHDによる週３回の通院が大変でPDを選ばれる方もいます。これまでに当院でPDを導入した最高齢は92歳です。この患者さんは認知症もなく，機械いじりが好きだった本人の希望でPDを導入することになり，96歳まで継続しました。重たい透析液バッグを持つときは同居している60代の息子さんがサポートしていましたが，バッグの交換は最後まで自分で行い，ご本人も息子さんも満足しておられました。

―PD導入の際に特に注意していることは何でしょうか。

大田　PDは合併症対策が重要であり，腹膜炎を頻回に起こさないよう基本に忠実なバッグ交換や出口部ケアなど自己管理の大切さを患者さんとご家族に理解していただく必要があります。また，PDではカリウム制限は緩和されますが，塩分制限は継続していただくほうが血圧や体重を管理しやすいため，患者さんが自由に食事できるというイメージをもち過ぎないようにしています。食事制限についての説明が不十分だと，PD導入後に比較

的短期間で終了してしまう傾向にあるため，看護師と医師から食事管理も含めたPDにおける自己管理のポイントを十分に説明するようにしています。

松木　透析という未知なる治療に向かう患者さんの緊張や恐怖心を少しでも軽減できるように，声かけを行っています。例えば，PD手技がある程度できているのに完璧ではないからと退院後のことを心配される患者さんには，「自宅だと自分でしっかりやらないといけないと思うから意外とできますよ」などと前向きな気持ちになるよう接するようにしています。

―在宅でのPD治療サポート体制についてお聞かせください。

大田　透析室の看護師が家庭訪問を行い，ご自宅の環境や手技を確認するなど実際の状況を見てアドバイスしています。また，看護師が中心となってPD地域連携パスを作成しており，地域の透析施設と連携して管理している症例もあります。かかりつけ医の先生方と連携しながらPD患者さんの管理を行える体制がさらに広まるよう，今後取り組んでいきたいと考えています。

松木　ご自宅を訪問すると患者さんとの関係が深まります。また，家庭訪問では治療の指導や管理に加えて，患

者さんの普段の生活状況を感じとることも大切であり，トラブルが起こった際に原因や対処法をイメージできるようにしておくうえでも，家庭訪問は必要だと思います。

とやまCKD病診連携パス（CKD手帳）とその他の活動

―富山市民病院を中心に進めているCKD病診連携の取り組みについてお聞かせください。

石田　私が人工透析科部長であった2004年に，「富山PD病診連携勉強会」を立ち上げましたが，PDが広く普及せず，2010年から腎臓病全般を扱う「富山CKD地域連携懇話会」（以下，懇話会）へと移行し，「とやまCKD病診連携パス」（以下，連携パス）の作成に至りました。当初は，富山医療圏共通の連携パスとして作成したのですが，なかなか広まらなかったことから富山市民病院とかかりつけ医をつなぐ連携パスとなりました。その後，連携パスの運営を大田先生に引き継ぎ，富山市民病院を中心とした懇話会を行っています。

大田　連携パスは通称「CKD手帳」と呼び，患者さんが持参して治療を受けることでかかりつけ医と当院の腎臓専門医が定期的に情報共有を行い，患者さんの啓発や自己管理に役立つ情報も掲載しています（図1）。連携パスを研究会や懇話会などで紹介したり，当院のふれあい地域医療センターを介して，腎臓内科医が連携パス導入が望ましいと判断した患者さんのかかりつけ医に連絡したりするなどの取り組みを経て参加施設は徐々に増えていき，現在は約35の医療機関とCKD病診連携を行っています。かかりつけ医の先生方には，お忙しいなか連携パスの利用をお願いすることになりますので，検査データは可能な範囲で記入していただく，質問事項がある場合はなるべく早くレスポンスするなど，できるだけ負担をかけないよう心がけることが長く続けていくうえで重要であると考えています。

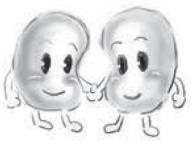
―連携パスの紹介基準はどのように設定していますか。

大田　最初は腎臓専門医が介入しやすいCKDステージG3を中心に紹介していただくようにしていましたが，最近ではCKDステージG1～G5まで幅広く連携パスを導入しています。CKDは早期発見・早期治療が重要であり，患者さんにとって身近なかかりつけ医の先生から少しでも早く紹介していただき，その後は定期的に連携しながらCKDの重症化を防いでいきたいと考えています。一方，進行したCKD患者さんに対しては，できる

とやまCKD病診連携パス

CKD手帳

第4版（2021年9月4日改定）



（　　）⇔富山市民病院

プロフィール

よみがな		生年月日	血液型
名前		19　年　月　日	
住所			
病名			
アレルギーのある人			
既往歴 喫煙の有無	DM:□なし　□あり　　心疾患既往:□なし　□あり　喫煙:□なし　□あり		
かかっている医療者	かかりつけ医病院名		
	かかりつけ先連絡先	TEL：	
	専門医病院名	富山市民病院　内科外来	
	専門医連絡先	TEL:076-422-1112	
	調剤薬局薬局名		
	調剤薬局連絡先	TEL：	
	緊急連絡先1	連絡する人の名前：　続柄： TEL：	
	緊急連絡先2	連絡する人の名前：　続柄： TEL：	

図1　とやまCKD病診連携パス（CKD手帳）

だけ早いタイミングで腎代替療法の説明を行い，患者さんにとってベストかつ納得して継続できる治療法の選択を支援することが大切だと思っています。

―患者教育に携わる看護師の立場から，連携パスの重要性についてどのようにお考えですか。

松木　かかりつけ医の先生方が初期のCKD患者さんを拾い上げて当院受診につなぎ，患者さんに自己管理の大切さやCKDが進行した際の怖さを知っていただくことが重症化予防において重要であると思います。CKDは自覚症状に乏しいため，重症化した際の怖さを認識していただくのは容易ではありません。腎不全看護において「放っておくと透析が必要になります」はNGワードであり，患者さんが悲嘆して拒否的な姿勢にならないよう，患者さんに傾聴する姿勢と正しい情報をわかりやすく伝える技術がわれわれ看護師に求められると考えています。

―そのほか，地域で取り組んでいるCKD対策に関連する活動について教えてください。

石田　私は日本腎臓病協会慢性腎臓病対策部会富山県支部の代表を務めており，講演会の定期的な開催に向けて，腎臓専門医，基幹病院の先生方に世話人として参画いただく研究会を立ち上げたところです。2022年度の事業として腎臓病療養指導士の組織化に力を入れており，講演会を通じて富山県内における腎臓病療養指導士の活動を広げていきたいと考えています。

松木　一般の方の間では「CKD＝慢性腎臓病」の認知度が低く，この活動を介して啓発につながることを期待しています。また，県内で腎臓病療養指導士の資格を有する人はまだ少ないため，仲間を増やしていきたいです。

地域におけるCKD医療の発展を目指して

―今後，富山県ではどのようなCKD医療を推進していかれるのでしょうか。

石田　最新のCKD医療を確実に提供することが腎臓専門医の第一の仕事であり，それを実践できる環境・体制を県内で維持していくことが何よりも大切であると考えています。そのうえで，限られた人数の腎臓専門医に負担がかからないよう，かかりつけ医の先生方に一定の役割を担っていただき，連携してCKD医療を提供していくことが第二の柱になると思われます。そして，行政・保健師との連携を密にしていくことがこれからの課題であると考えます。また，透析導入年齢の高齢化が進み，どう生きたいか，どのような治療を受けたいかという患者さんの意向に沿って医療を展開していくことがCKD診療における大きな課題です。この大きなテーマに立ち向かうためには医師だけではなく，看護師をはじめ腎臓病療養指導士，腎代替療法専門指導士，糖尿病療養指導士を含むメディカルスタッフの力が必要です。

―最後に，先生方の今後の目標を教えてください。

石田　富山にお住まいのCKD患者さんに「この地域の医療機関で治療を受けていてよかった」と思ってもらえるよう，質の高い医療を継続して提供することが一番の目標です。これは腎臓専門医の皆さんと共有できる目標であると考えており，持続可能な組織づくりにこれからも取り組んでまいります。

大田　理想としては，「富山県は全国のなかでも透析導入率が低く，透析に至っても患者さんはハッピーな気持ちで治療に臨めています」と誇れる地域を目指したいです。末期腎不全の高齢患者さんにおいて，実施が不適当なケースを除き，PDが医学的あるいはQOLの見地から有利な治療法であると考えています。かかりつけ医や介護スタッフの方々などの協力を得ながら，地域一丸となってPD患者さんの管理を行っていける理想形を実現することが大きな目標です。

松木　CKDの認知度向上に向けて，看護の側面から啓発活動や実践的研究報告を行っていきたいと思います。また，コロナ禍により医療の現場も大きな影響を受けていますが，今後は以前行っていた出前講座を含め市民啓発にも積極的に取り組んでいきたいです。後輩の育成も課題の一つであり，腎不全看護にともに取り組む仲間を増やすため，認定看護師を目指す人たちを支援していくことも私の大事な仕事であると考えています。

引用文献

1）日本透析医学会統計調査委員会．わが国の慢性透析療法の現況（2020年12月31日現在）．透析会誌．2021；54：611-57．
（https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2020/pdf/2020all.pdf）

協和キリン株式会社

ONG0565
2022年12月作成
KKC-2022-00889-3