

CKD LIAISON

No.34

• Dr. Interview p2

深水 圭 久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 主任教授

甲斐田 裕介 久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 講師

• INTERFACE p6

甲斐田 裕介 久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 講師

内山 伸二 内山内科医院 院長

西谷 美鈴 久留米市 健康福祉部 保健所 地域保健課

• クリニカルパス・その他ツール p12

• 施設紹介 p14

日本赤十字社 仙台赤十字病院

杉本 理絵 日本赤十字社 仙台赤十字病院 腎臓内科 部長

小山 千佳 日本赤十字社 仙台赤十字病院 腎臓内科

佐藤 位江 日本赤十字社 仙台赤十字病院 看護部 看護係長

小野寺 裕二 日本赤十字社 仙台赤十字病院 薬剤部 調剤係長

小笠原 初恵 日本赤十字社 仙台赤十字病院 医療技術部 栄養課 栄養課長



筑後川昇開橋と花火：福岡県



Dr. Interview

ドクター
インタビュー

深水 圭 Fukami Kei

久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 主任教授

1993年久留米大学医学部卒業。同第三内科(現心臓血管内科)に入学。1995年久留米大学医学部附属病院第三内科 助手, 2002年久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 助手を経て, 2004年よりベイカー IDI心臓・糖尿病研究所に留学。2009年久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 准教授, 2010年久留米大学病院 腎臓センター主任, 病棟医長兼任。2015年より現職, 腎臓センター長兼任。

全国において慢性腎臓病(CKD)対策の重要性が注目される中, 福岡県久留米市においても透析患者数の減少には至らず, 腎機能異常の早期発見と重症化予防についての検討が重ねられてきた。2018年には久留米市CKD対策検討委員会を設置し, 2019年より久留米市国保特定健診の結果からCKDが疑われる住民を対象者として抽出, 詳細検査により今後の対応方針の検討, 決定を行う「久留米市CKD対策事業」をスタートさせた。事業開始から5年が経過した今, 取り組みの状況や課題について, 久留米市CKD対策検討委員会腎臓・透析専門医部会のメンバーである久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 主任教授の深水圭氏, 同 講師の甲斐田裕介氏にお話を伺った。

(取材日: 2024年2月13日(火), 2024年3月5日(火))

筑後地区における CKD診療の現状

福岡県南部の筑後地区に位置する久留米市は, 医師数, 病床数ともに全国平均を大きく上回り¹⁾, 比較的医療資源が充足した地域である。地域医療の中核を担う久留米大学 医学部 腎臓内科には23名の医師が在籍し, CKD保存期から多職種による専門的な介入を実施。腎代替療法が必要となった患者さんにはQOL維持を目指した血液透析(HD), 腹膜透析(PD)による病態管理に努めている。

腎臓内科部門 主任教授の深水氏は, 「PDについては全国的な患者さんの割合は3%程度ですが²⁾, われわれの施設では透析患者さんの20%でPDによる管理を行っています。導入から5, 6年は普通に生活を送ることができ合併症のリスクも低く, 通院は月1回で済みます。とくに高齢の方は透析医療の終末期にPDを行うPDラストで, 最期まで自宅で過ごせることのメリットは大きいです」と述べる。

また, 久留米市では久留米大学病院をはじめ, 複数の地域基幹病院により充実したCKD診療が提供されて

おり, 透析に移行する患者が目立って多いわけではない。一方で「久留米市は腎臓専門医が充足しているがゆえに, CKDの連携システム構築が遅れていた側面があります」と講師の甲斐田氏は指摘する。「久留米市から少し離れると, 状況は一変して腎臓専門医が不在の市町村が多くあります。そのため, 筑後地区全体でCKD診療の体制を充実させるべく, 重症化予防を目的とした連携システムを構築する必要がありました」。

久留米市の 「患者さんが動かない」 連携システムの試み

CKD重症化予防を目指し、特定健診と
レセプトデータから専門医がアドバイス

Kaida
Yusuke 甲斐田 裕介

久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門 講師

2004年久留米大学医学部卒業。久留米大学病院での臨床研修医を経て2006年久留米大学 医学部 内科学講座 腎臓内科部門に入局。2014年大牟田市立病院 腎臓内科医員、2015年杉循環器科内科病院 腎臓内科 医員として勤務し、2016年より久留米大学 医学部 地域医療連携講座 助教、内科学講座 腎臓内科部門 兼任、同年8月より同 地域医療連携講座 講師、2017年より現職、教育主任を兼務。2020年より医局長。



「患者さんが動かない」 久留米市CKD対策事業

そこで久留米市が地域基幹病院、医師会とタッグを組み、2019年にスタートさせたのが「久留米市CKD対策事業」である。その事業の中核を成す連携システムについて、甲斐田氏は「他の自治体にはない、まさに久留米市独自のシステム」と話す。

現在、全国各地で糖尿病やCKDの連携システムが展開されているが、その多くは特定健診受診者のハイリスク者をかかりつけ医、専門医への連携によって、重症化を予防することを目的としている。久留米市の連携システムも基本的な流れは同じだが、「ポイントは、患者さんが動かないこと」と甲斐田氏は強調する。

本事業では、特定健診受診者の中から尿蛋白+以上の対象者を抽出し、治療や詳細検査等への同意を得て、かかりつけ医への受診を促す。かかりつけ医での詳細検査によ

り尿蛋白定量と尿中クレアチニン量を測定し、CKD重症度分類により腎臓専門医紹介基準に該当した場合、かつかかりつけ医が希望すれば腎臓専門医が「専門医によるコメント」を提供する(取材日時点)。

「患者さんが動かないシステムとはつまり、腎臓専門医まで足を運ばなくて済むということです。われわれ腎臓専門医は市からKDB(国保データベース)システムの5年分のデータと直近のレセプトデータを提供してもらって、対象者の受診、検査、投薬状況を把握します。それを基にかかりつけ医に対しCKDの診療についてアドバイスするもので、腎臓専門医不在地域の患者さんもカバーすることができます」と甲斐田氏は説明する。

専門医の受診につながりにくい 患者の存在

こうした独自のシステムとした点について、深水氏は「地域の先生方と

連携について話し合う中で、“患者さんが専門医を受診したがない”という声が多く聞かれました。腎臓は沈黙の臓器なので、機能が低下しても患者さんが実感することはほとんどなく、腎臓専門医受診の必要性を認識しにくいのは確かです。ただ、症状を自覚するようになったときにはもう透析導入目前というケースは珍しくはありません。そのような事態を避けるためにも、既存の連携システムでは不十分でした」と話す。

患者と対面せずにかかりつけ医にアドバイスをを行う点について、「データを見て判断するのは、普段外来でやっていることと変わらないと思います。もちろん、症状のある患者さんなら対面でより多くの情報が得られるかもしれませんが、年間eGFR低下速度や尿蛋白のデータがあれば、ある程度のアドバイスは可能です」と甲斐田氏は説明する。

「患者さんが動かないということで、いわゆる遠隔診療の一種と捉えてよ

と思います。疾患によっては難しいシステムかもしれませんが、CKDは対応可能であると久留米市は踏んだわけです。実際、われわれのアドバイスが的外れで問題となったようなケースはありません」。

かかりつけ医、専門医のメリット

久留米市のCKD対策事業によるかかりつけ医のメリットとして、甲斐田氏は「CKDの診療経験が豊富でない先生もいらっしゃいます。自院の患者さんが腎臓専門医紹介基準に該当したとき、ひとまず腎臓専門医からのアドバイスが得られれば、安心して診療を続けられるのではないのでしょうか」と推察する。深水氏も、「何度か腎臓専門医からアドバイスを受ければ、かかりつけ医も次第にCKDを診るコツを掴めるようになるでしょう」と期待を寄せる。

一方の専門医側のメリットとして、甲斐田氏は「いわゆる“不要な受診”が減ること」を挙げる。「CKD連携システムを推進するための議論の中で、かかりつけ医からはよく“腎臓専門医の対応が不十分”という指摘をいただきます。たしかに、紹介いただいた患者さんに対し、処方変更などをせずにお返しすることはありますが、それは生活習慣病の管理がしっかりなされており、経過観察でよいと判断したためです。かかりつけ医にしてみれば、“せっかく紹介したのに患者さんに無駄足を運ばせた”となるかもしれません。しかし久留米市の連携システムでは患者さんが動かずに済むので、対応不十分という印象も生じにくいですし、かかりつけ医との信頼関係の構築にも役立つと考

えています」。

取り組みの成果を示すアウトカム

久留米市のCKD対策事業のアウトカムは、長期的評価指標として新規透析導入患者数、また単年度の短期的評価指標として尿定量検査件数の増加などが検討されている。

新規透析導入患者数については、かつて増加の一途を辿っていたが、近年では横ばいの傾向がみられるようになり、CKD対策事業による一定の効果と推測される。その点について深水氏は「日本透析医学会による『わが国の慢性透析療法の現況』³⁾で示されている2022年のデータでも、新規透析導入患者数は減少に転じています。ただ、死亡者数が大幅に増加しており、全体として新型コロナウイルス感染症の影響は否定できません」と推察する。

「それでもわれわれは、久留米市の新規透析患者数の減少についてはCKD対策事業の努力が実を結んだと思いたいですね。このような取り組みは成果を上げないことにはモチベーションの維持が難しい。今後の動向をしっかりと見守っていきたいと思います」。

また、尿定量検査の実施医療機関は徐々に増加傾向にあるが、さらに広くかかりつけ医に定着していく必要がある。「CKD対策事業では、尿定量検査による尿蛋白/尿中クレアチニン比によりCKDの重症度が判定され、今後の対応方針の検討、決定に活かされていきます。多忙な臨床の中で、手間がかかる作業ですが、かかりつけ医にはぜひ前向きに実施を検討していただきたいですね」

と甲斐田氏は述べる。

かかりつけ医との連携推進

CKDに限らず、地域連携を推進するにはかかりつけ医と専門医、さらには行政が一体となり、共通の認識で取り組むことが前提となる。

深水氏は「2015年に腎臓内科部門の主任教授に就任し、CKDの啓発に努力してきましたが、CKD予防の重要性を都市部以外の隅々にまでいきわたらせることの難しさを実感しています」と述べる。深水氏は現在、NPO法人日本腎臓病協会九州地区の副代表としてCKDの啓発活動に務めているが、「九州地区でもCKD対策が進んでいるのは、福岡市、久留米市、北九州市、熊本市など都市部が中心です。そう考えると、都道府県よりさらに小さな単位で担当者を置き、地域に根差した活動を進めていく必要があります」と指摘する。

また、かかりつけ医の中には、腎臓専門医へ患者を紹介することに積極的な医師がいる一方、CKDそのものへの関心が薄い医師もいる。現に、CKD対策事業が動き出してから5年が経過して、腎臓専門医によるコメントを希望するかかりつけ医は固定されてきている。

これまで久留米市のCKD対策事業では、腎臓専門医紹介基準に該当する患者であっても、かかりつけ医が腎臓専門医によるコメントを希望しない場合、その判断は尊重されていた。しかし2024年4月からは、市のCKD対策事業の対象者で腎臓専門医紹介基準を満たした症例は全例、腎臓専門医によるコメントを追加する方向へ舵を切った。

「自動的にわれわれがアドバイスを
行う流れとなります。これにより久留
米市のCKD対策事業は、より実効
性のある取り組みになると期待してい
ます」と甲斐田氏は話す。「腎臓専門
医の目がより多くの患者さんに届くこ
とで、地域全体でのCKD診療の底上
げにつながるとよいですね。また、市
の事業であるため、本事業の対象者
は国民健康保険加入者に限定され
ていますが、かかりつけ医が腎臓専
門医によるコメントを社会保険(健康
保険)の患者さんにも当てはめれば、
より多くの患者さんが重症化予防とい
うメリットを享受できると思います」。

一般啓発の重要性

CKD対策事業を推進するにあたっ
ては、かかりつけ医と腎臓専門医の
連携推進はもとより、患者さん自身の
CKDに対する理解も必須となる。た
だ、CKDや糖尿病などの生活習慣
病は自覚症状に乏しく、多くの患者は
病識に乏しいのが現状である。久留
米市のCKD対策事業においても、
一定要件を満たした場合に市の保
健師が保健指導を行う流れとなっ
ているが、指導を受け入れない患者は
多く、実施率は2割に満たない⁴⁾。

「動機づけや行動変容が難しいこ
とは、市の保健師からもよく聞いてい
ます。そこで生活習慣改善の必要
性に気づいてもらうには、なるべく若
い世代を対象とすることが効果的と
考えました。実際、糖尿病は30~40
歳代から増えます。ただ、そうした若
い世代は一般啓発イベントには来て
くれません。ならばこちらから出向け
ばよいと考えたのです」と甲斐田氏は
説明する。

甲斐田氏はこれまで、小学校の運
動会や文化祭などの校区イベントに
出向き、小学生をはじめ、30~40歳
代の親世代も対象として啓発活動
を行ってきた。また、CKDや生活習慣
病について小学生に知ってもらうべ
く、小学校の通常授業に組み込む形
式での「健康授業」も行っている。「透
析導入原因の1位、2位が高血圧と
糖尿病。その芽を摘むべく、子ども
たちが学んだことを家庭にもち帰り、
両親に伝えることも期待しています」。

コロナ禍で活動を自粛せざるを得
ない時期もあったが、甲斐田氏の授
業を養護教諭がビデオ撮影し、各所
で活用するなど、活動の輪は広がり
つつある。「行政の保健師はもちろん
、小学校の養護教諭など、健康に
関心がある地域住民を巻き込んでい
きたいですね。それにより一層、地域
に根差した啓発活動が実現すると考
えています」。

深水氏も、「先日、一般市民向けの
講演を行ったところ、その内容を取り
上げた新聞記事を読んで紹介受診
されてきた患者さんがいらっしゃいま
した。啓発の効果はわかりにくい側
面がありますが、やはり地道に、継
続して行うことが重要だと思います。
一般市民、かかりつけ医と各方面へ啓
発を行うことは、CKD対策事業を軌

道に乗せる上で欠かせないと考えて
います」と話す。

CKD対策事業の 発展を見据えて

最後に、甲斐田氏、深水氏に久留
米市CKD対策事業の今後の展望
について伺った。甲斐田氏は「成人
の約8人に1人がCKD患者と考える
と、久留米市内で推計約3万人(取
材日時点)。今後も地域においてか
かりつけ医、行政と連携し、CKDの
重症化予防のため、腎臓専門医とし
てできることを考え続けたいです」と
述べた。

さらに深水氏は、「地域において、
かかりつけ医と腎臓専門医の連携が
不十分なために患者さんに不利益が
生じることがあってはなりません。ど
こに住んでいても、どのような状況
であっても、患者さんが最善のCKD
診療を受けられるよう、連携の推進に
手を尽くしていきたいです。同時に、
久留米大学病院だからこそ提供でき
る治療を追求して、治療の難しい患
者さんであっても助けられる環境を整
え、久留米市におけるCKD診療の
水準向上に貢献していきたいと思
います」と展望を語った。

引用文献

- 1) 日本医師会. 地域医療情報システム 福岡県 久留米医療圏. (2024年3月26日閲覧)
(https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/4006)
- 2) 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 他. 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.
- 3) 花房規男, 阿部雅紀, 常喜信彦, 他. わが国の慢性透析療法の現況(2022年12月31日現在). 透析会誌.
2023; 56: 473-536.
- 4) 久留米市国民健康保険. 第2期久留米市保健事業実施計画(データヘルス計画)中間評価. 令和3年3月.
(2024年3月26日閲覧)
(<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1070kenkou/2020kokuhonenkin/3045datahealth/files/dainikidatahealthyuukanhyouka.pdf>)

INTERFACE

腎臓専門医、かかりつけ医、行政担当者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。



腎臓専門医

甲斐田先生からの質問

病識のない患者に自覚を促すための工夫はありますか？
また、CKD患者の紹介先となる腎臓専門医との
連携のあり方についてご要望があればお聞かせください。

なるべく患者が自分事として

考えられる指導を心がけています。

また、腎臓専門医へ紹介後は、一定期間、
かかりつけ医との併診体制を取ることが望ましいと考えます。

病識のない患者に自覚を促すことは本当に難しく、日々悩んでいます。大学病院に勤務していた頃は、多職種による包括的なアプローチが可能でした。外来では自覚がなかった患者が入院して、同室の患者と知り合うことで治療に積極的になるケースもありました。専門医に紹介することが動機づけになる場合もありそうです。

今、かかりつけ医の立場でできることとしては、まずは患者指導用ツールなどを存分に活用し、患者に自身の病態を理解してもらうよう努めています。患者指導に関しては、医師が一方的に知識を押し付ける「ティーチング」ではなく、患者自身が考え決定するよう導く「コーチング」となることを意識しています。命令型ではなく支援型の指導とすることで、患者もより自分事として捉えられるようになると期待しています。

また、腎臓専門医にCKD患者を紹介したあとは、現状は専門医によるコメントをいただいて終わりですが、個人的には一定期間、腎臓専門医によるフォローがあることが望ましいと考えています。

なぜなら、現状では腎臓専門医がコメントしたあと、実際にかかりつけ医でどのような検査や治療が行われているか、腎臓専門医の側では把握のしようがありません。

かかりつけ医

内山先生の回答



そこへ一定期間のフォローがあれば、患者の状態やかかりつけ医の対応を確認しながら、必要であれば提案の修正も可能だと思うのです。

さらに、久留米市でCKD対策事業が開始してから5年が経過して、腎臓専門医に患者を紹介するかかりつけ医が徐々に固定されてきていると聞きます。一度紹介をしたかかりつけ医はまた患者を紹介する一方で、全く紹介をしない医師もいるということです。これは、CKD対策事業において、かかりつけ医が腎臓専門医によるコメントを希望するかどうかは、かかりつけ医の判断を尊重するルールにしていたことも背景にあります。

そのため2024年度からは、市の特定健診の結果が専門医紹介基準を満たした場合は、全例に対し腎臓専門医によるコメントを追加することとなりました。

これまで、腎臓専門医への紹介がいわばかかりつけ医の裁量となっていたのですが、紹介基準に該当するほど腎機能が低下している背景には何か問題があり、対処が必要です。それに対し、市が全例紹介という方向へ舵を切ったということで、さらに腎臓専門医による一定期間のフォローがあれば、CKDの重症化予防においてより実効性のある事業になるのではないかと期待しています。



久留米大学
医学部 内科学講座
腎臓内科部門 講師

甲斐田 裕介

Kaida Yusuke

腎臓専門医の
立場から



内山内科医院 院長

内山 伸二

Uchiyama Shinji

かかりつけ医の
立場から



久留米市 健康福祉部
保健所 地域保健課

西谷 美鈴

Nishitani Misuzu

行政の
立場から



腎臓専門医

甲斐田先生からの質問

軽症のCKD患者への受診勧奨について、どのような工夫をしていますか？また、久留米市のCKD対策事業の取り組みの課題、今後について教えてください。

**eGFR45mL/min/1.73m²未満の方を
対象に手紙を送る取り組みを進めています。**
また、特定健診受診率の向上、かかりつけ医における
尿定量検査の定着などを課題と捉えています。

行政

西谷さんの回答



現在、久留米市のCKD対策事業においては、特定健診の結果から尿蛋白+以上の方を対象にかかりつけ医での「詳細検査」を実施し、さらに腎臓専門医に紹介する流れとなっています。それに加えて最近、尿蛋白-または±、かつeGFRが45mL/min/1.73m²未満の方に対しても、市からの受診勧奨として、「一度かかりつけ医にご相談ください」という内容の手紙を送る取り組みを開始しました。

手紙の中でCKDについてどう説明するかは苦心しましたが、控えめな表現だと自分事と捉えられない可能性も考え、「eGFR45mL/min/1.73m²未満は、腎臓の機能としては健常成人の半分以下」といったやや強めの表現としました。

これまで健診を受診しても腎臓の問題を指摘されることはなく、とくに気にしていなかった方も、この手紙によりCKDに意識が向くのではないかと考えています。実際に、手紙を読んだことをきっかけにかかりつけ医を受診し、CKDについて相談する方も増えているとのことで、CKDの軽症段階での介入につながることを期待しています。

さらには、特定健診の結果がHbA1c値8.0%以上にもかかわらず、健診後にかかりつけ医を未受診の方に対し、校区担当保健師が訪問指導を行う事業も並行して進めています。このように、いずれ腎機能低下につながる可能性のある糖尿病の予防もあわせて行うことで、CKDの問題に早期にアプローチしたいと考えています。

久留米市のCKD対策事業の今後の課題としては、まずは、ベースとなる特定健診の受診率の向上と捉えています。令和1年度の健診受診率は40%を下回っており¹⁾、国が示す令和5年度の目標値60%とは大きく乖離している状況です。受診率の向上により、なるべく多くの対象者を事業につなげることを目指したいと思います。

その後の課題としては、抽出された対象者をスムーズに「詳細検査」に結び付けるべく、かかりつけ医において尿定量検査を定着させることと考えています。CKD対策事業では、尿定量検査による尿蛋白/クレアチニン比によりCKDの重症度が判定され、今後の対応方針の検討、決定に活かされていきます。かかりつけ医にはぜひ、前向きに尿定量検査の実施を検討していただきたいと思います。

腎臓専門医によるコメントの希望が多い医療機関を訪問すると、看護師のCKDに対する関心が高いことを実感します。医師のみならず、メディカルスタッフに対するCKDの啓発も、CKD対策事業を推進する上での今後の課題と考えています。

引用文献

1) 久留米市国民健康保険 第2期久留米市保健事業実施計画(データヘルス計画) 中間評価 令和3年3月。(2024年3月7日閲覧)
<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1070kenkou/2020kokuhononkin/3045datahealth/files/dainikidatahealthtyuukanhyouka.pdf>

INTERFACE



かかりつけ医

内山先生からの質問

かかりつけ医のCKD対策事業に対する認識の差についてどのようにお考えですか？また、腎臓専門医によるコメントが1回しか受けられないという点についてご意見をお聞かせください。

かかりつけ医の得手不得手や経験により、紹介の判断が異なると思います。また、腎臓専門医から継続してアドバイスが提供できるようなツールの開発を期待します。

CKDに限らず、地域連携に関する一般的な問題として、かかりつけ医と腎臓専門医がいかに共通の認識をもって患者を診ることができるとい課題があります。講演会やセミナーなどの啓発も重要ですが、連携という観点からすると結局、その地域に即したシステムの構築がポイントになると思います。

久留米市において腎臓専門医によるコメントの追加が実現できたのは、腎臓専門医のマンパワーが比較的充足している環境であるからです。全く同じように稼働することは難しい地域も多いと考えます。腎臓専門医が少ない地域では、多くの紹介が押し寄せることで専門医機能がパンクし、かかりつけ医も気を遣って、紹介の判断に迷うことがあると思います。その点、久留米市の腎臓専門医によるコメントは地域の医療環境や人的資源を踏まえて実現したシステムであり、ぜひかかりつけ医には積極的に活用していただきたいと

思います。ただ、かかりつけ医の中にも、CKDに対する経験が豊富な先生、あまり得意ではないと感じる先生、さまざまいらっしゃいます。いわゆる先生方の得手不得手により、腎臓専門医によるコメントの希望に差が生じて

腎臓専門医

甲斐田先生の回答



いること自体は、認識の差という表現もできますが、私自身は適切な判断に基づくものと捉えています。CKDの重症度分類により「腎臓専門医紹介基準」に該当しても、eGFRに大きな変動がなく、そのまま診療を続けて問題ないと判断しているのであれば、私はその判断を尊重します。

なお、CKD対策事業における専門医によるコメントは1人の患者につき1回であるため、その後、患者の腎機能が悪化したときにどう対応すべきか、かかりつけ医の先生においては難しいと感じることもあると思います。

実際、逆紹介後の患者について、かかりつけ医から腎臓専門医に対し、いつでも質問・相談が可能なシステムがあれば嬉しいという意見は各地で聞かれるようです。中には専門医紹介基準に該当しながら、「専門医は受診したくない」と拒絶したままの患者もいらっしゃるでしょう。そのような紹介が難しいケースも含め、かかりつけ医と専門医で情報を共有し、1回限りではなく継続して専門医がコメントできるようなITツールが開発できれば、地域連携もより有用なものになるでしょう。そこは医療におけるIT技術の進歩と普及にも期待したいと思います。



かかりつけ医

内山先生からの質問

尿定量検査や保健指導を普及させるにあたり、久留米市としての構想はありますか？
また、CKD対策事業の成果をどのように捉えていますか。

尿定量検査におけるかかりつけ医の負担軽減と、保健指導とを合わせた有用性についての啓発を重視しています。事業成果は、新規透析導入患者数で効果を見込んでいます。

行政

西谷さんの回答



「詳細検査」における尿定量検査の普及については、医師会単位での講演会を実施するなどして、その必要性についての認識を広めていきたいと思えます。CKD対策事業を開始してから、尿定量検査を実施する施設数は増えていますが、実施件数も増えていますが、今後もっと増やしていく必要はあると考えています。

ただ、「詳細検査」の結果については、対象者の同意を得たあと、かかりつけ医から久留米市へ検査結果を提供してもらう流れとなっており、この時点で個人情報保護の手続きが発生します。かかりつけ医にとっては外来診療で多忙な中、この手続きが大きな負担となっていることは承知しています。そのため、久留米市としても、かかりつけ医における「詳細検査」の負担感をできる限り軽減すべく、内部事務を工夫するなどして対応を考えていきたいと思えます。

また、かかりつけ医が「詳細検査」を行い、腎臓専門医によるコメント追加があった場合、もしくはコメント希望がなく終了しても、必要と判断された場合は久留米市が保健指導を行う流れとなっています。ただ、

患者の中には、保健指導をなかなか受け入れない方もおり、「かかりつけ医からすでに話を聞いている」、「薬を飲んでいるから指導は必要ない」と言われることがあります。そこは、かかりつけ医から「市から保健指導の連絡が来るので、今後のために参考にしてほしい」と言い添えていただくと助かります。かかりつけ医には、保健指導を行った後、その内容を文書で報告すると同時に、前述の介入効果のデータも紹介していますので、ぜひ指導を拒否する患者への説明に役立てていただければ幸いです。

なお、久留米市のCKD対策事業のアウトカムについては、長期的な評価指標として新規透析導入患者数を、また単年度の短期的な評価指標として尿定量検査件数の増加、保健指導の効果による生活習慣改善が得られた人数とすることを検討しています。新規透析導入患者数については、久留米市ではかつて増加傾向にあったのが、事業開始後に横ばいで推移しており、一定の効果が得られていると評価できていると考えています。

INTERFACE



行政

西谷さんからの質問

腎臓専門医を受診すると、どのようなことがわかりますか？
また、かかりつけ医がCKD患者を腎臓専門医へ紹介するタイミングを教えてください。

われわれ腎臓専門医は、CKD患者個々の病態に応じた検査や薬物治療を提案しています。専門医への紹介は、日本腎臓学会の紹介基準とeGFR低下速度を参考にすることが有用です。

腎臓専門医

甲斐田先生の回答



久留米市のCKD対策事業では、特定健診にて尿蛋白+以上の患者に対し、かかりつけ医による「詳細検査」を実施しています。そこで、CKD重症度分類(CGA分類)に基づき「腎臓専門医紹介基準」を満たした場合に腎臓専門医によるコメントを追加することとなっています。

われわれは腎臓専門医として、コメントで患者のCKDを診る場合の検査内容やその頻度、薬物治療などをアドバイスしています。

たとえば、かかりつけ医でCKDを評価するために行っていたきたい検査としては、クレアチニンとeGFR、尿検査があります。クレアチニンの数値は筋肉量に比例するため、筋肉量が多い場合はクレアチニンの数値も高くなります。そのような場合、保険診療では3ヵ月に1回のみ算定可能という制約がありますが、筋肉量の影響を受けないシスタチンCの測定が有用となります。

検査の頻度としては、たとえばクレアチニンが1~2 mg/dLでも、あまり変動がなければ3~6ヵ月に1回程度の検査で様子を見る場合もあります。ただ、腎性貧血に対する薬物治療を開始する場合は月に1回、採血を行うことがあるため、そこは患者個々の状況に合わせた頻度を考慮しています。

また、最近の薬物治療における進歩として、CKDを適

応症とする薬剤も登場しています。CKDの要因は多岐にわたりますが、われわれは腎臓専門医として患者個々における要因を探り、病態に合わせた薬剤選択を含め、最適な薬物治療の提案を心がけています。

CKD対策事業の腎臓専門医によるコメントをしていく中で、最近、かかりつけ医からの連絡票にCKD治療に関する具体的な質問が記入されるようになりました。連絡票が使用される機会が増すにつれ、CKDについて気軽に質問できる、そんなコミュニケーションツールとしての機能ももち始めていると感じています。

そして、かかりつけ医で治療中の患者を腎臓専門医に送っていただくタイミングとして、基本的には日本腎臓学会が作成した「腎臓専門医紹介基準」を参照していただきたいと思います。その他に留意すべき点として、eGFR低下速度は、将来の末期腎不全の予測因子であることが報告されています¹⁾。仮に、現時点でeGFR60mL/min/1.73m²以上であっても、1年ごとに低下しているような患者であれば、早めに腎臓専門医に紹介していただきたいです。

引用文献

1) Skupien J, et al. The early decline in renal function in patients with type 1 diabetes and proteinuria predicts the risk of end-stage renal disease. *Kidney Int.* 2012; 82: 589-97.



行政
西谷さんからの質問

生活習慣病の治療を中断する方にはどのような背景がありますか？また、久留米市の保健指導やCKD対策事業に期待されることがあれば教えてください。

病識が乏しくうまく動機づけができない患者で治療が中断しやすい傾向にあります。具体的な保健指導や腎臓専門医への紹介によりモチベーションが向上できると期待しています。

かかりつけ医

内山先生の回答



CKDや糖尿病などの生活習慣病は自覚症状に乏しく、多くの患者で病識が乏しいのが現状です。そこにわれわれかかりつけ医が患者指導を行います。それでもうまく動機づけができない患者は、治療を中断しやすい傾向にあります。とくに64歳までの現役世代の患者は、仕事の合間に時間を取って受診するのが難しく、治療より仕事優先とならざるを得ないのだと思います。

生活習慣病の患者には、まずは食事改善などの生活指導から始めますが、薬をもらうことが治療だと思っている人は病識が生まれにくい傾向にあります。また、早期に目に見える結果が出ないために治療中断に至ったケースもありました。その場合は投薬することが動機づけにつながることも多いのではないかと思います。

私自身が行う生活指導の工夫としては、まずは体重コントロールを行います。そして、CKDの患者で初期の段階であれば血圧、血糖値、脂質等の改善に努めてもらい、腎機能低下が進行してくると蛋白質、塩分制限を追加します。ただ、われわれ医師が指導をすると、短い診療時間の中ではどうしても教科書的な、医学的な説明に終始してしまいます。その点、市の保健

師が行う保健指導は、家庭訪問により生活の様子をしっかりと把握した上で具体的な目標数値を提案されているので、患者のモチベーションを向上させやすいのではないかと思います。

また現在、久留米市ではCKD対策事業が推進されていますが、先ほど述べたようにCKD患者の多くは病識に乏しいため、治療介入しようにも動機づけが難しいのが現状です。われわれはかかりつけ医として患者との付き合いも長く、その方の病態や病識、人柄を踏まえて介入を考えますが、残念ながらうまくいかないこともあります。

そこで役立つのが、腎臓専門医への紹介です。一度紹介すると患者は自身の腎機能について意識するようになり、われわれも治療方針などのアドバイスをもらって非常に助かっています。

ただ、かかりつけ医から専門医への紹介率が、満足できるところまで達していない現実があります。十分な指導管理ができていればよいのですが、この課題については、私が委員を務める久留米市CKD対策検討委員会・かかりつけ医部会の役割として、しっかり啓発を行っていきたいと考えています。

クリニカルパス・その他ツール

久留米市CKD対策事業

西谷美鈴 久留米市 健康福祉部 保健所 地域保健課
Nishitani Misuzu

久留米市CKD対策事業における「特定健診におけるCKD重症化予防のためのフローチャート」をご紹介します。

久留米市では、久留米大学等、市内医療機関の協力のもと、2018年にCKD対策検討委員会を設置しました。2019年度からは、健診で尿蛋白+となった方へ尿定量検査を行うCKD対策事業を開始し、かかりつけ医と専門医の連携強化、かかりつけ医と連携した保健指導の充実・強化を進めてきました。ここでは、尿蛋白+以上の対象者が医療につながるまでの流れを例に、本事業における「特定健診におけるCKD重症化予防のためのフローチャート」を紹介します(図1)。

本事業の対象者は、久留米市国保特定健診および後期高齢者健診受診者の健診結果からCKDが疑われる住民です。特定健診の尿検査結果から、久留米市や特定健診実施医療機関(以下、かかりつけ医)が事業対象者を抽出します。

対象者にはかかりつけ医から検査の案内をします。健診結果について所定の様式を用いて十分な説明を行い、詳細検査

や情報提供に関する同意を得ます(同意が得られなかった場合は、通常どおりの健診結果説明を実施し終了します)。同意が得られた対象者については、保険診療で詳細検査(尿蛋白定量、尿中クレアチニン量測定)を実施します。2次検査利用券*の対象者についても、同様の検査を実施します。検査の結果からCKD重症度分類を確定し、今後の対応方針の検討および決定を行った上で、久留米市へ情報提供を行います。

情報を受け取った久留米市は、「腎臓専門医紹介基準」に該当する場合は専門医にコメントを依頼します。専門医からのコメントが記載された連絡票は、久留米市からかかりつけ医へ返却し、必要に応じて保健指導を実施します。

*本事業において保険診療による詳細検査への同意が得られなかった場合など、医療につながらなかった住民に対し、久留米市が発行して郵送するもの。

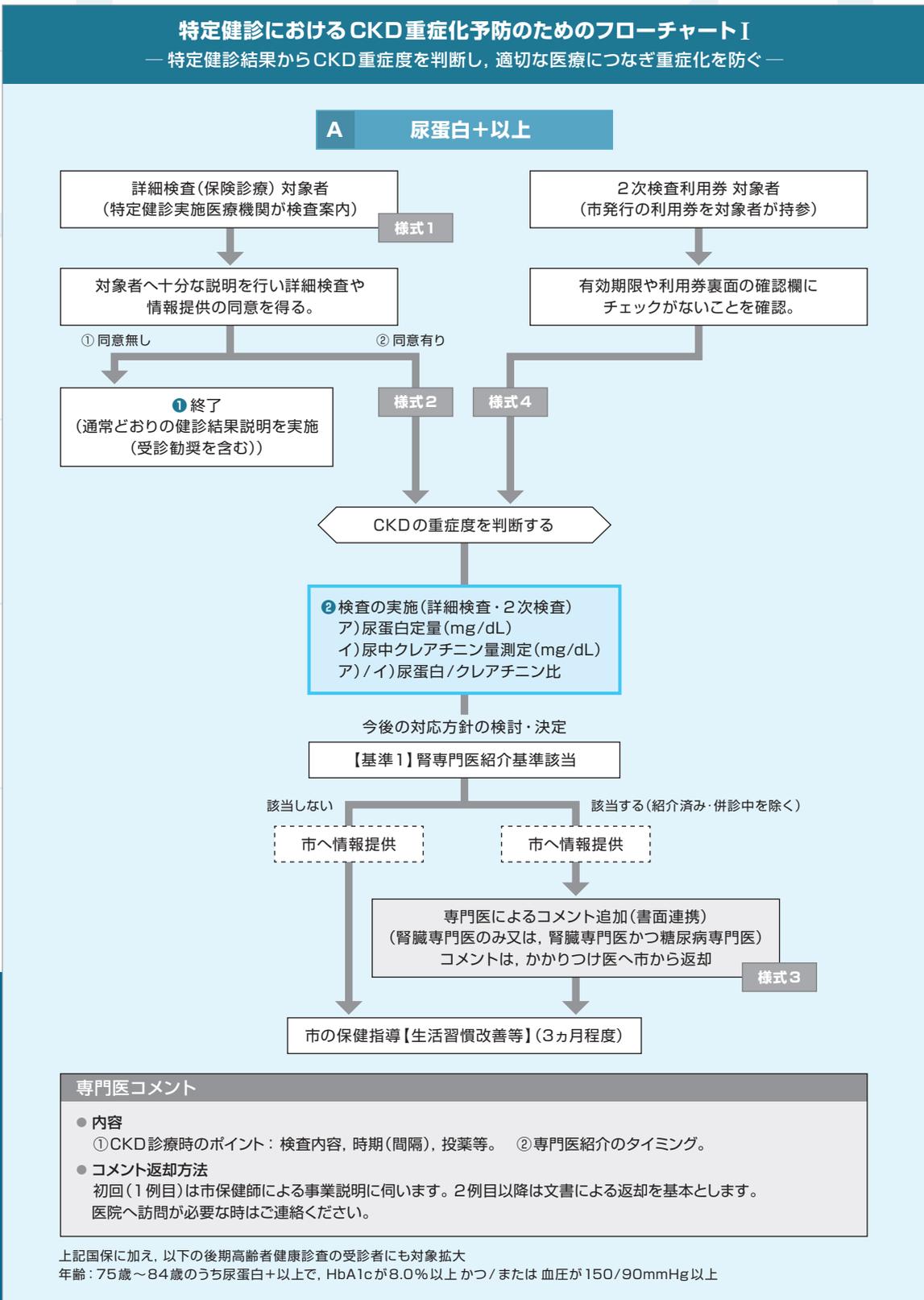


図1 特定健診におけるCKD重症化予防のためのフローチャート

※様式は引用元参照のこと。(久留米市: 久留米市 CKD対策事業マニュアル～健診から医療につなぐ～、Ver.2(2024年5月24日閲覧)
(<https://www.city.kurume.fukuoka.jp/1070kenkou/2040hokeneisei/3045kokuhozigyou/files/ckd-manual.pdf>)より引用改変)

日本赤十字社 仙台赤十字病院

多職種による介入で、CKD患者の予後改善をめざす

〒982-8501 仙台市太白区八木山本町二丁目43-3 <https://www.sendai.jrc.or.jp/>



杉本理絵

Sugimoto Rie

日本赤十字社
仙台赤十字病院
腎臓内科 部長

1992年東海大学医学部卒業。国立国際医療センター（現 国立国際医療研究センター）にて研修後、1998年東北大学大学院医学系研究科博士課程修了。いわき市立総合磐城共立病院を経て2004年より仙台赤十字病院に入職後、2020年より現職。

日本内科学会内科認定医、総合内科専門医、日本腎臓学会腎臓専門医・指導医、厚生労働省医局長認定 臨床研修指導医、ICD制度協議会認定インフェクションコントロールドクター。日本感染症学会、日本透析医学会。



小山千佳

Oyama Chika

日本赤十字社
仙台赤十字病院
腎臓内科

2017年岩手医科大学医学部卒業後、東北大学病院にて臨床初期研修。2019年東北大学病院腎臓内科、2020年石巻赤十字病院腎臓内科・透析室を経て、2023年より仙台赤十字病院腎臓内科・腎センター勤務。
内科専門医。

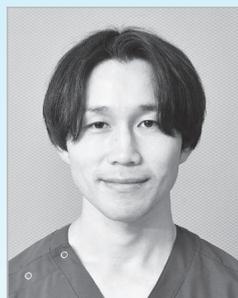


佐藤位江

Sato Takae

日本赤十字社
仙台赤十字病院
看護部 看護係長

秋田赤十字看護専門学校卒業。内科病棟、腎センター外来勤務を経て、現在外来部門腎センターにてCKD外来の患者対応を行う。2015年骨粗鬆症マネージャー取得。



小野寺裕二

Onodera Yuji

日本赤十字社
仙台赤十字病院
薬剤部 調剤係長

2013年3月東北薬科大学（現東北医科薬科大学）卒業。2013年4月より仙台赤十字病院薬剤部入職。各病棟勤務を経て、現在は調剤室での薬品発注管理、院内製剤の作成をしながら術後疼痛管理チームとして入院患者、CKD外来にて外来患者対応を行う。

日本糖尿病療養指導士、CDE-MIYAGIほか。



小笠原初恵

Ogasawara Hatsue

日本赤十字社
仙台赤十字病院
医療技術部 栄養課 栄養課長

2015年仙台赤十字病院栄養課入職後、2016年より現職。管理栄養士、NST専門療法士、糖尿病療養指導士。



施設紹介

日本赤十字社仙台赤十字病院は、1924年の開設以来、長きにわたり地域に密着して住民の健康保持と増進に貢献してきた。開院100周年を迎えた今、年間救急搬送は2,500件を超え、毎日500名を超える外来患者を受け入れている。腎臓内科においては、各種腎疾患の検査・治療にはじまり、腎センターでは透析台数30台を稼働させ、急性・慢性腎不全患者の血液透析導入から外来血液維持透析、入院時維持透析にも対応している。CKDに関しては、『仙台市CKD(慢性腎臓病)病診連携事業』の取り組みのもと、2023年7月に『CKD外来』を新設し、多職種による包括的かつきめ細かい介入を試みている。今回は、腎臓内科の杉本理絵先生、小山千佳先生、看護師の佐藤位江氏、薬剤師の小野寺裕二氏、管理栄養士の小笠原初恵氏に、『CKD外来』に関する具体的な取り組み事例について伺った。

(取材日：2024年5月9日(木))

➊ 地域における仙台赤十字病院の現状

— はじめに、地域における貴院の位置づけ、腎臓内科の体制をご紹介ください。

杉本 当院は1924年(大正13年)、仙台市北一番町に開設され、1982年(昭和57年)4月に現在地である八木山にて新たなスタートを切り、地域住民の健康保持と増進に貢献し続けてきました。

腎臓内科は現在、常勤医師3名のもと、外来では各種腎炎や高血圧、糖尿病を原疾患とする保存期CKD(慢性腎臓病)患者を、月に300～350名受け入れています。腎センター(30床)では、医師に加え臨床工学技士8名、看護師10名の体制で、血液透析導入から外来血液維持透析、さらには地域の透析クリニックからの紹介で当院にて手術・治療をする患者の入院維持透析などにも対応しています。

— 『CKD外来』を立ち上げた経緯を教えてください。

杉本 全国的にも問題視されていることですが、近年、仙台市においても透析患者数が増加傾向にあります。そこで2020年、仙台市は透析導入数の抑制を目的とする『仙台市CKD病診連携事業プロジェクト会議』を設置し、2022年度からは若林区と太白区をモデル地区とする『仙台市CKD病診連携モデル事業』をスタートさせました¹⁾。

このモデル事業の中で、かかりつけ医から紹介を受ける基幹病院の一つとして当院が指定され、『仙台市CKD病診連携事業紹介基準』(表1)²⁾に該当する患者を受け入れることになりました。



表1 仙台市CKD病診連携事業紹介基準

対象者 一般治療中の者、特定健診・基礎健診受診者

腎臓専門医への紹介基準

以下の①～⑤に該当するもの

- ① 蛋白尿：尿蛋白+以上または定量0.5g/gCr以上
- ② 尿潜血：尿潜血+以上かつ蛋白尿±以上
- ③ 腎機能：50歳未満でeGFR60mL/min/1.73m²未満、50歳以上でeGFR45mL/min/1.73m²未満
- ④ 3ヵ月以内に30%以上の腎機能悪化
- ⑤ その他：腎臓専門医に紹介が必要と思われる場合

仙台市CKD病診連携プロジェクト会議作成(2023)
参考：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023

(仙台市。仙台市CKD病診連携事業紹介基準。(2024年5月24日閲覧)
<https://www.city.sendai.jp/kenkosesaku-zoshin/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryu/documents/shokaikijyun.pdf>)



そして2023年7月、一般外来とは別に『CKD外来』を立ち上げ、現在に至ります。2023年のかかりつけ医からの紹介患者総数は440名で、うち7月以降の『CKD外来』への紹介患者数は15名という状況です。

— 一般外来ではなく、あえて『CKD外来』で患者を受け入れるのはなぜでしょうか。

杉本 当初は、『仙台市病診連携モデル事業』の紹介患者も、一般外来の中で診療をしていました。その中で、2024年4月から当事業が本格稼働することが決定し、紹介患者が増える状況が想定されたため、『CKD外来』の新設に踏み切りました。その理由として、保存期CKDの患者に自身の病態についてしっかりと理解してもらうためには、一般外来の診察では時間が足りないことが挙げられます。

また、CKDに関しては原疾患の治療のみならず、個々の病態に応じた生活習慣の改善など、包括的な指導・教育が欠かせません。そこで看護師、薬剤師、管理栄養士などの専門職がより円滑に介入を行えるよう、金曜日の午後を『CKD外来』として体制を整えることにしました。

⊕『CKD外来』の取り組みの現状

— 現在、『CKD外来』へ紹介される患者はどのような背景の方が多くですか。

杉本 近年、増えているのが腎硬化症の患者です。病院周辺に広がる八木山の住宅街は、当院の移転と同時に開発されたエリアですから、住宅街ができてからすでに30年が経過しています。つまり当時入居した方々は、もう80歳代、90歳代になっているわけです。

糖尿病を専門とするかかりつけ医からの紹介が重なっているという状況もあり、糖尿病性腎症の患者も多いですが、全体的な傾向としては加齢による腎硬化症が増加していると思います。

— 多職種の介入の実際について、まずは看護師の役割についてご紹介ください。

佐藤 看護師は、患者が安全に検査や診察を受けられるよう、全体のコーディネートの役割を担っています。患者が受付、問診、検査と順に済ませていく中、検査が終わった時点で、栄養指導、服薬指導、看護指導、医師の診察の効率的な順番を迅速に判断して外来全体の動きを調整しています。

また、事前に患者のデータを確認し、自分たちも情報を整理しつつ、診察中の様子などから患者についてアセスメントします。その後、患者個々に合った生活習慣改善のための指導を行います。その際に重視していることは、「何が一番頑張れそうか」を聞くことです。患者の考えや気持ちを尊重しながら、どのようにすれば継続して治療に取り組んでいけるかを一緒に考えています。

— 次に、薬剤師の役割について教えてください。

小野寺 薬剤師の役割は大きく2つ、患者からの情報収集と、患者への情報提供があります。情報収集としては、まず初回受診時、医師の診察前に市販薬、サプリメントなどを含む服薬歴を確認していきます。これらはかかりつけ医からの情報に限らず、おくすり手帳など、処方歴を継続して確認できるものも参考にします。また、患者と一緒にアドヒアランス遵守を考える手がかりとなるよう、薬剤管理状況などについても確認しています。

2回目の受診時には、『腎臓とお薬のつながりについて』という、当院で患者向けに簡易な言葉で作成した用

紙を用いて説明を行います。「薬が腎臓に悪影響を与えることもあります」「腎機能に応じて薬の量の調節が必要になる場合もあります」と説明すると、皆さん驚かれていますね。あわせて、必要な服薬指導などがあれば随時追加して実施し、患者自身が飲んでいる薬に対する理解を促すよう努めています。

— 次に、管理栄養士の立場からご紹介ください。

小笠原 管理栄養士は、指導の都度体組成を評価しますので、初回受診時には患者の体組成を測定し、家族構成や社会背景、生活習慣全般を聴取して、その内容を加味しながら減塩をはじめとする栄養指導を行います。2回目は体組成の変化を確認し、持参していただいた食事記録や食事の写真をもとに栄養の過不足やバランスを一緒に考え、アドバイスしていきます。

栄養指導ではさまざまなツールを活用しますが、「手ばかり栄養法」(図1)はその一つです。手のひらのサイズは体格に比例しているため、個々に合った食事の目安量を把握するのに役立ちます。患者の理解度に合わせたスピードや内容にし、「次回受診までに何ができるか」を一緒に考え、患者自身が取り組む姿勢になるような指導を意識しています。

— CKD患者への指導を通じて、それぞれの立場で課題とすることはありますか。

小笠原 CKDに限りませんが、栄養指導は教科書どおりにはいきません。「食事療法」を「食事制限」と受け止めて不安を感じる方もいます。また、食事記録と体重、



食塩摂取量などの検査データに乖離があるケースがほとんどです。詳しくお話を聞くと、食事記録に記載されていないものが出てきたり、本人も気づかなかった塩分が理解できたり、そもそも食事記録を書きたくない方などさまざまです。

そのため、栄養指導の開始時はまずは患者背景を知ることと、食事療法をどう受け止めているかをお伺いすることも大事にしています。個々に合わせた指導をするためには、とにかく話をよく聞いて、よき相談相手となるよう心がけています。

佐藤 看護師が指導で難しいと感じるのは、患者個々に異なる背景をもっている点です。特に高齢や独居の場合、どこまで実践可能か、指導方法を見極める必要があります。たとえば、自宅で血圧を測って欲しいのですが、血圧計すら持っていないことがあります。血圧測定に関心をもち、実際に患者自身が血圧を測定し、記録をつけるところまでをサポートして、ようやく血圧コントロールのための指導に入ることができます。

看護師は4人で「CKD外来」を担当していますが、当日は1人なので、個々の患者の問題について認識が違っていると指導に支障をきたします。そこで指導内容を記入するテンプレートを作ったり、カンファレンスを

図1 手ばかり栄養法



主食、主菜、副菜など、1日の摂取目安を手のひらで確認する。

(日本赤十字社 仙台赤十字病院ご提供)



行ったりして、患者個々の指導状況や注意点などをチームで共有しています。

小野寺 薬剤師の役割の中では、処方歴の聴き取りに注意が必要と感じています。たとえば、患者の経過と処方歴を照らし合わせたとき、腎機能の低下に関連していると思われる被疑薬があり、当院受診時には服用が終了しているケースなどです。処方歴の確認時には、ある時点で切り取って見るのではなく、治療計画の流れの中で、薬がどのように使われてきたのかを見るように心がけています。

また、薬剤師チームは3人体制ですが、全員がCKD領域の経験が豊富なわけではありませんので、看護師チームと同じようにミニカンファレンスなどを実施し、チーム全体でのスキルアップを図っています。

➤ 多職種による介入のメリット

— CKDの進行抑制において、多職種で介入することのメリットをどのようにお考えですか。

杉本 CKDの進行を抑制するためには、栄養面を含めた生活習慣の見直しは必須です。また、多くの患者は合併症により複数の薬剤を服用していますから、腎機

能への影響や相互作用、重複服薬などに注意しながら、適宜処方調整を行っていく必要もあります。

これがかかりつけ医はもちろん、当院でも医師のみで行うのは困難です。そこを当院の『CKD外来』では、各職種が専門性を発揮した介入を実現しており、CKDの進行抑制や透析導入遅延の予防に有効であると考えています。その点は、仙台市が病診連携事業で得られたデータを蓄積していますので、いずれ介入効果としてしっかり検証していきたいと思います。

小山 また、患者はどうしても医師に面と向かって本音を言いにくいようです。そこを看護師、薬剤師、管理栄養士がうまく引き出し、必要な情報はわれわれにフィードバックしてくれています。こうしたことは、医師と患者の間のコミュニケーションギャップを解消するため役立っています。

— 多職種が連携し、チームとして力を発揮するためのコツはありますか。

杉本 多職種連携で重要なのは、やはり情報共有とコミュニケーションですね。さきほどテンプレートやミニカンファレンスなど、同じ職種間で情報共有をしているというお話がありましたが、われわれはさらに職種を超えて連携すべく、『CKD外来』の立ち上げ時から皆で話し合い、情報共有ができる工夫を凝らしてきました。たとえば、電子カルテの付箋機能を用いて各職種が得た情報を集約し、参照しやすい画面にして情報を共有しています。

小山 コミュニケーションについては、普段からチーム間で積極的に交流を図っています。お互いのことがよくわかっていますので、問題が発生すれば気がつきやすく、患者のことについて何でも話し合える関係ができています。

— かかりつけ医との連携の状況はいかがでしょう。

杉本 『仙台市CKD病診連携事業紹介基準』よりも進行した状態で紹介されることが多く、もう少し早いタイミングで紹介してもらえればと感じます。ただし、このことは当院や仙台市のみならず、全国的にも同じような状況であると聞きます。

ただ、当院に関しては、『CKD外来』を設置してから、徐々に紹介のタイミングは早くなってきていると感じます。今後、紹介・逆紹介を繰り返すことで、かかりつけ

医との信頼関係が深まり、「ひとまず紹介してみよう」と思っただけのようにしていきたいです。

逆紹介時には、検査データと今後の治療方針に加え、服薬指導や栄養指導の記録をコピーしてお渡ししています。クリニックには薬剤師や管理栄養士が少ない施設もあるため、かかりつけ医に喜ばれることもあります。ぜひ患者への指導に活用していただきたいと思います。
小山 逆紹介時には、再紹介のタイミングについても記載しています。具体的にはCKDのステージが1段階進行したとき、あるいは1年間のeGFR低下速度が速いときなどは再紹介してもらった上、当院にてあらためて精査を行い、治療を立て直すよう検討します。かかりつけ医には気兼ねなく再紹介を検討していただきたいと思います。

◆ 仙台赤十字病院におけるCKD診療の展望

—最後に、今後のCKD診療において実践したいこと、展望などがあればお聞かせください。

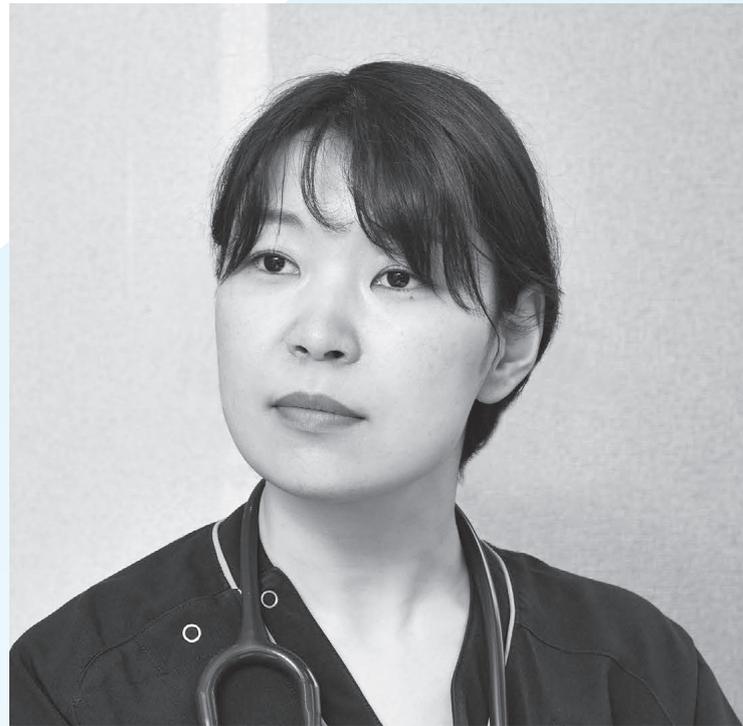
杉本 CKDの教育入院ですね。現在、『CKD外来』にて多職種による教育・指導を行っていますが、より充実させて、できれば1週間の教育入院を導入したいと考えています。CKD教育入院については、CKDの進行を長期的に抑制する効果などが報告されており³⁾⁻⁵⁾、導入に向けて多職種で勉強を始めたいと思っています。

ただ、われわれが介入の対象としたい若い方は平日の外来受診ですら難しい状況ですので、入院はなおさらハードルが高いと考えています。具体的にどのようにすればよいのか、教育入院を実現するための手法を考えていくことが一番の課題です。

—多職種による介入で、CKD患者のよりよい予後を長期的な視点でめざしているのですね。

杉本 研修医時代に腎臓内科を回ったとき、腎疾患の多彩さに驚き、全身を診る必要性を痛感しました。患者の生き方、病気との向き合い方を含め、さまざまな背景を理解しながら介入していく必要のある疾患であることも知りました。指導医から言われた「病気をみるのではなく、患者をみる」という言葉は今でも忘れられない、大切な言葉です。

そこを医師だけでなく多職種の力も借りて、CKD患者の予後改善をめざして頑張っていきたいと思います。



引用文献

- 1) 山本多恵ほか. 仙台市CKD病診連携モデル事業の立上げ経緯と初期活動報告. 日本腎臓学会誌. 2023 ; 65 : 631.
- 2) 仙台市. 仙台市CKD(慢性腎臓病)病診連携事業.(2024年5月24日閲覧) (<https://www.city.sendai.jp/kenkosesaku-zoshin/kurashi/kenkotofukushi/kenkoiryo/ckd.html>)
- 3) Machida S, et al. An inpatient educational program for chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol. 2019 ; 23 : 493-500.
- 4) Takagi WH, et al. Inpatient educational program delays the need for dialysis in patients with chronic kidney disease stage G5. Clin Exp Nephrol. 2021 ; 25 : 166-172.
- 5) Yoshida K, et al. Impact of inpatient educational programs on mortality after the start of dialysis therapy. Clin Exp Nephrol. 2022 ; 26 : 819-826.



前列左から鈴木野の香先生、杉本理絵先生、小山千佳先生
 後列左から小笠原初恵氏、小野寺裕二氏、佐藤位江氏

協和キリン株式会社