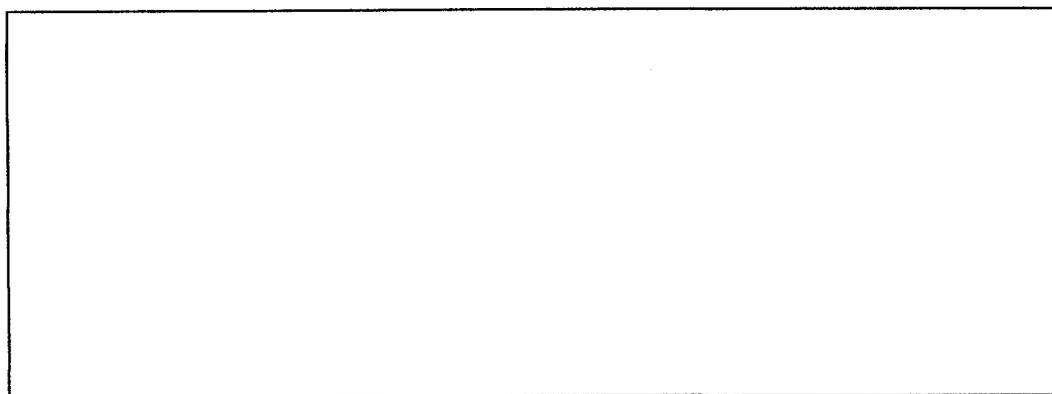


一般社団法人
日本臨床内科医会

**「慢性腎臓病（CKD）診療と
医療連携に関するアンケート調査」
のお願い**

2019年（令和元年）9月

日本臨床内科医会 学術部
腎・電解質班



慢性腎臓病 (CKD) 診療と医療連携に関する アンケート調査のお願い

慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease, CKD) は末期腎不全の原因となるだけでなく、心血管疾患の重要なリスクファクターであり、いまや“新たな国民病”とも位置付けられています。これまで日本医師会や日本腎臓学会、日本腎臓病協会をはじめとする関係諸団体による啓発活動によって、CKD はわが国のさまざまな医療現場において広く知られるようになってきています。

CKD 患者数は急速な社会の高齢化とともに増加傾向にあり、また新規透析導入患者も約 4 万人/年に上っており CKD 対策が国家的な緊急課題となっています。昨年、厚生労働省より「腎疾患対策検討会報告書」が発信され、その中で今後の CKD 対策の指針が示されています。この報告書の作成にあたっては、7 年前に日本臨床内科医会が実施したアンケート結果も参考データとして取り上げられています。

このたび、この指針に基づいた CKD 対策の第一歩として腎臓専門医ならびに第一線のかかりつけ内科医のみなさまを対象に、CKD 診療と医療連携に関する全国アンケート調査を実施するはこびとなりました。腎臓専門医に対しては日本腎臓学会が、またかかりつけ内科医に対しては日本臨床内科医会がそれぞれ独自に調査を行います。これらの調査はわが国の CKD 診療の実態にくわえて各地域での CKD の医療連携の現状を明らかにするもので、今後の CKD 診療と医療連携体制のさらなる充実のための重要な基礎データとなるものです。全国の腎臓専門医ならびにかかりつけ内科医の先生方には今回の調査の主旨をご理解いただき、アンケート調査へのご回答をお願い申し上げます。

2019 年 (令和元年) 9 月

一般社団法人日本腎臓学会 理事長 柏原直樹

同学術委員長 岡田浩一

一般社団法人日本臨床内科医会会長 望月紘一

同学術部担当副会長 福田正博

同腎・電解質班班長 内藤毅郎

慢性腎臓病 (CKD) 診療と医療連携に関する アンケート調査の概要

日本臨床内科医学会 腎・電解質班

【背景】

慢性腎臓病 (Chronic Kidney Disease, CKD) は末期腎不全の原因となるだけでなく、心血管疾患の重要なリスクファクターとして認識されるようになり、新たな国民病とも呼ばれています。2012年 (平成24年) 12月から2013年 (平成25年) 3月に、日本臨床内科医学会では全国のかかりつけ医を対象に「CKD診療と地域連携に関するアンケート」調査を実施しました。その結果、CKD診療あるいは地域連携には地域差が存在すること、かかりつけ医の専門性によって診療内容が異なること等、多くの有益な知見が得られ、平成30年に厚生労働省から出された「腎疾患対策検討会報告書」の作成にあたって腎疾患対策の指針づくりにおける基礎的なデータとして紹介されました。しかしながら、前回調査からすでに約7年が経過しており追跡調査の必要性が指摘されています。

【目的】

わが国のかかりつけ医によるCKD診療の現状、ならびに各地域におけるCKDの医療連携の現状を明らかにする。

【アンケート調査方法】

後掲のアンケート用紙にご記入いただき、同封の封筒を使って日本臨床内科医学会事務局に郵送 (切手不要) してください。なお、日本臨床内科医学会ホームページから回答用紙をダウンロードしてFAXにて送信することも可能です (FAX:03-3259-6125)。

【アンケート実施期間】

2019年 (令和元年) 9月1日～同年11月30日 (締切日: 当日消印有効)

【アンケート結果の集計、分析】

日本臨床内科医学会学術部 腎・電解質班が行う。

【調査結果の公表】

第63回日本腎臓学会学術総会 (令和2年6月、神奈川県)、第34回日本臨床内科医学会 (令和2年9月、福島県)、ならびに日本臨床内科医学会会誌等で発表する。

日本臨床内科医学会の認定医・専門医は研修単位2単位を取得できます

一般社団法人 日本臨床内科医学会

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館4階

TEL: 03-3259-6111 FAX: 03-3259-6155 E-mail: jpa@nichirinnai.jp

ホームページ: <http://www.japha.jp/>

第二部 CKD診療について

- 1 昨年改訂された「CKD診療ガイドライン2018」(日本腎臓学会編集)については
変更内容を把握している 変更されたことは知っている 知らない
- 2 その「CKD診療ガイドライン2018」を日常診療において
頻繁に利用している 所持するが利用していない 所持しない
- 3 外来で診療するおよそのCKD患者数は1か月あたり
10人未満 10~25人 25~50人 50~100人 100人以上
- 4 診察しているCKD患者の年齢層は(複数回答可)
40歳未満 40~65歳 65~75歳 75歳以上
- 5 CKDはどのように診断していますか?(複数回答可)
血清CrもしくはeGFR値 尿所見のみ
尿所見と血清CrもしくはeGFR値 画像検査 腎生検の病理所見
- 6 初診患者の検尿は(複数回答可)
原則として実施する 高血圧や糖尿病の症例に実施する
糖尿病/高血圧症例以外で腎・尿路系疾患が疑われる場合に実施する
実施しない
- 7 再診時の検尿は(複数回答可)
CKD患者には実施する 高血圧や糖尿病患者には実施する 行わない
- 8 尿検査にくわえて尿蛋白の定量は
随時尿で蛋白/gCr値を測定する 24時間蓄尿も実施する
実施していない
- 9 糖尿病早期腎症が疑われる患者に対する尿中アルブミン測定は
3か月に一回程度実施する 半年から1年に一回程度実施する
測定したことがない
- 10 CKD患者に対する採血検査(血清Cr、電解質、血算など)
月に1回程度実施する 年に5~6回実施する 年に3~4回実施する
年に1~2回実施する 採血しない
- 11 日常の診療で患者指導する際、血清Cr値だけでなくeGFR値を
頻繁に使っている ときに使っている 使っていない
- 12 CKD患者の腎機能評価のために血清シスタチンCの採血は
頻繁に実施している 症例によってときに実施している 実施していない
- 13 CKD患者の血圧測定について
来院時に測定し評価している 来院時血圧と家庭血圧の両方評価している
あまり実施しない
- 14 高血圧合併CKD患者に対する降圧治療でRA系阻害薬であるACE阻害薬や
 アンギオテンシン受容体拮抗薬(ARB)は(複数回答可)
第一選択である 尿蛋白陽性の症例に処方する あまり処方しない

アンケート用紙③につづく

- 15** RA系阻害薬の中止に関しては(複数回答可)
腎機能保護を期待してできるだけ継続する 腎機能が悪化すれば中止する
血清Cr>2~3mg/dLで中止 血清K値上昇で中止 そもそも使用しない
- 16** 75歳未満で尿蛋白陽性の高血圧合併CKD患者の血圧管理の目安は
個別化している <130/80mmHg <140/90mmHg
<150/90mmHg
- 17** ESA(赤血球造血刺激因子)製剤は
独自の判断で開始する 専門医の指示で開始する
自院では使用していない
- 18** ESA製剤を用いて腎性貧血の治療を行う場合の目標Hb値は
個別化している >9.0g/dL >10g/dL >11g/dL

第三部 CKD診療における地域連携、病診連携について

- 1** 地域でのCKDに関する地域連携は
ほぼ機能している ある程度機能している あまり機能していない
- 2** 地域で開催されるCKD関連の勉強会/講演会に
たいてい参加する ときどき参加する あまり参加しない
機会がない
- 3** 患者を紹介する腎臓専門医は
複数いる 一人はいる すぐには思い浮かばない
- 4** 患者を紹介する腎臓専門医との関係について
頻繁に会い親しい 名前や顔ぐらいは知っている よく知らない
- 5** 腎臓専門医に患者紹介する事務手続き(予約や紹介)は
スムーズで面倒ではない やや面倒である かなり面倒である
- 6** 腎臓専門医との間にCKDの地域連携パス(連絡用の手帳等)は
専門医との連絡に活用している あるが利用していない
ない/知らない
- 7** 腎臓専門医への患者紹介の理由は(複数回答可)
高度蛋白尿(定性で2+以上または尿蛋白/gCr比が0.5g以上)
蛋白尿/血尿がともに陽性 eGFR<45(mL/分/1.73m²)
急激な腎機能低下 浮腫など自覚症状の悪化
血圧管理、血糖管理の悪化 一定間隔で紹介
- 8** 紹介する患者の多いGFR区分(mL/分/1.73m²)は(複数回答可)
G1(GFR≥90) G2(GFR60~89) G3a(GFR45~59)
G3b(GFR30~44) G4(GFR15~29) G5(GFR<15)

- 9** 「CKD診療ガイドライン2018」に掲載されている「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」(別表)について
- 各症例の検査結果と照らし合わせて活用している ときに活用している
知っているがあまり参考にしていない 自院で対応している 知らない
- 10** かかりつけ医として腎臓専門医に期待することは(複数回答可)
- 治療法や処方内容の適否確認 自覚症状(浮腫など)の改善
血清Crの改善 腎生検による病理学的評価 腎・尿路系の画像診断
医師からの患者指導 看護師や管理栄養士による食事栄養指導
服薬指導 透析や腎移植の説明
- 11** 腎臓専門医の対応、紹介への返答に
- 大変満足している 満足できる 普通 やや不満 大いに不満
- 12** かかりつけ医から腎臓専門医に紹介することのメリットを
- 強く感じる ときに感じる あまり感じない 全く感じない
- 13** 腎臓専門医の対応ぶりに不満があるとすればどういう点について(複数回答可)
- 患者指導、説明が不十分 かかりつけ医への説明、連絡が不十分
紹介してもあまり治療に変化がない 服薬指導、食事栄養指導が不十分
- 14** 専門医療機関での腎臓病教育入院があれば利用しますか。
- 積極的に利用したい 必要に応じて利用したい 利用したくない
- 15** 専門医療機関での腎臓病教室があれば患者に参加を勧めますか。
- 積極的に勧める 必要に応じて勧める 勧めない
- 16** 先生の地域での特定健康診査(特定健診)には血清Cr値の項目は
- 含まれている 含まれていない 知らない
- 17** 特定保健指導において保健師によるCKDに関する指導は
- 行われている 行われていない 知らない
- 18** 地域における糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて
- 積極的に協力したい 内容を検討してから考える
あまり協力したくない 地域で予防プログラムが整備されていない
- 19** 糖尿病患者の血糖管理や腎症を含む合併症管理について地域の保健師から保健指導の申し出があれば
- 全面的に協力する 症例によっては協力する
自院で指導するので必要ない

(別表)「CKD 診療ガイドライン 2018」(日本腎臓学会編集)の 4 頁の表 3

表3 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

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量(mg/日) 尿アルブミン/Cr比(mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	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
	G2	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
	G3a	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
	G3b	中等度~高度低下 30~44		紹介	紹介
	G4	高度低下 15~29		紹介	紹介
	G5	末期腎不全 <15		紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク患者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会)

返送用封筒にアンケート 4 頁を含めた全 8 頁のまま折ってお送りください。

(切手不要)(締切日：2019年(令和元年)11月30日 当日消印まで有効)