

# 臨床と検査

## －病態へのアプローチ－ (VOL.67)

# 慢性腎臓病 (CKD) 患者のための医療連携とチーム医療 Medical cooperation and team management for CKD patients

### はじめに

慢性腎臓病 (chronic kidney disease:CKD) が医療従事者ばかりでなく、社会的問題となり数年の月日が過ぎたが、我が国でもやっと『CKD』という名前が、専門外の医療者間で知られるようになった。CKDの問題は、第1に『透析導入患者』が急速に増加したことにより医療費が高額となり医療経済を圧迫し社会問題となっていること、第2にCKD患者では、腎不全 (ESKD) の進行だけでなく心血管疾患 (CVD) の合併症で入院ないし死亡することが多いことなどがあげられる。そこで、CKD治療をはじめ合併症の予防が強く求められるようになった。このような医療及び社会環境の中で医療連携の重要性があらためて再認識されるようになってきた。

### 医療連携の重要性

医療連携は、医師を含めた各種医療従事者が様々な様式で連携を行うことであり、CKDの医療連携には少なくとも3種類あると考えられている。第一はチーム医療連携、第二は横断医療連携、第三は病・診／病・病医療連携である。

#### 1. チーム医療について

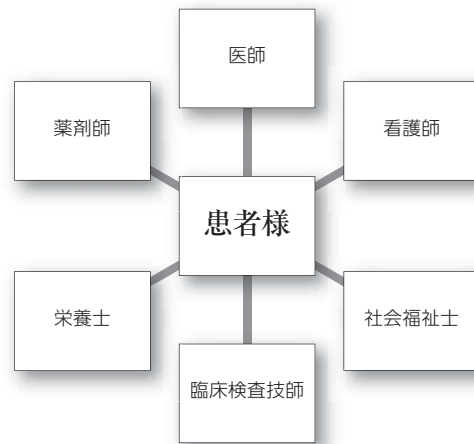
チーム医療は一般的な言葉となり、すでによく周知されている。厚労省は、『チーム医療の推進に関する検討会』を平成21年に発足させ、多くの検討会が重ねられた。そのなかでチーム医療に関する基本的考え方を示された。(表1)

表1 チーム医療に関する厚労省の見解

#### 『本検討会の基本的考え方』

チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが各々の高い専門性を前提に目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。

(「チーム医療の推進に関する検討会」厚労省報告書H22.3.19より)



チーム医療の関係

#### 2. CKDにおけるチーム医療とは

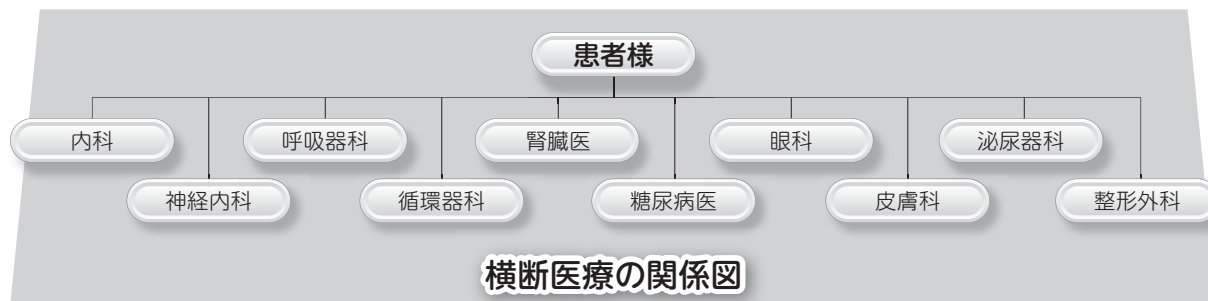
CKDのチーム医療に限定すると、「CKD診療において「腎機能」を改善させる (CKDを治療する) という目的を確実、かつ安全に達成するために医師がその責任で治療目標と方法を設定し、その医師または他の医師およびコメディカル・スタッフと各々の役割を果たし、そして互いに職種間で協力・連携・補完して行う医療手段である」と定義することができる。CKDは、1つの薬剤や食事療法だけで治療できるほど簡単なものではない。腎不全が進行するほど病態は複雑化し薬剤の種類は多くなり、また治療目標値を厳格にするほど薬剤の量は増える。したがって、薬剤の副作用ばかりでなく、過剰効果のリスクも増加する。十分に安全な治療を実施するには、もはや医師だけでは困難で、何よりも患者自身と家族等の理解と協力が必要不可欠である。さらに担当医師とコメディカル・スタッフ (看護師、薬剤師、栄養士、社会福祉士 (MSW)、臨床検査技師など) の協力と連携が必要となる。

#### 3. 診療科の横断医療連携

CKD患者は多くの合併症を有することが多い。代表的な疾患が糖尿病性腎症である。多くは、種々の程度の心血管系疾患 (狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈、脳出血、脳梗塞など)、感染症 (尿路、胆管系、呼吸器系) を合併しやすい。糖尿病の管理もまた重要で、その際、腎臓医のみならず、循環器医、糖尿病医、神経内科医、脳外科医、呼吸器科医、泌尿器科医など多科にわたった診療科との連携が必要となる。このように、CKD患者の主科たる腎臓医が中心となって多くの診療科と連携し、患者のための包括医療を行う医療が横断医療である。

#### 4. 病・診／病・病連携

チーム医療連携や横断医療連携を一つの病院や施設で実施できるとは限らない。中規模病院でさえ、ある部門は可能でも対応できない部門も生じる。そのときには、病院と病院の連携(病・病連携)が必要となる。また、一般のクリニックや診療所においてはMSWや臨床検査技師はもちろん、栄養士を常時おいておくことは困難なことも多い。かかる診療所やクリニックでは、チーム医療連携のある中核病院と連携し、チーム医療や病・病連携によりCKD治療を充実し達成するため、病・診連携に積極的に取り組む必要がある。各々の施設の環境と状況でやり方を工夫していかなければならない。



#### CKDにおけるチーム医療と『臨床検査技師』の役割

『臨床検査技師』がかかわるチーム医療として糖尿病療養指導士がある。我が国のCKD患者は約1330万人(全国民の8人に1人)で、そのハイリスク群となる糖尿病患者は約890万人もいるという現状である。これらの患者に効果的な療養指導を行うためには、療養指導に携わる人々のマンパワーが必要となる。しかし、日本糖尿病学会認定医は平成22年現在3700名余に過ぎず、約890万人の糖尿病患者の療養指導には対応しきれない状況である。また、予備軍への啓蒙活動も急務となっている。そこで、質が保証された糖尿病療養指導士が必要とされている。その他、慢性腎臓病(CKD)に関して臨床検査技師が参画する場があり、腎臓病教室が開催されている施設もある。また、腎臓病療養指導士(仮名)の制度についても関連学会で議論されている。このような状況の中、検査を行っている者のみが伝えられることをしっかりと見据えて実施することが大切であり、つまり、活動の中で検査部そして臨床検査技師にしかできないことは何か、そして活動の仲間が何を求めているかを念頭に置き、積極的に参画すべきである。

#### CKD診断における尿検査の重要性

慢性腎臓病(CKD)の診断・治療・管理のうえで、尿検査は簡易かつ侵襲が少なく実施できる最も重要な検査である。簡便ではあるが、その情報量は多く、スクリーニング検査にとどまるものではない。尿検査の進め方や尿試験紙法の原理を正確に理解し、尿沈渣の知識をもつことは、CKD診療の質を大きく変えることにつながる。例えば、CKD診療では、血尿と診断した際、その血尿が糸球体性血尿であるか否かを診断し、さらに糸球体性血尿が疑われる場合には、診断や病勢を評価するために腎生検を考慮することが必要となってくる。糸球体性血尿を考えるポイントとしては、①赤血球円柱の有無 ②変形赤血球(糸球体型赤血球)の有無と程度 ③蛋白尿合併の有無などが重要となる。蛋白尿の評価には、試験紙法による半定量と蓄尿・時間尿や尿中クレアチニン濃度を用いた定量法がよく用いられる。腎疾患を疑う場合やCKDの管理には蛋白定量を行うが、外来診療などで蓄尿が困難な場合にはクレアチニン補正蛋白尿(g/gクレアチニン)で算出することが必要となる。また、CKD管理の重要性が指摘されるようになった背景には、eGFR低下ばかりでなく、アルブミン尿の存在が心血管病(CVD)の独立した危険因子であることがあげられる。そして、その有無によりCVD関連死亡の程度が大きく異なるうえ、さらにHOPE研究では30mg/gCr以下の極少量のアルブミン尿(超微量アルブミン)でもCVDの有意な危険因子であることが判明している。このように尿検査の知識・有用性を腎臓専門医・一般検査(尿検査)を担当する技師ばかりでなく、一般医家、他部門の技師にも広く啓発し、患者の早期発見早期治療に結びつけていくことが重要である。

#### おわりに

CKDの治療は、種々の医療連携を必要とするようになった。医療連携を駆使して、患者が納得できる医療を受けられるように、われわれ『医療チーム』がその道を構築していかなければならない。

(参考文献)一般検査技術教本、AKIとCKDのすべて(11医療連携とチーム医療:海津嘉蔵)、CKD診療ガイド2012