

かかりつけ医から専門医療機関等への紹介基準

●佐賀県：かかりつけ医の診療を支援するため腎臓専門医へ早期から紹介する

糖尿病専門医	HbA1cが2か月連続8.0%以上
腎臓専門医	どのステージでも紹介、連携可能。以下の場合は早めに紹介する。 1. 初めて腎機能障害を認めた場合 ①尿蛋白1(+) ②アルブミン尿30mg/gCr以上 *尿蛋白(±~+)かつ尿潜血(+)は糸球体腎炎の可能性があり腎臓専門医紹介必須 2. 腎機能障害が進行した場合 ①eGFR50ml/分未満 ②クレアチニン 男性1.2mg/dl以上 女性1.0mg/dl以上 ③尿蛋白2(+) 尿蛋白定量 0.5g/gCr以上
循環器医	頸動脈エコー最大肥厚1.5mm以上
眼科医	初回治療開始時は必須 その後は定期受診
歯科医	初回治療開始時は必須 その後は定期受診
保健師	保健指導、栄養指導が必要な場合は個人指導を行うので市町保健師等へご連絡ください。

●日本腎臓学会作成、日本医師会監修によ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

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、 尿蛋白のみならば 生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または 軽度低下 60~89		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
	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か月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準並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(治療抵抗性の尿蛋白(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、二次性高血圧の識別等。)
- 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)それ以外でも下記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か月以上の治療でも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」(日本糖尿病学会編・著)を参照のこと。

糖尿病の診断

血糖値(空腹時126mg/dl以上または随時200mg/dl以上)およびHbA1c6.5%以上が確認された場合

- *明らかに糖尿病と診断される場合は診断のための75gOGTTは不要
- *健診で高血糖を指摘され、受診した際に「糖尿病の気がある程度」や「軽い糖尿病」とは言わないこと。その言葉が糖尿病を軽く見て、未受診や治療中断に繋がる。

初診時に行う検査

- BMI：身長 体重
- 血圧
- 血糖管理：HbA1c 血糖値(空腹時・食後)
 - 75gOGTT：糖尿病が疑われる場合に実施
ただし、インスリンを同時に測定する場合は、糖尿病の確定診断に実施可
- インスリン分泌能：治療方針、治療薬選択に必要
 - CPR-Index(空腹時CPR/空腹時血糖×100)が有用：0.8未満はインスリン治療適応
- 検尿：(糖、蛋白、アルブミン、潜血、ケトン体)
 - 尿蛋白(±)の場合尿中アルブミン定量(尿Crと尿アルブミン同時測定で定量)
 - 尿蛋白(+)の場合尿蛋白定量(尿Crと尿蛋白同時測定で定量)
- 眼底検査(眼科紹介)
- 末梢血管障害の評価：足背・後脛骨動脈触知、ABI(足関節上腕血圧比)
- 1型糖尿病(緩徐進行型・劇症を含む)が疑われる場合は抗GAD抗体を測定し診断
- 肝機能検査：AST,ALT,γGTP,血小板(非アルコール性脂肪肝炎(NASH)の精査)



経過の検査

- 体重 血圧 HbA1c 血糖値(空腹時、食後)
- 腎機能評価：eGFRと尿蛋白、尿中アルブミンを組み合わせて腎障害の重症度を評価する
佐賀県糖尿病連携手帳の腎機能評価(P12, 13, 37)を利用
 - eGFR：クレアチニンは腎機能の変化が評価しにくいのでeGFRを用いる(外注検査提供が可能)
腎機能の経過は3回以上のeGFR測定値で評価(ΔeGFR)、治療効果も評価可能
ΔeGFR：5ml/min/年以上の低下は急速進行を疑い腎臓内科紹介
 - 尿蛋白定量：4か月に1回
 - 尿中アルブミン定量：4か月に1回
- 頸動脈エコー：頸動脈の血管壁の厚さ(内膜中膜複合体厚:IMT)測定、1年に1回
特に進行したCKDステージでは必須、1.5mm以上の厚さで循環器内科紹介
- 食事からの塩分摂取状況の評価
食事中の塩分摂取状況を把握するには、スポット尿による推定1日塩分摂取量が効果的である。
*推定1日食塩摂取量は尿Na、尿クレアチニンの測定値を計算式で求める。保険未収載項目のため、レセプト請求では尿Na、尿クレアチニンを請求する。
Casioのホームページで算定可能：<http://keisan.casio.jp/exec/user/1326932941>
自己申告による簡易な把握方法として、「塩分チェックシート」を活用することもできる。
(社会医療法人製鉄記念八幡病院 土橋卓也氏考案：http://www.ns.yawata-mhp.or.jp/salt_check/)
≪塩分摂取量の目標量≫
6g未満/日または、男性8g未満、女性7g未満(日本人の食事摂取基準2015年版より)