

座談会

いま実地医家に求められる CKDの早期発見と管理

司会 日本臨床内科医会 腎・電解質班
内藤 毅郎 (富山県 内藤内科クリニック)

出席者 小林 一雄 (神奈川県 内科クリニックこばやし)
宇都宮 保典 (東京都 保谷病院)

ゲスト 嶋原 寿一 先生 (東京都 上野浅草通りクリニック)



前列右より 内藤氏、宇都宮氏
後列右より 小林氏、嶋原先生

内藤 (司会) 本日は尿検査をテーマにお話しただきたいと思います。日本臨床内科医会 (以下日臨内) は2012~13年に全国のかかりつけ内科医を対象とした慢性腎臓病 (以下CKD) 診療に関するアンケート調査を実施しました (回答数2,287)。その結果、初診時に原則として尿検査を行うと回答した先生は全体では40.8%でした。回答には地域差があり、関東や甲信越では30%程度でした。また、内科医の専門領域によっても違いがあり、腎臓病 (63.4%) や糖尿病・内分泌 (55.6%) 分野の医師で高く、呼吸器 (35.3%)、消化器 (35.7%)、神経内科 (34.6%) 分野の医師では低いという結果でした。大阪府内科医会で行われた同様の調査でも、初診時検尿は35%の医師が実施と答えています。先生方のところではいかがでしょうか。

小林 2016年に相模原市医師会で会員を対象に行ったアンケート結果を紹介します。回答率は約3割 (182名/630名) で、内科医と内科医以外が約半数ずつでした。「薬物投与時に腎機能を確認する」と回答したのは約半数、さらに「蛋白尿あるいはアルブミン尿を確認する」と回答したのは3分の1でした。内科以外の先生方は、内科の先生と比較するとさらにこれらの回答の頻度が低かったです。

嶋原 私が研修医のころは内科の研修でとにかく初診時は検尿をするようにと言われていましたが、最近はそのでもないみたいで、やはり研修医や学生の段階

で検尿をするように教育することも大事ではないかと感じています。私は糖尿病専門医なので、尿中の糖や蛋白だけでなくケトン体もみたくので検尿はよくやりますけど、専門領域が違うと事情はかなり違ってくるという印象です。

内藤 宇都宮先生は長年、大学病院で腎臓専門医として働いてこられました。開業医のところではなかなか尿検査が十分に行われず、早期診断が不十分という印象をお持ちでしたか。

宇都宮 はい、ありました。一方、尿検査の異常をどのように判断してよいか分からないという声も聞きました。

内藤 先ほどの調査結果を踏まえて日臨内では2014年に「かかりつけ医に向けたCKD診療に関するステートメント」を発表し、その中で初診時検尿をより積極的に行っていただくように勧奨しました。かかりつけ医のところでは初診時検尿があまり実施されないのはなぜでしょうか。

嶋原 現実問題として医師によっては面倒と感じられる方もあるかと思いますが、患者自身も尿検査の目的がわからないと受けていただけないということもあります。診察前の待ち時間に機械的に検尿をするということだと、患者に事前説明もなしにということでも、理解が得られないこともあります。

内藤 検査が面倒ということでしたが、私のクリニックでは尿試験紙の結果を器械で読み取っています。

訓練や知識がなくても実施できますので、そういうシステムにしてしまうととても楽です。

小林 クリニックのトイレに小窓がついていなかったり、クリニック内にそもそもトイレがなく、検尿をするために尿カップを持ち歩かなくてはいけないところもあるようで、やりづらという話を聞いたことがあります。また、自動尿検査装置は比較的小型で安価に購入できるのですが、まだあまり普及していないようです。

宇都宮 まずは健診を受けていただき、尿異常を早期に発見することが大切だと思います。一方、健診を受けない方にどのように対処すべきかという問題があります。また尿異常への対応が明確でないと、その後、どのようにすべきか分からないという面もあります。患者は、かかりつけ医の先生方のところへ風邪や腹痛、腰痛など種々な症状で受診します。風邪様症状では急性腎炎、腹痛や腰痛の場合は尿管結石などを鑑別するうえで尿検査が必要です。蛋白尿は慢性疾患、特に高血圧や糖尿病の診療において慢性腎臓病のみならず、心血管病の発症を早期に発見するうえで非常に重要な所見です。

小林 健診の結果説明の際に医師が尿異常を「軽く」言ってしまう、例えば尿蛋白(±)で「大丈夫、心配ない」と説明してしまう傾向もあると思います。そうすると、たとえ毎年のように尿蛋白が(±)であっても「問題ない」と安易に考え、わざわざかかりつけ医に相談することも少なくなるかもしれません。

鳴原 糖尿病の患者では尿検査を行うのは比較的自然ですが、それ以外の患者ではどうするかがなかなか定まっていないと思います。尿異常があったときに、あとどうするかわからないと、尿検査そのものをやる気がしなくなるということではないでしょうか。尿蛋白定量もあまり行われていないのではないかという印象です。

内藤 尿蛋白定量については、蓄尿は最近ほとんど行われておらず随時尿で尿蛋白とクレアチニン(Cr)の濃度を測ると自動的に算出され、実際はあまり面倒ではないのですが、そういうオーダーシステムを電子カルテに組み込んでしまえばいいとも思います。

小林 オーションスクリーンといって、尿アルブミン/クレアチニン(Cr)を半定量的にその場で判定できる検査キットもありますが、まだあまり普及していないようです。

内藤 日本には学校検尿という世界に冠たる制度があり、20歳まではほぼ全員が尿検査を受けています。ところが20歳以降になると尿検査をする機会が少なくなる。IgA腎症は発症年齢のピークが22歳と言われていますが、10代では見つかって20歳以降は早期発見ができなくなってしまいます。40歳以降の検診受診率も約4割程度ということで、これで果たしてCKDの早期発見ができていないのかという疑問があります。発見後の治療や管理のしやすさということを考えても、できるだけ早期に発見することは重要だと思います。

宇都宮 やはり医師側の検尿に対する意識を変えることが必要だと思います。血液検査はどこの医療機関でも行われていますが、尿検査への認識は十分とは言えません。包括的医療の中心的役割を果たしておられるかかりつけ医の先生方には、CKDの早期発見のために尿検査を是非行っていただきたいと思います。さきほど初診時の検尿をというお話でしたが、慢性疾患の診療においても定期的に尿検査をすべきと思います。糖尿病や高血圧では、尿検査は治療薬の選択、合併症の診断やその予後などを考えるうえでも必要です。

小林 以前に神奈川県で行った調査では、糖尿病であれ、非糖尿病であれ、かかりつけ医で診ている患者の4割がCKDでした。ですからわれわれが目前で診ている患者の半数近くはCKDということになります。そういうことをかかりつけ医がもう一度、きちんと認識する必要があると思います。

内藤 かかりつけ医の先生方も血液検査でCrが上昇していると専門医に紹介を考えられるのですが、蛋白尿などの尿異常だけではそのままにしてしまう傾向があります。日本腎臓学会のCKD診療ガイドでも蛋白尿の重要性を強調していますが、なかなかそのと



ころの意識が十分にいきわたっていない。

小林 相模原医師会での調査でもCKD診療ガイドを持っていない先生が3割程度いました。CKD診療ガイドは必ずしも腎臓専門医だけが活用するものではないはずであり、もっと広く実地医家にて活用できれば理想的と思いますし、普及用の内容を簡素にしたコンパクトな内容の小冊子などの工夫もあっていいのではと思います。

内藤 実は尿所見をみることによって治療もかわってきます。降圧薬の選択についてもかつてはCKDにはARBだとかACE阻害薬だとかのRAS系阻害薬が第一選択ということが強調されてきたのですが、蛋白尿の出ている患者では今でもその通りなのですが、蛋白尿が出ていないけど腎機能が落ちているような、例えば腎硬化症では必ずしもRAS系阻害薬が第一選択ではなくてカルシウム拮抗薬も十分使いましょうということになっています。糖尿病でも治療の主眼がmicroangiopathy(細小血管障害)なのかmacroangiopathy(大血管障害)なのかによって降圧薬の使用も違ってくると言われています。

小林 大規模臨床試験で心血管系イベントの抑制効

果が発表されたこともあって糖尿病治療にSGLT-2阻害薬が広く使われるようになってきており、神奈川県内科医学会においてもその使用実態調査を開始しております。調査の途中ではありますが、糖尿病の専門医ですら、尿検査の頻度が少ないこともあるようです。実際には多くの糖尿病患者は、非専門医の診察をうけていることから、尿検査が実際の程度まで実施されているかは心配になります。

嶋原 ヘモグロビンA1cはみなさん検査されているのですが、尿検査、アルブミン尿の検査はそこまで行われていないのが実情かと思います。当然、日本糖尿病学会の糖尿病治療ガイドでは定期的な尿検査が推奨されています。

宇都宮 わが国ではアルブミン尿の測定は、保険診療上では早期糖尿病性腎症(あるいはその疑い)でないと通らないという制約もあります。

内藤 いろいろお話が出ましたが、今回こうした機会に尿検査を取り上げて話し合ったことで、日臨内会員の先生方や、かかりつけ内科医の先生方の関心が高まることを期待したいと思います。熱心な討論をいただきありがとうございました。

Q & A

Q1 尿検査で何がわかるのですか？

A1 CKD診断としては蛋白尿の存在が最も重要です。試験紙を用いた検査で擬陽性～陽性であれば尿蛋白定量検査を行います。2+以上の陽性であれば腎臓専門医への紹介を考慮します。血尿の存在も重要ですが血尿のみ陽性の場合には腎機能低下につながる危険性は高くありません。血尿と蛋白尿が同時に陽性(1+以上)の場合は注意を要します。

Q2 尿蛋白定量検査は具体的にどう行えばいいのでしょうか？

A2 試験紙による尿検査で蛋白尿が認められたら、提出された尿検体中の蛋白濃度とクレアチニン(Cr)濃度の測定をオーダーしてください。外注されることが多いと思いますが、検査結果は尿蛋白量をCr1gあたりの量(g/gCr)として計算して報告されます。これが1日の尿蛋白量に相当します。尿蛋白量が0.15g/gCr以上で蛋白尿、0.50g/gCr以上(おおむね定性2+以上に相当)だと専門医への紹介を考慮します。同様に尿中アルブミンを測定することも可能ですが、保険上は糖尿病性腎症第1期または第2期の早期腎症の診断にしか認められておりません。

Q3 尿検査は判定が煩わしいと思いますが、どうすればいいのでしょうか？

A3 試験紙を用いた尿検査では項目によって判定時間が異なりますので若干の慣れと経験を要します。近年は試験紙の結果を自動的に分析する装置が販売されており、比較的小型で安価なものもあります。これを用いると試験紙を尿に浸してセットすれば、あとは自動的に結果が出るので、経験や慣れの必要はありません。