



質問	回答
<p><b>Q 1.</b>  <b>蛋白定量を計算するにあたり尿中クレアチニンを検査しなければならないが、高尿酸血症がなくても尿中クレアチニンを検査しても保険では査定されないのでしょうか。</b></p>	<p>尿中クレアチニン検査は、高尿酸血症がなくても算定可能です。                  単独で、尿中クレアチニン検査をする場合、腎臓に関する病名をつけていただければ大丈夫です。例えば、「腎機能低下疑い」「膀胱炎疑い」でも算定可能です。単独ではなく、包括算定も可能、生化学検査として、他の項目（血液検査の肝機能等）もあわせて、10項目以上として算定すれば、点数は一律となり、とくに腎臓に関する病名がなくても実施可能です。</p>
<p><b>Q 2.</b>  <b>CKDにて腎臓診療医に紹介した場合の、CKD治療介入方法を知りたい。</b></p>	<p>ご紹介いただいた際に腎炎やネフローゼ症候群、血管炎等の疾患が疑われた場合は腎生検を施行し、免疫抑制療法を行います。腎硬化症や糖尿病性腎症の場合は原疾患の治療を継続することになります。高度に腎障害が進んでいる場合は保存的に経過観察となり、腎代替療法を提示します。</p>
<p><b>Q 3.</b>  <b>尿潜血だけ陽性の方は、泌尿器科と腎臓内科とどちらから紹介したほうが良いですか？</b></p>	<p>可能であれば尿検査を再検いただき、特に尿沈渣の赤血球形態が非糸球体型であれば泌尿器科受診をお勧めします。少しでも蛋白が出ている場合は腎臓内科にご紹介ください。</p>
<p><b>Q 4.</b>  <b>腎臓診療医にCKD患者を紹介することにおいて、ESRDへの進展がどれくらい防げるか、エビデンスがあるのでしょうか。</b></p>	<p>日本腎臓学会のガイドライン2018のCQ1-2にCKDにはIgA腎症やループス腎炎など腎臓専門医による治療を要する腎疾患が含まれるため、蛋白尿と血尿を両方認めるCKD患者は腎臓専門医もしくは地域の専門医療機関に紹介する。またGFR&lt;45（G3b~5）または蛋白尿区分A3では腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。40歳未満やA2区分ではGFR 45~59（G3a）でも紹介することが望ましいとあります。</p>
<p><b>Q 5.</b>  <b>たんぱく質制限食のエビデンスはありますか。</b></p>	<p>日本腎臓学会のCKDガイドライン2018のCQ2にCKDの進行を抑制するためにたんぱく質摂取量を制限することを推奨する。ただし、画一的な指導は不適切であり、個々の患者の病態やリスク、アドヒアランスなどを総合的に判断し、腎臓専門医と管理栄養士を含む医療チームの管理の下で行うことが望ましい（エビデンスレベルB1）とあります。画一的な蛋白制限は低栄養をもたらす可能性があります。</p>
<p><b>Q 6.</b>  <b>腎臓特殊検査の適応について知りたい。</b></p>	<p>検尿で尿蛋白・潜血陽性や血液検査で各種抗体等が陽性の場合には腎生検を行います。また、尿蛋白・潜血を認める場合は免疫グロブリンや抗核抗体、年齢によってANCAなどのチェックを行います。</p>