

想定質問・回答集（質問者向け）

Kidney Bridge / Web コンサルテーション遠隔医療の実証研究

以下に質問例及び回答例をお示しいたします。

なお、質問に対する回答内容は、参考意見を提供するものであり、最終的な診療判断は質問者の責任において行われます。回答者は特定の患者に対する主治医としての診療責任を負うものではない点、ご理解の上本システムをご利用ください。

想定質問例及び回答例 ①

Q. 2型糖尿病合併のCKD患者（eGFR 38）に、SGLT2阻害薬の新規導入を検討しています。このレベルの腎機能での開始の可否や、導入後の注意点についてアドバイスをいただけますか。

A. SGLT2阻害薬は、KDIGO 2024 CKD診療ガイドラインを始めとする近年の国内外のガイドラインにおいてeGFR 20～25 mL/min/1.73m²程度まで導入可能とされており、eGFR 38であれば導入自体は問題ないと考えます。注意点としては、導入初期に一過性のeGFR低下（initial dip）が見られることがあるため、開始後2～4週程度で腎機能を再評価していただくこと、脱水・シックデイ時の対応について患者さんへの説明を行っていただくことが重要です。また、利尿薬を併用されている場合は、脱水リスクの観点から減量を検討する場合があります。

想定質問例及び回答例②

Q. 80代女性、独居で山間部にお住まいのため、片道2時間以上かけないと腎臓専門医のいる医療機関を受診できません。本人・ご家族とも移動自体が身体的・経済的に大きな負担で、できれば紹介は避けたいとのこと希望です。健診で尿蛋白2+を指摘され、当院で再検したところ尿蛋白/Cr比 1.8 g/gCrと新規に蛋白尿を認めました。糖尿病の指摘はありません。血清Cr 0.9 mg/dL、eGFR 45 mL/min/1.73m²で腎機能は保たれており、自覚症状ありません。このような状況で、当院でどこまで検査・対応を進めてよいのでしょうか。

A. ご高齢かつ受診環境が厳しい状況であることも考えあわせまして、回答いたします。腎機能自体は保たれているものの、尿蛋白/Cr比1.8 g/gCrはCKD分類ではA3であり、今後の腎障害の進行が危惧されます。尿潜血は陰性ということでしょうか。腎臓専門医が在籍しない施設で可能な検査として、免疫グロブリン(IgA、IgG、IgM)、補体(C3/C4/CH50)、蛋白分画検査をお勧めいたします。尿潜血が陽性であるならば、MPO-ANCA及びPR3-ANCAの提出をご検討ください(保険傷病名として、急速進行性糸球体腎炎疑い、多発血管炎性肉芽腫症疑い、顕微鏡的多発血管炎疑いの3つの病名を当院では入力しております)。また、原疾患によらない対応として、血圧を含め忍容性に問題がない場合にはRAS阻害薬(ACE阻害薬またはARB)の導入・調整とSGLT2阻害薬の導入が蛋白尿減少と腎保護の観点から有用ですが、家庭血圧の測定可否等により、導入のリスクは変動しうるかと思えます。このような症例ですと、腎生検により原疾患が判明する可能性はありますが、入院が必要になりますので、その必要性については上記の検査結果や、投薬開始後の腎機能・尿蛋白の推移によって判断が分かれるように思われます。一般的には、尿潜血がなく、上記の検査結果で特定の免疫グロブリンの減少や、補体の低下がなければ、上述の薬剤にて経過を見る判断になることが多いと考えられます。検査結果やその後の経過から、その解釈について迷うことがあれば、再度本システム上で質問を投稿することも含めご検討いただけますと幸いです。