

蛋白尿を中心とした学校腎臓検診の全県統一 フォローシステムの確立

第 1 分科会
9
静岡県医師会

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会 / 静岡県立こども病院
和田 尚弘

静岡県医師会学校腎臓検診結果検討小委員会

坂尾 正、大岩 茂則、瀬尾 究、加藤 公孝、増田 裕行、谷口 正和、
幸田 克好、藤田 直也

はじめに

昨年の当学会にて、三次健診以降における蛋白尿を中心としたフォローシステムを提言した。今年度は日本学校保健会からの学校検尿の手引きが改訂され、指導区分の目安も、蛋白尿の程度が管理区分の指標となるように変更されている。

九州地区や愛知県などですばらしい学校検診マニュアルが作成され、広域での統一した学校腎臓検診が試みられている。しかし、その運用実績や評価は十分になされていない。今回、静岡県全体の三次健診フォローの統一に向け、蛋白尿を中心としたシステムのシンプル化を行い、標榜科や専門にかかわらず、どの医師にも使いやすい運用を目指し、一部で開始したその運用の状況把握と今後に向けての展開を検討する。

I. 三次検診用紙の統一と簡素化

用紙は A3 または B4 サイズ一枚にまとめ、表面には学校、保護者、医師や判定委員会それぞれの記入、裏面はフォローの際の参考資料を印刷し、この用紙 1 枚で学校と医療側との橋渡しや三次健診医師のフォローの統一化を図った (図 1, 2)。

表面 (図 1) の左側半分には、一次・二次検診の結果 (学校側記入)、問診 (保護者記入) とし、特に問診の欄では、検尿の既往、家族歴に加え、九州検尿マニュアルを参考に、一次・二次検尿における生理の有無を記載し、三次健診時やその後の判定委員会における尿潜血の判定の参考となるようにした。

図 1：三次検診用紙 (表)

図 2：三次検診用紙 (裏)

表の右側半分は医師側の記入欄とし、検査項目は一昨年調査した県内の実態と小児腎専門医の意見で決定した。なるべくシンプルにまた患者負担を掛けない最低限の検査に絞ったが、尿蛋白に重点をおくことから、早朝尿と来院時尿を比較することで体位

性蛋白尿を除外すること、尿蛋白/クレアチニン比から尿の濃さに関係なく尿蛋白の定量化を図ること、さらに尿 β_2 ミクログロブリンを検査項目に加えた。県内3次健診でも一部で実施されていた尿潜血鑑別目的の尿カルシウムなどは除外した。

血液検査は、毎年尿潜血のみの有所見者は2年目以降の血液検査は省略可した。実態調査で多くの地区で施行されていた白血球数、ASLOなどは削除したが、持続性蛋白尿の指標になるコレステロールや腎疾患診断に重要なC3は項目に入れた。

診断名は、臨床診断名・病理名・病態名などが混在し分かりにくいことから、暫定診断と確定診断に明確に区別し、暫定診断は1)異常なし2)無症候性血尿(尿潜血のみ)、3)無症候性蛋白尿(尿蛋白のみ)、4)腎炎・腎炎疑い(尿潜血・尿蛋白両方あり)、5)糖尿病、6)その他とし、病理診断名のついた腎炎、ネフローゼ、腎尿路奇形、腎不全、移植後などはすべて確定診断名として記入することとした。

裏面(図2)には、1)改訂された日本学校保健会からの指導区分の目安、2)小児腎専門医への紹介の目安、3)暫定診断後のフォローチャートなどを印刷して、フォローの参考となるようにした。

指導区分の目安は、学校腎臓検診に係る無症候性血尿または蛋白尿、慢性腎炎症候群の2項目を記載した。

3次検診後フォローのフローチャートは、暫定診断別に、尿蛋白を中心にしたフローチャートとして単純化した。

尿潜血のみの場合(無症候性血尿)は初年度のみ3ヶ月後再検し、尿蛋白出現がなければE区分で来年度学校検尿とした。一方、毎年尿潜血のみの有所見者はE区分で来年度学校検尿のフォローとし、過剰な受診・検査回数と過剰管理を避けた。

尿蛋白のみの場合(無症候性蛋白尿)は、まずは体位性蛋白尿を除外し、除外後は蛋白尿の程度で、フォロー方法や専門医への紹介のタイミングを明示した。

腎炎・腎炎疑い(尿潜血+尿蛋白)は、尿潜血の程度にかかわらず、尿蛋白の程度により分かれるフォローチャートを作成した。

II. 今後の展開

マニュアルやシステムも、使用しづらくて活用されず、その後のフィードバックも行われなければ不十分である。そのためにB方式では、3次健診に対しての判定委員会が必要である。

判定委員会がある地区は、現行のシステムは継続し、可能な限り提案した3次健診用紙に変更して県内統一でフォローできる体制にさせていただく。実際、すでに判定委員会がある地区でも来年度にむけて変更準備に入っている。一方、3次健診システムの整っていない地区では、教育委員会と県医師会を通じて、学校腎臓システムの変更を通知して統一した3次健診の運用を図ってもらうとともに、判定委員会は県腎臓検診小委員会でも肩代わりをして主治医にフィードバックする体制を整えていく。

昨年度から新たに判定委員会を立ち上げ、今年度からすでにこの3次健診用紙で運用し始めた地区では、新しい3次健診システムの運用や内容の順守の状況を見て、今後の改良点などを検討していく。

III. 問題点

しかし、実施に当たっては問題点がある。一つは長年施行されているシステムの変更に伴う混乱であり、また、あまりシステム化していない地区では普及・浸透の問題である。そのためには、医師会と学校・教育委員会との連携が重要であるが、静岡県は県医師会と教育委員会との連携が比較的取られている。さらに今年度は、日本学校保健会からの管理指導変更の周知が医師側・学校側双方に必要であることから、変更する学校検尿システムを再認識していただくことで、医師会から開業医へ、教育委員会から養護教諭へ浸透を進めていきやすい年と考えられる。

他の問題点として、患者の金銭的負担がある。さらに医療側として検査項目に対する保険上の問題が残る。検診の公費負担は一部のみで、各自治体の事情がある。外来での患者負担は、現況では中学生まで外来負担が免除されている地区が多いが、統一されてはならず恒久的ではない。さらに検査上の保険病名・査定の問題は、やはり各地区の審査委員も専門が様々で温度差があることから、その地区の審査医師への説明が必要であろう。

おわりに

静岡県に限らず多くの地域で行われている B 方式では、有所見者が受診する医療機関の温度差による見落としや過剰管理が問題となる。しかし現実的に A 方式やそれに準ずる方式は、過疎地域や病院・医師の少ない地域では困難であり、B 方式を採用せざるを得ない。多くの疾患をみる開業医にとって、様々な種類・量のガイドラインやマニュアルは膨大であり、そんな中で学校腎臓検診の有所見者の数は決して多くはない。そのために、有所見者が持参する用紙にもマニュアル的な資料を載せ、学校検診マニュアルなどを探すことなく簡易に記入できて学校側に提出する三次健診システムを提案した。このことで、どの医師でも簡易に暫定診断と管理・フォローが可能で、過剰管理あるいは見落としを防ぐことができる。さらに B 方式でも、共通の 1 枚の用紙を判定委員会がみることで、地域差のない学校腎臓検診システムとなり、疾患的意義がある腎疾患の早期発見と適切な管理が行われ、また蛋白尿を中心にすることで手間・労力削減でコストベネフィットの利点が期待される。