

日本慢性疾患重症化予防学会(JMAP)第5回年次学術集会

糖防管100点加算病院ケースカンファ 腎保護トリプルセラピーの成果



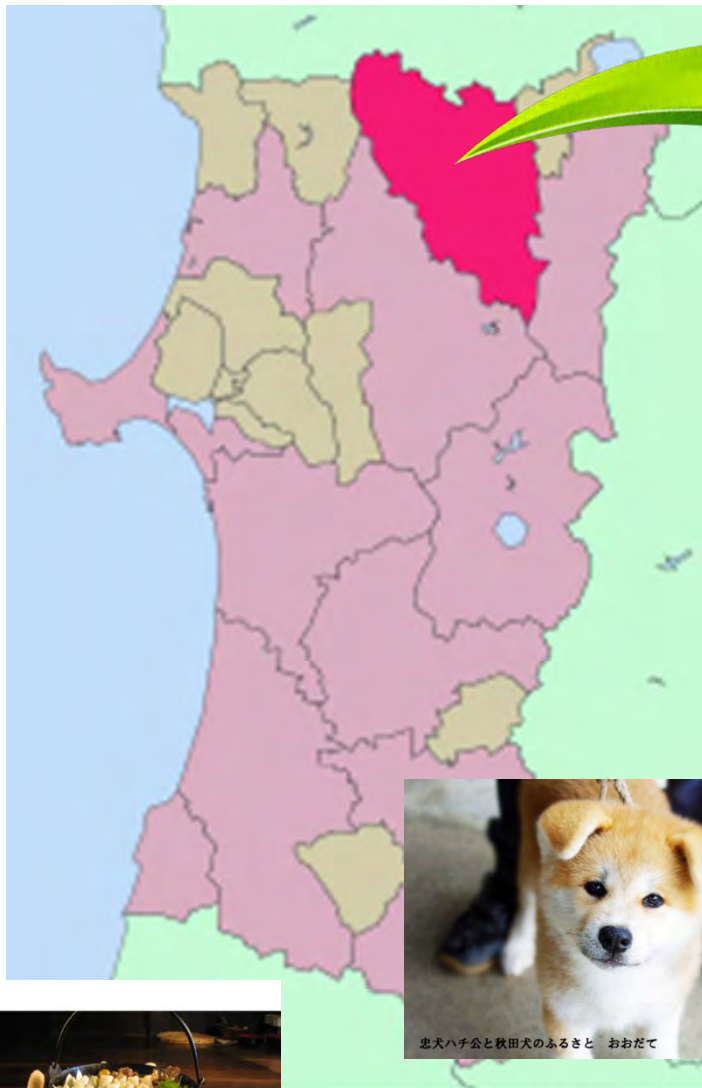
平成31年2月24日

大館市立総合病院 内分泌・代謝・神経内科 池島 進

COI 開示

発表者名：池島 進

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などはありません。



○大館市の人口

73001人 (2018年1月)

高齢化率 **37.6%**

○大館市立総合病院

●病床数443床

●糖尿病年間患者数

約1700人

●糖尿病専門医 2人



忠犬ハチ公と秋田犬のふるさと おおだて [画像をクリック >](#)

50km



当地区における糖尿病対策

平成26年 糖尿病医療連携パスの開始



平成27年 国保健診データを利用した透析ハイリスク患者への予防事業（いきいき健康プログラム）



平成28年 当院通院患者の透析ハイリスク患者
保険者との連携介入（国保、協会けんぽ）



平成29年 サポーター制度開始



平成30年 大館市糖尿病重症化予防推進協議会



高度腎機能障害指導加算

平成30年 調剤薬局との医薬連携パイロットスタディ開始

方法

ハイリスク症例の抽出

- ① 79歳以下
- ② eGFRを3回以上測定
- ③ 5年以内に透析導入が予想される
- ④ eGFR低下が $-0.4/\text{月}$ 以上 ($-4.8/\text{年}$)

多職種による積極的介入

介入前後(1年)のeGFRの低下速度、透析導入予想時期の比較

透析予防への取組み

① 糖尿病透析予防指導管理料

② 定期的なeGFR、尿蛋白定量・尿中Alb定量、**推定塩分摂取量**（スピッツを渡して早朝尿を持参）

③薬剤選択（GLP-1製剤、SGLT-2、利尿薬含む）見直し、塩分摂取量、水分摂取量の指導

④診察室に栄養士同席。
診察後に、軽く面談



⑤1回/月に1回

チームカンファレンス

⑥**保健師**の介入(協会けんぽ
国保(市役所 健康課))



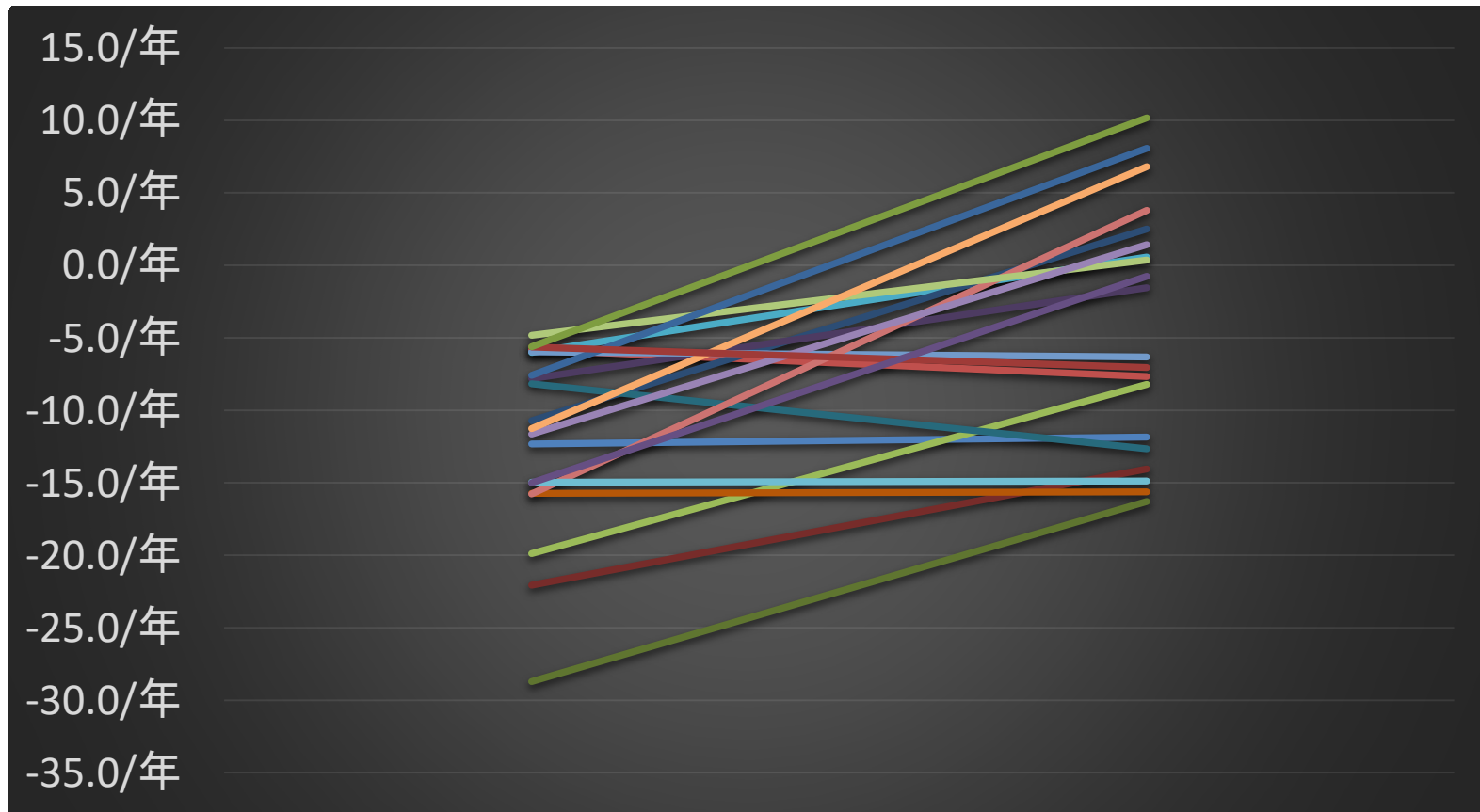
5年以内透析回避症例の推移

透析ハイリスク症例 積極的介入効果

5年以内の透析が予想された患者さん(22名)の半数以上が5年以上に延びました！

■5年以内透析 ■シャント作成または透析導入 ■5年以内透析回避

介入前後の $\Delta eGFR$ 変化 (介入1年)



-11.8 ± 6.4 /年 \Rightarrow **-4.2** ± 8.4 /年 $^{*} < 0.05$

糖尿病性腎症透析予防への取り組み

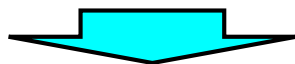
- ① eGFRの低下速度により、糖尿病腎症患者のハイリスク症例を抽出
- ② 減塩、脱水予防、薬剤選択の見直し（GLP-1製剤、SGLT-2阻害薬など）を中心とした積極的介入
- ③ 保健師を含めた多職種による介入（JAMP方式）

➡ 透析導入の遅延または回避につながる可能性が示唆された。

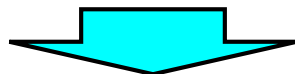
➡ 定期的抽出を継続。月1回、約50名、計28回カンファレンス施行。

糖尿病性腎症透析予防に向けた医療政策の展開

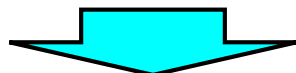
平成24年4月 診療報酬：
糖尿病透析予防指導管理料 350点



平成28年4月 診療報酬：
腎不全期患者指導加算 100点



平成28年4月
『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』



平成30年4月 診療報酬：
高度腎機能障害患者指導加算 100点
＝運動療法指導

糖尿病透析予防指導管理料

(新) 腎不全期患者指導加算 100点

28年診療報酬改定

[算定要件]

腎不全期 (eGFR (ml/分/1.73m²) が 30未満) の患者に対し、専任の医師が、当該患者が腎機能を維持する観点から必要と考えられる運動について、その種類、頻度、強度、時間、留意すべき点等について指導し、また既に運動を開始している患者についてはその状況を確認し、必要に応じてさらなる指導を行った場合に、腎不全期患者指導加算として100点を所定点数に加算する。

[施設基準]

次に掲げる②の①に対する割合が5割を超えていること。

- ① 4月前までの3か月間に糖尿病透析予防指導管理料を算定した患者で、同期間内に測定したeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys} (ml/分/1.73m²) が 30未満であったもの(死亡したもの、透析を導入したもの、腎臓移植を受けたものを除き6人以上の場合に限る。)
- ② ①の算定時点(複数ある場合は最も早いもの。以下同じ。)から3月以上経過した時点で以下のいずれかに該当している患者。
 - ア) 血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下している。
 - イ) 尿たんぱく排泄量が①の算定時点から 20%以上低下している。
 - ウ) ①でeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を測定した時点から前後3月時点のeGFR_{Cr}又はeGFR_{Cys}を比較し、その1月あたりの低下が 30%以上軽減している。

アウトカム要件

糖尿病性腎症4期でアウトカムを!

平成30年度診療報酬改定 II-1-6)適切な腎代替療法の推進③

透析予防指導管理の対象拡大、質の高い人工腎臓等の評価の充実

➤ 糖尿病透析予防指導管理料の腎不全期患者指導加算について、対象患者を拡大するとともに名称の見直しを行う。

現行

【糖尿病透析予防指導管理料】

腎不全期患者指導加算 100点

[算定要件]

腎不全期 (eGFRが 30mL/min/1.73m²未満) の患者に対して医師が必要な指導を行った場合

改定後

【糖尿病透析予防指導管理料】

(改) 高度腎機能障害患者指導加算 100点

[算定要件]

eGFRが 45mL/min/1.73m²未満の患者に対して医師が必要な指導

腎症4期+3b期に戦線拡大!



eGFR指標にアウトカムをだしなさい!
運動療法を指導して寝たきりを作らない!



100点

糖尿病透析予防指導管理料 高度腎機能障害患者指導加算に係る
届出書添付書類

報告年月日： 年 月 日

本指導管理料を算定した患者数 (期間： 年 月～ 年 月)	①	名
①のうち、eGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} (ml/分/1.73m ²)が30未満であったもの	②	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、血清クレアチニン又はシスタチンCが①の算定時点から不変又は低下しているもの	③	名
②のうち、①の算定時点から3か月以上経過した時点で、尿たんぱく排泄量が①の算定時点から20%以上低下しているもの	④	名
②のうち、①でeGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} を算出した時点から前後3月時点のeGFR _{Cr} 又はeGFR _{Cys} を比較し、その1月あたりの低下が30%以上軽減しているもの	⑤	名
③、④、⑤のいずれかに該当する実患者数	⑥	名
⑥/②		%

[記載上の注意点]

1. ①の期間は、報告月の4月前までの3か月間とする。

例：平成30年10月1日の届出

↓

平成30年4月～30年6月

2. ⑤の計算は、以下の例を参考にされたい。

例1：

算出年月日	2月19日	5月19日	8月19日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→前3月では(33.6-28.6)/3月=1.67/月、

後3月では(28.6-25.6)/3月=1.00/月

(1.67-1.00)/(1.67)=40%で、1月当たりの低下が30%以上軽減となるため

該当。

なお、日付は±1週間の範囲で変動しても差し支えない。

例2

算出年月日	2月12日	5月19日	8月12日
eGFR _{Cr} (ml/分/1.73m ²)	33.7	28.6	25.6

→2月12日から5月19日は3月より長く、5月19日から8月12日は3月より短い、±1週間の範囲であるため、例2と同様に計算する。

初回評価 2回目再評価

① 37名

78名

② 14名

26名 (eGFR 30未満)

③ 5名

9名

④ 3名

12名

⑤ 3名

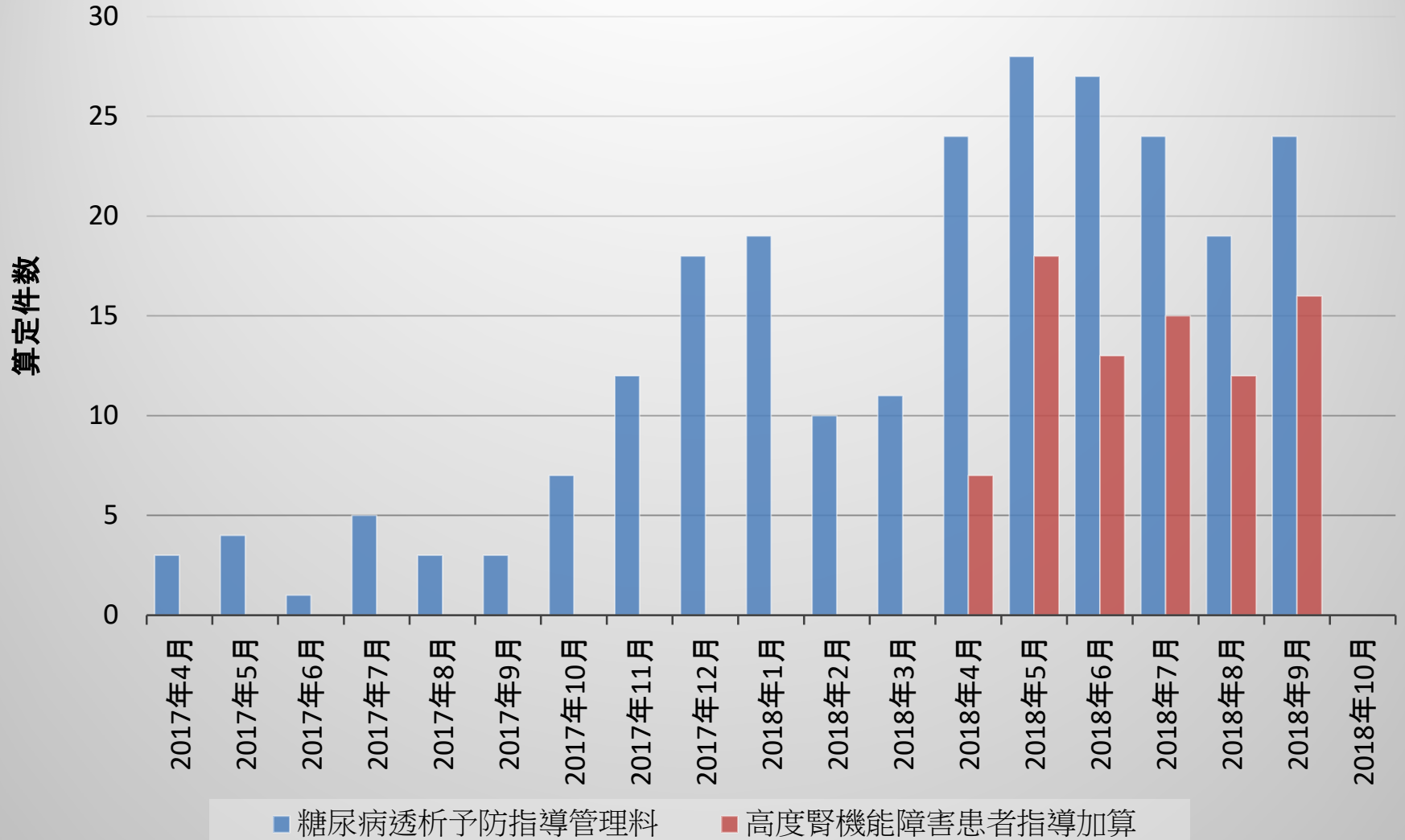
⑥ 8名

16名 (改善または維持)

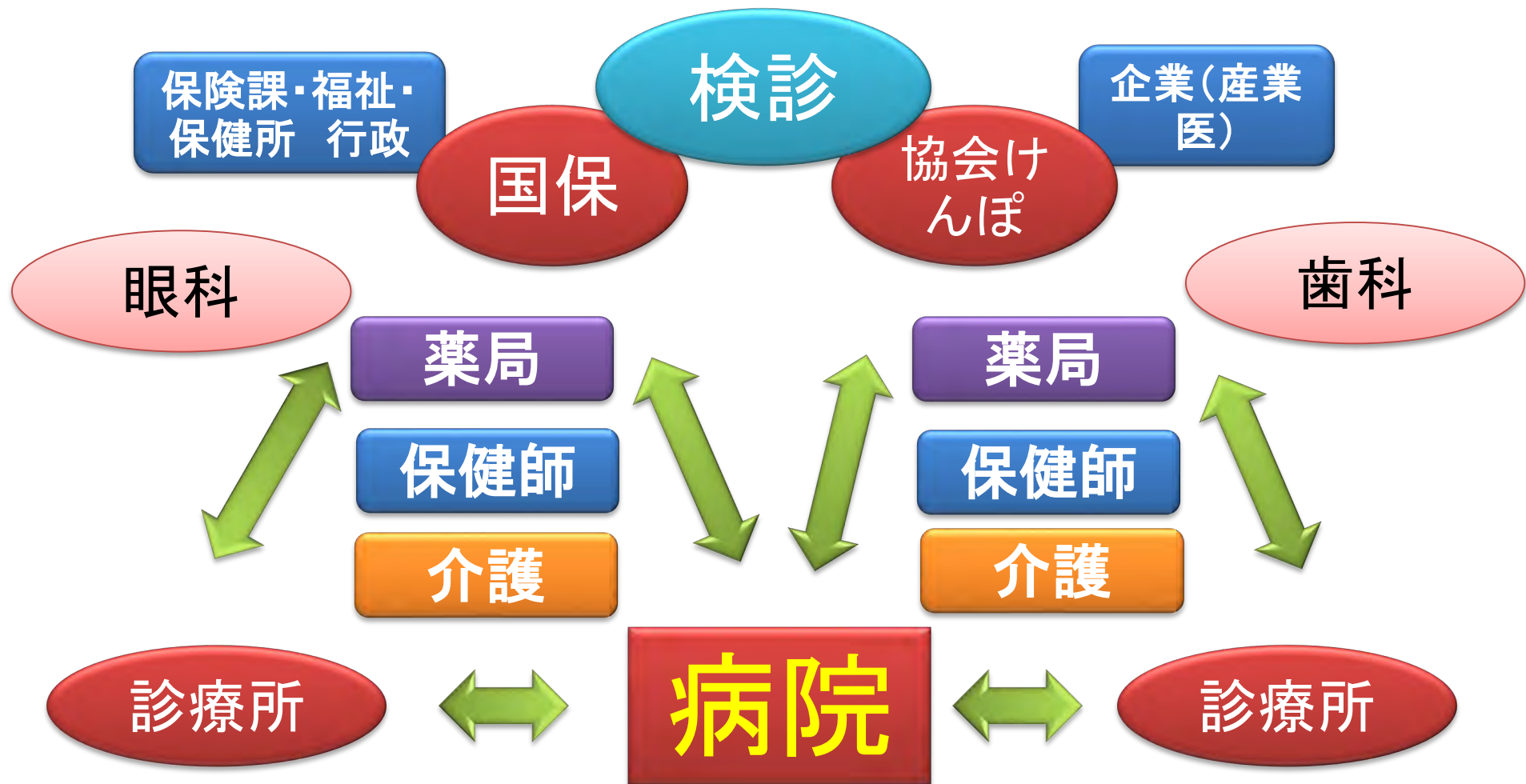
1回目 ⑥/② = 8/14名 = 57%

2回目 ⑥/② = 16/26名 = 61.5%

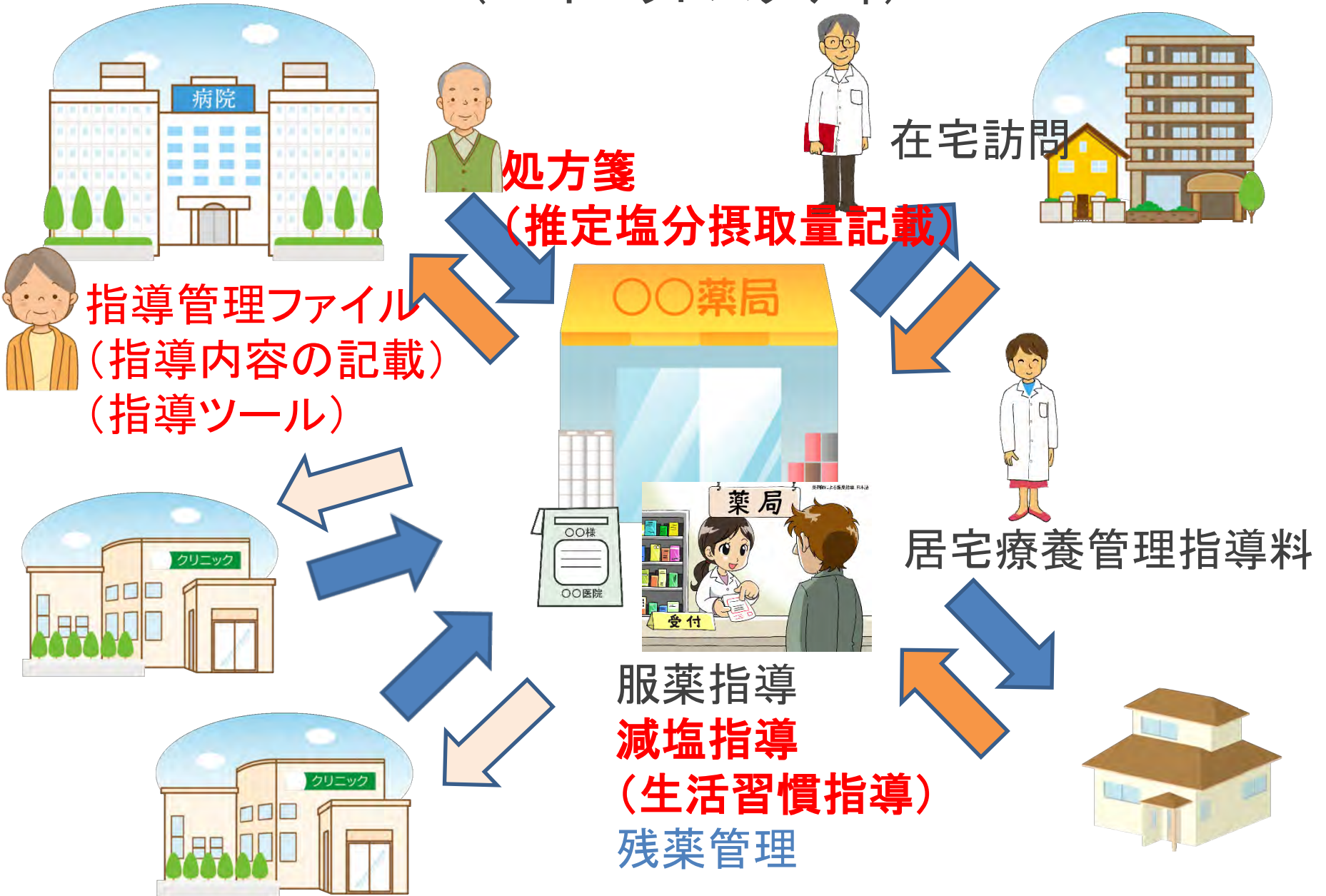
糖尿病透析予防指導管理料算定件数



糖尿病重症化予防(透析予防)への取り組み



大館市立総合病院と調剤薬局の減塩指導 (パイロットスタディ)



症例1

【症例】:57歳 男性 【職業】病院の受け付け事務

【現病歴】:平成27年視力障害を主訴に眼科受診。**糖尿病性網膜症を認め硝子体手術施行。**この際、糖尿病指摘され治療開始。平成29年5月左下肢蜂窩織炎で当院紹介。初診時、経口血糖降下薬内服で**HbA1c 7.0%**であった。

【既往歴】:小学3、4年生頃 左手中指 OP、18歳4月
頭蓋骨骨折 交通事故

【家族歴】:糖尿病(一)、高血圧 祖父、脳梗塞(一)、
心疾患(一)、子宮癌 妹

【生活歴】:喫煙(一) アルコール多飲(一)

【理学所見】:身長170cm 体重84kg BMI 29.0
血圧 138/76 右下腿浸出液を伴う発赤腫脹

【初診時のデータ①】:

WBC 15950 Hb 11.3g/dl Plt 12.5×10^4
TP 5.4.g/dl Alb 2.7g/dl T-Bil 1.0mg/dl γ GT 18 I
U/I AST 24 IU/I ALT 28 IU/I ALP 175 IU/I L
DH 219 IU/I BUN 24mg/dl Cr 1.58g/dl eGFR
37.0 ml/min TC 112mg/dl HDL 38mg/dl LDL 51mg
/dl TG 181mg/dl fT4 0.89ng/dl TSH 1.94 μ IU/ml
BNP 156 pg/ml CEA 1.4ng/ml CA19-9 8.9U/ml

空腹時血糖 233mg/dl HbA1c 9.8% IRI 7.0 μ U/ml
HOMA-R 4.02 血中CPR 2.37ng/ml CPRInd
ex 1.02 抗GAD <0.3U/ml 抗核抗体 <40倍

【初診時のデータ②】:

尿所見:

定性 pH6.0 比重 1.017 尿蛋白 $\geq 300\text{mg/dl}$

ケトン体(一) 潜血(一)

定量 2.2g/gCr

沈査 赤血球(一) 白血球(一) 扁平上皮(一)

尿細管上皮 1~4/HPF 硝子円柱(一)

⇒腎症3期、G3b A3

胸部Xp:CTR=50% 心電図:HR 98 SNR

神経障害:振動覚 右/左 10/11秒 ATR +/+

頸動脈エコー:MAX IMT 1.7mm

【初診時の治療内容】

ミチグリニド/ボグリボース配合錠、チアゾリジン15mg、
メトホルミン500mg、ビルダグリプチン100mg
アジルサルタン20mg、アムロジン10mg
アトルバスタチン10mg
アセタゾラミド500mg、アスパラギン酸カリウム/マグネシウム配合錠600mg(眼科)

⇒蜂窩織炎治療後、退院時治療

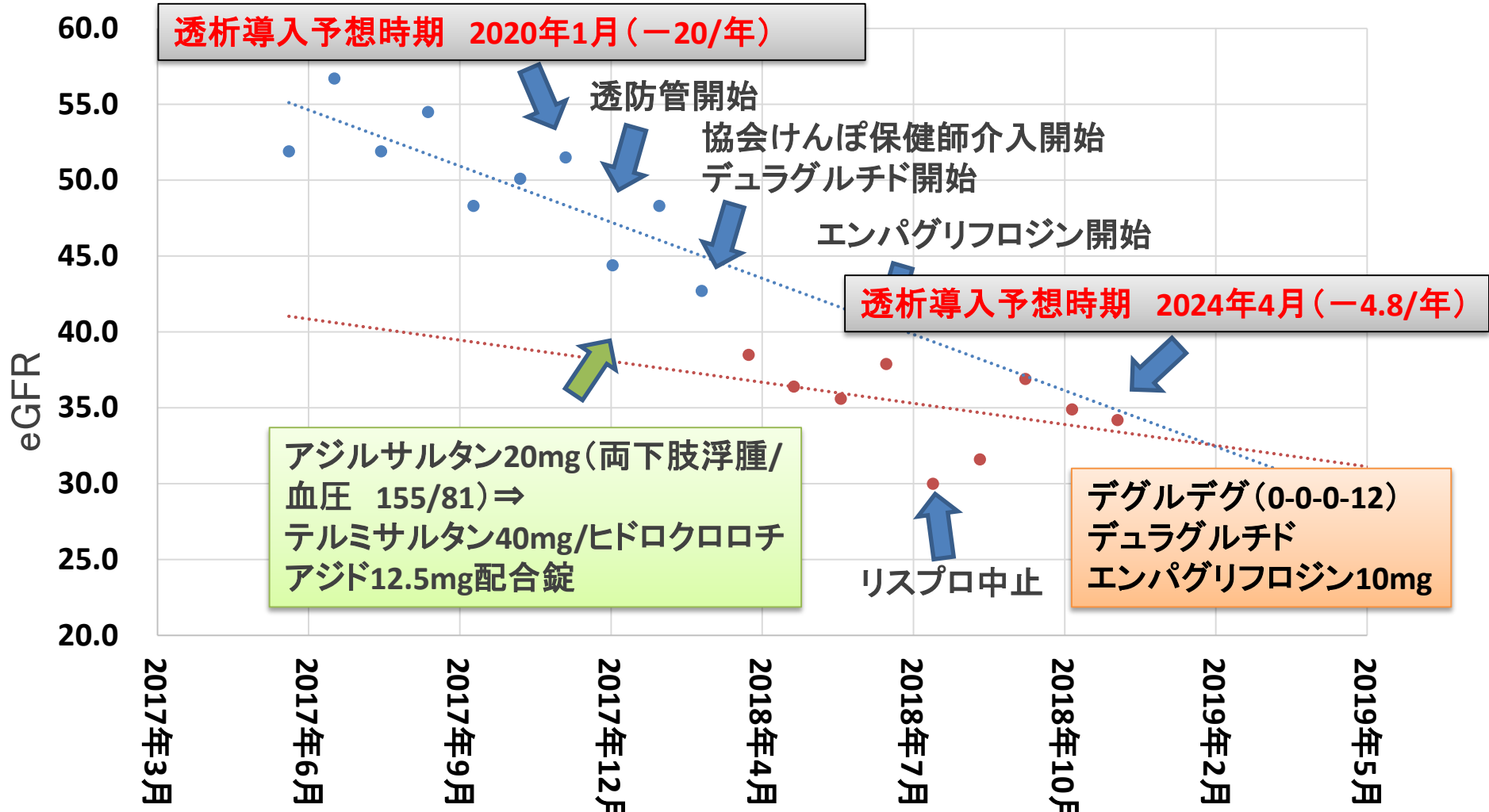
インスリンリスプロ(12-12-10)

インスリンデグルデグ(0-0-0-16)、

アジルサルタン20mg、アムロジン10mg

リスプロ(12-12-10)
デグルデグ(0-0-0-16)

eGFRの推移



アジルサルタン20mg(両下肢浮腫/
血圧 155/81)⇒
テルミサルタン40mg/ヒドロクロロチ
アジド12.5mg配合錠

デグルデグ(0-0-0-12)
デュラグルチド
エンパグリフロジン10mg

HbA1c(%)	6.7	6.8	6.3	6.4	7.1	7.3
体重(kg)	87	89.9	85	83	84	84
推定塩分摂取量(g/日)	11.5	13.9	8.2	8.2	9.7	9.5
尿蛋白(g/gCr)	2.4	0.8	0.4	0.2	0.3	0.3

サルコペニア・フレイル対策

開眼片足立ち 右 7.41秒 左 5.44秒

TUG:6.94秒

握力:右 37kg 左 32kg

B玉テスト:右 6個 左 6個

椅子座り立ちテスト:17.25秒

Inbody: SMI 9.2

ECW/TBW 0.410 体脂肪率 32.6%

(四肢骨格筋量歯数(SMI)=四肢骨格筋量÷身長²)

神経伝導検査装置DPNチェック:中等度低下

保健師からの連絡シート

機密性 3

連携ツール 2：地域から病院への連絡シート

本人	ふりがな	[REDACTED]	生年	T	[REDACTED]
	氏名	[REDACTED]	月	S	[REDACTED]
	住所	[REDACTED]	日	H	(57) 歳

相談記録	30年4月18日(水)	時間	11時30分～ 12時30分
相談者 (吉川・渡辺)	相談方法 (訪問 面接 電話) 対象者 ()		
目的	糖尿病の合併症(腎臓)の進行予防の保健指導		
主訴	浮腫(両下腿)、蜂窩織炎(右下腿)による腫脹あり。歩行時痛あり。		
状況・観察したこと	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日血圧測定実施,手帳に記入している。 ・注射のうち忘れなし(就寝のため昼食とらない時は接種なし)。今回の診察からトルリシティ開始。 ・蜂窩織炎の痛みで歩行はゆっくり。右下肢をかばった歩行状態。 ・腎臓リハビリの運動継続中/カレンダー記載と診察時持参あり。 		
① くすりに関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・仕事: [REDACTED] 夜間救急外来当直? 21時から7時までの勤務。仮眠なし。2日勤務2日休のスケジュール。椅子に座っている時間が長い。勤務終了後は下腿の浮腫が強くなっている ・家族: 母親と二人。調理者母親。糖尿病あり。 ・食事: 朝7時頃。仕事日の昼なし。夕食19時。休日はお昼14時頃。 ・間食: 仕事の日夕方煎餅など茶菓子。勤務中リンゴ半分程度。勤務明けにヤクルト販売のドリンクタイプヨーグルト1本。 ・飲酒: 勤務終了後就寝前に糖質カットの発泡酒 350ml 1本。休日は夜も1本。 ・喫煙歴: 禁煙して15年 		
② 患者・家族関係(ヒトと場)に関すること(家族図を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事: 三食摂るようにと指導受けているが現状は二食が月の半分。 ・脱水注意: 水分2L以上摂っているよう → 1.5~2Lまでと指導あり。 ・塩分注意: 蜂窩織炎で入院した際に糖尿病食だったこともあり、薄味に慣れている。母親の味付けが濃く感じるが、母親は「あまり味付けしてない」と。 ・睡眠: 5時間くらい、眠る時間が勿体ないという考え。 ・体重測定: 前回の診察より500g増加。「そんなに食べてないと思ってるけど」 		
③ 院内指導の理解と実践に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・水分は1日1.5~2L ・注射のうち忘れをしない(トルリシティ 毎週水曜日の朝に実施) 		

④ 行動変容能力に関すること	<ul style="list-style-type: none"> ○目標 ①水分は1日1.5~2L ②注射のうち忘れをしない(トルリシティ 毎週水曜日の朝に実施)
⑤ 病気の受け止めに関すること	<ul style="list-style-type: none"> ・水分はどこまでを水分と捉えていいのか曖昧だった。「水」だけの捉え方だったので、コーヒーやその他の飲み物を含まなくて2リットルと捉えていた。 → 食事以外でとるすべての飲み物であることを伝える。普段どの位か曖昧な印象なので、意識して摂取量を確認するよう話す。 ・塩分は少ない方という認識。塩分量が徐々に下がっている。栄養指導で言われたことは守るようにしている。(塩分量が多いものを控えている)。次回面談時に塩分チェック表で点数化する予定。 ・以前はジョギングなど運動していたが、蜂窩織炎の痛みや腫脹で歩行などの運動は困難。 ・睡眠や休養は軽視している印象。睡眠時間は短くても平気との事。 ・「悪くなると、通院も大変になるし、薬代もどんどん高くなってるのが心配」と話し、金銭面や時間の制約などの面から悪化防止の行動は必要と感じている。 ・就寝時は下肢を挙上している。腎臓リハビリ開始から軽減していると感じている。 HbA1c: 7.2、eGFR 38.7 (前回より悪化)、塩分推定量 11、体重 88kg
保健師の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・「今後、電話や受診時の外来で、悪化防止に向けて話し合いや生活習慣を変えるヒントを見つけていきましょう」と話す。
相談者の反応	<ul style="list-style-type: none"> ・協会けんぽの保健師介入可、同意書あり ・電話支援可能 ・家庭訪問も可能であることを話すと、「休んでいるか外出が多い」と訪問は否定的。 ・会社訪問も拒否
相談者との合意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・次回の受診前に電話で受診同席の有無を伝える。
指導実践の阻害要因	<ul style="list-style-type: none"> ・水分摂取量の正確な量が把握できていない。 ・調理者の母親の味付けが濃い? ・10時間の勤務時間の大半が椅子に座っていることが多く浮腫の助長要因。
今後の計画・方針	<ul style="list-style-type: none"> ・5月7日 電話支援 ・5月16日: 診察日(協会健保同席なし) ・6月初め 電話支援~6月の診察同席の了承を得る。
特記事項	[REDACTED]

保健師含めたスタッフ情報

- ・当院受け付け事務員 夜勤あり
- ・母が食事準備。美味しく食べてあげたい？
- ・味噌汁、漬け物を減らした
- ・禁煙して15年
- ・夜勤中に腎臓リハビリを施行している
- ・水は2L以上⇒1.5L～2L
- ・一時期、外食が多くなった
- ・こむら返りが増えた
- ・小分けのドレッシング量が増えた
- ・家族(親)でディナーショーを楽しんできた

塩分交換表を使用した栄養指導

塩分交換表

氏名 様
 ID 性別 男 年齢 57 記載日 1/15
 塩分 11.6

仕事明け
ビールとつまみ

月日	食事様式			主食			副食				
	家庭料理	中食	外食	ご飯	パン	麺類	味噌汁等の汁物	塩鮭・塩鯖等の塩蔵品	練り物	漬物	その他
1/ 朝	○			○							小豆(しょうゆ)、サラダ(ドレッシング) ひじき、大根おろし(しょうゆ) とりの天(しょうゆ) ... 1パック
15:30 昼	○										ビーフカレー(茶碗2杯分)
夕			○			タンタン麺(汁残す)					
1/ 朝											
昼											
夕											
合計											・イートイン増加(食卓平) ・食卓あり(内服薬の塩分は含みず) ・正月比負車と物のつまみ↑(前回は診察後) ・品数多(7-8品)



タンタン麺
(汁残す)

仕事明け
ビール 350ml
+つまみ
つまみ 4-2パック
ビール+つまみ
夜更かし
37.1 or
37.0 2つ
T=31=つまみ+物

調剤薬局からの情報提供

報告日: 3/年 / 月 24日

大館市立総合病院 御中

院外処方せん情報提供書

処方医 内科・消化器科・神経科 池島 進 先生 御机下	保険薬局名称 [redacted] 薬局
患者ID: [redacted]	電話番号: [redacted]
(フリガナ) [redacted] 生年月日: 明大 崎平	FAX番号: [redacted]
患者名: [redacted]	担当薬剤師名 [redacted]
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。	<input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療 上重要と思われるので報告いたします。

処方せんに基づき調剤を行い、薬剤を交付いたしました。
下記の通り、情報提供をいたします。本情報提供書に対する返信(回答)は必要ありませんが、重要な伝達事項などがありましたら、ご高配慮りますようお願い申し上げます。

報告・連絡事項
 処方したお薬と一緒に買った乾き物を最近よく食べているとの事。受診前日も乾き物で品揃の量の飲酒。その他にタンメンを食べ、汁まで飲み干したとの事。甘い物、菓物の摂取はなし。
 夜勤もあり、夕食後の服用は忘れる日もありそうなので、朝食後に服用してもよい相

薬剤師としての提案事項
 年齢に比して腎機能が低下しているとの事。腎機能の低下は減塩を心がける事で改善が期待されます。ご本人は「わかっている」といって来られています。
 ロスバスタチンOD錠は夜の飲酒の旨い飲み物、飲み忘れるより純粋に飲んだ方がよいとお話し、次回診察時に用法の相談もお話し致しました。

報告・連絡事項
 処方したお薬と一緒に買った乾き物を最近よく食べているとの事。受診前日も乾き物で品揃の量の飲酒。その他にタンメンを食べ、汁まで飲み干したとの事。甘い物、菓物の摂取はなし。
 夜勤もあり、夕食後の服用は忘れる日もありそうなので、朝食後に服用してもよい相

薬剤師としての提案事項
 年齢に比して腎機能が低下しているとの事。腎機能の低下は減塩を心がける事で改善が期待されます。ご本人は「わかっている」といって来られています。
 ロスバスタチンOD錠は夜の飲酒の旨い飲み物、飲み忘れるより純粋に飲んだ方がよいとお話し、次回診察時に用法の相談もお話し致しました。

【保険薬局への回答に】
 回答しません
 回答します
【報告・提案に対して】
 内容を確認しました
 内容を確認しませんでした
 次回から提案の
【医師コメント】
 進 池島
 1/19日 診 ↓ vvc cspk 12/24 1000 2/22 10/24

大館市立総合病院 FAX コーナー [redacted] 保険薬局 → FAX コーナー (薬剤科) ⇄ 診療科

症例2

【症例】:63歳 女性 【職業】保険外交員

【現病歴】:平成26年3月視力障害で眼科受診。糖尿病性網膜症指摘され、その際HbA1c 12%あり当科紹介。初診時、eGFR 89.5 尿中Alb 1313mg/gCr(3期)。以後当科外来で加療継続。平成27年11月に東京で暴飲暴食(食事、アルコール)後、急性心不全で循環器内科に緊急入院。一時的利尿剤内服で軽快。その後、透析予防介入開始。

【既往歴】: 特になし

【家族歴】: 糖尿病:父母、高血圧:母、脳梗塞:(一)、
心疾患:母?、透析:母

【生活歴】:喫煙(一) 飲酒(+)

【理学所見】:身長160cm 体重59kg BMI 23.0

外来血圧 163/71

【介入開始時(平成28年3月)データ】:

WBC 97480 Hb 9.0g/dl Plt 20.7×10^4

BUN 31mg/dl Cr 1.13g/dl eGFR 38.7 ml/min

IgG 1103mg/dl、IgA 386mg/dl、IgM mg/dl β 2MG(血)

4.15mg/l、 β 2MG(尿) $2.62 \mu\text{g/ml}$ 、NAG 11.2 U/l

CH50 51.6 C3 157 C4 49

PR3-ANCA(-) MPO-ANCA(-) 抗核抗体 40倍

TC 190mg/dl HDL 34mg/dl LDL 106mg/dl TG 309

mg/dl fT4 0.76ng/dl TSH $4.19 \mu\text{IU/ml}$ BNP 156

pg/ml CEA 1.4ng/ml CA19-9 8.9U/ml

【初診時のデータ②】:

尿所見:

定性 pH6.5 比重 1.012 尿蛋白 $\geq 300\text{mg/dl}$

ケトン体(一) 潜血(一)

定量 2.9g/gCr

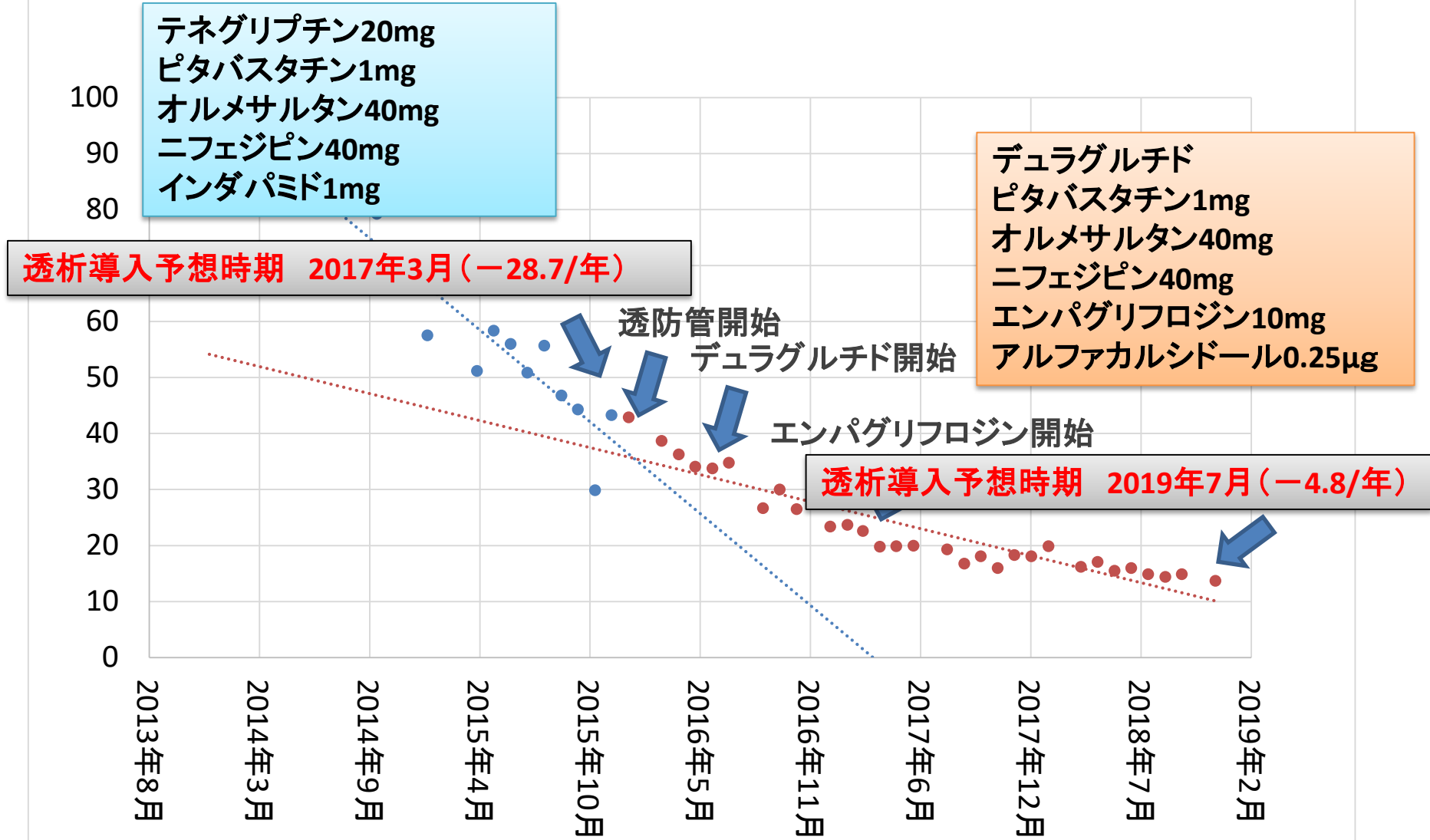
沈査 赤血球(一) 白血球(一) 扁平上皮1~4/HPF

尿細管上皮 (一) 硝子円柱 (一)

⇒腎症3期、G3b A3

胸部Xp: CTR=54.6% 心電図: HR 101 SNR

eGFR変化



テネグリプチン20mg
 ピタバスタチン1mg
 オルメサルタン40mg
 ニフェジピン40mg
 インダパミド1mg

デュラグルチド
 ピタバスタチン1mg
 オルメサルタン40mg
 ニフェジピン40mg
 エンパグリフロジン10mg
 アルファカルシドール0.25 μ g

透析導入予想時期 2017年3月 (-28.7/年)

透析導入予想時期 2019年7月 (-4.8/年)

HbA1c(%)	7.1	6.3	7.9	6.9	7.6	7.4	7.5	8.4
体重(kg)	56.4	56	57	56	55	56.5	58.5	59
推定塩分摂取量(g/日)	<u>14.8</u>	<u>16.4</u>	<u>12.4</u>	<u>11.0</u>	<u>9.3</u>	<u>12.6</u>	<u>13.1</u>	<u>12.7</u>
尿蛋白(g/gCr)	7.0	6.6	8.7	7.0	5.8	6.4	6.8	5.5

サルコペニア・フレイル対策

開眼片足立ち 右 19⇒11.7秒 左 20⇒10.16秒

TUG:6.22秒

握力:右 21kg 左 20kg

B玉テスト:右 7個 左 5個

椅子座り立ちテスト 13.97秒

Inbody: SMI 6.7

ECW/TBW 0.394 体脂肪率 39.4%

(四肢骨格筋量歯数(SMI)=四肢骨格筋量÷身長²)

神経伝導検査装置DPNチェック:中等度低下

まとめ

- ①当院の透析予防管理料、高度腎機能障害指導加算の状況について報告した。
- ②多職種介入による減塩を中心とした生活習慣指導と、ARB、GLP-1製剤、SGLT-2阻害薬によるトリプルセラピーの有効性について報告した
- ③一方、腎保護薬による薬剤性や減塩からの蛋白摂取不足から、サルコペニア・フレイルをきたす可能性があり、十分注意していく必要がある。
- ④今後、症例数を増やし、この効果を検証していく予定である。