

外来透析患者の定期検査に関するアンケート

透析患者，とくに外来透析患者の検査スケジュールに関しては，日本透析医会 平成 10 年発行の「安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル（平成 10 年改訂）」¹⁾が参考となる。

しかし時代が進み，このマニュアルに記載されていない検査項目も昨今実施されている。また，検査間隔に関しては，保険診療の制限も関与してくるが，各透析施設で検査間隔が微妙に異なっているのが現状である。また，クリニック透析施設と病院透析施設でも検査内容や検査間隔は当然，異なっていると思われる。

そこで「臨牀透析」では，改めて外来透析患者の定期検査あるいはスクリーニング検査はどうあるべきか，透析医療に造詣の深い先生方にアンケートにお答えいただき，その集計結果（無記名集計結果）を本増刊号に掲載した。

クリニック透析施設も含めて，透析施設であれば，自前あるいは外部委託で検査すべき検査の一定の検査スケジュール試案を提示することをこの増刊号では目標とした。

「臨牀透析」編集委員会

文 献

- 1) 日本透析医会：安定期慢性維持透析の保険診療マニュアル（平成 10 年改訂）。日透医誌（別冊） 1998

【アンケート集計】 外来透析患者の検査と間隔

回答者数：36 名 執筆者の方々のご意見（検査間隔）で○または●をつけていただいた、

○は定期検査 ●はスクリーニング検査 不要と思えば×

※集計時、未回答の行は「×（不要）」としてカウントした、

重複回答あり

*：慢性維持透析患者外来医学管理料に含まれない検査

項目		2 週 1 回	4 週 1 回	3 カ月 1 回	6 カ月 1 回	年 1 回	不 要 (測定しない)
尿検査	尿検査（定量・沈渣）		○ 4	○ 3	○ 1	○ 1 ● 1	×26
血算・鉄代謝	CBC	○ 31	○ 6				
	網状赤血球（網赤血球）	○ 1	○ 23 ● 1	○ 2	○ 2 ● 1		×6
	CBC+WBC 分画	○ 4	○ 26		○ 2 ● 1	○ 1	×2
	フェリチン		○ 14	○ 20	○ 1		×2
	UIBC/トランスフェリン		○ 20	○ 17			
	Fe	○ 1	○ 20	○ 15			×1
電解質	Na/K/Cl/Ca/P	○ 29	○ 8				
	Mg	○ 12	○ 16	○ 3	○ 6		
生化学	BUN/Cr/UA	○ 28	○ 9				
	TP/Alb	○ 23	○ 14				
	蛋白分画	○ 2	○ 6	○ 3	○ 3	○ 4	×18
	TC/TG/HDL-C	○ 1	○ 30	○ 5	○ 1		
	遊離脂肪酸*		○ 7	○ 2	○ 2	○ 1	×24
	βリポ蛋白*		○ 6		○ 3	● 1	×26
	AST/ALT/γGTP (γ-GT)	○ 4 ● 1	○ 32				
	LDH	○ 2	○ 32	○ 2			
	ALP	○ 2 ● 1	○ 33				×1
	LAP		○ 16	○ 3			×17
	CPK *	○ 1	○ 30	○ 2			×3
	T-Bil	○ 1	○ 30	○ 3			×2
	アミラーゼ		○ 23	○ 4	○ 1		×8
	β ₂ ミクログロブリン		○ 10	○ 17	○ 9		

項目		2 週 1 回	4 週 1 回	3 カ月 1 回	6 カ月 1 回	年 1 回	不 要 (測定しない)
糖代謝	血糖	○ 6	○ 28 ● 1			○ 1 ● 1	
	GA		○ 29 ● 2	○ 3	● 1	○ 1 ● 2	× 2
	HbA1c		○ 22	○ 2	○ 1 ● 1	○ 1 ● 1	× 9
血清学	CRP	○ 4 ● 1	○ 30	○ 1			
	IgG/IgA/IgM/C3/C4/CH50				○ 1	○ 17 ● 1	× 17
血液ガス	血液ガス		○ 21 ● 1	○ 7	○ 3	● 1	× 3
副甲状腺	iPTH		○ 12	○ 23	○ 5		
甲状腺	TSH/FT4/FT3		○ 1	○ 4	○ 4	○ 8 ● 3	× 16
肝炎	HBsAg/Ab				○ 25	○ 8 ● 1	× 2
	HBc 抗体*				○ 24	○ 6 ● 1	× 5
	HCV 抗体				○ 25	○ 8 ● 2	× 1
梅毒	梅毒検査(RPR/TPHA)				○ 10	○ 19 ● 2	× 6
心臓バイオマーカー	BNP/NT-BNP*/HANP		○ 9 ● 1	○ 21	○ 2	○ 1 ● 2	× 3
金属	アルミニウム					○ 14 ● 2	× 20
骨密度	骨密度*			○ 1	○ 3 ● 5	○ 8 ● 17	× 2
便/腫瘍マーカー	便潜血/腫瘍マーカー*				○ 3	○ 6 ● 23	× 4
生理学的検査	ECG		○ 10 ● 1	○ 9 ● 1	○ 8	○ 6 ● 1	× 1
	ABI*/SPP*			○ 1	○ 1 ● 1	○ 10 ● 19	× 4
	バイオインピーダンス*		○ 2	○ 3	○ 1 ● 1	○ 2 ● 14	× 13
画像検査	胸部 X 線	○ 2	○ 23	○ 12			
	骨 X 線*		● 1		○ 3 ● 2	○ 8 ● 6	× 16
	胸部 CT*					○ 5 ● 24	× 7
	腹部 CT*/腹部エコー*				○ 2	○ 9 ● 22	× 3
	頭部 CT*					○ 2 ● 15	× 19
	頭部 MRI*					○ 1 ● 17	× 18
	副甲状腺エコー*				○ 1	○ 2 ● 20	× 13
	頸動脈エコー*				○ 1	○ 6 ● 20	× 9