

① 高血圧臨床実態断面調査

② K-CKDI. CKD実態調査.

平成 23 年 10 月 吉日

神奈川県内科医学会

神奈川高血圧・腎疾患対策委員会委員 各位

2回の勉強会

1回目 study design 提示

pilot study 実行

神奈川県内科医学会

第 2 回高血圧・腎疾患対策委員会の会場について

2回目 pilot study 提示して

data 提出を促す

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、標記の件につきまして、開催場所を神奈川県総合医療会館とお伝えいたしました企業が郵便で  
が、崎陽軒にて会場を確保いたしましたので、下記のとおり変更いたします。もうこれができる。

↓  
このやり方では data 回収は

企業に郵便で  
もらうことができない。

記

1. 日程 平成 23 年 10 月 24 日 (月)
2. 時間 午後 7 時 30 分～
3. 場所 崎陽軒 6 F 会議室  
〒220-0011 横浜市西区高島 2-13-12

12月の勉強会

調査票・試験紙

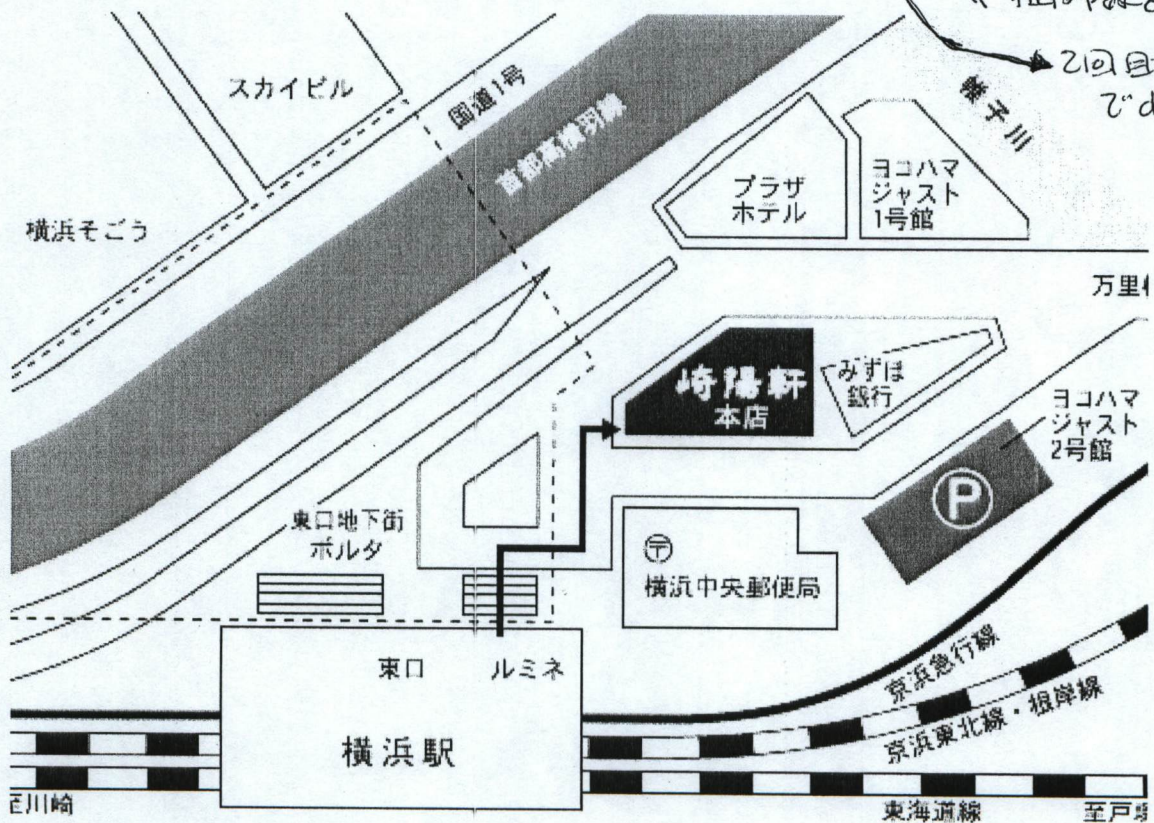
1月に pilot study 実施予定

2月3月に pilot study.

5月に 1 回目講演会  
(2 時間 pilot study 回収)

12月に登録できる  
症例数と回答率を  
e-mail.

2 回目講演会  
で data 回収.



CKD 調査の Eメール-リスト作成?

神奈川県内科医学会事務局 大堀

TEL : 045-241-7000

Fax : 045-241-1464

Mail : y-ohhori@kanagawa.med.or.jp

1) 佐藤  
2) 三宅

① 700931  
② 400931 --- ECG 分析要はした

平成 23 年 11 月 吉日

神奈川県内科医学会会員 各位

神奈川県内科医学会  
神奈川高血圧・腎疾患対策委員会  
委員長 佐藤 和義

神奈川県内科医学会 神奈川高血圧・腎疾患対策委員会  
神奈川高血圧臨床実態断面調査についてのお願い

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、神奈川高血圧・腎疾患対策委員会では会員の先生方の御協力の下に 2008 年度より 2 年続けて高血圧臨床実態断面調査を実施しました。その間に高血圧治療ガイドラインが改訂されたり、新しい降圧薬や配合剤が相次いで発売され、高血圧治療をとりまく環境は日々刻々と変化してきております。そこで、今回過去 2 回の成績を踏まえて第 3 回目の調査を実施し、これらの環境の変化が会員の先生方の高血圧治療にどのような影響を及ぼしているか否かについて検討したいと思っております。標記の調査につきまして、調査要領及び調査票 2 種類を送付いたします。調査要領に従い、調査票へご記入いただき、神奈川県内科医学会事務局あてに同封の返信用封筒にてご返送くださいますようお願い申し上げます。なお、調査票につきましては、御手数をおかけしますが、必要分をコピーして頂きますようお願い申し上げます(1 医療機関で調査票の提出枚数に制限は御座いません)。

集積された調査結果は委員会で様々な角度から分析を行いその都度御参加頂いた会員に御報告致しますので、一人でも多くの先生方が積極的に参加されることをお願い申し上げます。

1. 調査期間：平成 23 年 11 月 1 日～平成 24 年 1 月 31 日

2. 調査票返送先：神奈川県内科医学会事務局

〒231-0037 神奈川県横浜市中区富士見町 3-1

神奈川県総合医療会館 3 F 神奈川県医師会内

（ 神奈川県内科医学会事務局 大堀  
電 話 045-241-7000  
FAX 045-241-1464 ）

## 神奈川高血圧・腎疾患対策委員会(神奈川高血圧臨床実態断面調査)

## 【研究目的】

高血圧治療の目標が単なる降圧を求めることから、臓器保護や合併症の予防などを目指すようになってきました。しかしながら、十分に降圧目標に達しているとはいえない現状の中で、神奈川県内科医学会会員の高血圧の治療状況を、お互いに把握した上で診療することが、高血圧治療をより実のりあるものとするために非常に大切なことと考え、神奈川高血圧・腎疾患対策委員会では 2008 年度より高血圧臨床実態断面調査を実施してきました。その間に高血圧治療ガイドラインが改定されたり、新しい降圧薬や配合剤が相次いで発売され、高血圧治療をとりまく環境は日々刻々と変化してきております。そこで、過去 2 回の成績を踏まえて今回の調査では、これらの環境の変化が会員の先生方の高血圧治療にどのような影響を及ぼしているか否か、高血圧治療ガイドラインが実地臨床の場でどのように取り入れられているのかの実態を把握したいと考え企画しました。

## 【研究対象】

神奈川県内科医学会会員の医療機関受診中の降圧薬による高血圧治療患者で、下記の調査期間に受診した方からランダム化して登録します。

- (1) 家庭血圧測定を行っている降圧薬による治療中の高血圧患者の調査  
K-HBP(Kanagawa Home Blood Pressure) study  
(神奈川家庭血圧臨床実態断面調査)
- (2) 家庭血圧測定を行っていない医療機関のための降圧薬による治療中の高血圧患者の調査  
K-CBP(Kanagawa Casual-clinic Blood Pressure) study  
(神奈川診療所血圧臨床実態断面調査)

\*家庭血圧測定を行っている医療機関はなるべく K-HBP を選択してください。家庭血圧測定を行っていない医療機関は、K-CBP study を選択してください。

\*K-HBP、K-CBP は、それぞれ記入用紙が異なりますのでご注意ください。

\*K-HBP、K-CBP 合わせて 10 例を目標としますが、該当者が少ない場合は数名でも結構です。(御協力頂ける先生は調査票の提出枚数に制限は御座いません)

## 【調査対象】

本態性・二次性高血圧を問わず降圧薬治療を受けている症例。

(a)年齢・性別は不問

(b)高血圧治療中(降圧剤治療)の患者を対象とし、血圧値による制限は設けません

(c)使用する降圧薬の種類はとくに指定しません

## 【調査期間】

2011 年 11 月 1 日より 2012 年 1 月 31 日まで

## 【除外基準】

(a)悪性疾患の合併を有している患者

(b)妊婦または妊娠している可能性のある患者

(c)授乳中の患者

(d)その他、担当医師が対象として不相当と判断した患者

除外は除く

**【調査対象選択方法】**

今回の調査は高血圧日常診療の断面調査です。

バイアスが係らないよう無作為化を行います。下記の方法を参考にして無作為化を行ってください。

- \* 患者 ID 番号の下一桁が調査日と同一の患者を登録
- \* 患者 ID 番号の下二桁が任意で開いた医学書のページに一致している患者を登録
- \* 患者全員に番号をつけ、番号を無作為に 10 個選択して、その番号の患者を登録
- \* 患者電話番号の下一桁が調査日と同一の患者を登録
  - \* 調査期間中の毎日、午前中の外来は 10 時以降ならびに午後の外来は 16 時以降に受診した要件を満たす最初の患者を 1 名ずつ登録
- \* 調査日の 10 時以降もしくは 16 時以降に受診した患者から連続 10 名を登録
  - なお、最後の 2 つの条件で 10 時および 16 時と設定したのは、外来の最初に来院する患者を選ぶと年齢や性別をはじめとする患者像に偏りが生じる可能性があるためです。

**【調査項目に対する注意】**

調査項目は調査票をご覧ください。

- \* 降圧薬内服は必須となりますので、ご注意ください。
- \* 治療薬に関しては、原則一般名ですが、商品名でも結構です。
- \* 治療薬の変更があったとしても、調査期間時の慢性疾患に対する治療薬をご記入ください。
- \* 外来血圧、朝の家庭血圧、ならびに脈拍の各 4 回は必須となります。3 回以下しかデータがない症例の登録を認められませんので、ご注意ください(なお、夜の家庭血圧も可能な限りご記入いただけるようお願い致します)。
- \* 精神疾患治療薬に関しては、SSRI・抗うつ薬・睡眠導入薬などを記入。
- \* 合併症の判断基準は現行のガイドラインを参考の上、各医療機関の基準にて記入。
- \* 血液検査などに異常値があってもそのままご記入ください。

# 「かかりつけ医」に何らかの慢性疾患で1年以上通院歴のある 非糖尿病患者におけるCKD実態調査

## K-CKDI (神奈川県慢性腎臓病対策協議会)

### 背景

CKD (慢性腎臓病) は末期腎不全による透析導入のみならず心血管疾患発症の高危険群である。したがって、透析導入患者を減らし心血管疾患発症を抑制するために、CKDの実態を把握してCKD対策をたてることは喫緊の社会的要請である。神奈川県内科医学会ではかかりつけ医に通院中の糖尿病患者約7,000名における尿中アルブミン測定によるCKDの実態調査を終え発表している。今回、神奈川県内科医学会と神奈川県の腎臓専門医が集まり、K-CKDI (神奈川県慢性腎臓病対策協議会) を立ち上げた。K-CKDIの最初の活動として、「かかりつけ医」に通院中の非糖尿病患者におけるCKD実態調査 (日常診療の断面調査) を実施することを計画した。

### 目的

神奈川県の「かかりつけ医」に通院中の非糖尿病患者におけるCKDの実態を明らかにする

### 選択基準

下記の3つの条件を満たす患者

- ① 非糖尿病患者 — HbA1cでわかる? (日常診療で非糖尿病と判断しているもの)
- ② 「かかりつけ医」に何らかの慢性疾患で1年以上通院 (保険診療) 歴のある患者
- ③ 血清クレアチニンと尿中アルブミン/クレアチニン比 (試験紙法: オーシヨンスクリーン®、アークレイ株式会社) を測定した患者 (保険診療内)

### 除外基準

下記のいずれかの患者は除外する。(糖尿病学会の除外基準に準じる)

- ① 急性疾患 (発熱、下痢、嘔吐、感染症など)
- ② 妊娠中・月経中の女性、③ 過度の運動直後、④ 過労
- ⑤ その他、主治医が不適切と判断した患者

時

### 調査方法 (参考を参照)

- ① 保険診療内で診療したか「かかりつけ医」受診の患者の病歴と検査データを、後日調査票 (別紙) に記録する。
- ② 患者の選択方法は「かかりつけ医」に一任する。

### 調査項目

「CKD実態調査用紙」 (別紙) に日常診療における (1) 診断名、(2) 検査結果、(3) 治療薬、(4) 病歴・身体所見の各項目を記載する。

### 調査目標患者数

10,000人

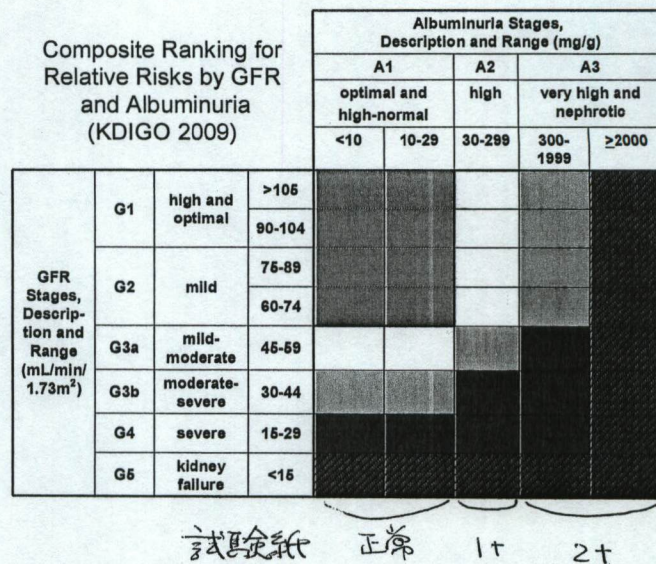
### 倫理的配慮と同意取得

調査用紙には患者を特定できる情報は含まれていない。また、日常診療情報を後日、連結不可能匿名化の上調査用紙に記載するのみである。したがって、患者からの同意は必要としない。ただし、研究計画と得られた結果は公表する（神奈川県内科医学会のホームページに掲載し、さらに「かかりつけ医」の医院に掲示する）。

### 調査用紙の回収とデータ解析

- ① 情報が記載された調査用紙は、K-CKDI 代表（木村健二郎：聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科）に送付する。
- ② KDIGO（腎専門医の国際組織）で提唱されている下記のとヒートマップ（*Kidney International*, doi:10.1038/ki.2010.483）のそれぞれのリスクの頻度を明らかにする。
- ③ 神奈川県内科医学会がすでに行った糖尿病患者における調査結果と比較する。

図1 KDIGO より提唱された新しい CKD のリスク層別化(ヒートマップ)



### 研究組織

- ① 本調査は K-CKDI(神奈川県慢性腎臓病対策協議会)(別紙)に参加している神奈川県内科医学会会員であるかかりつけ医が行う。腎臓専門医はこの調査の遂行をサポートする。
- ② 神奈川県を第1地区から第5地区に分割し、地区ごとにかかりつけ医と腎臓専門医共同で講演会や勉強会を開催する。このような CKD に対する啓発活動により調査の遂行を確実にする。

### 本調査の結果より期待されること

神奈川県におけるかかりつけ医に慢性疾患で通院中の患者における CKD の実態が明らかになる。この情報はすでに糖尿病患者で行われている情報と組み合わせることにより、今後、CKD 対策を立てる上での有力かつ強力な情報となる。

### 参考

偏りのない登録するために、下記に例を示します。参考にして、登録を行ってください。

- \* 特定の調査日を定め、その日の 10 時以降もしくは 16 時以降に受診した患者から連続して登録  
なお、条件で 10 時および 16 時と設定したのは、外来の最初に来院する患者を選ぶと年齢や性別をはじめとする患者像に偏りが生じる可能性があるため
- \* 医師が定めた特定の調査期間中の毎日、午前中の外来は 10 時以降ならびに午後の外来は 16 時以降に受診した要件を満たす最初の患者を 1 名ずつ登録
- \* 患者 ID 番号の下一桁が、医師の定めた調査日と同一の患者を登録
- \* 患者 ID 番号の下二桁が、任意で開いた医学書のページに一致している患者を登録
- \* 患者全員に番号をつけ、番号を無作為に選択して、その番号の患者を登録
- \* 患者電話番号の下一桁が、医師の定めた調査日と同一の患者を登録

# CKD 実態調査用紙

対象：何らかの慢性疾患で1年以上通院歴のある非糖尿病患者

No. \_\_\_\_\_

記入日：20\_\_年\_\_月\_\_日

施設名：\_\_\_\_\_

年齢\_\_歳 性別 男・女

必須項目!

診断名 **主たる慢性疾患名(通院理由)** ( )

高血圧症：あり なし 不明 脂質異常症：あり なし 不明

脳血管障害(脳梗塞・脳出血)：あり なし 不明

心筋梗塞・狭心症：あり なし 不明

動脈疾患(動脈瘤・末梢性動脈疾患)：あり なし 不明

その他(病名; \_\_\_\_\_)

検査所見

◆ **微量アルブミン/Cr 試験紙法**：正常、1+、2+、なし

**血清クレアチニン**：\_\_\_\_\_mg/dl

\*\*\*\*\*

◆ 尿蛋白定性：-、±、+、++、+++、++++

◆ 尿蛋白定量：\_\_\_\_\_g/g・Cr or \_\_\_\_\_g/day、なし

◆ 尿潜血：あり なし 不明

◆ 微量アルブミン定量：\_\_\_\_\_mg/g・Cr、なし

\*\*\*\*\*

LDL-C \_\_\_\_\_mg/dl HDL-C \_\_\_\_\_mg/dl TG \_\_\_\_\_mg/dl (空腹時 食後)

高血圧症の降圧剤治療 (複数選択可)

なし ARB ACE-I レニン阻害薬

Ca拮抗薬 サイアザイド系利尿薬

ループ利尿薬 アルドステロン遮断薬  $\beta(\alpha\beta)$ 遮断薬  $\alpha$ 遮断薬

合剤:ARB+利尿薬 合剤:ARB+CCB その他(\_\_\_\_\_)

脂質異常症の治療

なし スタチン系 スタチン系以外(\_\_\_\_\_)

身体所見 身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg 血圧 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg 腹囲 \_\_\_\_\_cm

生活歴

◆ 喫煙歴：あり(\_\_\_\_\_本/日 喫煙年数 \_\_\_\_\_年) なし 不明

◆ 飲酒歴：あり(種類 \_\_\_\_\_ml/日) なし 不明

多項目試験紙キット 30226000

# オーションスクリーン マイクロアルブミン/クレアチニン

## 【全般の注意】

本品は、体外診断用でありそれ以外の目的に使用しないでください。診断は、他の関連する検査結果や臨床症状等に基づいて、総合的に判断してください。  
添付文書に記載された使用方法および使用目的以外での使用については、保証致しません。  
使用する機器の添付文書および取扱説明書にしたがって使用してください。

## 【形状・構造等(キットの構成)】

### 1. 商品構成

製品名	検査項目	アルブミン	クレアチニン	色調補正
オーションスクリーン マイクロアルブミン/クレアチニン		■	■	■

※色調補正用試験部分は、肉眼で判定する場合には使用しません。

### 2. 成分および分量

各試験部分100枚中の成分含量は、以下のとおりです。

構成製品名	成分	含量
アルブミン (アルブミンキット)	4,5,6,7-テトラクロロ-2',4',5',7'-テトラヨード -フルオロセインニトトリウム塩 (TCTIF)	0.14 mg
クレアチニン (クレアチニンキット)	2,6-ジクロロ-4'-ヒドロキシ-3',3'-ジメチル -3-スルホフワゾン-5',5'-ジカルボン酸 ニトトリウム塩 塩化パラジウム(II)	0.34 mg 0.10 mg

## 【使用目的】

尿中のアルブミンおよびクレアチニンの測定<sup>1), 2)</sup>

## 【測定原理】

検査項目	測定原理
アルブミン (色素結合法)	アルブミン + TCTIF (酸性) → 複合体形成 (赤色)
クレアチニン (キレート結合法)	クレアチニン + 色素-Pd錯体 (融合反応) → 色素 + クレアチニン-Pd (青緑色) (黄色)

■ ; 検出物質, □ ; 試験紙中の試薬成分

## 【操作上の注意】

<測定試料の取り扱い上の注意>

1. 尿は清浄な採尿容器に採取し、速心分離せずによく攪拌した新鮮な原液を使用してください。採尿後1時間以内に検査できないときは、ただちに冷蔵し、検査前に室温にもどしてください。
2. 防腐剤を添加した尿は使用しないでください。
3. 本品に適しているのは早期第一尿ですが、随時尿でも測定できます。
4. スクリーニングとして本品の使用に先立ち、尿中の蛋白質を検査することを推奨します。オーションステックス等の蛋白質試験紙が30 mg/dL以上を示した尿や明らかな肉眼的血尿に対しては、本品を使用しないでください。
5. 細菌の繁殖によってアルブミンが消費されることがありますので、室温に長く放置した尿は使用しないでください。

<測定操作上の注意>

1. 試験部分を尿中に浸ける時間が短いと発色が十分生じず、また長く浸けすぎたり、尿中で試験片を振動させると試薬が流出して、正しい結果が得られません。
2. 尿に試験片を浸してから判定までの時間(60秒)を厳守してください。判定が遅れた場合、クレアチニン試験部分の検査結果が高値になることがあります。
3. 測定に関しては、環境温度20~25℃、環境湿度40~60%を標準としています。環境温度が25℃以上の場合、クレアチニン試験部分の検査結果が高値になることがあります。また、採尿直後の温度の高い尿では、クレアチニン試験部分の検査結果が高値になることがあります。
4. 測定場所の照明の種類(蛍光灯、白熱灯、自然光等)によって、判定に差がでる場合があります。

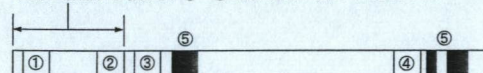
<妨害物質>

1. アルブミン試験部分
  - ・pH3以下の酸性尿で偽陰性、pH8以上のアルカリ尿で偽陽性を呈することがあります。
  - ・大量のヘモグロビン・ミオグロビン、肉眼的血尿により、偽陽性を呈することがあります。
  - ・造影剤、高分子物質、防腐剤、洗浄・消毒剤の混入により、検査結果に影響されることがあります。
  - ・薬物や着色尿により、検査結果に影響されることがあります。
2. クレアチニン試験部分
  - ・造影剤、高分子物質、防腐剤、洗浄・消毒剤の混入により、検査結果に影響されることがあります。
  - ・薬物や着色尿により、検査結果に影響されることがあります。

## 【用法・用量(操作方法)】

1. 正しい検査結果を得るには、下記の操作方法、測定時間を守ってください。
1. 必要な枚数の試験片をアルミバックから取り出してください。アルミバックから試験片を取り出す際は、試験片が折れ曲がったり、試験部分が割れたりしないように、無理な力を加えず丁寧に扱ってください。
2. よく攪拌した新鮮な原液にアルブミンおよびクレアチニン試験部分を1~2秒間浸し、ひき上げてください。肉眼で判定する場合、色調補正用試験部分を尿に浸す必要はありません。

肉眼で判定する場合は、①~②の範囲を尿に浸してください。



- ①クレアチニン試験部分
  - ②アルブミン試験部分
  - ③色調補正用試験部分
  - ④バランス調整用
  - ⑤試験紙の識別用
- 専用測定機で測定する場合には使用します。

3. 試験片についての余剰尿は、ティッシュペーパー等に軽く当て取り除いてください。
4. 試験片は、隣接する試験部分の試薬が混入したり、尿が手につくのを防ぐために水平に保持してください。
5. 60秒後、各試験部分と比色表とを比較して判定してください。その際、必ずクレアチニンを最初に判定してください。比色表は、必ず試験片と同じ箱に入っているものをご使用ください。さらに、アルブミン/クレアチニン比を求める場合は、「測定結果の判定法」または比色表に記載されたアルブミン/クレアチニン比判定表に、アルブミンおよびクレアチニンの検査結果を当てはめて判定してください。

## 【測定結果の判定法】

1. 判定の解釈

検査項目	判定時間	判定の解釈
アルブミン	60秒	濃度値(mg/L) 10 30 80 150
クレアチニン	60秒	濃度値(mg/dL) 10 50 100 200 300

次の表は、アルブミン試験部分およびクレアチニン試験部分の検査結果から、アルブミン/クレアチニン比の半定量値を求める際に使用します。本品より得られる結果は半定量値であり、異常の場合には定量法等で確認してください。

### アルブミン/クレアチニン比判定表

アルブミン 試験部分	クレアチニン試験部分				
	10 mg/dL	50 mg/dL	100 mg/dL	200 mg/dL	300 mg/dL
10 mg/L	再検査*			正常	
30 mg/L					
80 mg/L	2+		1+		
150 mg/L					

※尿が希釈されており、正確な結果が得られないため、新たに採取した尿で再検査してください。

## 2. 測定結果の判定に関する注意事項

### アルブミン試験部分

健康人尿中にもアルブミンは微量に存在し、その濃度は20 mg/L未満です。<sup>3)</sup> 過度の運動、精神的ストレス、月経前などに一過性にアルブミンが排泄されることがあります。検査結果が異常となった場合は、他の臨床所見と合わせて判断してください。

### クレアチニン試験部分

健康人では、尿中に10~300 mg/dLのクレアチニンが排泄されます。濃縮された尿や早期第一尿では濃度が高く、希釈された尿では濃度が低くなります。

### アルブミン/クレアチニン比

健康人尿のアルブミン/クレアチニン比は30 mg/g未満です。30~300 mg/gの場合は微量アルブミン尿が、300 mg/gを超える場合は臨床的アルブミン尿が示唆されます。<sup>4)</sup>

## 【性能】

### 1. 性能

<感度>

検査項目	最小検出感度	測定範囲
アルブミン	10 mg/L	10~150 mg/L
クレアチニン	10 mg/dL	10~300 mg/dL

### ・アルブミン試験部分

- アルブミン濃度が10 mg/Lのとき、比色表の[10 mg/L]の色調を呈します。
- アルブミン濃度が80 mg/Lのとき、比色表の[80 mg/L]の色調を呈します。
- ・クレアチニン試験部分  
クレアチニン濃度が10 mg/dLのとき、比色表の[10 mg/dL]の色調を呈します。
- クレアチニン濃度が200 mg/dLのとき、比色表の[200 mg/dL]の色調を呈します。

### <特異性>

#### ・アルブミン試験部分

本品は、アルブミンに対して特に鋭敏に反応します。次に示す蛋白に対しては、表記濃度まで影響されませんでした。

- ・リゾチーム 400 mg/L
- ・β<sub>2</sub>-ミクログロブリン 80 mg/L
- ・プレアルブミン 80 mg/L
- ・免疫グロブリン 200 mg/L
- ・α<sub>1</sub>-酸性糖蛋白 80 mg/L
- ・ハプトグロビン 50 mg/L
- ・α<sub>1</sub>-マイクログロブリン 150 mg/L
- ・トランスフェリン 30 mg/L
- ・α<sub>1</sub>-アンチトリプシン 50 mg/L
- ・Bence-Jones蛋白 80 mg/L
- ・レチノール結合蛋白 50 mg/L
- ・Tamm Horsfall糖蛋白 80 mg/L

アルブミン濃度が10 mg/Lのとき、比色表の[10 mg/L]の色調を呈します。アルブミン濃度が80 mg/Lのとき、比色表の[80 mg/L]の色調を呈します。

#### ・クレアチニン試験部分

本法はクレアチニンに対して鋭敏に反応します。クレアチニン濃度が100 mg/dLのとき、比色表の[100 mg/dL]の色調を呈します。クレアチニン濃度が200 mg/dLのとき、比色表の[200 mg/dL]の色調を呈します。

### <同時再現性>

感度試験と同様に操作する試験を5回行うとき、同一の成績を示します。

### 2. 相関性試験成績

検査項目	相関		
	検体数	一致率	対照法
アルブミン	190	89% ※1	免疫比濁法
クレアチニン	190	72% ※2	酵素法
アルブミン/クレアチニン比	190	95% ※3	-

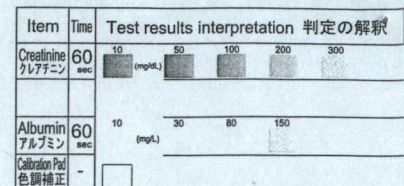
※1 アルブミン試験部分の検査結果が30 mg/L以上、免疫比濁法の検査結果が20 mg/L以上を陽性としたときの一致率

※2 酵素法の検査結果をクレアチニン試験部分の濃度値に換算したとき、クレアチニン試験部分と酵素法の検査結果が完全に一致した率

※3 本品の検査結果が[1+]・[2+]、対照法の検査結果が30 mg/g以上を陽性としたときの一致率

## AUTION SCREEN Microalbumin/Creatinine Color Chart

オーションスクリーン マイクロアルブミン/クレアチニン 比色表



## Albumin/Creatinine Ratio Interpretation Table

Albumin/アルブミン検査部分	10 mg/dL	50 mg/dL	100 mg/dL	200 mg/dL	300 mg/dL
10 mg/L	Dilute 再検査			Normal 正常	
30 mg/L					
80 mg/L	2+		1+		
150 mg/L					



1. 試片を保存して試片を破損しないようにしてください。
2. 試験片を破損しないように保管してください。
3. 試験片の取り出しは、必ずアルミバックから取り出してください。
4. 試験片は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
5. 試験片は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
6. 試験片は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
7. 試験片は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
8. 尿は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
9. 尿は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
10. 尿は、必ずアルミバックに入っているものをご使用ください。
11. 本品の試験片基材: PET  
アルミバック: アルミ, PET

## 【貯蔵方法・有効期間】

1. 貯蔵方法  
直射日光をさけ室温(1~30℃)で保存してください。
2. 有効期間  
2年

## 【包装単位】

アルミバック: 25枚(1箱中)  
比色表: 1枚(1箱中)

## \*\*【主要文献】

1. 金井正光 他: 臨床検査法提要、改訂第3版、2005 (金原出版)
2. C. E. Mogensen: N. Eng. J. Med., 310, 356, 1984
3. 堺秀人 他: 糖尿病, 44, 467, 2001
4. American Diabetes Association: Diabetes Care, 27, S79, 2004
5. 辻川仁美 他: 臨床病理, 53, 111, 2005
6. T. Kouri et al.: Scand. J. Clin. Lab. Invest., 69, 52, 2009

## 【問い合わせ先】

アークレイ お客様相談室  
滋賀県甲賀市甲南町柑子1480  
TEL 0120-103-400  
(平日 8:30~18:00、土曜日 8:30~12:00)



# 当院は医学の発展のため 臨床研究に参加しています

## 非糖尿病患者さんにおける CKD 実施調査 神奈川県慢性腎臓病対策協議会

### 研究の背景

CKD (慢性腎臓病) の患者さんは、末期腎不全による透析だけでなく、脳卒中や心筋梗塞などを起こしやすいことがわかっています。

CKDの実態を知りCKD対策をたてることは、透析患者や脳卒中・心筋梗塞患者を減らすことにつながります。

そこで神奈川県内科医学会と神奈川県の腎臓専門医が集まり、神奈川県慢性腎臓病対策協議会を立ち上げ、かかりつけ医に通院中の「糖尿病ではない患者さんのCKD実態調査」を計画しました。

### 目的

慢性病気で 1 年以上通院中の糖尿病以外の患者さんにおけるCKDの実態を調べます。

### 組織

本調査はK-CKDI (神奈川県慢性腎臓病対策協議会、代表: 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科木村健二郎) に参加している神奈川県内科医学会会員であるかかりつけ医が行います。

### 調査方法

いままでの病気の経過と検査データ(血液検査・尿検査)を調査票に記録し、研究代表者へ送ります。

### 本調査の結果より期待されること

神奈川県におけるかかりつけ医に慢性疾患で通院中の患者さんにおけるCKDの実態が本研究で明らかになり、神奈川県においてCKD対策を立てる上での有力かつ強力な情報となります。

### 倫理的配慮

調査用紙には参加していただいた患者さんが誰であることを明らかにする情報は含まれません。もしこの調査にご自分のデータが使われることを拒否される場合にはお申し出下さい。その場合、あなたの診療情報は使用しません。本調査研究の結果は当院に掲示します。