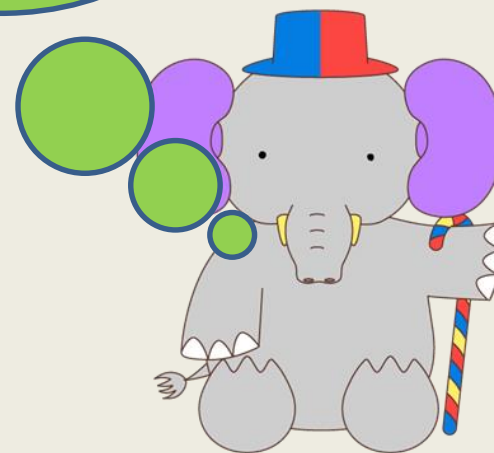


実際の使用例



Case 1 自験例より

30歳男性

26歳より29歳まで会社の健診にて尿潜血1+指摘された。

今年の健診にて尿潜血2+尿蛋白1+指摘。

保健師より近医受診勧奨され初診。

近医での血液・尿検査ではCre0.9 eGFR72
尿蛋白0.4であった。(単位省略)

保健指導

CKD対象者

- eGFR60ml未満
 - 尿蛋白(+)以上
- かかりつけ医受診勧奨

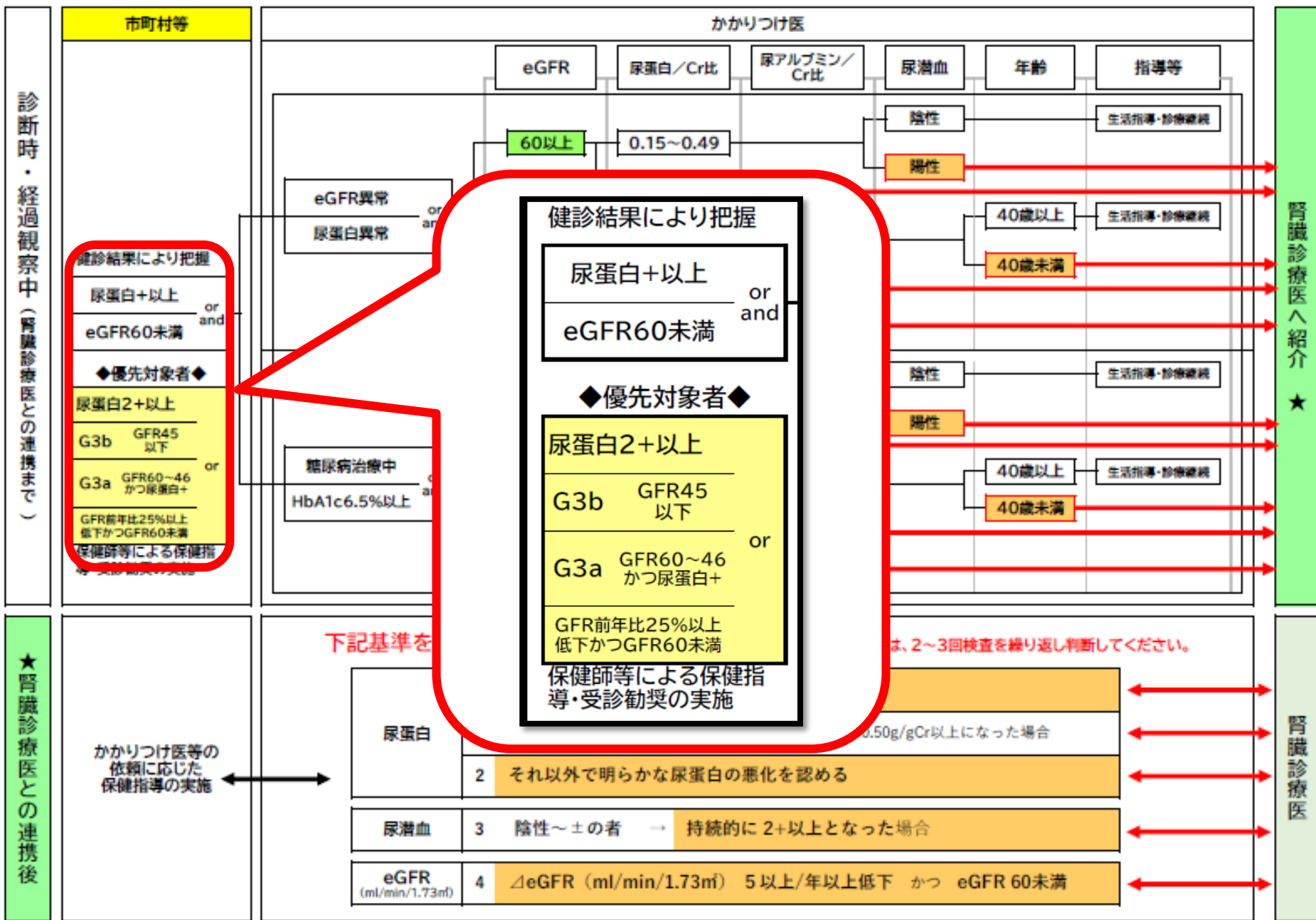
優先対象者(保健師・管理栄養士が保健指導を実施)

- 尿蛋白2+以上
- G3b (eGFR45以下)
- G3a (eGFR60~46) かつ尿蛋白(+)
- eGFR前年比25%以上低下かつeGFR60未満

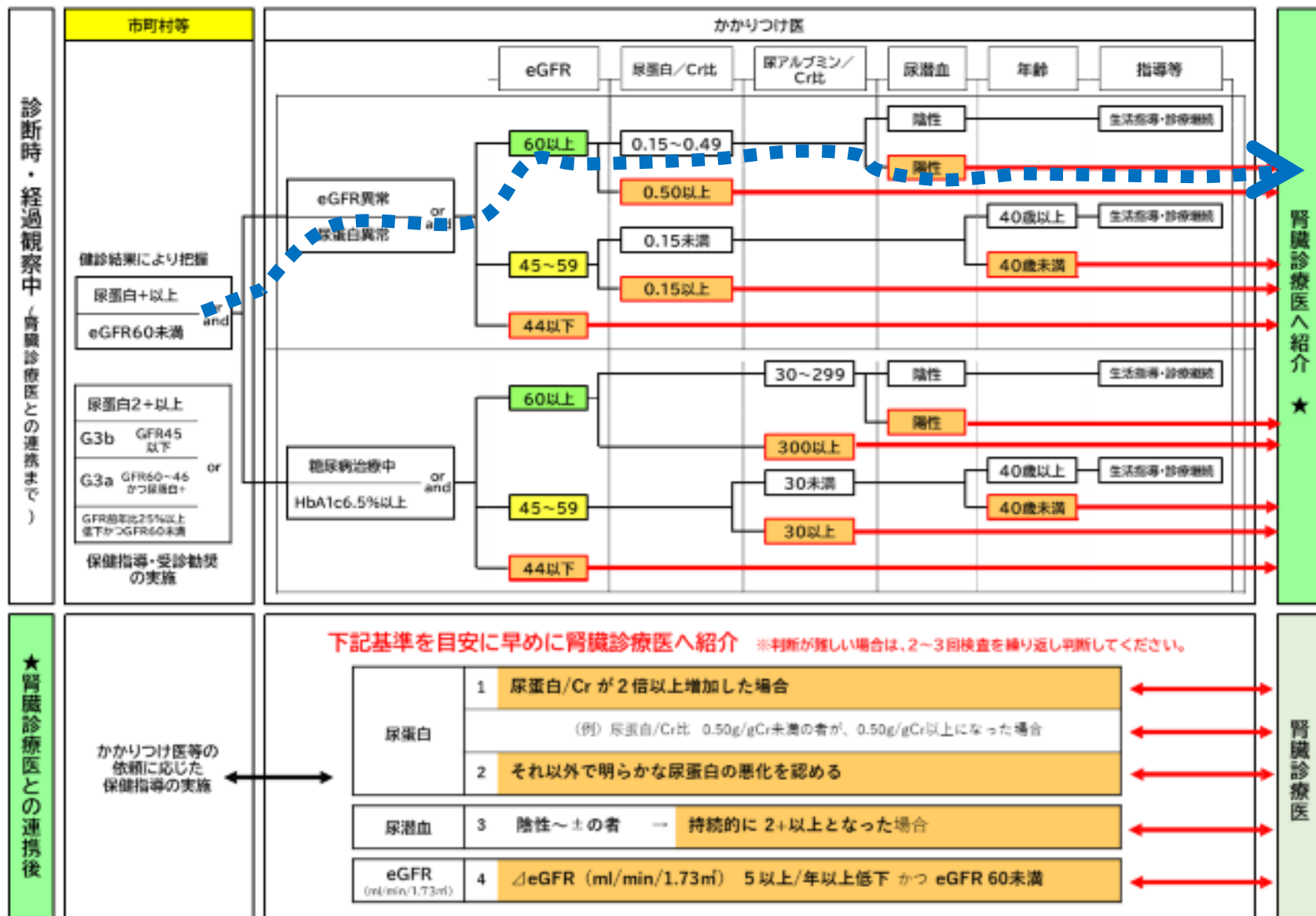
→ 健診結果から上記に該当する者を抽出し保健指導を実施

新規透析導入の減少を目指したCKD対策

岐阜県腎臓病医療連携WG (岐阜県医師会) 2021



新規透析導入の減少を目指したCKD対策



1. 目的

かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携を推進することで、CKDを早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築する。

2. 目標

*2028年までに年間新規透析導入患者数を **500人以下** に減少させる (2020年度:598人/年)

*慢性腎臓病の進行や心血管疾患発症及び死亡リスクを抑制する

3. 専門医への紹介基準

【初診紹介】

eGFRによる基準	①eGFR 45 ml/min/1.73m ² 未満 (40歳未満はeGFR 60 未満)
	②3ヶ月以内に 30% 以上の低下
尿蛋白による基準	③尿蛋白/Cr比 0.50 g/gCr以上
	④尿蛋白/Cr比 0.15-0.49 g/gCr かつ 潜血 1+ 以上
	⑤尿蛋白/Cr比 0.15-0.49 g/gCr かつ eGFR 45-59 ml/分/1.73m ²
糖尿病がある場合の基準	⑥尿アルブミン/Cr比 300 mg/gCr以上
	⑦尿アルブミン/Cr比 30-299 mg/gCr かつ 尿潜血 1+ 以上

【再診時】

eGFRによる基準	①ΔGFR 5 ml/min/1.73m ² かつ eGFR 60 未満
尿蛋白による基準	②尿蛋白/Cr比が 2倍 以上増加した場合
	③それ以外で明らかな尿蛋白の悪化を認める場合
尿潜血による基準	④潜血 2+ 以上が持続する場合

(かかりつけ医 * 腎臓診療医)

CKD精査依頼書 (診療情報提供書)

下記の患者様を紹介申し上げます。ご高診をよろしくお願いいたします。

年 月 日

【 紹介先 】

医療機関名
診療科
医師名

先生

【 紹介元 】

医療機関名
診療科
医師名

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男 / 女	年 月 日
住所		TEL	

紹介目的 <small>複製チェック可能</small>	<input checked="" type="checkbox"/> CKD原疾患の精査・診断・治療方針	<input type="checkbox"/> 薬剤確認
	<input type="checkbox"/> CKD患者教育・食事指導	<input type="checkbox"/> その他 ()

主要所見	<input type="checkbox"/> 腎機能低下 (<input checked="" type="checkbox"/> 尿所見異常 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

現病歴	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症
	<input type="checkbox"/> BMI高値 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> その他 ()

嗜好	<input checked="" type="checkbox"/> 喫煙
----	--

家族歴	<input type="checkbox"/> 腎臓病あり <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---

検査結果 (※コピーの添付も可能です)			
年/月/日	年 月 日	年 月 日	
血清クレアチニン	0.9 mg/dl		mg/dl
eGFR	72 ml/分/1.73m ²		ml/分/1.73m ²
尿蛋白/尿潜血 (定量)	+ / 2+		/
尿蛋白/尿クレアチニン比	0.4 g/gCr		g/gCr
Hb (ヘモグロビン)			g/dl
血圧	/		/
食塩摂取量_随時尿 (Na/Cr比)		g/日	g/日
糖尿病 有の場合	HbA1c	%	%
	尿アルブミン値	mg/gCr	mg/gCr
	糖尿病性腎症病期	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

紹介後の方針	
当院では、当患者において、下記CKD病診連携を希望します。	
<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望	<input type="checkbox"/> 貴院と当院で併診希望
<input checked="" type="checkbox"/> 貴院での加療及び経過観察	<input type="checkbox"/> その他 ()
現在の処方内容 処方箋の写し、もしくはお薬手帳のコピーを添付する。	

(腎臓診療医 → かかりつけ医)

CKD治療計画書（診療情報提供書）

下記の患者様の情報を提供します。

ふりがな	
患者氏名	

通常使用している診療情報提供書の概要（要約）を示すものとして使用するイメージ

診断名	<input type="checkbox"/> 腎硬化症	<input type="checkbox"/> ADPKD（常染色体優性多発性嚢胞腎）
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）

結果報告 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査、尿検査	<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 腎病理診断
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

今後の方針 <small>詳細は別添参照</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 扁桃パルス治療	<input type="checkbox"/> サムスカ治療
	<input type="checkbox"/> 教育入院	<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医高診	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	<input type="checkbox"/> 貴院での加療を依頼 <input type="checkbox"/> ・併診で加療（ ヶ月後）	

栄養指導	<input type="checkbox"/> たんぱく制限	※栄養指導の詳細は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量の制限	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

薬物療法	<input type="checkbox"/> 継続をお願いします	※継続、一部変更、追加処方の詳細（判断理由）は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 一部変更しました	
	<input type="checkbox"/> 追加処方をしました	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

腎生検施行

結果はIgA腎症

治療は扁摘パルス治療

(腎臓診療医 → かかりつけ医)

CKD治療計画書（診療情報提供書）

下記の患者様の情報を提供します。

通常使用している診療情報提供書の概要（要約）を示すものとして使用するイメージ

ふりがな	
患者氏名	

診断名	<input type="checkbox"/> 腎硬化症	<input type="checkbox"/> ADPKD（常染色体優性多発性嚢胞腎）
	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input checked="" type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）

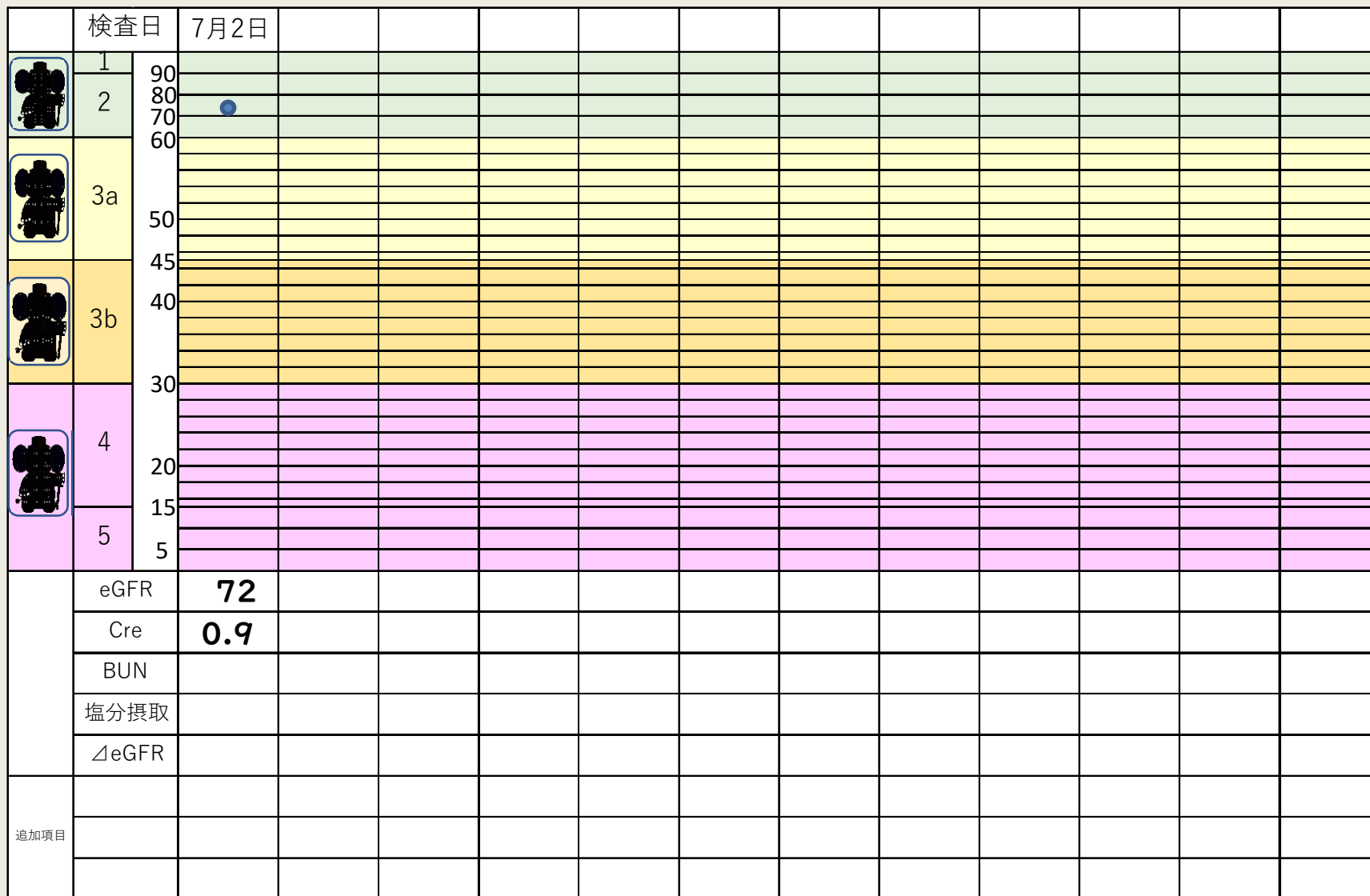
結果報告 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 血液検査、尿検査	<input type="checkbox"/> CT	<input checked="" type="checkbox"/> 腎病理診断
	<input type="checkbox"/> その他（ ）			

今後の方針 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input checked="" type="checkbox"/> 扁桃パルス治療	<input type="checkbox"/> サムスカ治療
	<input type="checkbox"/> 教育入院	<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医高診	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	<input type="checkbox"/> 貴院での加療を依頼 <input type="checkbox"/> ・併診で加療（ ヶ月後）	

栄養指導	<input type="checkbox"/> たんぱく制限	※栄養指導の詳細は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 食塩摂取量の制限	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

薬物療法	<input type="checkbox"/> 継続をお願いします	※継続、一部変更、追加処方の詳細（判断理由）は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 一部変更しました	
	<input type="checkbox"/> 追加処方をしました	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	

腎臓連携シート(eGFRグラフ)



腎臓機能別シール



おくすり手帳

この手帳は貴方の健康増進の為に、
お薬の管理をする大切な手帳です。

処方箋又は診察券と一緒に
お名前

様

専門医治療型

糸球体腎炎

多発性嚢胞腎

主として専門医が治療

発見 Pick up

精査、治療

かかりつけ医
(プライマリケア医)



腎臓専門医



治療計画、follow up

寛解後follow up

Case2 自験例

72歳男性

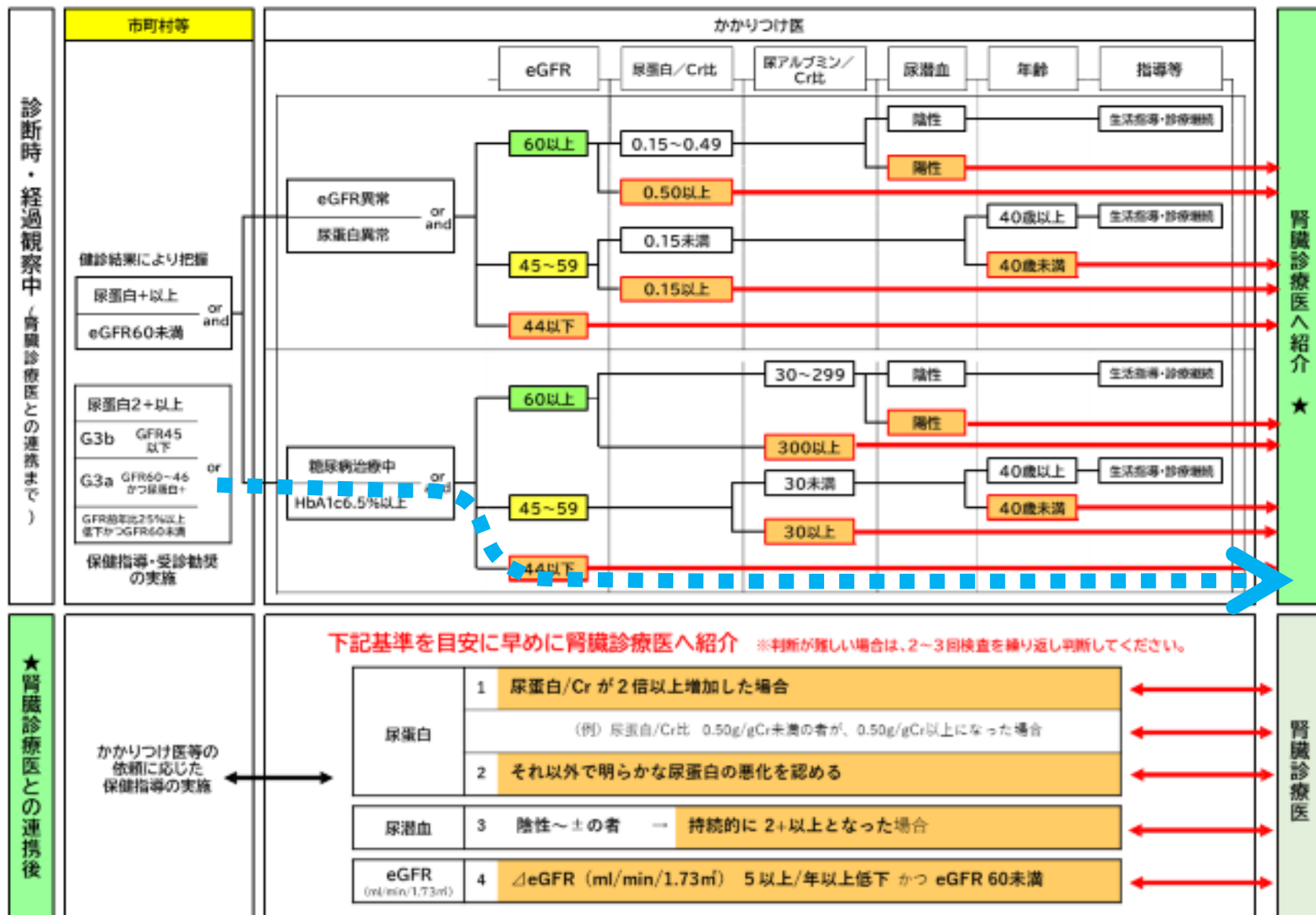
40歳頃より高血圧を指摘され近医にて降圧剤を処方されていた。

65歳頃に糖尿病も指摘されDPP4阻害薬処方されている。

最近腎機能悪化Cre 1.8eGFR42指摘され当科紹介。

尿蛋白 1 + 尿潜血 - (単位省略)

新規透析導入の減少を目指したCKD対策



(かかりつけ医 * 腎臓診療医)

CKD精査依頼書 (診療情報提供書)

下記の患者様を紹介申し上げます。ご高診をよろしく申し上げます。

年 月 日

【 紹介先 】

医療機関名
診療科
医師名

先生

【 紹介元 】

医療機関名
診療科
医師名

ふりがな 患者氏名	性別	生年月日
	男 / 女	年 月 日
住所	TEL	

紹介目的 <small>複数チェック可能</small>	<input checked="" type="checkbox"/> CKD原疾患の精査・診断・治療方針	<input type="checkbox"/> 薬剤確認
	<input checked="" type="checkbox"/> CKD患者教育・食事指導	<input type="checkbox"/> その他 ()

主要所見	<input checked="" type="checkbox"/> 腎機能低下 (<input type="checkbox"/> 尿所見異常 <input type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

現病歴	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 高尿酸血症
	<input type="checkbox"/> BMI高値 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> その他 ()

嗜好	<input type="checkbox"/> 喫煙
----	-----------------------------

家族歴	<input type="checkbox"/> 腎臓病あり <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他 ()
-----	---

検査結果 (※コピーの添付も可能です)			
年/月/日	年 月 日	年 月 日	
血清クレアチニン	1.8 mg/dl	mg/dl	
eGFR	42 ml/分/1.73m ²	ml/分/1.73m ²	
尿蛋白/尿潜血 (定量)	2+ / -	/	
尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr	g/gCr	
Hb (ヘモグロビン)	g/dl	g/dl	
血圧	/	/	
食塩摂取量_随時尿 (Na/Cr比)	g/日	g/日	
糖尿病 有の場合	HbA1c	%	%
	尿アルブミン値	mg/gCr	mg/gCr
	糖尿病性腎症病期	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

紹介後の方針	
当院では、当患者において、下記CKD病診連携を希望します。	
<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望	<input checked="" type="checkbox"/> 貴院と当院で併診希望
<input type="checkbox"/> 貴院での加療及び経過観察	<input type="checkbox"/> その他 ()
現在の処方内容	処方箋の写し、もしくはお薬手帳のコピーを添付する。

血液検査・尿検査・画像所見

診断は腎硬化症＋糖尿病性腎症

:糖尿病性腎臓病

発見 Pick up

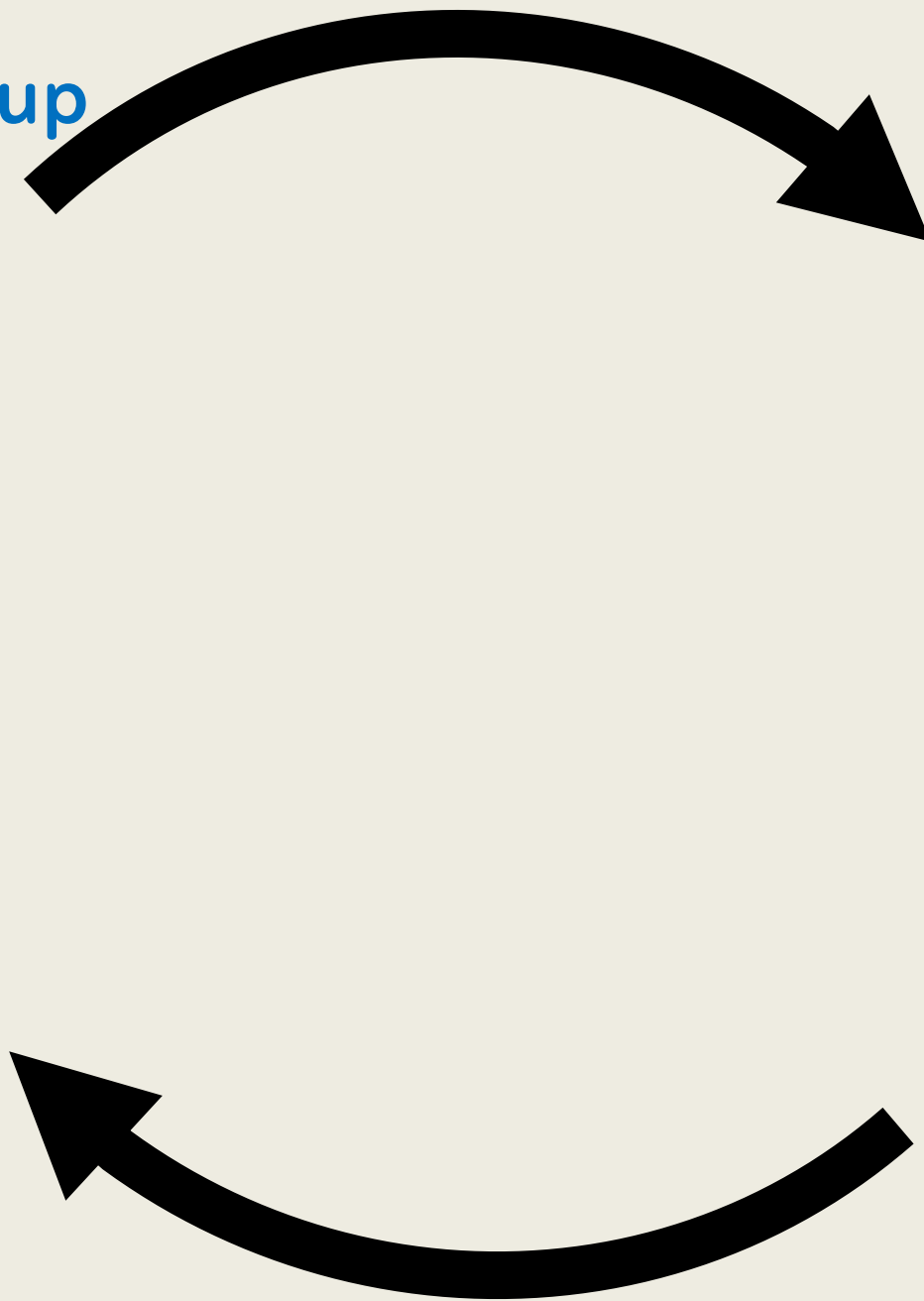
精査、check

かかりつけ医
(プライマリケア医)

糖尿病 ↔ 腎臓 ↔ 心臓
専門医

follow up

治療計画



(腎臓診療医 → かかりつけ医)

CKD治療計画書 (診療情報提供書)

下記の患者様の情報を提供します。

通常使用している診療情報提供書の概要 (要約) を示すものとして使用するイメージ

ふりがな	
患者氏名	

診断名	<input checked="" type="checkbox"/> 腎硬化症	<input type="checkbox"/> ADPKD (常染色体優性多発性嚢胞腎)
	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他 ()





結果報告 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査、尿検査	<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 腎病理診断
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

今後の方針 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 扁桃パルス治療	<input type="checkbox"/> サムスカ治療
	<input checked="" type="checkbox"/> 教育入院	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病専門医高診	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	<input type="checkbox"/> 貴院での加療を依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 併診で加療 (ヶ月後)	

栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> たんぱく制限	※栄養指導の詳細は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量の制限	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

薬物療法	<input type="checkbox"/> 継続をお願いします	※継続、一部変更、追加処方の詳細 (判断理由) は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 一部変更しました	
	<input checked="" type="checkbox"/> 追加処方をしました	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

腎臓連携シート

検査日		7月2日										
	1	90										
	2	80										
	3a	70										
		60										
		50										
	3b	45										
		40	●									
		30										
	4	20										
		15										
		5										
	eGFR	42										
	Cre											
	BUN											
	塩分摂取											
	△eGFR											
追加項目												

腎臓機能別シール



糖尿病連携手帳



会社社団法人 日本糖尿病協会

- 教育入院
- 糖尿病専門医及び循環器専門医への受診
- 栄養指導
- 薬剤チェック
- 血液、尿、腹部CT再検

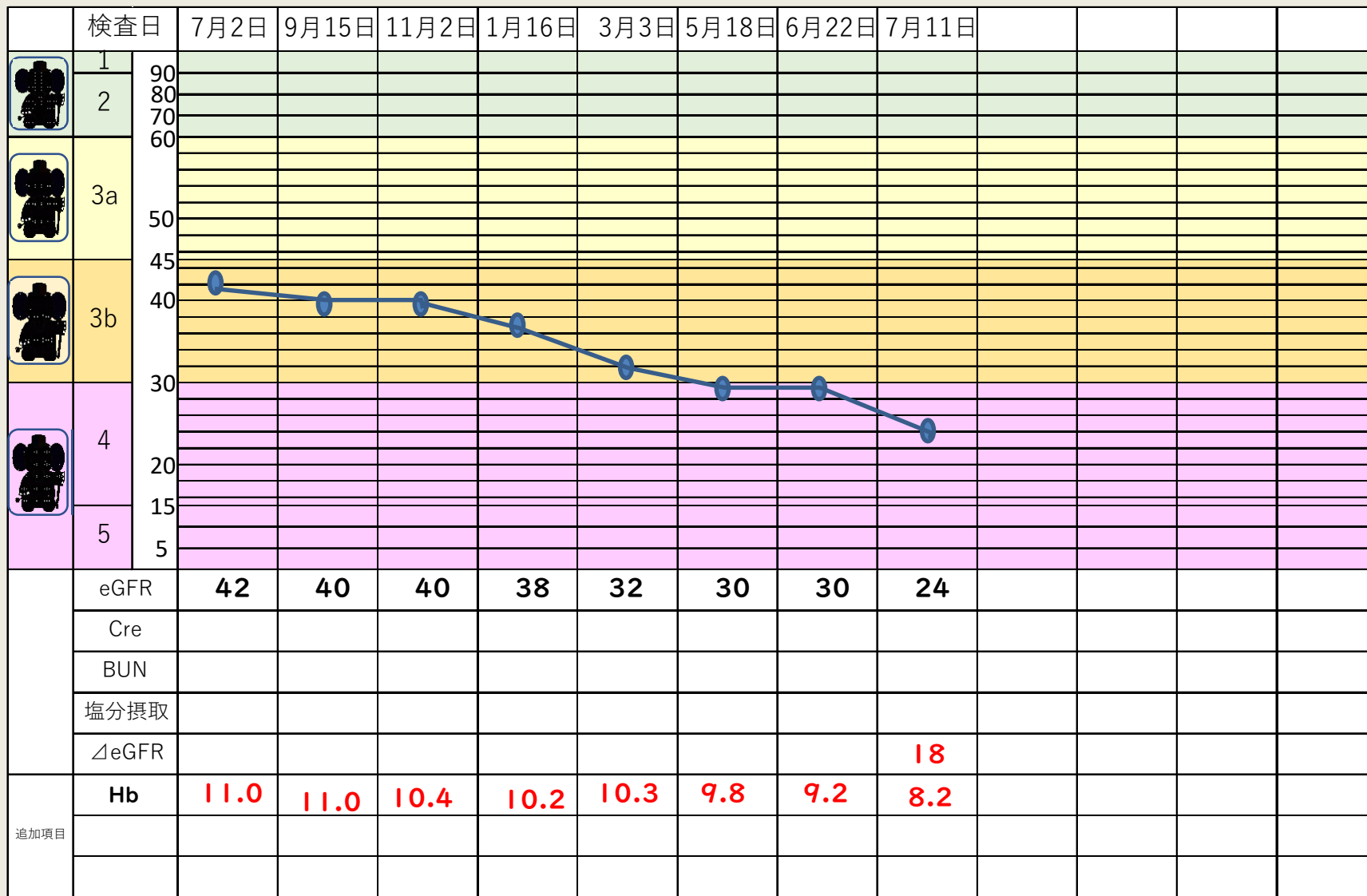
その後 かかりつけ医にてfollow up

○検査項目一覧表 （検査の目安であり、個人の状態により柔軟に対応してください）

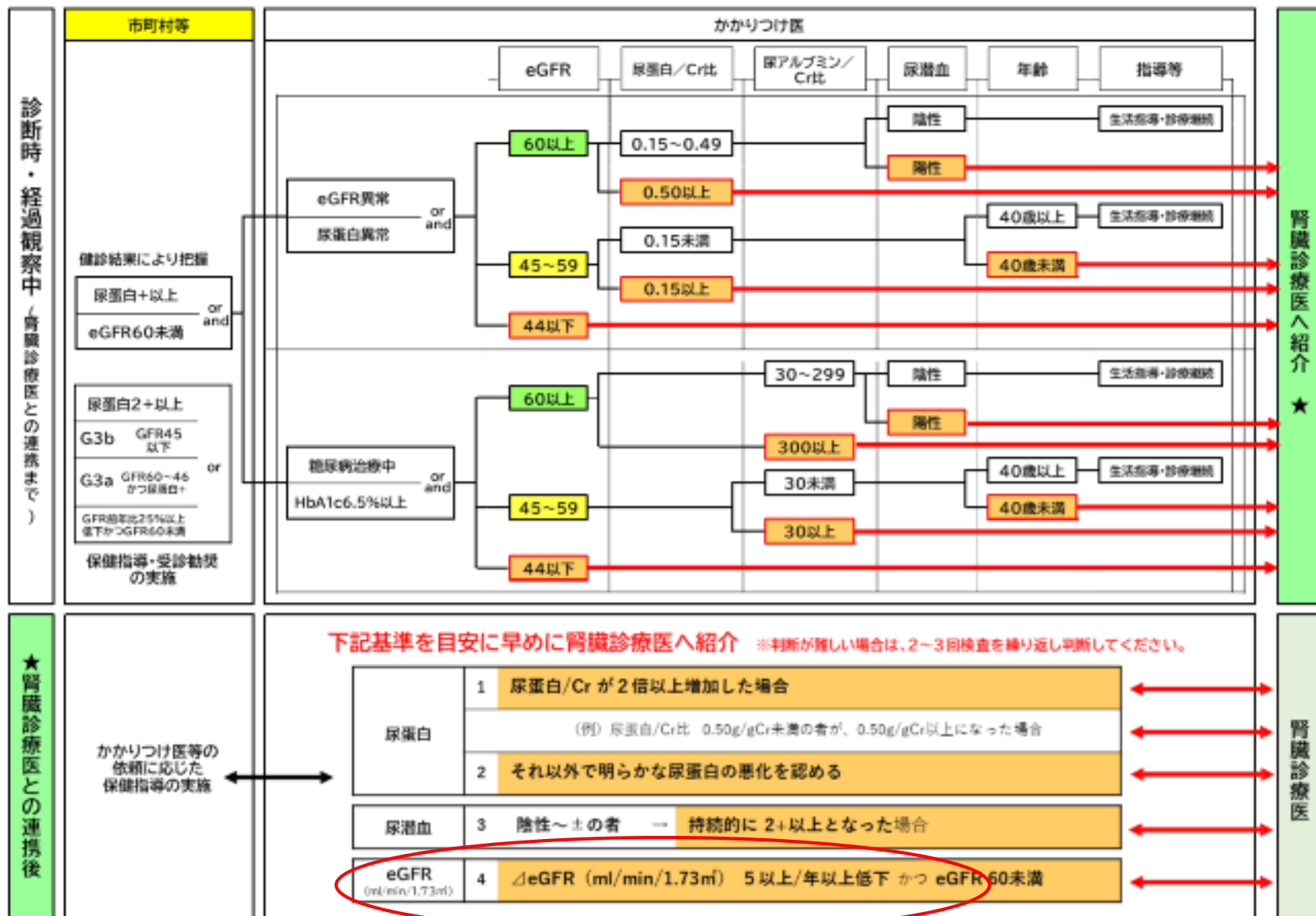
糖尿病性腎症以外 ●● 糖尿病性腎症 ●●● 腎症4期以降 ●

		初診時	1ヶ月後	2ヶ月後	3ヶ月後	4ヶ月後	5ヶ月後	6ヶ月後	7ヶ月後	8ヶ月後	9ヶ月後	10ヶ月後	11ヶ月後	1年後
基本	診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	体重	●			●			●			●			●
	血圧測定	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	Cre	●			●			●			●			●
	eGFR	●			●			●			●			●
	BUN	●			●			●			●			●
	non-HDL	●			●			●			●			●
	尿蛋白定性	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	尿潜血	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	尿中塩分	●			●			●			●			●
合併症	尿酸	●			●			●			●			●
	空腹時血糖	●			●			●			●			●
	HbA1c	●			●			●			●			●
	微量アルブミン	●			●			●			●			●
	頸部エコー/ABI/PWW	●						●						●
その他	栄養評価（基礎代謝）/栄養相談							●						●
	情報提供診療書							●						●

腎臓連携シート



新規透析導入の減少を目指したCKD対策



1. 目的

かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携を推進することで、CKDを早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築する。

2. 目標

*2028年までに年間新規透析導入患者数を **500人以下** に減少させる (2020年度:598人/年)

*慢性腎臓病の進行や心血管疾患発症及び死亡リスクを抑制する

3. 専門医への紹介基準

【初診紹介】

eGFRによる基準	①eGFR 45 ml/min/1.73m ² 未満 (40歳未満はeGFR 60 未満)
	②3ヶ月以内に 30% 以上の低下
尿蛋白による基準	③尿蛋白/Cr比 0.50 g/gCr以上
	④尿蛋白/Cr比 0.15-0.49 g/gCr かつ 潜血 1+ 以上
	⑤尿蛋白/Cr比 0.15-0.49 g/gCr かつ eGFR 45-59 ml/分/1.73m ²
糖尿病がある場合の基準	⑥尿アルブミン/Cr比 300 mg/gCr以上
	⑦尿アルブミン/Cr比 30-299 mg/gCr かつ 尿潜血 1+ 以上

【再診時】

eGFRによる基準	①ΔGFR 5 ml/min/1.73m ² かつ eGFR 60 未満
尿蛋白による基準	②尿蛋白/Cr比が 2倍 以上増加した場合
	③それ以外で明らかな尿蛋白の悪化を認める場合
尿潜血による基準	④潜血 2+ 以上が持続する場合

(かかりつけ医 * 腎臓診療医)

CKD精査依頼書 (診療情報提供書)

下記の患者様を紹介申し上げます。ご高診をよろしく申し上げます。

年 月 日

【 紹介先 】

医療機関名 _____
診療科 _____
医師名 _____ 先生

【 紹介元 】

医療機関名 _____
診療科 _____
医師名 _____

ふりがな	性別	生年月日
患者氏名	男 / 女	年 月 日
住所	TEL	

紹介目的	<input checked="" type="checkbox"/> CKD原疾患の精査・診断・治療方針	<input type="checkbox"/> 薬剤確認
連携チェック可能	<input checked="" type="checkbox"/> CKD患者教育・食事指導	<input type="checkbox"/> その他 ()

主要所見	<input checked="" type="checkbox"/> 腎機能低下 (<input type="checkbox"/> 尿所見異常 <input checked="" type="checkbox"/> 血清クレアチニンの上昇)
	<input type="checkbox"/> その他 ()

現病歴	<input checked="" type="checkbox"/> 高血圧症 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input checked="" type="checkbox"/> 高尿酸血症
	<input type="checkbox"/> BMI高値 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> TIA・脳梗塞
	<input type="checkbox"/> ASO <input type="checkbox"/> その他 ()
嗜好	<input type="checkbox"/> 喫煙
家族歴	<input type="checkbox"/> 腎臓病あり <input type="checkbox"/> 透析あり <input type="checkbox"/> その他 ()

検査結果 (※コピーの添付も可能です)			
年/月/日	年 月 日	年 月 日	
血清クレアチニン	3.2 mg/dl	mg/dl	
eGFR	24 ml/分/1.73m ²	ml/分/1.73m ²	
尿蛋白/尿潜血 (定量)	2+ -	/	
尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr	g/gCr	
Hb (ヘモグロビン)	8.2 g/dl	g/dl	
血圧	/	/	
食塩摂取量_随時尿 (Na/Cr比)	g/日	g/日	
糖尿病 有の場合	HbA1c	%	%
	尿アルブミン値	mg/gCr	mg/gCr
	糖尿病性腎症病期	1・2・3・4・5	1・2・3・4・5

紹介後の方針
当院では、当患者において、下記CKD病診連携を希望します。
<input type="checkbox"/> 貴院精査終了後、当院で加療希望 <input checked="" type="checkbox"/> 貴院と当院で併診希望
<input type="checkbox"/> 貴院での加療及び経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の処方内容 処方箋の写し、もしくはお薬手帳のコピーを添付する。

- 療法選択指導
 - 再教育入院
 - 薬剤チェック
 - 血液、尿、腹部CT再検
 - 糖尿病内科高診
- 等々

(腎臓診療医 → かかりつけ医)

CKD治療計画書 (診療情報提供書)

下記の患者様の情報を提供します。

ふりがな	
患者氏名	

通常使用している診療情報提供書の概要 (要約) を示すものとして使用するイメージ

診断名	<input checked="" type="checkbox"/> 腎硬化症	<input type="checkbox"/> ADPKD (常染色体優性多発性嚢胞腎)
	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 慢性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> その他 ()

結果報告 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input checked="" type="checkbox"/> 血液検査、尿検査	<input checked="" type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 腎病理診断
	<input type="checkbox"/> その他 ()			

今後の方針 <small>詳細は別添参照</small>	<input type="checkbox"/> 腎生検	<input type="checkbox"/> 扁桃パルス治療	<input type="checkbox"/> サムスカ治療
	<input checked="" type="checkbox"/> 教育入院	<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病専門医高診	<input checked="" type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 外来フォロー	<input type="checkbox"/> 貴院での加療を依頼 <input checked="" type="checkbox"/> 併診で加療 (ヶ月後)	

栄養指導	<input checked="" type="checkbox"/> たんぱく制限	※栄養指導の詳細は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input checked="" type="checkbox"/> 食塩摂取量の制限	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

薬物療法	<input type="checkbox"/> 継続をお願いします	※継続、一部変更、追加処方の詳細 (判断理由) は別添診療情報提供書をご確認ください
	<input type="checkbox"/> 一部変更しました	
	<input checked="" type="checkbox"/> 追加処方をしました	
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

HIF阻害薬

腎臓機能別シール

