

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(2019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

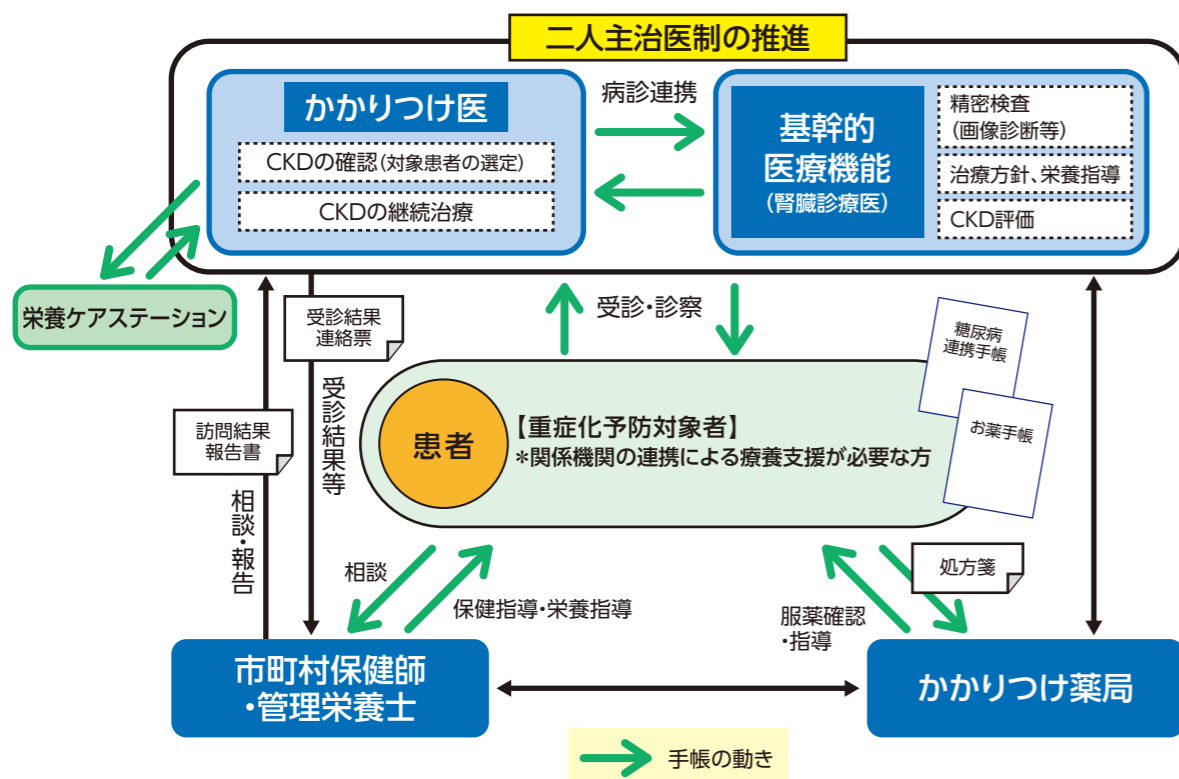
【初診紹介】

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

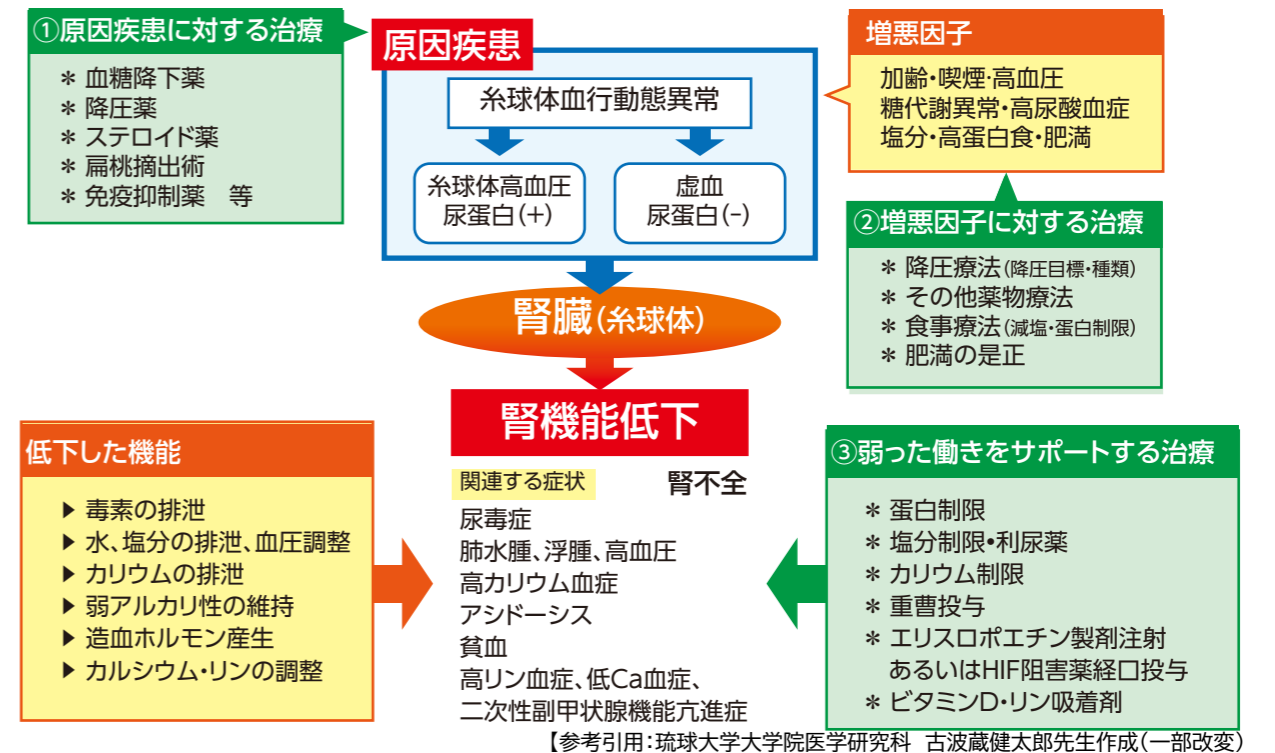
【再診時】

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

4. 病診連携のイメージ図



慢性腎臓病の病態と治療の概要



かかりつけ医におけるCKD患者の管理目標

管理目標	CKD分類	GFR						備考
		90	60	45	30	15		
生活習慣病管理	体重・たばこ	BMI25未満・禁煙						蛋白制限時のエネルギー必要量は健康人と同程度(25-35kcal/kg体重/日)
	食事	高血圧があれば 食塩摂取量 3g/日以上6g/日未満		食塩摂取量 3g/日以上6g/日未満				
生活習慣病管理	血圧	【糖尿病合併の場合】130/80mmHg未満(RA系阻害薬を推奨) 【糖尿病非合併の場合】A1 → 140/90mmHg未満(RA系阻害薬、Ca拮抗薬、利尿薬を推奨) A2,3 → 130/80mmHg未満(RA系阻害薬を推奨)						G3b以降のRA系阻害薬の使用は腎専門医に相談
	血糖値	HbA1c7.0%未満		ヒグアナイド薬は禁忌	ヒグアナイド薬、チアゾリジン薬、SU薬は禁忌			G3a以降では低血糖の危険性を考慮
	脂質	LDL-c120mg/dL未満、non-HDL-c150mg/dL未満(冠動脈疾患既往の二次予防:100mg/dL未満)			フィbrate系はクリフィbrate系以外は禁忌			薬物による横紋筋融解症への注意
	貧血	腎性貧血以外の原因検索		腎性貧血:Hb11g/dL以上13g/dL未満			ESA製剤使用は腎臓専門医に相談、鉄欠乏対策	
CKD進展管理	骨・ミネラル	P、Ca、PTH:基準値以内						低アルブミン血症では補正Caで補正
	カリウム	リン制限食		高P血症ではリン吸着剤				PTHが基準値を超える際は活性型ビタミンD
	尿酸	血清カリウム 4.0~5.4mEq/Lの範囲で管理						高K血症の原因検索低K血症に注意
	尿毒素	8.0mg/dL以上で薬物療法開始【目標6.0mg/dL以下】			7.0mg/dLを超えたら生活指導			
薬剤	球形吸着炭の服用						球形吸着炭は他の薬剤と同時に使用しない	
	腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整							
ステージごとの適切な治療 CKDの診療方針	●CKDの原因精査 ●CVDを含む合併症の検査と治療						●腎代替療法(透析、移植)の情報提供と準備	
	●かかりつけ医が専門医と協力して治療							●専門医による治療

出典「ステージごとの適切な治療CKDの診療方針」部分が省略されている 引用「生活習慣病から新規透析導入患者の減少に向けた提言」(日本腎臓学会編)