

かかりつけ医のための慢性腎臓病診療フローチャート

目的

かかりつけ医と腎臓専門医療機関の連携を推進し、CKDの早期発見・診断、専門医への紹介タイミングと、紹介前に開始する薬物治療を推奨することで、良質で適切な治療を実施・継続できる診療体制を構築する。

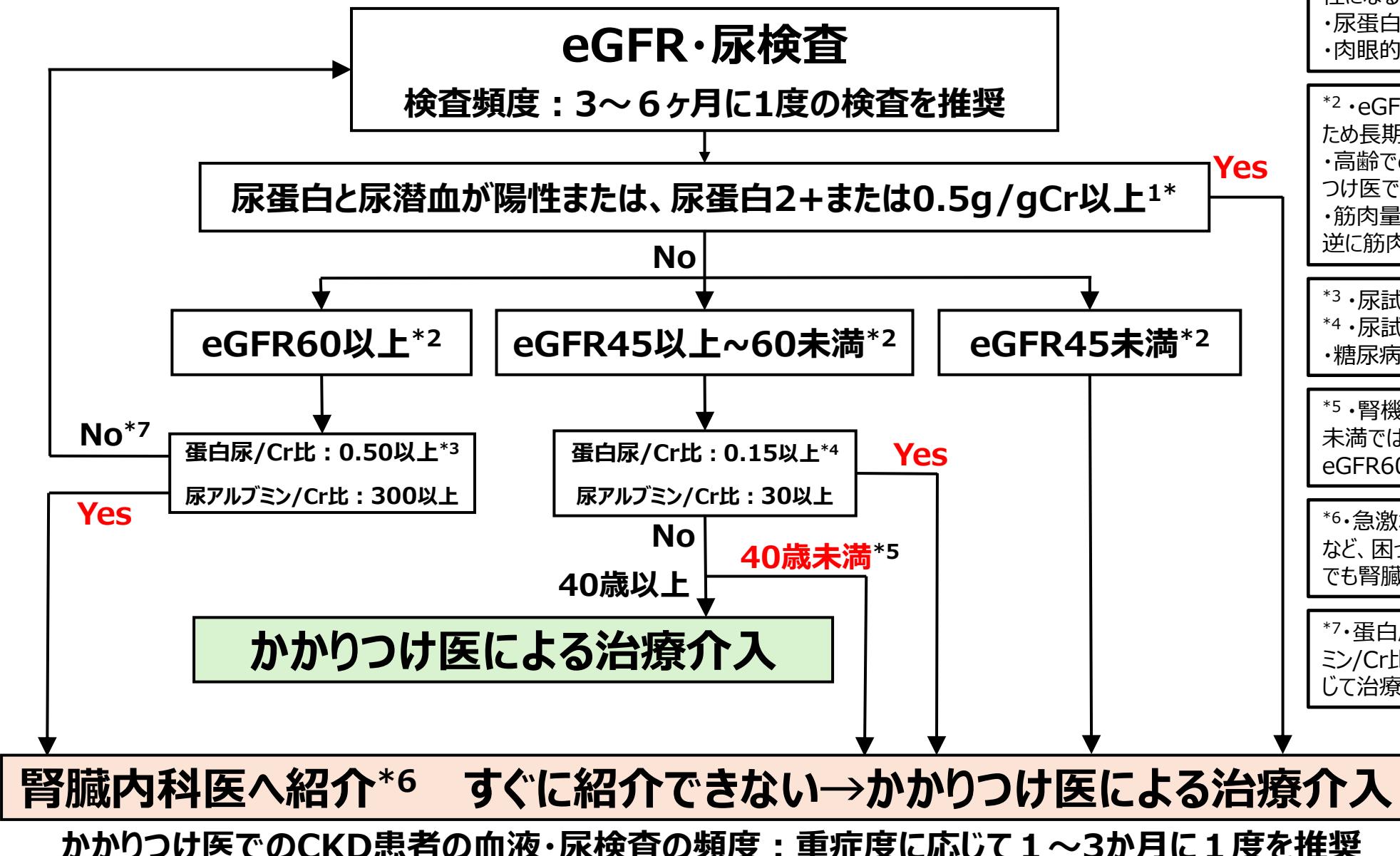
目標

- * 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
- * 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



◀県医師会のHPからもご確認できます。

かかりつけ医による慢性腎臓病の診断・治療 ～腎臓内科専門医との連携基準～



*1・IgA腎症などの糸球体腎炎を見逃さない。
・尿路感染により尿蛋白と尿潜血がともに陽性になる場合があるため注意。
・尿蛋白はg/gCrによる定量評価が望ましい。
・肉眼的血尿では泌尿器科医へ紹介も検討。

*2・eGFRは10%程度の生理的変動があるため長期の推移で評価すると良い。
・高齢でeGFRが長期安定していれば、かかりつけ医での治療を継続しても良い。
・筋肉量が少ない場合はeGFRは過大評価、逆に筋肉量が多い場合はeGFRは過小評価。

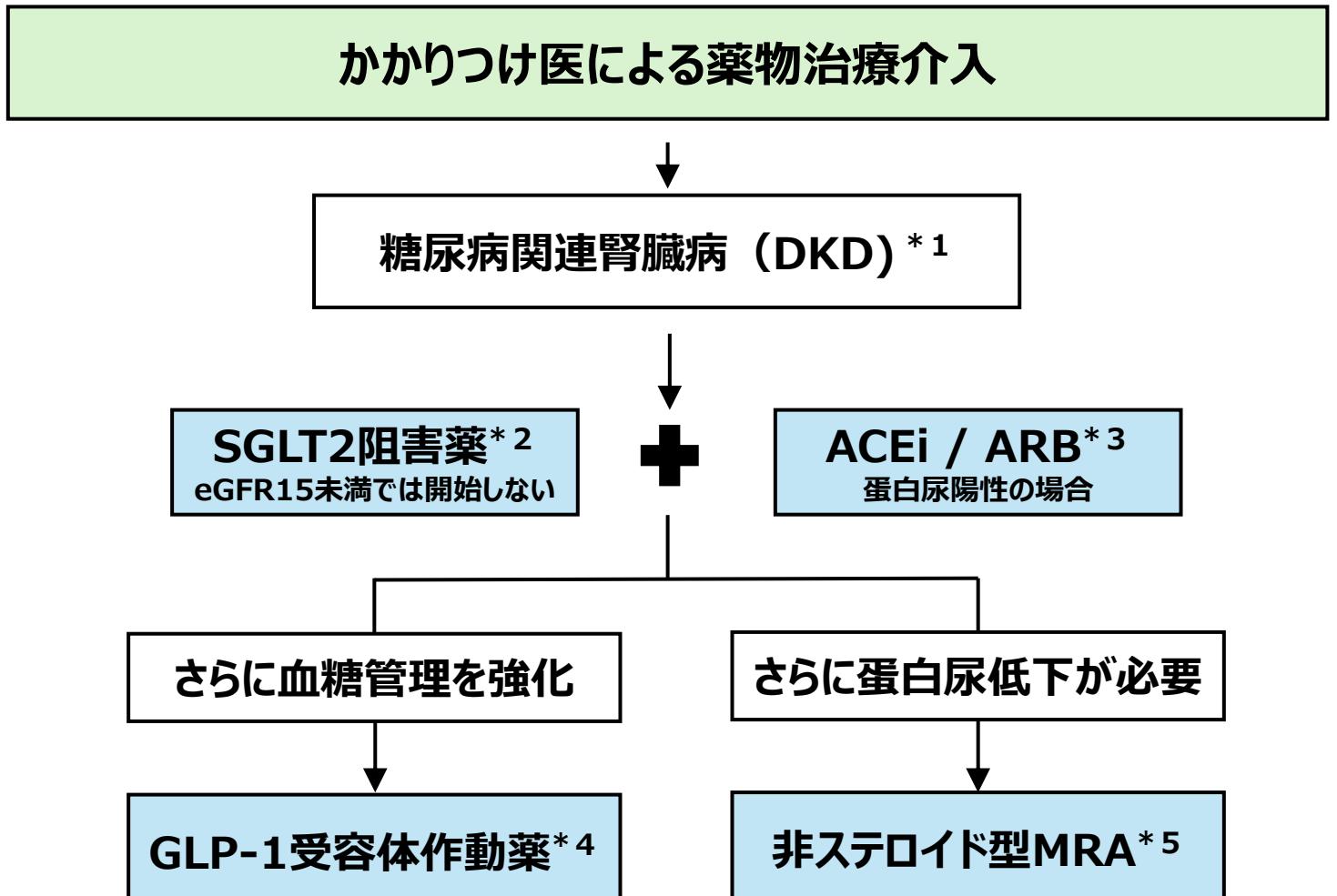
*3・尿試験紙ではおおむね1+以上に相当。
*4・尿試験紙ではおおむね±以上に相当。
・糖尿病患者は必ずアルブミン尿を評価する。

*5・腎機能は一般に改善しないため、40歳未満では将来の透析導入リスクを考え、eGFR60未満で腎臓内科専門医に紹介。

*6・急激な腎機能低下、著しい電解質異常など、困った時は、本連携基準に依らず、いつでも腎臓内科医に紹介して良い。

*7・蛋白尿/Cr比（0.15～0.49）尿アルブミン/Cr比（30～299）の場合は必要に応じて治療開始

かかりつけ医によるDKD治療フローチャート



DKD・CKDにおいては、単回の判断でなく、一定期間のeGFR、尿蛋白/Cr比、尿アルブミン/Cr比を観察し、患者の全身状態を把握し、薬物療法に踏み切る

*1・糖尿病関連腎臓病（DKD）とは典型的な糖尿病性腎症に加え、顕性アルブミン尿を伴わないままGFRが低下する非典型的な糖尿病関連腎疾患を含む疾患概念。診断基準はGFR60未満かつ／またはACR30mg/gCr(微量アルブミン尿)以上。微量アルブミン尿は3回中2回以上陽性で診断。

*2・脱水症に注意、シックデイには休薬
・尿路・性器感染に注意、特に女性。
・サルコペニア、フレイルに注意、特に高齢者。
・開始後はeGFR15未満となっても透析導入までは継続可能。

*3・高K血症（K5.5mEq/L以上）に注意。
・脱水症に伴い、著しい血圧低下リスクあり。
・開始後にGFRが30%以上低下→専門医へ相談。

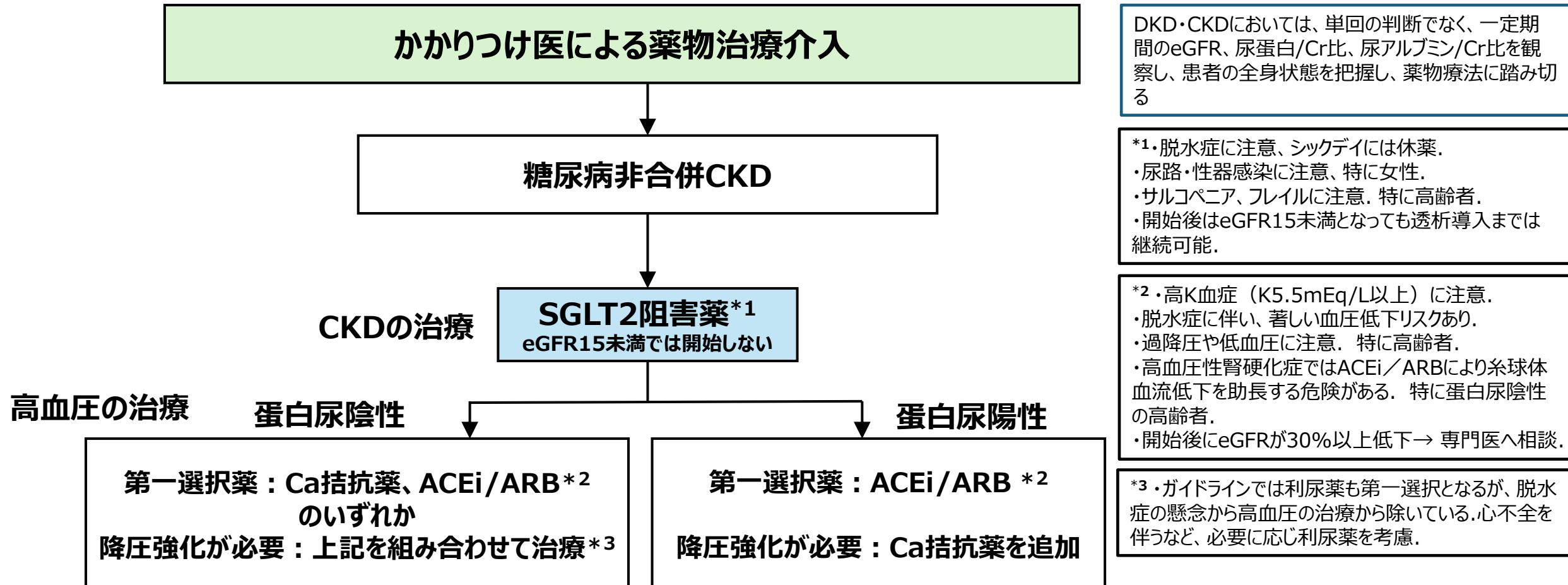
*4・eGFR15未満や透析でも投与可能。
・皮下注と内服薬がある。
・食思不振、痩せすぎに注意。
・高額になるため注意し、他の血糖降下薬も考慮。

*5・高K血症に注意、特にRA系阻害薬（ACEi/ARB）との併用時。
・eGFR60未満では10mg/日から投与開始する。
・eGFR15未満では投与しない。

※血清カリウム5.5mEq/L以上の場合

- ①：果物を控えるなどのK摂取制限を指導し、承認されたカリウム吸着薬（硬便・便秘に注意）の使用を検討する。
- ②：K> 6.5mEq/L、または上記①の治療が有効でない場合はACEi/ARBやMRAの減量又は中止を検討する。

かかりつけ医によるCKD治療フローチャート



※血清カリウム5.5mEq/L以上の場合

- ①：果物を控えるなどのK摂取制限を指導し、承認されたカリウム吸着薬（硬便・便秘に注意）の使用を検討する。
- ②：K> 6.5mEq/L、または上記①の治療が有効でない場合はACEi/ARBやMRAの減量又は中止を検討する。