

# 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。

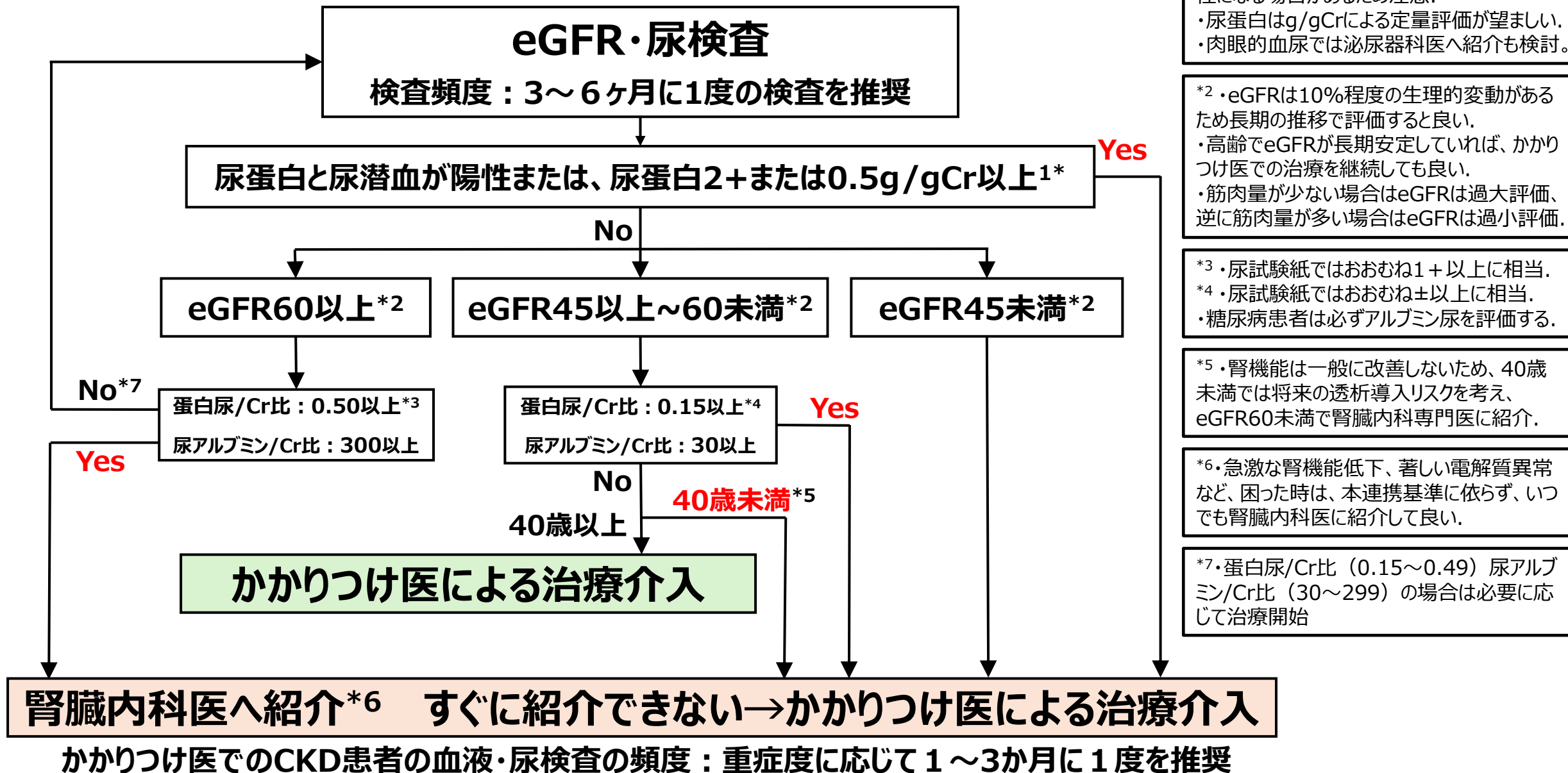
## 目標

- \* 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からご確認ください。

# 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～



# かかりつけ医によるDKD治療フローチャート

## かかりつけ医による薬物治療介入

糖尿病関連腎臓病 (DKD) \*1

SGLT2阻害薬\*2

eGFR15未満では開始しない

ACEi / ARB\*3

蛋白尿陽性の場合

さらに血糖管理を強化

GLP-1受容体作動薬\*4

さらに蛋白尿低下が必要

非ステロイド型MRA\*5

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

## かかりつけ医による薬物治療介入

糖尿病非合併CKD

CKDの治療

**SGLT2阻害薬<sup>\*1</sup>**

eGFR15未満では開始しない

高血圧の治療

蛋白尿陰性

蛋白尿陽性

第一選択薬：Ca拮抗薬、ACEi/ARB<sup>\*2</sup>  
のいずれか

降圧強化が必要：上記を組み合わせて治療<sup>\*3</sup>

第一選択薬：ACEi/ARB<sup>\*2</sup>

降圧強化が必要：Ca拮抗薬を追加

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

<sup>\*1</sup>・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。

<sup>\*2</sup>・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。  
・過降圧や低血圧に注意、特に高齢者。  
・高血圧性腎硬化症ではACEi/ARBにより糸球体血流低下を助長する危険がある。特に蛋白尿陰性の高齢者。  
・開始後にeGFRが30%以上低下→専門医へ相談。

<sup>\*3</sup>・ガイドラインでは利尿薬も第一選択となるが、脱水症の懸念から高血圧の治療から除いている。心不全を伴うなど、必要に応じ利尿薬を考慮。

### ※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。