

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: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

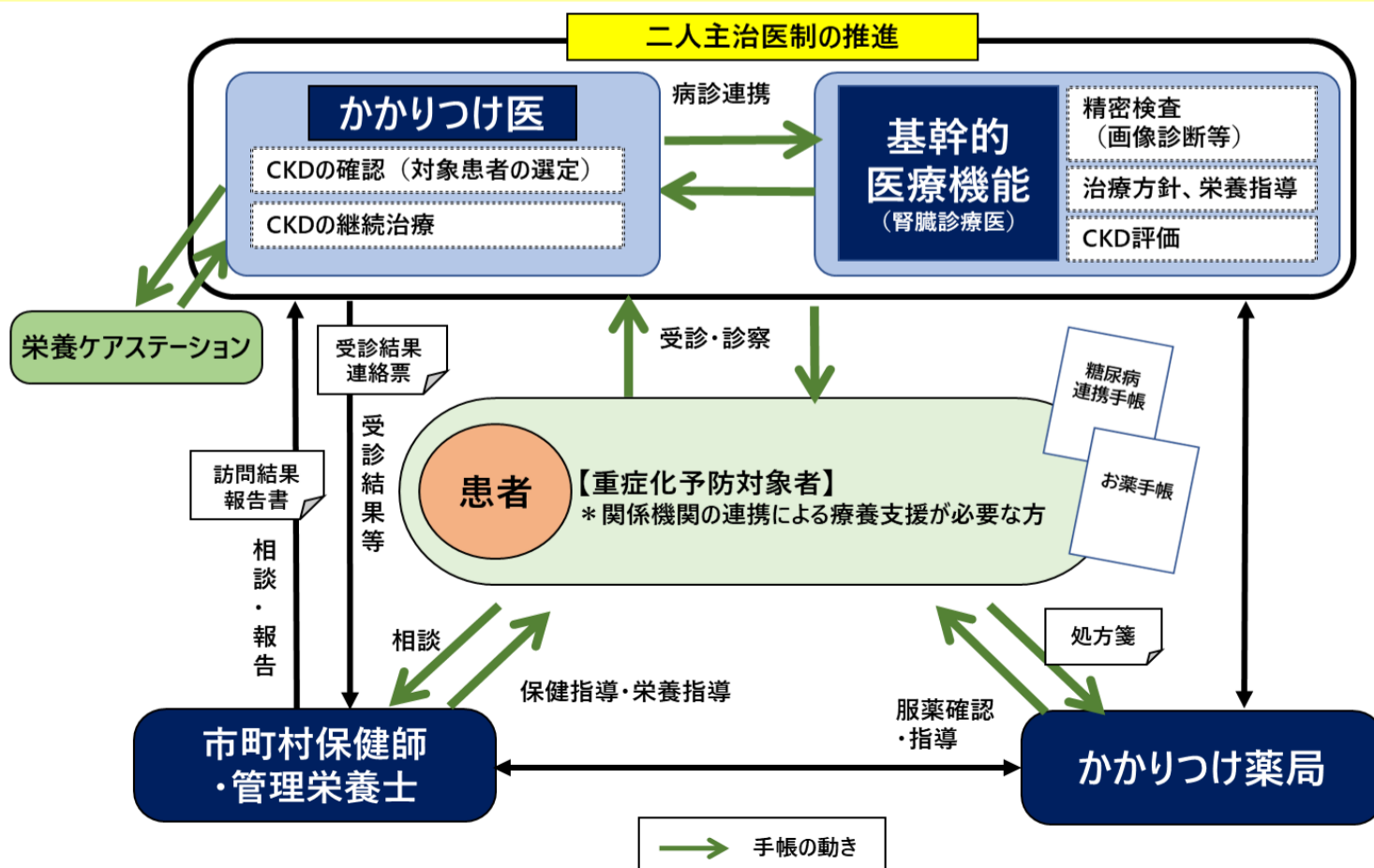
【初診紹介】

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

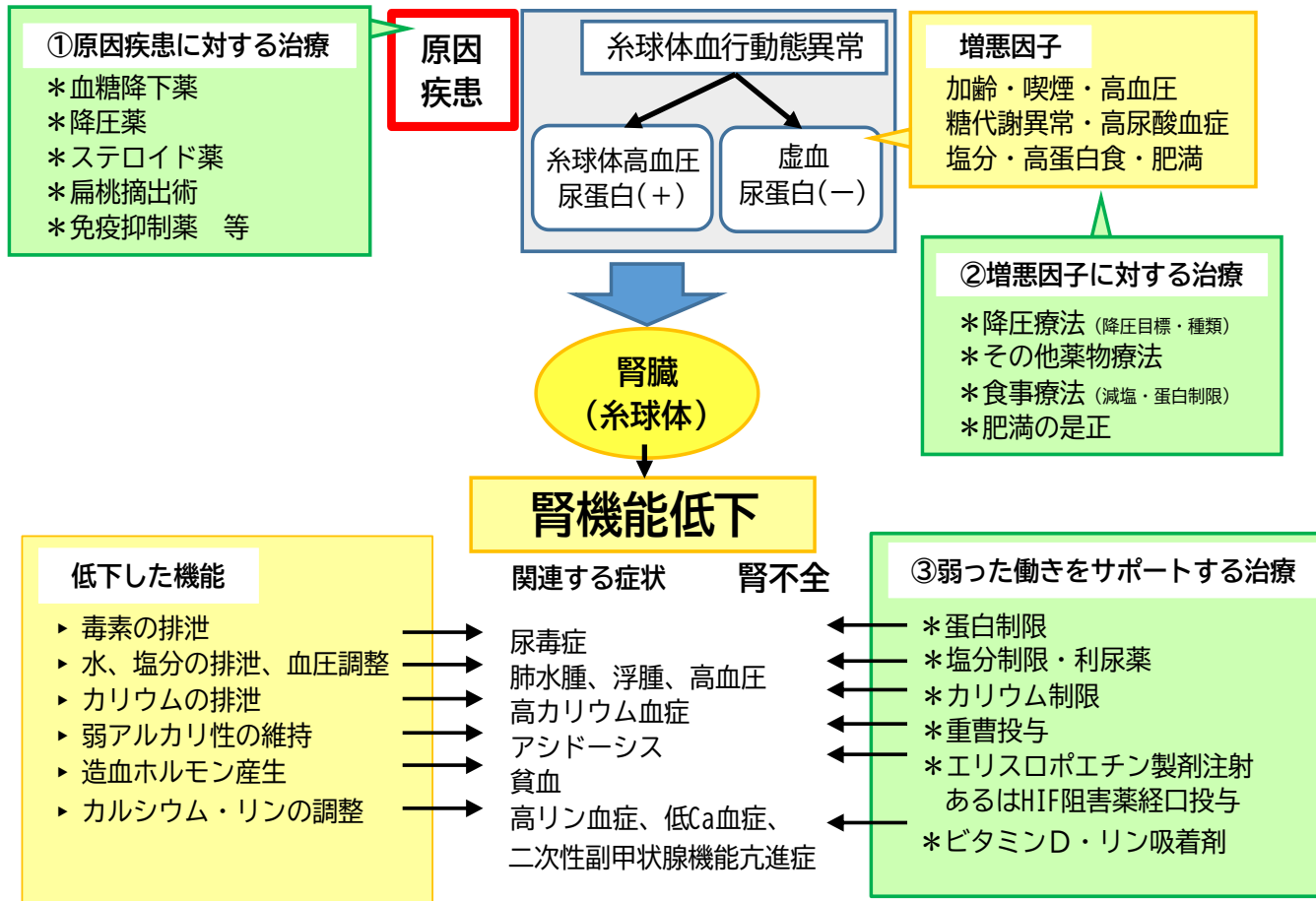
【再診時】

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



【参考引用】琉球大学大学院医学研究科 古波蔵健太郎先生作成(一部改変)

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	
		ハイリスク群 (G1A1)	G1A2	G2A2	G3aA1	G3bA1	G4A1		G5A1	G3aA2	G3bA2	G4A2
ハイリスク群 (G1A2)	G1A3	G2A3	G3aA3	G3bA3	G4A3	G5A3						
生活習慣の管理	体重・たばこ	BMI25未満・禁煙										
	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							蛋白制限時のI補 ⁺ -必要量は健康人と同程度 (25-35kcal/kg体重/日)
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以外は禁忌					薬物による横紋筋融解症への注意
CKD進展管理	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		
	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				
		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				
	カリウム	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
	尿酸					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		
	尿毒素					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		
薬剤	腎排泄性薬剤の投与量・間隔の調整											