

## 1 CKD 診断と意義

# 5. CKD 患者をかかりつけ医，専門医に紹介するタイミング

### 検診施設 → かかりつけ医への受診勧奨

- 尿蛋白 1+ 以上を医療機関への受診勧奨基準とする。尿蛋白（±）が 2 年連続みられた場合もかかりつけ医への受診を勧奨する。
- eGFR 45 mL/分/1.73 m<sup>2</sup> 未満（CKD ステージ G3b 以降）の場合、かかりつけ医への受診を推奨する。
- 40 歳未満では、eGFR 60 mL/分/1.73 m<sup>2</sup> 未満（CKD ステージ G3a）をかかりつけ医への受診推奨基準とする。

### かかりつけ医 → 腎臓専門医・地域の専門医療機関への紹介

- CKD ステージ G1, G2（eGFR 60 mL/分/1.73 m<sup>2</sup> 以上）：血尿を伴う場合は CKD A2, A3 で、血尿を伴わない場合は CKD A3 で腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- CKD ステージ G3a（eGFR 45～59 mL/分/1.73 m<sup>2</sup>）：40 歳以上の場合は CKD A2, A3 で、40 歳未満の場合は蛋白尿区分にかかわらず腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- CKD ステージ G3b～G5（eGFR 45 mL/分/1.73 m<sup>2</sup> 未満）：蛋白尿区分にかかわらず腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- 3 カ月以内に 30% 以上の腎機能の悪化を認める場合は、速やかに腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- 蛋白尿と血尿を両方認める CKD 患者は腎臓専門医もしくは地域の専門医療機関に紹介する。
- かかりつけ医が腎臓専門医・専門医療機関に紹介が必要と思われる場合は、これらの紹介基準にとらわれずに腎臓専門医・専門医療機関に紹介することは極めて重要である。

※この紹介基準は全国統一的なものではない。この紹介基準をめやすに各地域の実情にあわせて専門医療機関への紹介基準を地域ごとに作成することが望ましい。

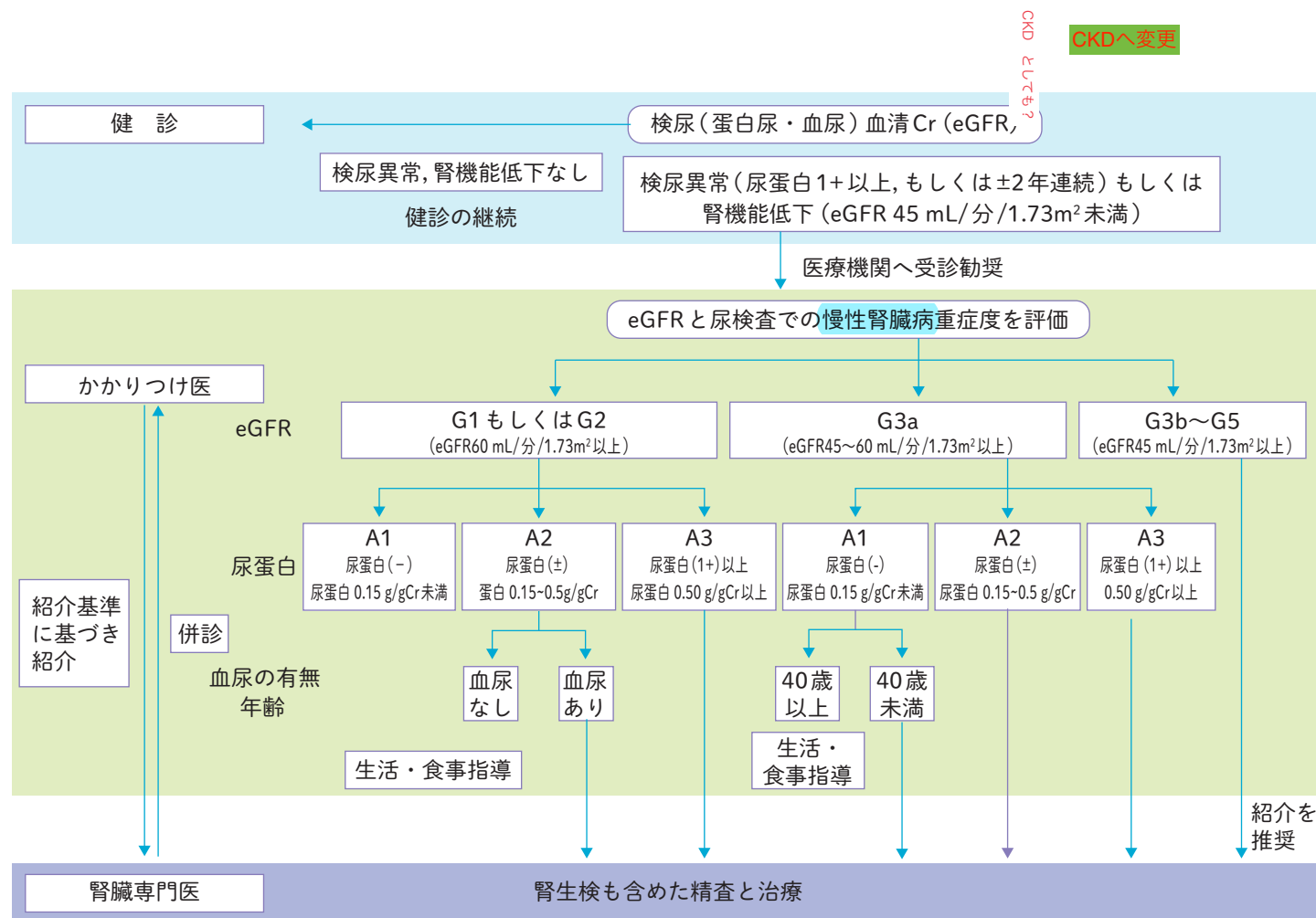
見出しのご教示をお願い致します

## I.

- ・ CKD ステージ G1～G3b は、基本的にはかかりつけ医で治療を続ける。
- ・ 健診で行われた検尿によって異常が認められた場合、速やかにかかりつけ医への受診勧奨を行う。蛋白尿は腎機能障害の誘因となるため、~~検尿異常者が放置されることがあってはならない。~~
- ・ わが国で用いられている試験紙は、尿蛋白 1+ で 30 mg/dL、尿蛋白 2+ で 100 mg/dL に統一されている。かかりつけ医では、検尿の再検に

て尿蛋白陽性の場合、随時尿で尿蛋白/尿 Cr 比（PCR）を算出し評価することが望ましい。

- ・ 尿蛋白（-）の約 10% に微量アルブミン尿が認められるため、糖尿病関連腎臓病（DKD）の早期評価のためには尿中アルブミン/尿 Cr 比（ACR）を算出し評価する。
- ・ 尿蛋白（±）の約 60% が微量アルブミン尿（A2）相当以上の蛋白尿であった検証結果もあるため、~~2 年連続尿蛋白（±）場合にはかかりつけ医または専門科への受診勧奨を行う。かかりつけ医で尿蛋白定量が困難な場合は、尿蛋白~~



3 ヶ月以内に 30% 以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに腎臓専門医・専門医療機関に紹介

## 図 CKD 患者の専門医との連携体制案

※この紹介基準は全国統一的なものではない。この紹介基準をめやすに各地域の実情にあわせて専門医療機関への紹介基準を地域ごとに作成することが望ましい

表 かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)		正常	微量 アルブミン尿	顕性 アルブミン尿
				30 未満	30～299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
				0.15 未満	0.15～0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/ 1.73 m <sup>2</sup> )	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活 指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		血尿+なら紹介, 蛋白尿のみならば生活 指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40 歳未満は紹介, 40 歳以上は生活指導・ 診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3 カ月以内に 30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。上記基準ならびに地域の状況などを考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診などの受診形態を検討する。

トル RRTのみに

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査
- 2) 進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など）
- 3) 保存期腎不全の管理、**腎代替療法（RRT）**の導入

原疾患に糖尿病（DM）がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に DM がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
  - ①DM 治療方針の決定に専門的知識（3 カ月以上の治療でも HbA1c の目標値に達しない、薬剤選択、食事運法指導など）を要する場合
  - ②DM 合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・体重などの難治例）である場合
  - ③上記 DM 合併症を発症している場合

白（±）を A2、尿蛋白（+）以上を A3 相当として扱ってもよい。

- ・かかりつけ医に通院する CKD 患者は、診療支援や腎臓専門医がかかわることで eGFR 低下速度、CVD 発症が軽減する可能性があるため、積極的な病診連携が必要である。



RA 系阻害薬や SGLT2 阻害薬などの薬物療法開始初期に eGFR は低下することが知られているため、その eGFR 低下が 3 カ月以内に 30%以上であった場合にも腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。

