

かかりつけ医のための慢性腎臓病（CKD）診療指針

地域における慢性腎不全の病診連携を推進するため、まずはかかりつけ医や開業医の先生方にプライマリケアとしての一般的な検査とリスク管理、治療介入をお願いしています。

以下は一般的な慢性腎不全への対応ですので、個別の症例に応じて判断をお願いします。
状況に応じて必要があれば専門医へご紹介ください。

1 検査 ※初診時や過去2年以内のデータがない場合は3ヶ月以内に再検する

- ・採血 : TP, Alb, eGFR(Cre), BUN, Na, K, Cl, Ca, P など
 - ・尿検査 : 試験紙法、尿沈査、尿蛋白定量/尿クレアチニン比 など
 - ・画像検査 : 腹部エコー、CT など注1（腎萎縮、水腎症、腎嚢胞などの評価）
- 注1) 両側多発腎嚢胞＋透析などの家族歴があれば、ADPKDの疑いとしてご紹介ください

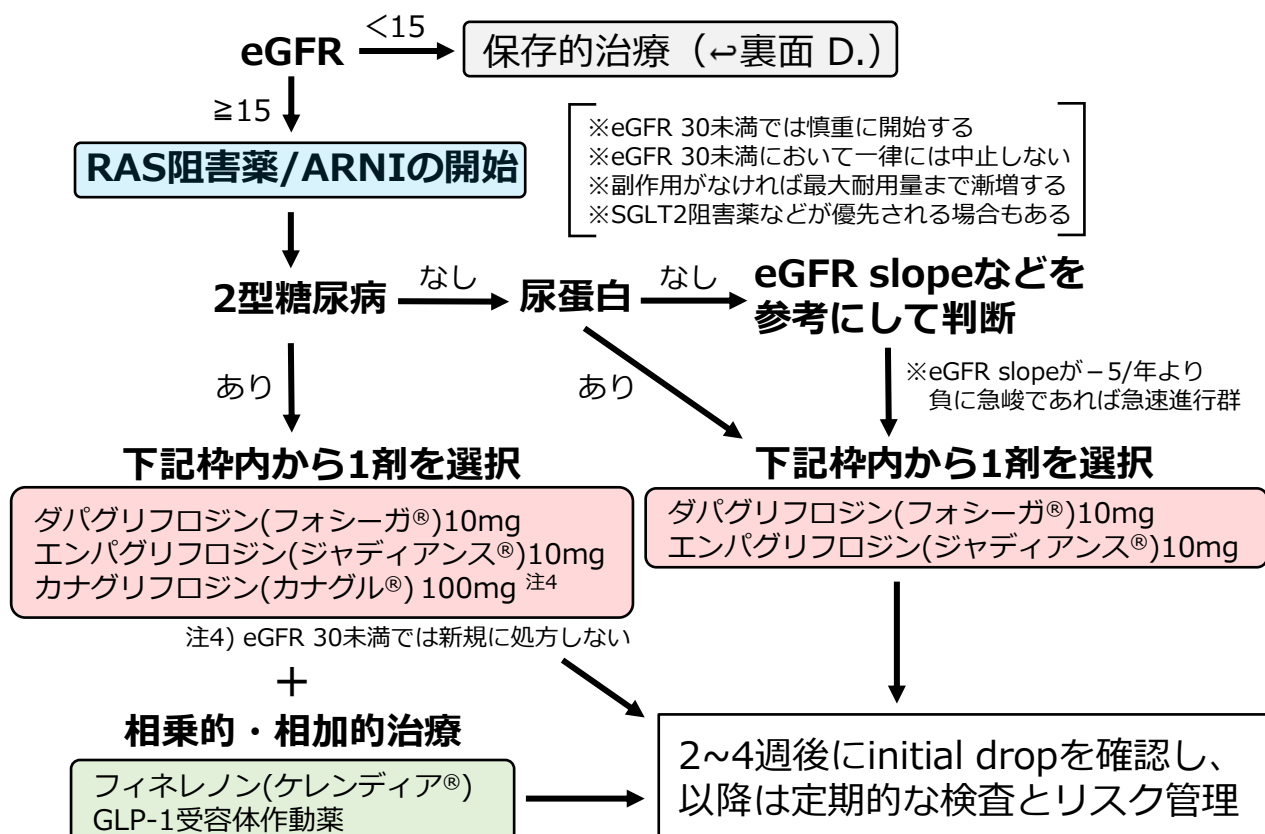
2 CKDのリスク管理 ※治療介入と並行して行う

- ☐ 血圧（⇨裏面 B.血圧管理 参照）
 - ☐ 血糖
 - ☐ 脂質 注2
 - ☐ 尿酸 注3
 - ☐ 体重管理
 - ☐ 禁煙
 - ☐ 脱水予防
 - ☐ 内服の見直し：NSAIDs、利尿薬、ビタミンD製剤など
 - ☐ Sick day（体調不良、摂食不良時）の休薬：RAS阻害薬、SGLT2阻害薬
- 注2) 一部のフィブラート系薬は腎機能低下例で禁忌の基準あり
注3) アロプリノールは腎機能に応じて減量の基準あり

3 治療介入

A. 腎負荷軽減のための治療

※各薬剤の使用にあたっては最新の電子添文をご確認ください。



青森市CKD病診連携システム

B. 血圧管理（診察室血圧）

		75歳未満	75歳以上
糖尿病(-)	蛋白尿(-)	☐ 140/90mmHg未満	☐ 150/90mmHg未満 ※低血圧症状がなければ 140/90mmHg未満
	蛋白尿(+)	☐ 130/80mmHg未満	
糖尿病(+)			
高血圧管理・治療ガイドライン2025		☐ 130/80mmHg未満	

- ・尿蛋白(+): 尿蛋白/尿Cre比0.15 g / g Creあるいは尿Alb/尿Cre比 30mg/ g Cre以上
- ・いずれの場合も、降圧強化に伴う低血圧やめまいなどに注意して適切な血圧管理を行う

C. 栄養指導

CKD ステージ	GFR	塩分	エネルギー (kcal/kgBW/日)	タンパク質 (g/kgBW/日)	カリウム
☐ G1	≥90	6g未満	25～35	過剰な摂取 をしない	制限なし
☐ G2	60～89			0.8～1.0	
☐ G3a	45～59			0.6～0.8	2g/日以下
☐ G3b	30～44				1.5g/日以下
☐ G4	15～29				
☐ G5	<15				

- ・体重は基本的に標準体重（BMI 22）を用いる
- ・合併する疾患（糖尿病や肥満など）に応じてガイドラインなどを参照して調整する
- ・サルコペニアの場合、タンパク制限を緩和（0.8~1.3g/kgBW/日）することがある

D. 保存的治療

☐ 腎性貧血 ①Hb 10g/dLを下限として治療開始 ○ HIF-PH阻害薬 ○ エリスロポエチン製剤 ※血栓リスクや併用注意薬などで使い分ける ②治療目標に合わせて調整する Hb(g/dL) 10 11 12 13 下回らない ← 治療目標 → 10g/dL以上 13g/dL未満 減量 休薬 ※背景因子や病態に応じて判断する ③定期的に鉄動態を確認し鉄を補充する 【鉄補充の目安】 ・フェリチン<100ng/dL ・TSAT (=Fe/TIBC×100) <20%	☐ カリウム管理 （目標カリウム値 4.0~5.5mEq/L） ○ 栄養指導 ○ イオン交換樹脂 ※便秘に注意する ○ 陽イオン交換化合物
☐ 球形吸着炭 eGFR 20以上では考慮してもよい	☐ 骨ミネラルバランス管理 ・低カルシウム血症 ○ ビタミンD製剤 ・高リン血症 ○ 栄養指導 ○ Ca非含有リン吸着薬 ☐ アシドーシス対策 HCO ₃ ⁻ 22mmol/L未満で開始 ○ 炭酸水素ナトリウム ※ナトリウム負荷に注意する