

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にてプライマリケアとしての一般的なリスク管理や治療介入をお願いします。
 なお、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

※初診や過去2年以内のデータが無い場合は3か月以内に再検する

- ・採血（TP, Alb, Cre, eGFR, 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 注1（腹部エコー、CT など）…腎萎縮、水腎症、腎嚢胞などの評価
 注1) 両側多発腎嚢胞あり透析の家族歴があれば、ADPKDの疑いとしてご紹介ください

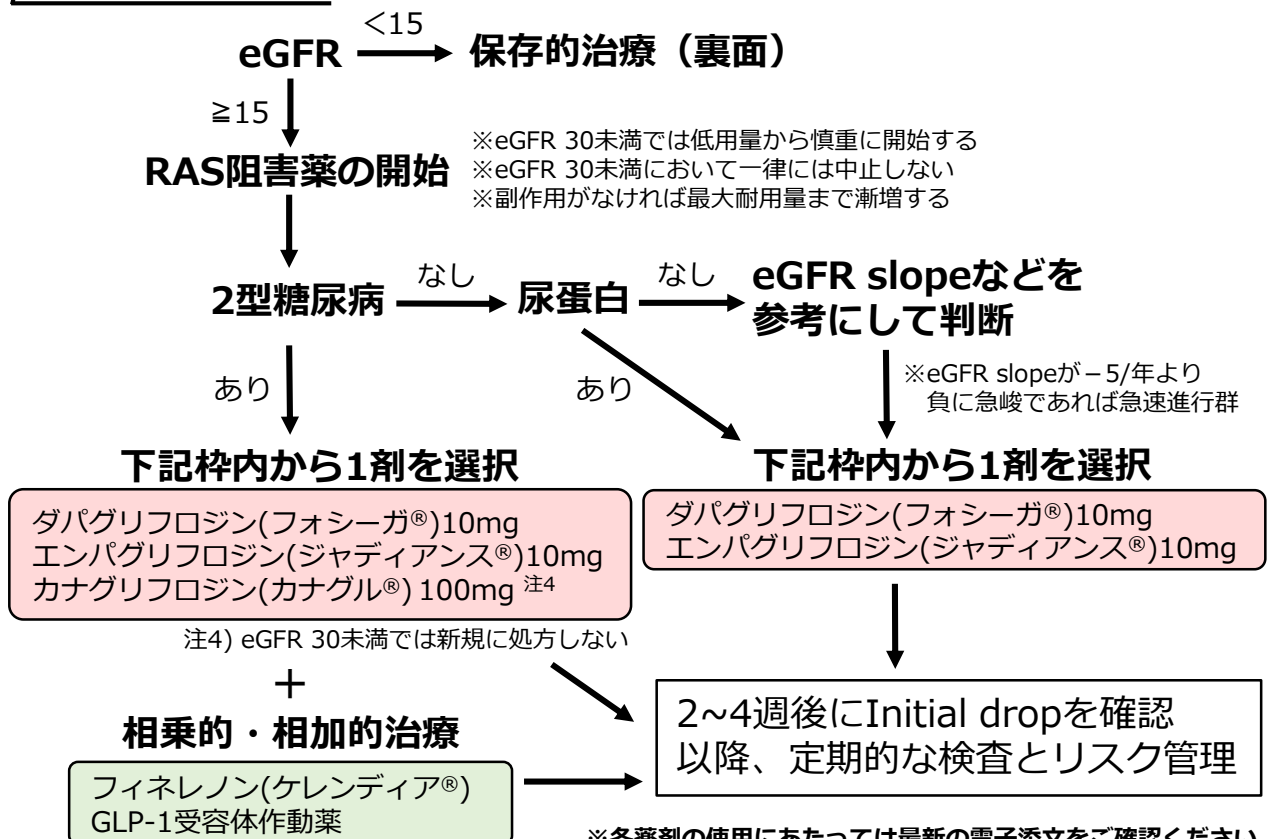
2 CKDのリスク管理

※治療介入と並行してよい

- 血圧（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) 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. 腎保護的治療



※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。

B. 血圧管理（診察室血圧）

		75歳未満	75歳以上
糖尿病(-)	蛋白尿(-)	<input type="checkbox"/> 140/90mmHg未満	<input type="checkbox"/> 150/90mmHg未満 ※低血圧症状がなければ 140/90mmHg未満
糖尿病(+)	蛋白尿(+)	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> G1	≥90	6g未満	25~35	過剰な摂取 をしない	制限なし
<input type="checkbox"/> G2	60~89			0.8~1.0	
<input type="checkbox"/> G3a	45~59			0.6~0.8	2g/日以下
<input type="checkbox"/> G3b	30~44				
<input type="checkbox"/> G4	15~29				
<input type="checkbox"/> G5	<15			1.5g/日以下	

- ・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
- ・高齢者やフレイル、サルコペニアの場合は、タンパク制限を緩和することもある

D. 保存的治療

腎性貧血

① Hb 10g/dLを下限として治療開始

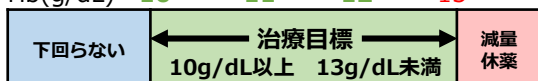
▽HIF-PH阻害薬

▽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



※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

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

HCO₃⁻ 22mmol/L未満で開始

▽炭酸水素ナトリウム

※ナトリウム負荷による浮腫に注意する

▽球形吸着炭

eGFR 20以上では考慮してもよい