2026年12月 改訂版

青森市CKD病診連携システム

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検査とリスク管理、治療介入をお願いしています。
指針は一般的な慢性腎不全を前提としているため、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　※初診時または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 3B.血圧管理 参照)　☐ **血糖**　☐ **脂質** 注2　☐ **尿酸** 注3
☐ **心血管疾患の評価と管理**　☐ **禁煙**　☐ **減塩**　☐ **体重管理**
☐ **薬剤の見直し**：NSAIDs, 利尿薬, ビタミンD製剤(高Ca) など　☐ **脱水予防**
☐ **Sick dayの休薬**（体調不良、摂食不良時）：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

eGFR <15 → 保存的治療（↩裏面 3D.）

eGFR ≧15 → 血圧管理を優先する場合

CKDに適応があるSGLT2阻害薬
・CKDの定常状態において導入する
＝急性腎不全での導入は避ける

＋ 併用

RAS阻害薬/ARNI
・eGFR 30未満や75歳以上では少量から開始する
・eGFR 30未満において一律には中止しない
・副作用がなければ最大耐量まで漸増する

2型糖尿病 → なし → **尿蛋白** → なし → **ベネフィット※を勘案し判断**

2型糖尿病 → あり → **枠内1剤を選択**

尿蛋白 → あり

※eGFR slopeが－5/年より負に急峻＝急速進行群
※心血管疾患のリスクなど

枠内1剤を選択
ダパグリフロジン(フォシーガ®)10mg
エンパグリフロジン(ジャディアンス®)10mg
カナグリフロジン(カナグル®) 100mg 注4

ダパグリフロジン(フォシーガ®)10mg
エンパグリフロジン(ジャディアンス®)10mg

注4) eGFR 30未満では新規に処方しない

＋

相乗的・相加的治療
フィネレノン(ケレンディア®)
GLP-1受容体作動薬

・各治療導入後2~4週で**initial drop**を確認し、以降は定期的な検査とリスク管理を継続する
・心血管疾患の評価と管理も行う

青森県立中央病院 腎臓内科

青森市CKD病診連携システム

B. 血圧管理（診察室血圧）

尿蛋白	糖尿病	降圧目標	第一選択薬
陰性：A1	なし	□ 130/80mmHg未満 (中間目標 140/90mmHg未満)	RAS阻害薬 Ca拮抗薬 利尿薬 から選択
	あり	□ 130/80mmHg未満	
陽性：A2, A3			RAS阻害薬

・尿蛋白A1(正常・0.15g/gCr未満), A2(微量Alb尿・0.15～0.49g/gCr), A3(顕性Alb尿・0.5g/gCr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

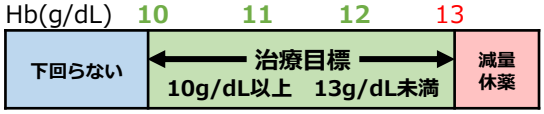
C. 栄養管理

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				
□ G3a	45～59			0.8～1.0	
□ G3b	30～44			0.6～0.8	2g/日以下
□ G4	15～29				1.5g/日以下
□ G5	＜15				

・体重は原則として標準体重（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



※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%

□ **球形吸着炭**
eGFR 20以上では考慮してもよい

□ **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
○ **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Ca血症に注意
・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

青森県立中央病院 腎臓内科