

診療水準の向上

かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分			A1	A2	A3
糖尿病		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 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 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 /1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90			*1	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89			*1	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	50～59	40歳未満は紹介*2	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	40～49	40～69歳も紹介*2	紹介	紹介
				30～39	70歳以上も紹介*2	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29		紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15		紹介	紹介	紹介

3ヵ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

*1: 血尿と蛋白尿の同時陽性の場合には紹介

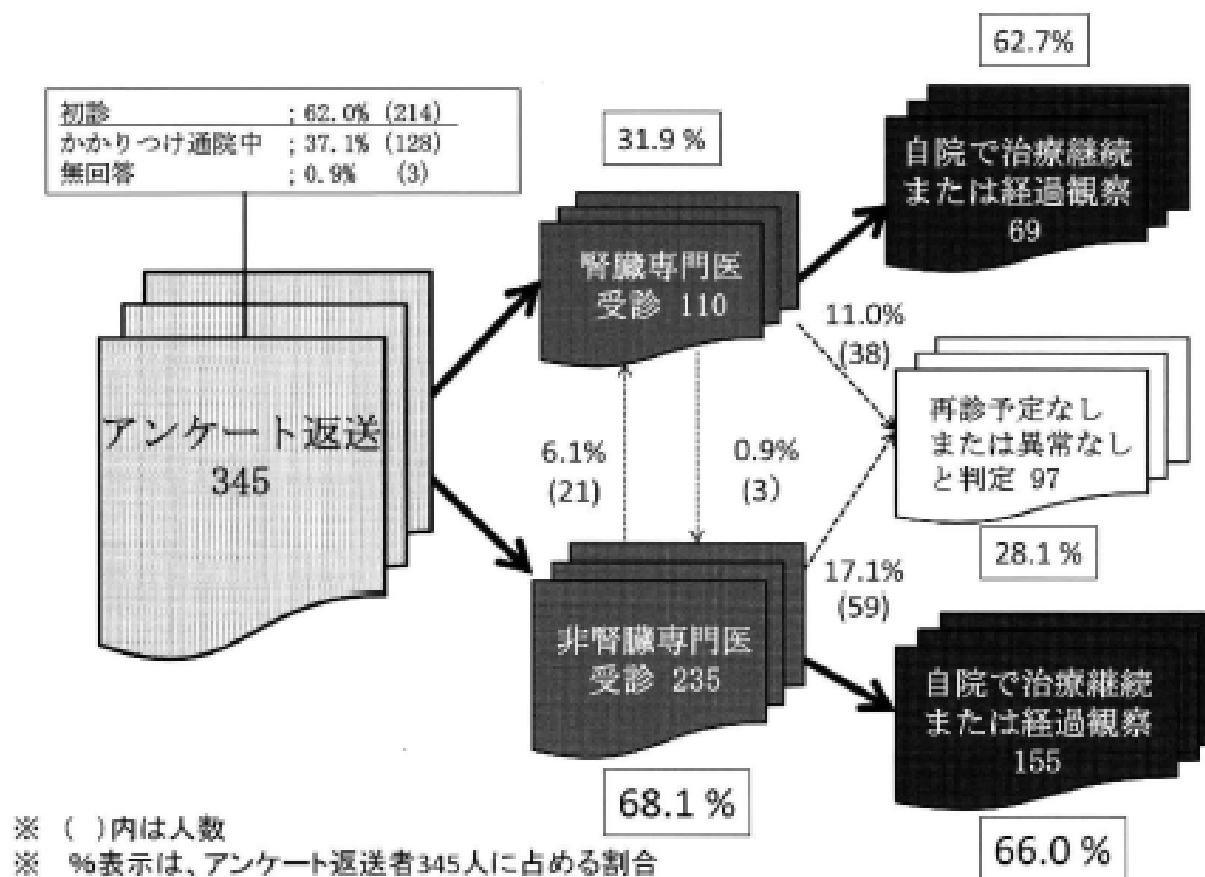
*2: 尿所見正常の場合、腎臓専門医への紹介は、安定した70歳以上の患者ではeGFR40mL/分/1.73m²としてもよい

(KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改変)

CKD診療ガイド2012 p.41 表17

かかりつけ医－専門医連携： 不十分な可能性

CKDハイリスク患者の受診勧奨後
アンケート調査結果



健診からかかりつけ医への紹介基準

尿蛋白に関するフィードバック文例集

※血清クレアチンを測定していない場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定		対応
異常 ↕ 正常	尿蛋白 陽性(+/2+/3+)	① すぐに医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	② 保健指導の対象とする。翌年の特定健診で 2年連続尿タンパク±の場合には、医療機関受診
	尿蛋白 陰性(-)	③ 今後も継続して健診受診を

尿蛋白及び血清クレアチンに関するフィードバック文例集

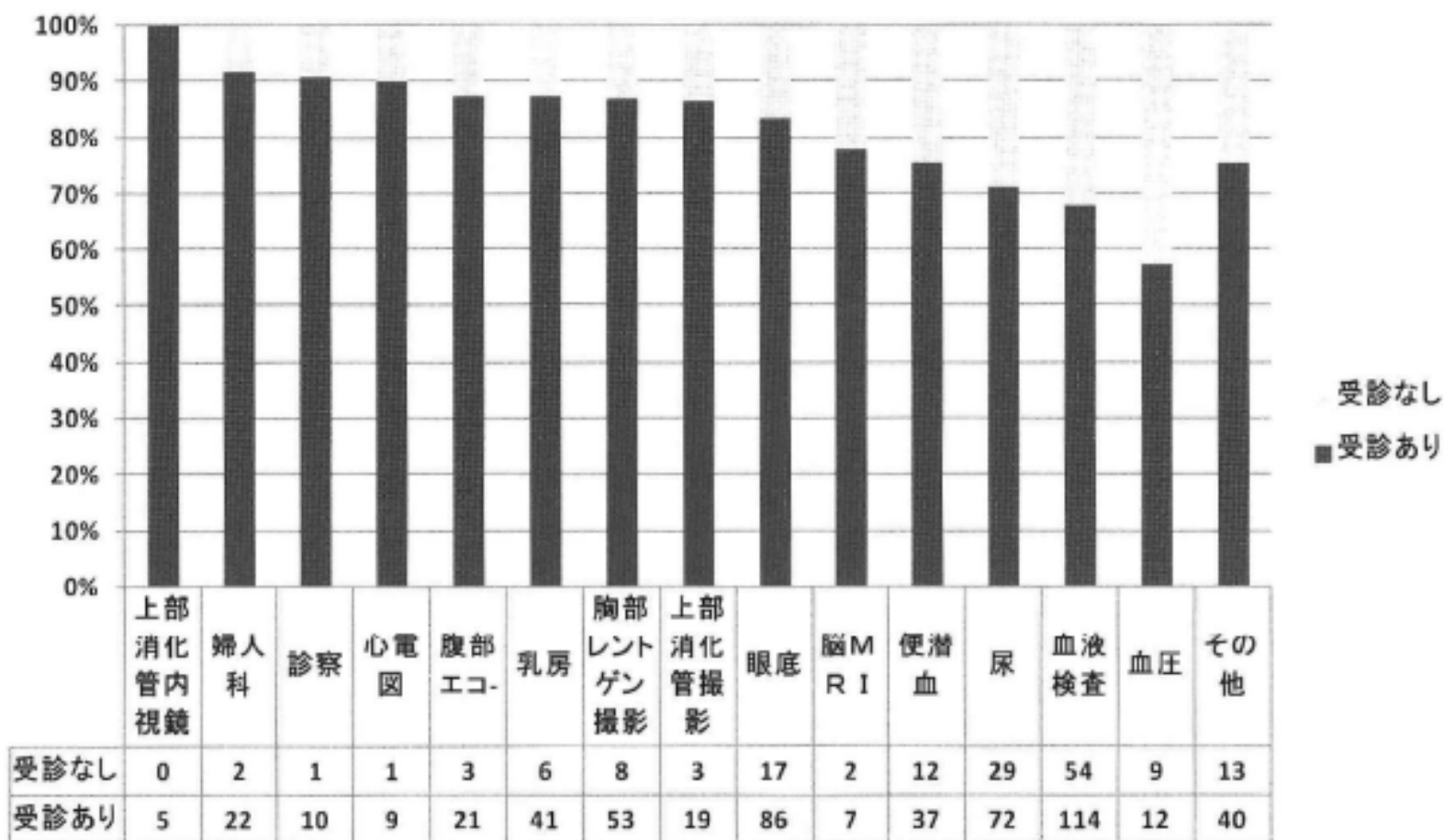
※血清クレアチンを測定している場合に使用してください。

【健診判定と対応の分類】

健診判定 (eGFR の単位: ml/min/1.73m ²)		尿蛋白 (-)	尿蛋白 (±)	尿蛋白 (+) 以上
異常 ↕ 正常	eGFR < 45	① すぐに医療機関の受診を		
	45 ≤ eGFR < 60	③ 保健指導の対象とする	② 保健指導の対象とする。翌年の特定健診で2年連続尿タンパク±の場合には、医療機関受診	
	60 ≤ eGFR	⑤ 今後も継続して健診受診を		

健診一かかりつけ医の連携： 検尿、血圧の受診率は低め

検査項目ごとの二次検査受診率



新しい糖尿病性腎症の分類（2014年改訂版）

糖尿病性腎症病期分類(改訂) 注1

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) 注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 注4
第4期 (腎不全期)	問わない 注5 蛋白尿(一)患者の診断を可能に	30未満 CKDステージG4に準拠
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

新しい糖尿病性腎症分類とCKD重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		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 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 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/ 1.73m ²)	G1	正常または 高値	≥90			
	G2	正常または 軽度低下	60~89			
	G3a	軽度~ 中等度低下	45~59			
	G3b	中等度~ 高度低下	30~44			
	G4	高度低下	15~29			
	G5	末期腎不全 (ESKD)	<15			

	アルブミン尿区分	A1	A2	A3
	尿アルブミン定量 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr) (尿蛋白定量) (尿蛋白/Cr比) (g/gCr)	正常アルブミン尿 30未満	微量アルブミン尿 30-299	顕性アルブミン尿 300以上 (もしくは高度蛋白尿) (0.50以上)
GFR区分 (mL/分 /1.73m ²)	≥90	第1期 (腎症前期)	第2期 (早期腎症期)	第3期 (顕性腎症期)
	60～89			
	45～59			
	30～44			
	15～29	第4期 (腎不全期)		
	<15 (透析療法中)			
	第5期 (透析療法期)			

CKD関連の診療ガイド・ガイドラインを整備



作成委員長 飯野靖彦



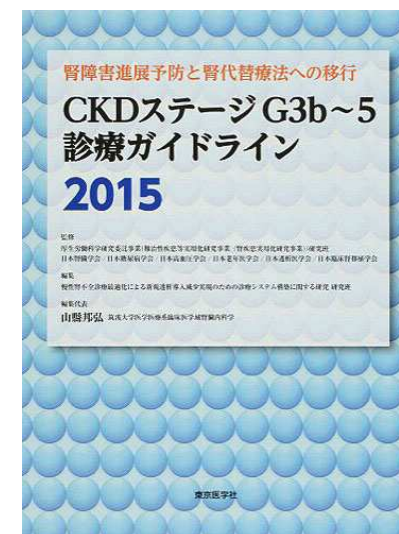
改訂委員長 今井圓裕



作成委員長 佐々木成

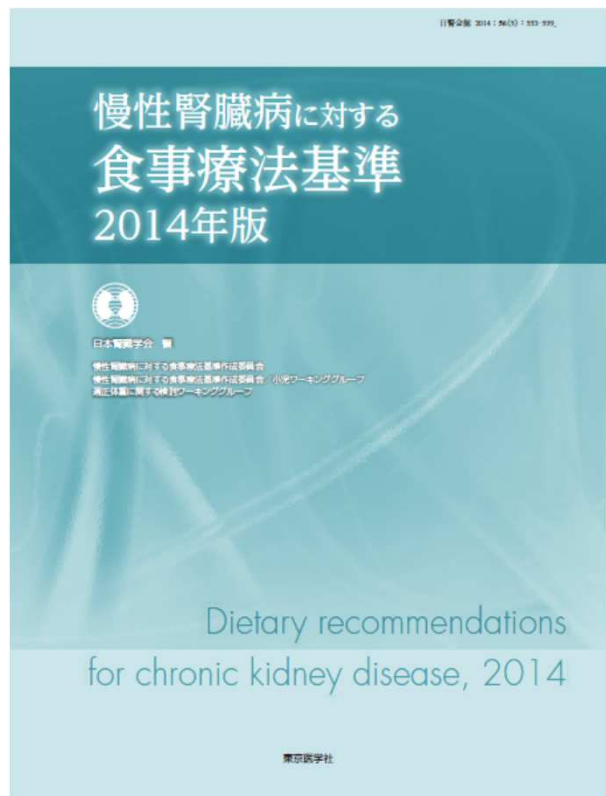


改訂委員長 木村健二郎



厚労科研山縣班
(AMED山縣班
により2017年に
増補版作成)

生活習慣・食事指導のための指針・マニュアル



(作成委員長 鈴木芳樹)

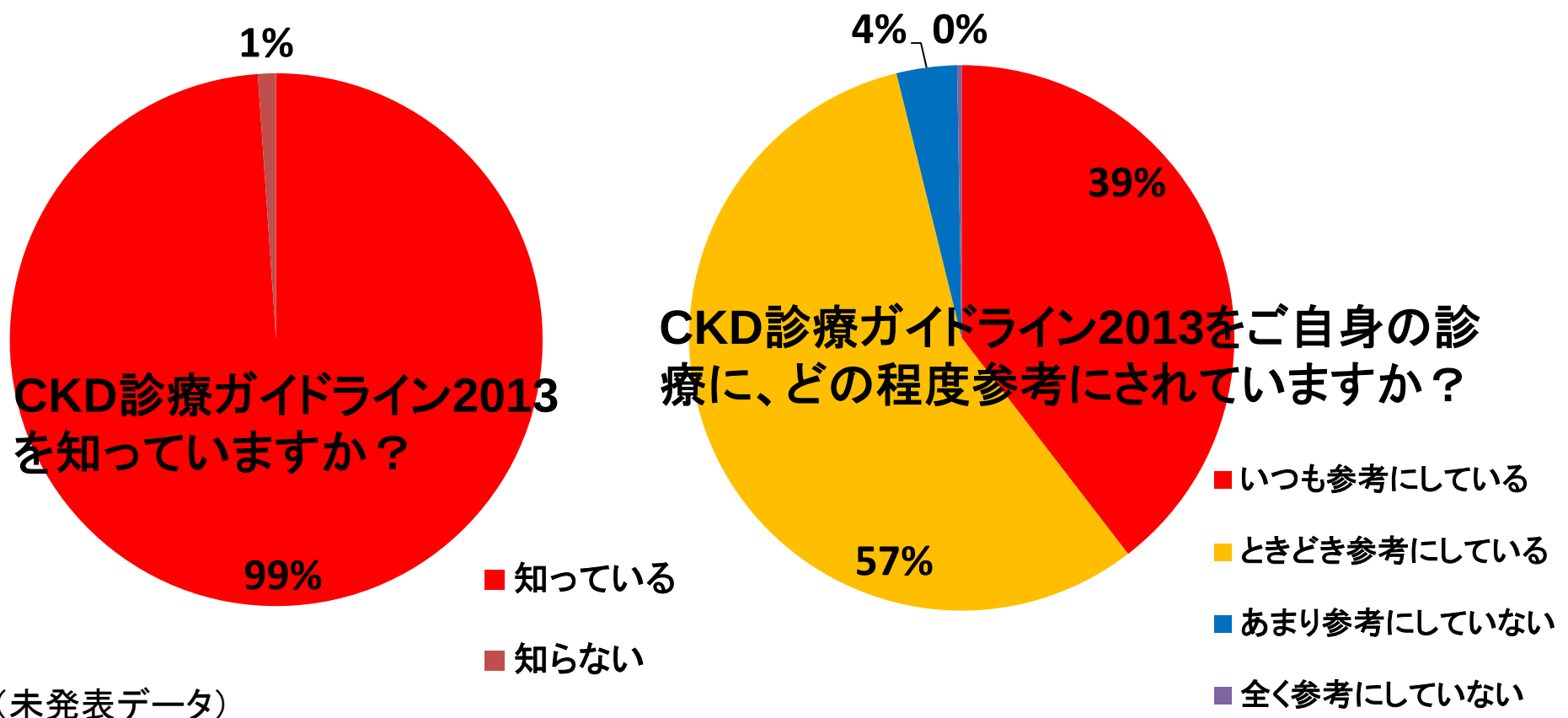


(改訂委員長 山縣邦弘)



普及率評価のためのアンケート結果

日本腎臓学会評議員、キーパーソン・サポーターの先生方のご協力のもと、専門医を対象にアンケートを行い、394名からご回答いただいた。



かかりつけ医の専門分野間の比較:CKDの概念の理解、CKDガイドブックの利用、CKDガイドラインの変更の理解

専門分野	n	CKDという概念についての認識		CKD診療ガイドの所持、活用			CKD診療ガイド改訂によるCKD重症度分類の変更		
		概ね知っている	詳しく知っている	所有しない	所有している	活用している	知らない	変更されたことは知っている	変更内容も把握している
一般内科	2013	69.3	28.7	14.1	48.9	36.1	10.5	53.1	36.1
腎臓科	276	16.3 [*]	82.6 [*]	1.1 [§]	17.8 [§]	80.8 [§]	1.1 [†]	15.2 [†]	83.7 [†]
循環器科	526	62.9 [*]	36.3 [*]	8.6 [§]	46.4 [§]	44.3 [§]	5.9 [†]	52.3 [†]	41.6 [†]
糖尿病・内分泌科	286	54.2 [*]	43.7 [*]	5.9 [§]	38.1 [§]	55.6 [§]	5.9 [†]	39.9 [†]	54.2 [†]
消化器科	557	74.7 [*]	23.3 [*]	16.3 [§]	53.5 [§]	29.4 [§]	12.0 [†]	58.9 [†]	28.7 [†]
呼吸器科	201	75.6	22.9	11.9	56.7	30.3	10.9	59.2	29.4
神経内科	52	73.1	25.0	17.3	50.0	32.7	17.3	46.2	36.5
脳・神経科	22	72.7	27.3	18.2	59.1	22.7	13.6	36.4	50.0
血液内科	24	70.8	29.2	12.5	54.2	33.3	4.2	45.8 [†]	45.8 [†]
膠原病・リウマチ科	55	50.9	45.5	7.3	58.2	34.5	14.5	36.4	49.1
アレルギー科	77	62.3	36.4	7.8	57.1	35.1	10.4	53.2	36.4

数字は%を示す。^{*}[§][†]:他の専門分野との間に有意差あり
各地域の回答の差はPearsonの χ^2 検定で $p<0.05$ を有意差ありと判定した。

対象:日本臨床内科医会会員をはじめとする全国のかかりつけ内科医。
方法:2012年12月～2013年3月の期間にCKD診療と地域連携に関するアンケート調査(32項目)を行い、医師の専門分野ならびに腎臓内科研修歴がCKD診療、地域連携に与える影響について比較検討した。

かかりつけ医におけるCKD診療ガイドの普及・活用は必ずしも十分ではない

かかりつけ医の専門分野間の比較:CKD患者の尿蛋白/ 尿アルブミン定量検査、糖尿病患者の尿アルブミン定量検査

専門分野	n	CKD患者の尿蛋白/ 尿アルブミン定量検査			糖尿病患者の尿蛋白/ アルブミン定量検査		
		行わない	随時尿を 用いて行う [#]	蓄尿も行う [#]	実施しない	時に実施	ほぼ全例に 実施
一般内科	2013	25.8	71.7	6.0	1.9	54.5	25.4
腎臓科	276	4.0 [*]	83.7 [§]	30.8 ⁺	0.7 [¶]	53.6 [¶]	38.4 [¶]
循環器科	526	23.0	74.1	5.5	1.7	55.9	26.8
糖尿病・内分泌科	286	12.2 [*]	82.9 [§]	8.7	0.6 [¶]	39.5 [¶]	53.5 [¶]
消化器科	557	29.4 [*]	70.0	2.9 ⁺	2.0	56.6	22.4
呼吸器科	201	25.9	71.1	3.5 ⁺	1.4	57.7	27.4
神経内科	52	25.0	75.0	0.0 ⁺	2.3	63.5	13.5
脳・神経科	22	40.9	59.1	0.0	2.3	54.5	22.7
血液内科	24	25.0	75.0	4.2	2.1	37.5	41.7
膠原病・リウマチ科	55	12.7 [*]	76.4	18.2 ⁺	1.8	43.6	38.2
アレルギー科	77	22.1	72.7	6.5	1.3	53.2	33.8

数字は%を示す。[#]複数選択可 ^{*}[§][¶]:他の専門分野との間に有意差あり。
各地域の回答の差はPearsonの χ^2 検定で $p<0.05$ を有意差ありと判定した。

対象:日本臨床内科医会会員をはじめとする全国のかかりつけ内科医。

方法:2012年12月～2013年3月の期間にCKD診療と地域連携に関するアンケート調査(32項目)を行い、医師の専門分野ならびに腎臓内科研修歴がCKD診療、地域連携に与える影響について比較検討した。

かかりつけ医や他専門医では、検尿検査が十分には行われていない。

12

「診療水準の向上」の現状のまとめ

- ① かかりつけ医から専門医への紹介基準、健診後の受診勧奨基準が作成された。
- ② 糖尿病性腎症分類が改訂され、CKD重症度分類との整合性がはかられた。
- ③ 各種ガイド、ガイドラインが作成され、腎臓専門医への普及は進んでいる。

「診療水準の向上」の課題

- ① ガイドラインの普及が十分ではない。
- ② ガイドライン間で、推奨内容が一部一致していない点がある。また、利用対象が不明瞭。
- ③ 健診—かかりつけ医、かかりつけ医—専門医、専門医—専門医連携をさらに強化する必要がある。