

CKD予防ネットワーク「紹介基準」

次のいずれかに該当する場合

1. 蛋白尿区分A3（1+以上 または尿蛋白0.50以上 または尿アルブミン300以上）
2. 血尿（1+以上）を伴う
尿蛋白区分A2（± または 尿蛋白0.15～0.49 または尿アルブミン30～299）
3. eGFR 60mL/分/1.73m²未満の蛋白尿区分A2
4. 40歳未満 eGFR 60mL/分/1.73m² 未満
40歳以上で eGFR 45mL/分/1.73m² 未満
5. 3か月以内に30%以上の腎機能の悪化

（「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2018」に準拠して作成）

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（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

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 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	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
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、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紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、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等の受診形態を検討する。

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、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 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、原疾患に糖尿病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。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3か月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
 - ② 糖尿病合併症（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）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

CKD予防ネットワーク「再紹介基準」

（「CKD病診連携マニュアル2012」に準拠して作成）

次のいずれかに該当する場合

- eGFRの急激な低下（3ヶ月以内に血清クレアチニン値が30%以上上昇）
- 血清K値 5.5mEq/L以上
- 著明な体重増加，浮腫，心不全症状
- 急激な尿蛋白の増加（尿蛋白/クレアチニン比が前値の2倍以上）

【参考（CKD病診連携マニュアル2012）】

腎専門医への再紹介の基準

腎専門医とのCKD病診連携を行っている患者が、以下のいずれかを呈する場合は、すみやかに腎専門医への再紹介を行うことが推奨される。

- ・ eGFRの急激な低下（3ヶ月以内に血清クレアチニン値が30%以上上昇）
- ・ 血清K値 5.5 mEq/L以上
- ・ 著明な体重増加、浮腫、心不全症状
- ・ 急激な尿蛋白の増加（尿蛋白/クレアチニン比が前値の2倍以上）

CKD 予防ネットワーク「腎生検施設への紹介基準」

（「CKD 診療ガイドライン2013」等に準拠して作成）

次の 1 または 2 の基準を満たす患者は腎生検を考慮し、腎生検施設に紹介する。

1 尿所見による基準

- 尿蛋白のみ陽性の場合
尿蛋白が0.5g/日以上、もしくは0.5g/gCr 以上
- 尿蛋白、尿潜血ともに陽性の場合
尿蛋白が0.5g/日以下、もしくは0.5g/gCr 以下でも考慮
- ネフローゼ症候群の場合
積極的に施行
- 尿潜血のみ陽性の場合
尿沈渣に変形赤血球が多く存在する場合や病的円柱を認める場合などに考慮

注：いずれの場合にも糖尿病患者においては慎重に考慮すべきである。元々腎炎が合併していると考えられる場合や、今まで血尿がなかったのに急に出現したり、急激な尿蛋白の増加・腎機能の悪化があった場合に腎生検を考慮する。

2 腎機能障害による基準

- 原因不明の急性もしくは慢性腎機能障害の場合
ただし、慢性的に血清Cr 2 以上の場合は生検を行っても糸球体などの検体を得られないことがあるだけでなく、出血などのリスクが高い場合が多いため、積極的な生検は難しい場合がある。

【参考（CKD 診療ガイドライン2013）】

表 1 CKD における腎生検の適応

尿蛋白のみ陽性の場合
尿蛋白が 0.5 g/日以上、もしくは 0.5 g/gCr 以上に施行
尿蛋白、尿潜血ともに陽性の場合
尿蛋白が 0.5 g/日以下、もしくは 0.5 g/gCr 以下でも考慮
ネフローゼ症候群の場合
積極的に施行
尿潜血のみ陽性の場合
尿沈渣に変形赤血球が多く存在する場合や病的円柱を認める場合などに考慮

注：いずれの場合にも糖尿病患者においては慎重に考慮すべきである。