

# ふじえだ CKD ネットマニュアル 2025



藤 枝 市

# ふじえだ CKD ネットマニュアル 2025

## 目次

はじめに

---

CKD シールの配布基準

かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準

たんぱく尿・アルブミン尿の評価

「ふじえだCKDネット」の連携における各機関と職種の役割

---

1. かかりつけ医の先生にお願いしたい

CKD(慢性腎臓病)・DKD(糖尿病関連腎臓病)診療 1

---

2. 行政の役割と取り組み 48

---

3. 志太医師会の役割と取り組み 52

---

4. CKD診療への薬剤師としての関わり 54

---

5. CKD患者に対する看護師の役割と取り組み 61

---

6. CKD患者に対する管理栄養士の役割と取り組み 65

---

7. 歯科医師会の役割／CKD・DKD と歯科治療 73

---

おわりに

# はじめに

## ふじえだ CKD ネットマニュアル2025(第 5 版)について

ふじえだ CKD ネットマニュアルは 2016 年に第 1 版をカバーバインダーにセットして配布し、以降 2021 年の第 4 版まで改訂毎に改訂ページを配布して旧版の該当ページと差し替える方式で改訂をしてきました。また、2018 年度の藤枝市立総合病院糖尿病・内分泌内科への常勤医の着任と本ネット参加にあたり、糖尿病関連腎臓病(DKD)の重症化予防策のさらなる充実を目指して 2019 年に「ふじえだ CKD・DKD ネット」に改称しました。2021 年の第 4 版より藤枝歯科医師会が CKD ネットマニュアルに加わり、2023 年に名称を「ふじえだ CKD ネット」に戻しています。

日本腎臓学会編 エビデンスに基づく CKD 診療ガイド 2023 は、CKD ステージ G3b 以上(GFR 44 以下)、特に G4 以上(GFR 29 以下)の患者は腎臓専門医・専門機関による診療が重要としています。さらに腎臓専門医と専門看護師によるチーム医療は透析導入を遅延させる可能性があり、CKD ステージ 3b 以降(GFR44 以下)の患者に対する多職種が連携したチーム医療が提唱されています。藤枝市は 2016 年 3 月より市行政、医療機関、医・歯・薬三師会が協同した多職種連携 CKD 対策「ふじえだ CKD ネット」を施行し、藤枝市立総合病院透析室看護部は腎臓内科外来患者を対象に家人同伴での個別 CKD 指導を行っています。

ふじえだ CKD ネットマニュアル2025(第 5 版)では、日本腎臓学会編 エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023、日本腎臓学会編 CKD 診療ガイド 2024 を中心に最新の診療ガイドラインの推奨に則して全面改訂を行うとともに、ふじえだ CKD ネット開始から 2024 年度末までの9年間で診られた藤枝市の CKD 診療の変化について、腎臓内科への早期の CKD 患者紹介、薬剤関連腎障害の減少、CKD の重症化予防効果、慢性透析導入患者数と慢性透析患者総数の減少などの成果を掲載しました。

## CKDシールの配布基準

対象の方にはお薬手帳(カバー)にシールを貼ります



- 全年齢  
eGFR 30 未満



- 65歳未満  
eGFR30以上50未満
- 65歳以上  
eGFR30以上45未満

## かかりつけ医から腎臓専門医への紹介基準

対象の方は腎臓専門医に一度はご紹介ください

- eGFR45未満の患者  
特に腎不全進行例ではeGFRが10未満と近々腎代替療法(RRT)が必要な尿毒症発症の直前ではなく、eGFRが30未満に至る前での紹介をお願いします
- 蛋白尿1+～2+以上が持続する患者
- 血尿と蛋白尿がともに陽性の患者
- 3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化が認められた場合には、速やかに紹介

## たんぱく尿・アルブミン尿の評価

CKDは血液検査と尿検査で判断できます

	A1	A2	A3	
アルブミン尿	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	(ネフローゼ)
尿アルブミン排泄量 (mg / 日)	<30	30~299	≥300	≥2,000
尿アルブミン/Cr比 (mg /gCr)	<30	30~299	≥300	≥2,000
蛋白尿	正常	軽度	高度	(ネフローゼ)
尿蛋白排泄量 (g / 日)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50	≥3.5
尿蛋白 /Cr比 (g/gCr)	<0.15	0.15~0.49	≥0.50	≥3.5
試験紙法での目安	(-)~(±)	(-)~(2+)	(1+)~(3+)	(3+)~(4+)

## 連携における各機関と職種の役割

藤枝市	健康推進課 ・保健師 ・管理栄養士 ・看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 特定健診ハイリスク者に対し、訪問指導を行う。</li> <li>② CKD のシール貼付・受診結果票の集計と評価を行う。</li> <li>③ 保健講座(生活習慣病予防など)による健康教育を行う。</li> <li>④ 市民啓発を行う。</li> <li>⑤ CKD ネットの冊子の編集を担当する。</li> <li>⑥ CKD シールを管理する。</li> <li>⑦ 運用・実務面での事務局役割を、地域包括ケア推進課と調整して実施する。</li> </ul>
	国保年金課	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 国保医療費分析を行い、分析結果の情報提供を行う。</li> <li>② 後期高齢者医療費分析を行い、分析結果の情報提供を行う。</li> </ul>
	地域包括ケア推進課	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 定期的に CKD ネットの問題点の確認と評価を行い、CKD 会議に報告する。</li> <li>② 市民啓発を行う。</li> </ul>
志太医師会	志太医師会 理事会	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 会員への事業周知と情報提供を行う。</li> <li>② CKD ネットの医師会実績の評価を行う。</li> </ul>
	協力医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>① CKD 患者の診療をガイドラインに基づき行う。</li> <li>② 腎機能の情報をお薬手帳・処方箋に記載、あるいは検査結果を手渡す。</li> <li>③ 悪化する症例、ハイリスク患者は専門医に紹介する。</li> <li>④ 食事指導が必要な場合は、病院栄養相談に紹介する。</li> <li>⑤ 薬剤師からの腎機能保護に基づいた監査内容の情報・薬学的指導を受け診療に生かす。</li> <li>⑥ 健診で指摘された項目については、必ず健康推進課に返信をする。</li> </ul>
藤枝 歯科 医師会	藤枝歯科医師会 理事会	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 本 CKD ネット会議との情報交換に努め、歯科医師会会員へ本事業の周知と情報提供を行う。</li> <li>② CKD 患者における口腔衛生管理の影響について、最新ガイドラインなどの情報収集を行う。</li> </ul>
	協力医療機関	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 歯科治療による CKD 患者への影響を配慮した治療計画を策定する。</li> <li>② 「お薬手帳」から確認される薬剤管理歴により、腎機能保護に基づいた処方を行う。</li> <li>③ CKD を管理する担当医療機関との情報交換を積極的に行う。</li> <li>④ 身体負荷の大きな歯科処置については、市立病院口腔外科への処置依頼を行う。</li> </ul>

藤枝薬剤師会	保険薬局薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>① eGFR を確認し、機能に応じた薬の監査を行い必要時、医師に疑義照会や情報提供を行う。</li> <li>② かかりつけ薬局として薬歴管理を行う。</li> <li>③ 在宅服薬指導のあった患者に対応、また必要と判断した場合は医師に指示依頼を提出。お薬手帳の統一とCKD シール貼付を行う。</li> <li>④ 在宅服薬指導が必要な場合、退院時カンファに参加する。</li> </ul>
藤枝市立総合病院	病院薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>① eGFR を確認し、機能に応じた薬の監査を行い必要時、医師に疑義照会や情報提供を行う。</li> <li>② 入院中のCKD患者に対し、パンフレットを用い服薬指導、CKD シール貼付を行う。</li> <li>③ 薬・薬連携対象患者に対し、連携シールを貼付し、必要時訪問薬剤指導につなぐ。</li> <li>④ 薬剤の内容、患者環境に応じて退院時カンファに参加する。</li> </ul>
	管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 紹介されたCKD患者に対し個別に栄養指導を行う。治療の一環として病期に応じ患者の意向を尊重しながら行う。</li> <li>② 栄養指導を行った患者の退院時カンファに参加する。</li> <li>③ 市内医療機関所属の管理栄養士との連携を課題として取り組む。</li> </ul>
	看護師	CKD患者の生活指導を中心に、患者の病気に対する理解を図り、精神的援助を行う。
	腎臓専門医	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 急性腎不全やCKDの急性増悪、慢性腎不全(eGFR45以下)に対応する。</li> <li>② 保存期腎不全はかかりつけ医と連携し、進行抑制に努める。</li> <li>③ 尿タンパク陽性患者および血尿とタンパク尿がともに陽性の患者の診断治療を行う。</li> </ul>
	各科医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>① eGFR低下の患者に対し、お薬手帳にCKDシール貼付するため薬局を紹介する。</li> <li>② 必要時薬剤指導、栄養指導を依頼する。</li> <li>③ 必要に応じて腎臓専門医に院内コンサルを行い専門的な治療につなげる。</li> </ul>
	地域医療連携室	各職種間の連携に対する医療面での事務局となる。