

2025年3月18日(火)
第2回CKD対策協議会



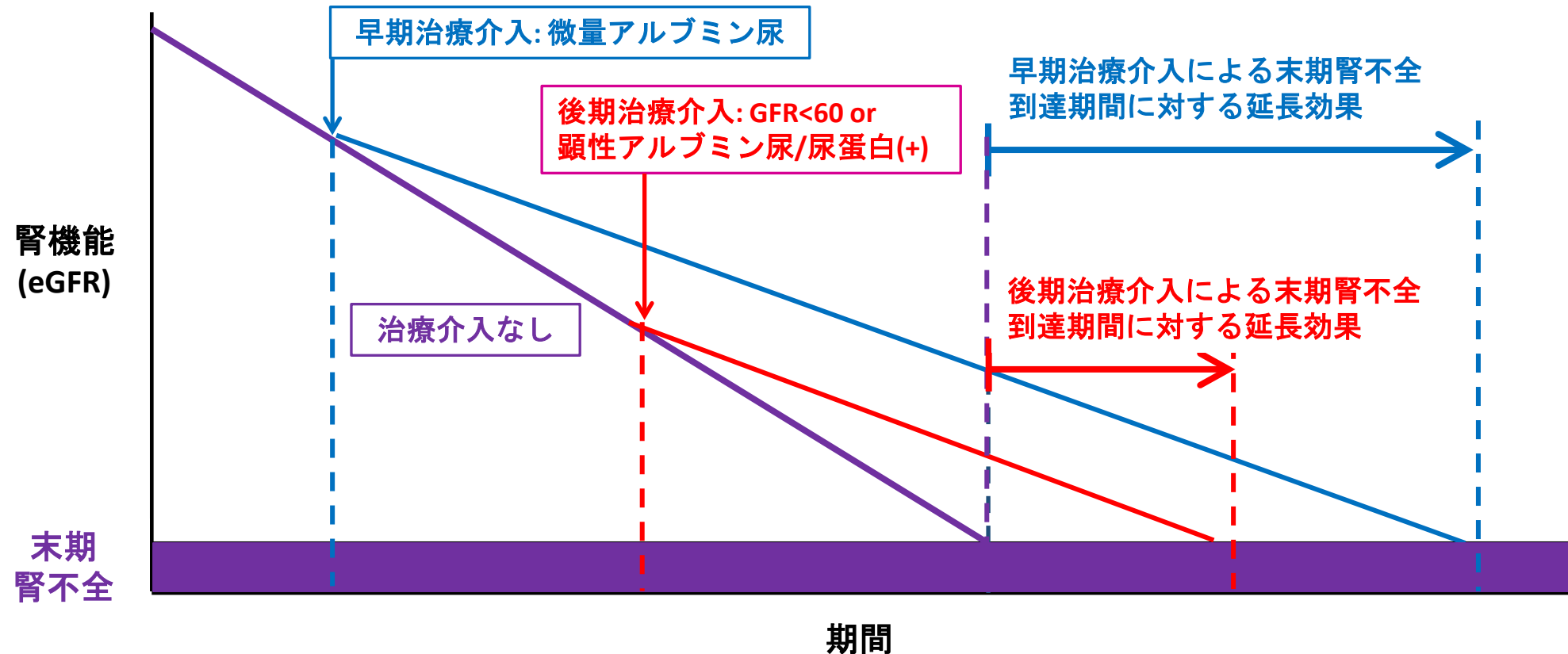
YOKOHAMA CITY UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF MEDICINE
Department of Medical Science and
Cardiorenal Medicine

厚労省-横浜CKD診療連携モデル事業における 「金沢区」先行モデルの検討

横浜市立大学附属病院 腎臓・高血圧内科
助教 小林 竜

治療介入タイミングが早期である程、 治療介入によるCKD進行に対する抑制効果が大きくなる

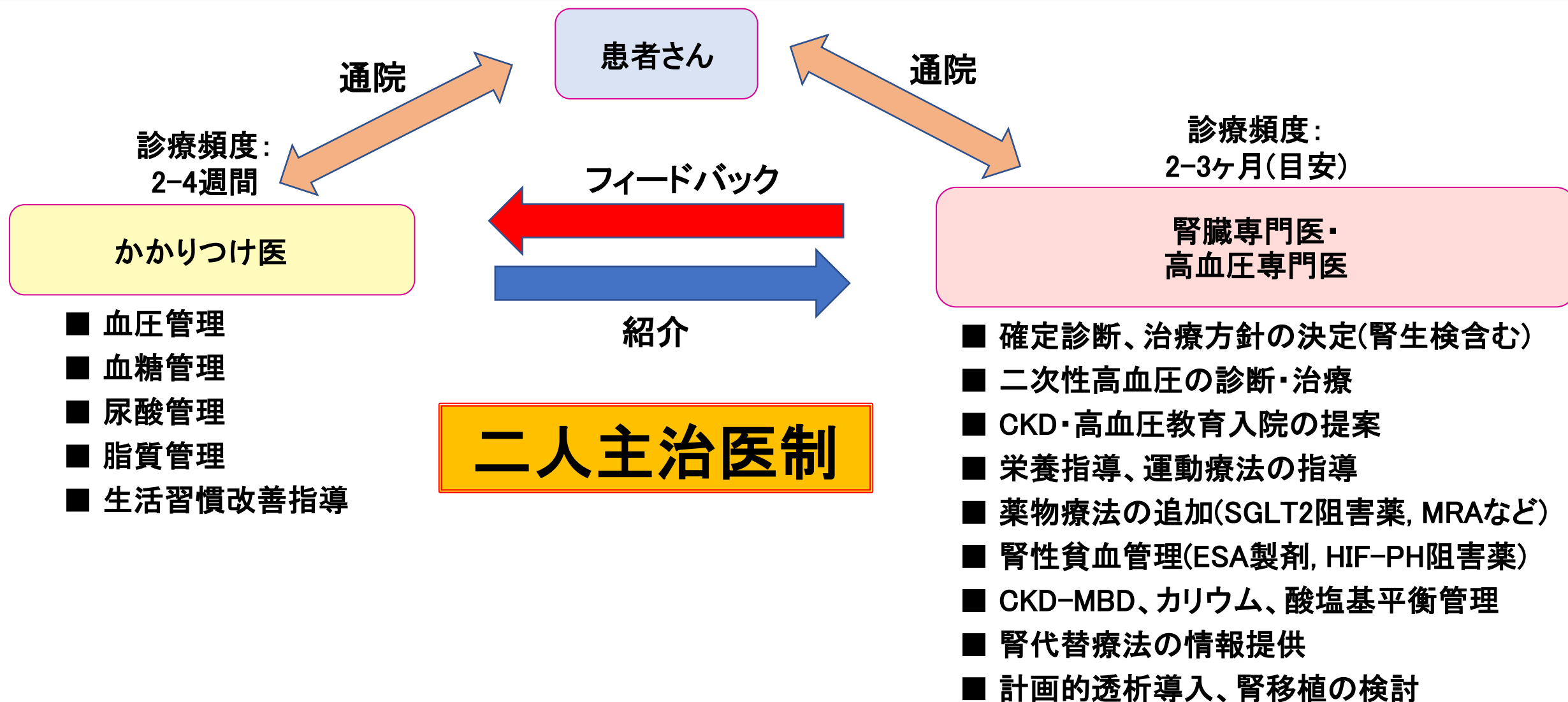
CKDに対する治療介入の有無・開始時期がCKD進行と末期腎不全
(透析導入・腎移植が必要となる段階)への到達までの期間に与える影響



Gansevoort RT, de Jong PE. The case for using albuminuria in staging chronic kidney disease.

J Am Soc Nephrol. 2009;20(3):465-468.

横浜でのCKD診療の取組み:CKDとその関連領域における新規治療薬による管理を含め、 かかりつけ医との連携(二人主治医制)が軸





患者

健診を受

かかりつけ医→専門医受診勧奨

1) 横浜市内医療機関(かかりつけ医) 受診

- ・ 病歴聴取、診察
- ・ 尿検査(尿蛋白定量)、血液検査(血清クレアチニン)

2) ①、②、③のいずれかの場合腎臓専門医受診勧奨

- ① eGFR < 45 ml/min/1.73 m²
- ② 尿蛋白 0.5 g/gCr以上、または尿蛋白(+)以上
- ③ 尿潜血(+)以上

二人主治医制によるCKD診療連携



様式1 (健診機関・かかりつけ医⇒腎臓専門医)

年 月 日

横浜市金沢区 CKD 診療連携用 診療情報提供書

<紹介先>

医療機関名: 市大附属 ・ 南共済

診療科: 腎臓・高血圧内科

<紹介元>

(ハンコ)

【患者情報】

フリガナ

患者氏名:

生年月日: 年 月 日 (歳)

性別: 男 ・ 女

【CKDステージ】(下表の該当箇所にチェックをお願いします)

原疾患		蛋白尿区分		紹介基準		
				A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病	尿アルブミン定量 (mg/日)	正常		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	30未満		30～299	300以上	
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性囊胞腎 その他	尿蛋白定量(g/日)	正常 (-)		正常 (±)	高度尿蛋白 (+～)	
	尿蛋白/Cr比(g/gCr)	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、尿蛋白の みならず生活指導・診療継続	☐ 紹介	
	G2 正常または 軽度低下	60～89		血尿・なら紹介、尿蛋白の みならず生活指導・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	☐ 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 高度低下～ 末期腎不全	<15		☐ 紹介	☐ 紹介	

(作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会)
出典: 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:P18, 2023

事務連絡欄

(附属病院): 地域連携課に來たら医学・病院企画課へ

(南共済病院): 事務局へFAXをお願いします

横浜市大附属病院 医学・病院企画課 FAX: 045-787-2931

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/ 1.73 m 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			

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■ ，オレンジ ■ ，赤 ■ の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。

2024/9/1～2025/2/28(7ヶ月間)において
他院から横浜市立大学附属病院腎臓・高血圧内科へ
CKDで紹介となった患者 (N=170)

除外

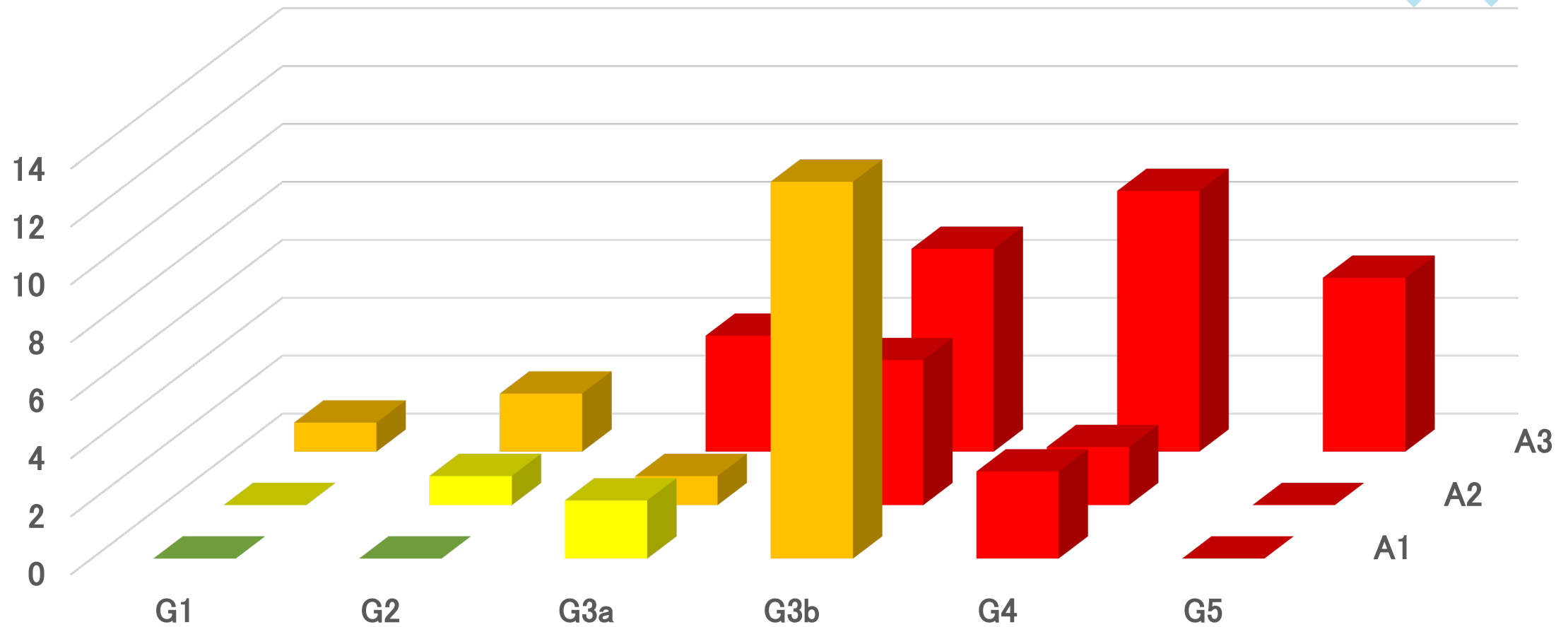
- ・ 急性腎障害
- ・ 維持透析患者
- ・ 電解質異常
- ・ 高血圧
- ・ 転居などに伴う転医
など

通常紹介群 (N=56)
※金沢区からの紹介含む

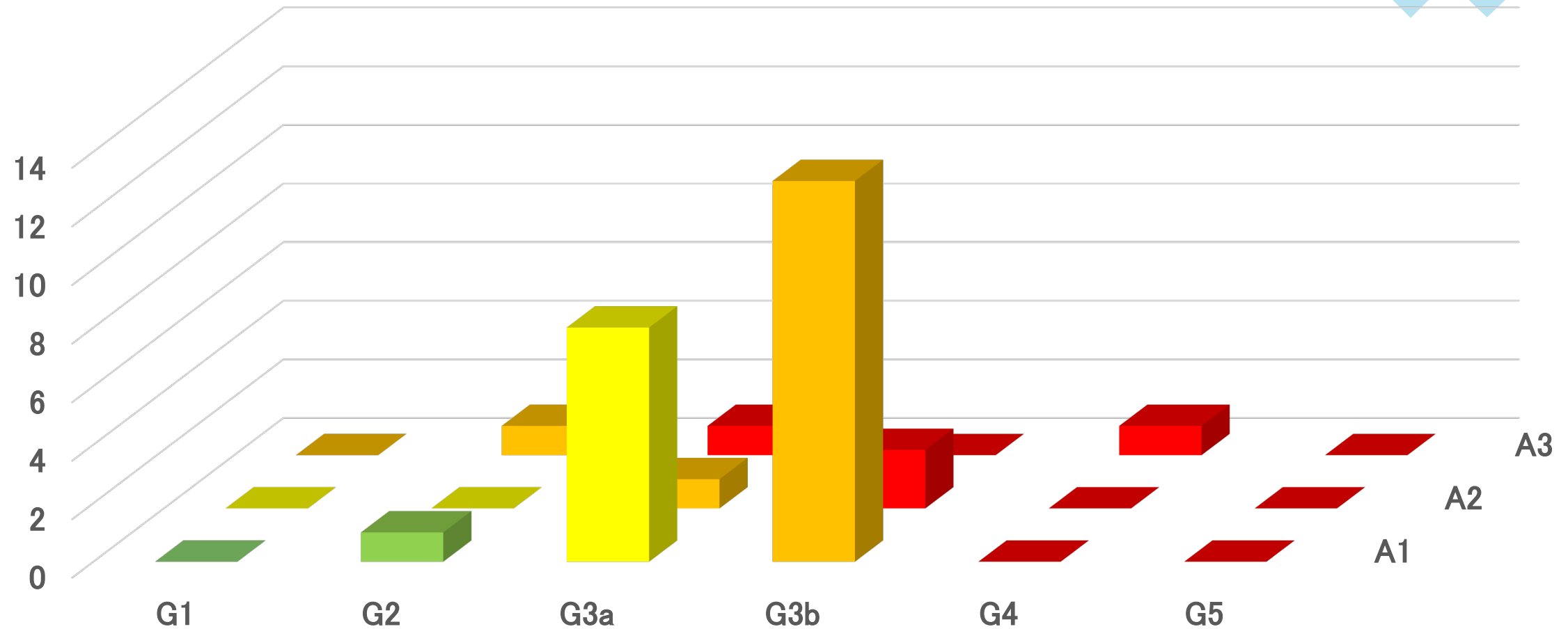
金沢区モデル群
(N=28)

	通常紹介	金沢区モデル	p
総数	56	28	
年齢	72.7±13.9	72.9±8.8	0.96
血清Cr(mg/dL)	1.81±1.12	1.17±0.42	0.005
eGFR (ml/min/1.73m ²)	35.6±17.6	45.2±9.8	0.009
UPCR (g/gCr)	1.82±2.87	0.23±0.57	0.005
CKD			
G1-2	4 (7.1%)	2 (7.1%)	
G3a,3b	32 (57.1%)	25 (89.3%)	
G4	14 (25.0%)	1 (3.6%)	
G5	6 (10.7%)	0 (0%)	
紹介先			
診療所	47 (83.9%)	27 (96.4%)	
病院(200床未満)	9 (16.1%)	0 (0%)	
健診	0 (0%)	1 (3.6%)	
フォローアップ率	85.7%	85.7%	

通常紹介患者の内訳



金沢区モデル紹介患者の内訳



厚労省-横浜CKD診療連携モデル事業における 「金沢区」先行モデルの検討

- 治療介入タイミングが早期である程、治療介入によるCKD進行に対する抑制効果が大きくなることは実証されており、金沢区モデルでは二人主治医制を軸に早期からかかりつけ医の紹介を依頼した結果、通常の紹介より早期のCKD Stageからご紹介をいただくことができた
- 尿蛋白を呈さないCKDの場合、ご紹介いただいた患者へすぐ薬物療法介入(SGLT2阻害薬、MRAなど)を行うわけではないが、食事指導などを行うことで、CKD進行抑制効果は期待できると思われる
- 早期からの紹介であっても、二人主治医制であれば当院の診療負担は大きいものではないので、患者・診療所・当院それぞれにメリットが大きいと考えられる

ご静聴ありがとうございました

