

慢性腎臓病 (CKD) の発見、予防と治療

参考資料 6

慢性腎臓病 (CKD) は、自覚症状に乏しく、本人が気付かないまま進行してしまうことが多い反面、

早期発見、早期治療や生活習慣等の改善で予防や重症化の防止が可能な病気です。

このたび、慢性腎臓病 (CKD) に関するリーフレットを作成しましたので、御活用いただき、

腎臓専門医と連携し、慢性腎臓病 (CKD) の適性な治療にご協力ください。

CKD の発見のために 糖尿病患者、高血圧患者、高齢者に多い!

1. 検尿でチェックする。

(1) 糖尿病患者の場合、アルブミン量を確認する。

尿アルブミン (Alb) 定量、尿クレアチニン (Cr) 定量を用いて、

尿 Alb (mg/dl) / 尿 Cr (mg/dl) = 尿 Alb/Cr 比 Cr を求める。

→ 30 (mg/gCr) 以上は、微量アルブミン尿陽性

(2) 非糖尿病患者の場合、蛋白量を確認する。

定性で尿蛋白 (±) 以上の場合には、尿蛋白定量、尿 Cr 定量を用いて、

尿蛋白 (mg/dl) / 尿 Cr (mg/dl) = 尿蛋白 Alb/Cr 比 (g/gCr) を求める。

→ 0.15 (g/gCr) 以上は、尿蛋白陽性

2. eGFR でチェックする。

血清クレアチニン値を測定し、推算 GFR (eGFR) を求める：早見表を用いる。

→ eGFR 60ml/ 分 / 1.73m²未満で腎機能低下

※参照 県ホームページ

<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/cnt/f430589/>

神奈川県 CKDとは

検索

上記 1. ないしは 2. の数値のいずれか、あるいは両方が 3カ月持続する場合は **CKD** です！

表4 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

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		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	
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) 尿蛋白/Cr比(g/gCr)		30 未満	30~299	300 以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73 m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿+なら紹介、蛋白尿のみなら生活指導・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	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介	紹介
	G5	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に 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、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

CKD ステージについて

- G1: 腎障害があるが、腎臓の働きは正常の状態
- G2: 軽度の機能障害がある状態
- G3a: 腎臓の機能が半分近く低下
G3b している状態で、むくみや夜間の多尿、疲れやすいといった症状が現れ始める
- G4: 腎臓の機能が約 30%未満にまで低下した状態でむくみ、高血圧などの症状や、頭痛、吐き気、食欲低下、睡眠障害などの尿毒症の症状がでる
- G5: 末期腎不全の状態で、肺水腫や心不全、呼吸困難、意識障害などの命にかかる状態

(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

腎臓専門医への紹介について

1. 尿蛋白、尿アルブミン陰性で、eGFR 60ml/ 分 / 1.73m²以上の患者は、かかりつけ医で診療を続ける。

2. 次の（1）～（3）のいずれかがある場合には、腎臓専門医に紹介して、連携して診療を行う。

- 1) 糖尿病患者では、尿アルブミン 30 (mg/gCr) 以上、非糖尿病患者では尿蛋白 0.5g/gCr 以上（または 2+ 以上）
- 2) 血尿と蛋白尿がともに陽性 (1+ 以上)
- 3) eGFR 低下が次のいずれかの場合：40 歳未満では 60ml/ 分 / 1.73 m²未満、40-70 歳未満では 50ml/ 分 / 1.73 m²未満、70 歳以上では 40ml/ 分 / 1.73 m²未満

●また、3 ヶ月で30%以上の eGFR 低下を見る場合や、血圧、血糖コントロールが不安定な場合には、腎臓専門医、高血圧専門医、糖尿病専門医に相談して治療方針を検討する。

※参照 神奈川県腎臓専門医リスト <http://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/cnt/f430589/>
(ホームページの中段あたりに掲載しております。)

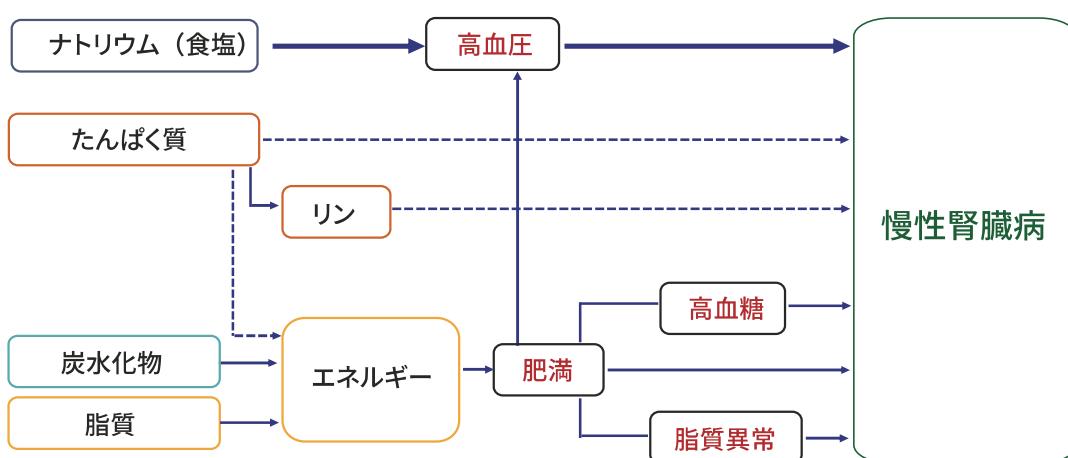


CKD 診察依頼書（別紙）

CKD 患者の栄養管理

栄養摂取と CKD の重症化との関連（概念図）

日本人の食事摂取基準（2020年版）



CKD ステージによる食事療法基準

慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014 年版
P11 表1より改変

ステージ (GFR)	進行度による分類 eGFR (mL/min/1.73 m ²)	エネルギー (Kcal/kgBW/日)	たんぱく質 (g/kgBW/日)	食塩 (g/日)	カリウム (mg/日)	
G1	90 以上	25 ~ 35	過剰な摂取をしない	3 ~ 6 未満	制限なし	
G2	60 ~ 89		過剰な摂取をしない		制限なし	
G3a	45 ~ 59		0.8 ~ 1.0		制限なし	
G3b	30 ~ 44		0.6 ~ 0.8		2000 以下	
G4	15 ~ 29				1500 以下	
G5	15 未満				1500 以下	

注) エネルギーや栄養素は、適正な量を設定するため、合併する疾患（糖尿病、肥満など）のガイドラインなどを参照して病態に応じて調整する。性別、年齢、身体活動度などにより異なる。

注) 体重は基本的に標準体重 (BMI=22) を用いる。

※ 食事のご相談はお気軽に管理栄養士までお声掛け下さい。
お近くに不在の場合は神奈川県栄養士会までご相談ください。
連絡先 <https://www.kana-eiyo.or.jp/>

CKD 患者の高血圧の管理

CKD患者の高血圧は、体液量過剰（＝体内塩分量過剰）とレニン・アンギオテンシン・アルドステロン系（RAS）の活性化が主な病態です！

1. 患者の腎の推定塩分排泄能力は： $20\text{g/日} \times \text{eGFR}/100 = \text{g/日}$
→腎の塩分排泄能力（g/日）>1日塩分摂取量（g/日）で、浮腫が消えて、血圧管理が容易になります。
2. 活性化した RAS を抑制するために、RAS 阻害薬（ACEI、ARB）を投与します。
3. ARB、ACEI、ARNI、MRA、N型・T型カルシウムチャンネル阻害薬、抗血小板薬、利尿薬の投与は、蛋白尿を減少させます。
4. 降圧目標値に達していない場合は、ARNI、MRA、β遮断薬、α遮断薬などで目標血圧を目指します。

CKD 患者の腎機能低下の予防

高血圧、糖尿病、その他の CKD 患者では、

1. 食事療法の実践が、蛋白尿減少、腎機能改善に重要です。
2. 家庭での血圧を **125/75mmHg** 未満、診察室での血圧を **130/80mmHg** 未満に低下させます。
3. 尿酸生成抑制薬を投与して血清尿酸値を **7.0 mg/dL** 未満に低下させます。
4. 糖尿病患者では、HbA1c **6.2%** 未満への到達をめざします。

これらのすべてが到達できれば、尿蛋白量の減少、腎機能低下の遅延や停止が期待できます。

腎機能に影響する薬について

1	非ステロイド系 消炎鎮痛薬	腎内血流に影響を与えて腎機能を低下させことがある。 薬剤性尿細管間質性腎炎を発症させて、腎機能を低下させことがある。
2	利尿薬	投与量が過剰になると、脱水、血圧低下による腎機能低下を起こす可能性がある。
3	降圧薬	ARB、ACEI は腎機能が低下する所以があるので、低用量から慎重に開始する必要がある。
4	抗菌薬	アミノグリコシド系、セフェム系抗菌薬は、腎機能障害を起こす可能性があるので、腎機能に応じた投与が必要。ニューキノロン系抗菌薬、抗インフルエンザウイルス薬タミフルは、腎機能に応じた投与が必要。

腎機能低下患者への投与注意、禁忌薬剤

腎機能低下患者への投与注意、禁忌薬剤

△慎重投与、□投与量減量、▲一部禁忌、× 禁忌

薬剤	症状・病態	推算 GFR		
		45>	30>	15>
非ステロイド系消炎鎮痛薬	機能性腎機能障害、急性尿細管間質性腎炎	△	△	△▲
抗アルドステロン薬	血清 K 値上昇	△▲	△▲	△▲
ACE 阻害薬	急激な降圧による腎機能低下、高 K 血症	△	△□	△□
ARB	急激な降圧による腎機能低下、高 K 血症	△	△	△
ARNI、MRA	急激な降圧による腎機能低下、高 K 血症	△	△	△
フィブラー系高脂血症治療薬	横紋筋融解症	△□▲	△□▲	×
ペマフィブラー	横紋筋融解症		△□	△□
チアゾリジン誘導体糖尿病治療薬	浮腫、心不全	△	×	×
スルホニル尿素類糖尿病治療薬	遷延性低血糖	△	△	×
ビグアナイド類糖尿病治療薬	乳酸アシドーシス、遷延性低血糖	△	×	×
速効型インスリン分泌促進薬	低血糖		△	△
DPP4 阻害薬	低血糖		□	□
GLP-1 アナログ	低血糖、腎機能低下		□	△□
アロプリノール	貧血、汎血球減少、中毒疹		□	□
プロベネシド	腎結石、腎障害	△	×	×
ベンズプロマロン	腎結石、腎障害	△	×	×
メトレキセート	重篤な骨髄抑制	△□	×	×
ビタミン D 製剤	高 Ca 血症、腎機能低下	△	△□	△□
ビスフォスフォネート	顎骨壊死、汎血球減少	△	△	△
オセルタミビル	意識変容、意識障害	□	□	□
アマンタジン	意識変容、意識障害	□	□	□
マグネシウム含有下剤	高マグネシウム血症	△	△	×

高血圧学会 JSH2019 ガイドライン参照

監修 ■ 神奈川県慢性腎臓病 (CKD) 対策連絡協議会、神奈川県慢性腎臓病 (CKD) 診療連携構築協議会
制作 ■ 神奈川県

問合せ ■ 神奈川県健康医療局保健医療部がん・疾病対策課 電話 045-285-0706
ホームページ <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f430589/>

発行日 ■ 令和 6 年 3 月