



腎臓の異常を疑ったら

腎臓専門医・専門医療機関への紹介をご検討ください

健診で尿検査異常を指摘された方、糖尿病や高血圧などの生活習慣病のある方、薬物治療を受けている方などは、慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease:CKD)のハイリスク群です。無症状であっても、定期的に**血清クレアチニン検査**、**尿検査**を行い、以下の基準を満たすか評価してください。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準

以下の3項目のうち、いずれかを満たす場合は、腎臓専門医・専門医療機関への紹介をご検討ください。

1) 尿蛋白(+) (もしくは0.5g/gCr) 以上

2) 尿蛋白(+/-) かつ血尿(+)

3) eGFR<45mL/分/1.73m²

(40歳未満または尿蛋白(+/-) 以上ならば、<60mL/分/1.73m²)

<補足事項>

- 上記以外にも3ヵ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合には速やかにご紹介ください。
- $eGFR(mL/分/1.73m^2) = 194 \times \text{血清Cr}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$ (女性の場合は $\times 0.739$)
- 尿蛋白/Cr比(g/gCr) = 尿中蛋白(mg/dL) / 尿中Cr(mg/dL)
※尿蛋白/Cr比は尿の濃縮を考慮した計算値。尿蛋白の1日排泄量とよく相関するとされています。(Cr:クレアチニン、以下、同様)



腎機能は無症状のうちに低下していくことが多く、普段から、様々な背景を有する患者さんと接している私たち、かかりつけ医だからこそ、腎臓の異常を早期に発見することが可能です。

CKDには、腎生検による専門的な診断と加療を必要とする疾患が含まれています。また、CKD特有の合併症の管理も必要です。上記の紹介基準や地域の状況などを考慮していただき、私たち腎臓専門医との連携をご検討ください。



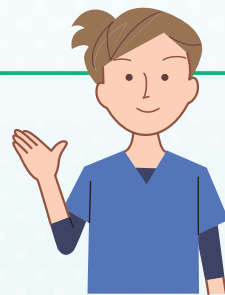
慢性腎臓病(CKD)の定義

腎機能の低下(eGFR 60mL/分/1.73m²未満)もしくは腎臓の障害(蛋白尿などの尿異常、画像診断や血液検査、病理所見で腎障害が明らかである状態)が、3ヵ月を越えて持続する状態を指します。

監修:日本腎臓学会(『エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023』を基に作成)

腎臓専門医・専門医療機関で できることは

腎臓専門医・専門医療機関では、主に次のようなことを行うことができます。特に、CKDと診断を受けた患者さんについては、病態の進展や心血管病の発症を抑制するためにも、かかりつけ医の先生方と私たち腎臓専門医が連携を図りながら診療にあたることが重要となります。腎臓専門医・専門医療機関を受診後、病状が安定している患者さんは引き続きかかりつけ医で診療をお願いします。



腎生検などによる尿蛋白、血尿、腎機能低下の原因精査

尿検査や画像検査などから腎生検などの精査が必要かを判断します。
腎機能のよい時期のほうが検査の選択肢もより広がるため、早めの紹介をご検討ください。

保存期腎不全の管理、適切な腎代替療法の導入

腎性貧血、高K血症、代謝性アシドーシスなど、腎不全合併症の管理を行います。
また、患者さんの価値観に合った腎代替療法（血液透析、腹膜透析、腎移植）を十分な時間をかけて一緒に選択し、適切なタイミングで導入します。

看護師、管理栄養士、薬剤師などの腎臓専門医療従事者による療養指導

食事療法や運動療法などの生活指導や服薬指導に関して、より患者さんのライフスタイルに即した療養指導を受けることができます。

参考

腎臓専門医の検索

日本腎臓学会 一般公開サイト 「専門医オンライン名簿の検索・閲覧」のページ

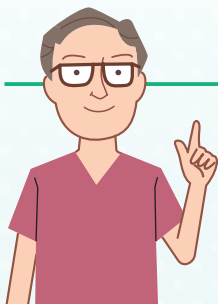


国の腎疾患対策

厚生労働省 Webサイト 健康・医療 「腎疾患対策」のページ



かかりつけ医の先生方に お願いしたいこと



CKDの病態の進展を抑制し、患者さんの健康を維持・管理していくためには、私たちかかりつけ医の役割が重要です。次の**CKD診療のポイント**、**CKDの栄養・食事(食事療法)のポイント**などを参考にしてください。無症状で進展していくことも多いCKDに対しては、定期的な検査が不可欠です。**3ヵ月に1回**は、**血液検査・尿検査**を行って、腎機能の低下や尿蛋白の増加がないか確認してください。腎機能の急激な低下など、新たに紹介基準に該当する所見を認めた場合には、腎臓専門医に相談しましょう。

CKD診療のポイント

生活習慣

禁煙、減塩を含めた食事療法※、肥満の改善、適度な運動などを行います。

※栄養・食事(食事療法)については次ページを参照してください。

血圧

130/80mmHg未満を目指してコントロールします。蛋白尿も糖尿病もない方では140/90mmHg未満、75歳以上の高齢者では150/90 mmHg未満を目標に降圧します。血圧の下げすぎに注意してください。

貧血

Hb 10g/dL未満の貧血を認めたら、消化管出血などとの鑑別と腎性貧血の診断・治療のため、専門医へご紹介ください。腎性貧血治療の目標はHb 10g/dL以上13g/dL未満が目安です。

電解質異常

血液検査でK、Ca、P、PTH値を確認し、基準範囲内のコントロールが困難な場合は専門医へご紹介ください。

尿検査

蛋白尿、血尿の新たな出現や急激な増加がないか、確認してください。

併用薬

NSAIDsなどの腎障害を起こしうる薬剤はできるだけ避けます。

上記はCKD診療における代表的なポイントを挙げています。詳細については「**CKD診療ガイド**」などの各種診療ガイドラインをご参照ください。また、目標値については、必要に応じて腎臓専門医と相談しながら患者さんごとにご判断ください。

参考

CKDに関連した診療ガイドライン

日本腎臓学会 医療従事者のみなさまへ 「診療ガイドライン」のページ
この中の「**CKD診療ガイド**」は、かかりつけ医向けのCKD診療に役立つ内容です。



CKDの栄養・食事(食事療法)のポイント

標準的な食事療法

	ステージG1 ステージG2 (GFR $\geq$ 60)	ステージG3a (GFR 45~59)	ステージG3b (GFR 30~44)	ステージG4 ステージG5 (GFR $\leq$ 29)
エネルギー 摂取量	すべてのCKDステージにおいて、25~35 kcal/kg標準体重/日に設定します。 身体所見や検査所見などの推移により適宜、変更しましょう。			
たんぱく質※ (g/kg標準体重/日)	制限なし	0.8~1.0	0.6~0.8	0.6~0.8 (推奨)
ナトリウム(食塩)	血圧管理だけでなく、臓器障害や循環器病の発症予防を目的に、CKDステージにかかわらず、 6g/日未満とします。			
カリウム (mg/日)	制限なし	制限なし	2,000以下 (目標)	1,500以下 (目標)
リン	腎機能低下に伴い生じるリン・カルシウム・骨代謝異常は、心血管疾患の発症・重症化や生命 予後及び腎機能の悪化に関係するため、1日の総摂取量と検査値を合わせて評価します。 たんぱく質1g当たり、リンは約15mg含まれるため、たんぱく質の指導を考慮し、必要に応じて リン吸着薬も使用して、血清リン値を基準値の範囲内に保つようにしましょう。			

※たんぱく質0.6g/kg標準体重/日未満のより厳格なたんぱく質制限を行うと、必要なエネルギーの確保ができなくなることがあり、サルコペニア、Protein-Energy Wasting (PEW)、フレイルなどの発症の可能性から、特別用途食品を用いた指導などが可能な腎臓専門医と管理栄養士による継続的な患者さんへの支援が不可欠です。

『慢性腎臓病に対する食事療法基準2014年版』(日本腎臓学会)、『日本人の食事摂取基準(2020年版)』(厚生労働省「日本人の食事摂取基準」策定検討会)より作成

CKD患者への管理栄養士の介入について

- 『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)では、CKD患者診療に対する管理栄養士(を含むチーム医療)の介入が推奨されています。
- わが国で行われた「FROM-J研究」では、管理栄養士による定期的な生活食事指導を行うことにより、血清Cr値の上昇とCKDステージG3患者のeGFR低下に関する抑制効果も認められています。
[Yamagata K, et al.: PLoS One. 2016; 11 (3): e0151422.]

患者さんの食事にお困りの際は、管理栄養士への相談をご検討ください。



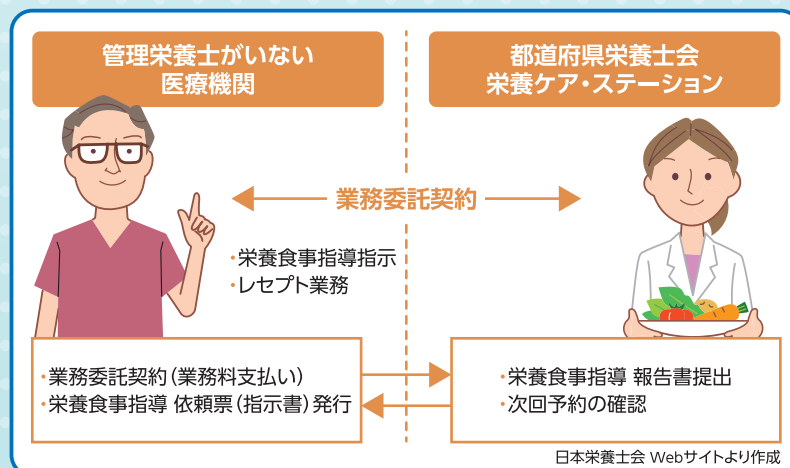
管理栄養士がいない医療機関の先生方も 地域の腎臓専門医療機関や栄養ケア・ステーションと連携することができます

- 栄養ケア・ステーションは、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点です。
- 医療機関と連携し、医師の指示により、疾患を持つ患者さんへの栄養食事指導を都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションに登録された管理栄養士が実施します。

お近くの栄養ケア・ステーションを探す

[日本栄養士会Webサイト]

<https://www.dietitian.or.jp/carestation/>



日本栄養士会 Webサイトより作成