

# CKD生活・食事指導マニュアル—指導のまとめ 一覧

CKD 病期	方針	生活習慣改善	食事指導	血圧管理	血糖値管理	脂質管理	貧血管理	骨・ミネラル対策	K・アシドーシス対策	尿毒素対策	その他
ハイリスク群	生活習慣によるリスク因子の軽減	禁煙 BMI<25	高血圧があれば 減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上	高血圧治療ガイドライン2014に 従う 糖尿病(+)および糖尿病(-)蛋白尿 ありでは, 130/80 mmHg 未満, RA系 阻害薬を選択; 糖尿病も蛋白尿も(-) では, 140/90 mmHg 未満, RA系阻害 薬, Ca拮抗薬, 利尿薬を選択	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満						
ステージ G1 A2 G1 A3	専門医と協力して治療 (一般医>専門医) 腎障害の原因精査 腎障害を軽減させるための 積極的治療	禁煙 BMI<25	高血圧があれば 減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満	腎性貧血以外の原因検 索 (腎機能的に腎性貧 血は考えにくい)	ステロイド薬治療中や 原発性副甲状腺機能亢 進症では通常治療			
ステージ G2 A2 G2 A3	専門医と協力して治療 (一般医>専門医) 腎障害の原因精査 腎障害を軽減させるための 積極的治療	禁煙 BMI<25	高血圧があれば 減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満	腎性貧血以外の原因検 索 (腎機能的に腎性貧 血は考えにくい)	ステロイド薬治療中や 原発性副甲状腺機能亢 進症では通常治療			
ステージ G3a A1 G3a A2 G3a A3	専門医と協力して治療 (一般医>専門医) 腎機能低下の原因精査 腎機能低下を抑制するた めに集学的治療	禁煙 BMI<25	減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上 たんぱく質制限食*1 (0.8~1.0 g/kg体重/日)	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満 インスリンおよび SU薬による低血 糖の危険性	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満 薬物による横紋筋融解 症への注意	腎性貧血以外の原因検 索鉄欠乏対策*3 腎性貧血は赤血球造血 刺激因子製剤 (ESA) *4で Hb 10~12 g/dL	P, Ca, PTH: 基準値内 低アルブミン血症では 補正 Ca で評価 リン制限食	高K血症, アシドーシス の原因検索 ループ利尿薬・陽イオン 交換樹脂*6で体外へ排 泄重炭酸 Naによるアシ ドーシス補正		腎排泄性薬剤の投 与量・間隔の調整
ステージ G3b A1 G3b A2 G3b A3	専門医と協力して治療 (専門医>一般医) 腎機能低下の原因精査 腎機能低下を抑制するた めに集学的治療	禁煙 BMI<25	減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上 たんぱく質制限食*1 (0.8~1.0 g/kg体重/日)	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満 インスリンおよび SU薬による低血 糖の危険性 ビグアナイド薬*2 は禁忌	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満 薬物による横紋筋融解 症への注意	腎性貧血以外の原因検 索鉄欠乏対策*3 腎性貧血は赤血球造血 刺激因子製剤 (ESA) * 4で Hb 10~12 g/dL	P, Ca, PTH: 基準値内 低アルブミン血症では 補正 Ca で評価 リン制限食	高K血症, アシドーシス の原因検索 K制限 (2,000 mg/日) ループ利尿薬・陽イオン 交換樹脂*6で体外へ排 泄重炭酸 Naによるアシ ドーシス補正		腎排泄性薬剤の投 与量・間隔の調整
ステージ G4 A1 G4 A2 G4 A3	原則として専門医での治療 腎機能低下の原因精査 腎機能低下を抑制するた めに集学的治療 透析などの腎代替療法の準備 腎不全合併症の検査と治療 (CVD 対策を含む)	禁煙 BMI<25	減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上 たんぱく質制限食*1 (0.6~0.8 g/kg体重/日) 高K血症があれば 摂取制限	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満 インスリンによる 低血糖の危険性 ビグアナイド薬, チアゾリジン薬, SU薬は禁忌	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満 薬物による横紋筋融解 症への注意 フィブラート系は クリノフィブラート以 外は禁忌	腎性貧血以外の原因検 索鉄欠乏対策*3 腎性貧血は赤血球造血 刺激因子製剤 (ESA) * 4で Hb 10~12 g/dL	P, Ca, PTH: 基準値内 低アルブミン血症では 補正 Ca で評価 高P血症では CaCO <sub>3</sub> などのリン吸着薬 PTHが基準値を超える 際は活性型ビタミンD*5	高K血症, アシドーシス の原因検索 K制限 (1,500 mg/日) ループ利尿薬・陽イオン 交換樹脂*6で体外へ排 泄重炭酸 Naによるアシ ドーシス補正	球形吸着炭*7	腎排泄性薬剤の投 与量・間隔の調整
ステージ G5 A1 G5 A2 G5 A3	専門医による治療 腎機能低下の原因精査 腎機能低下を抑制するた めに集学的治療 透析などの腎代替療法の準備 腎不全合併症の検査と治療 (CVD 対策を含む)	禁煙 BMI<25	減塩 6 g/日未満, 3 g/日以上 たんぱく質制限食*1 (0.6~0.8 g/kg体重/日) 高K血症があれば 摂取制限	130/80 mmHg 未満 原則的に ACE 阻害薬や ARB を処方	HbA1cは7.0% (NGSP 値)未満 インスリンによる 低血糖の危険性 ビグアナイド薬, チアゾリジン薬, SU薬は禁忌	食事療法・運動療法 LDL-C 120 mg/dL 未満 薬物による横紋筋融解 症への注意 フィブラート系はクリ ノフィブラート以外は 禁忌	腎性貧血以外の原因検 索鉄欠乏対策*3 腎性貧血は赤血球造血 刺激因子製剤 (ESA) * 4で Hb 10~12 g/dL	P, Ca, PTH: 基準値内 低アルブミン血症では 補正 Ca で評価 高P血症では CaCO <sub>3</sub> などのリン吸着薬 PTHが基準値を超える 際は活性型ビタミンD*5	高K血症, アシドーシス の原因検索 K制限 (1,500 mg/日) ループ利尿薬・陽イオン 交換樹脂*6で体外へ排 泄重炭酸 Naによるアシ ドーシス補正	球形吸着炭*7	腎排泄性薬剤の投 与量・間隔の調整

**注意事項**

- \*1 エネルギー必要量は健康人と同程度 (25~35 kcal/kg 体重/日).
- \*2 メトグルコ® に関しては慎重投与.
- \*3 鉄欠乏があれば鉄剤投与を検討.  
特に ESA を使用していれば, フェリチン $\geq$ 100 ng/mL, 鉄飽和度 $\geq$ 20%.
- \*4 ESA 使用は腎臓専門医に相談.
- \*5 活性型ビタミン D の投与量に注意.
- \*6 陽イオン交換樹脂は便秘を起こしやすいので注意.
- \*7 球形吸着炭はほかの薬剤と同時に服用しない. 便秘や食思不振などの消化器系合併症に注意.

正 たんぱく質摂取量は 0.6 ~ 0.8/kg 体重/日  
高 K 血症があれば摂取制限