

# 1 CKD の定義・分類

## Point

- 1 慢性腎臓病 (CKD) は腎障害と糸球体濾過量 (GFR) で診断できる。腎障害ではとくに蛋白尿・アルブミン尿が重要である。
- 2 CKD の重症度は原因 (Cause : C), 腎機能 (GFR : G), 蛋白尿 (アルブミン尿 : A) による CGA 分類で評価する。

## はじめに

日本において腎疾患は国民の健康に重大な影響を及ぼしている。慢性腎不全は国民の死因の第8位<sup>1)</sup>を占め、2011年末における維持透析患者数は30万4592人<sup>2)</sup>と増加の一途をたどっており、その対策が喫緊の課題である。腎疾患には、IgA腎症やループス腎炎、糖尿病性腎症など、原因や病態の異なるさまざまな疾患が存在するが、近年になり、腎疾患の原因の如何を問わず、慢性腎臓病 (chronic kidney disease : CKD) という広

い概念で捉え直し、公衆衛生学的な対策を立てる必要があると多くの国で考えられるようになってきている<sup>3)</sup>。

CKDの定義や重症度分類は腎臓病の予後を改善する国際組織であるKDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcome) により国際的に定義<sup>3,10)</sup>されている。本章ではCKDの歴史を踏まえ、CKDの定義と重症度分類についてまとめる。

## CKD の定義

CKDの定義は以下のとおりである<sup>3,4)</sup>。

- ①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らか
- ②糸球体濾過量 (glomerular filtration rate ; GFR) < 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>
- ①, ②のいずれか、または両方が3か月以上持続する。

このうち①の腎障害では、とくに蛋白尿の存在が重要である。つまり、CKDは尿検査と、血清クレアチニン (Cr) 検査から推算GFR (eGFR) を求めることで、簡単に診断することができる。またCKDはIgA腎症などの一次性腎疾患、ループス腎炎や糖尿病性腎症などの二次性腎疾患、そして透析患者や腎移

植患者をも広く包含した疾患概念である。

CKDは、3か月以上にわたり何らかの腎障害か、GFR < 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>が持続した場合に診断できる。そのため尿検査で尿蛋白が初めて陽性となった場合には、再検査で3か月以上にわたり尿蛋白が陽性であると確認できなければCKDとは診断できない。とくに感冒罹患時や膀胱炎では一過性に尿異常を呈するので注意する。同様にeGFRが初めて60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満となった場合にも、再検査で3か月以上にわたりeGFR 60 mL/分/1.73m<sup>2</sup>未満であることが確認できなければCKDとは診断できない。

## 疾患概念としてのCKD 誕生の背景

CKDは米国で2001年に創出され、その初出は2001年に発表されたKidney Dialysis Outcomes Quality Initiatives (K/DOQI) による「CKDにおける貧血のためのガイドライン」<sup>5)</sup>である。その背景として、世界的に透析患者数が増加する問題 (図1-1-1)<sup>6,7)</sup>が存在する。日本の慢性透析患者数は2011年末において30万人を超え、いまだに増加の一途をたどっており、透析療法に掛かる医療費だけでも約1.5兆円となり、その対策は医学的のみならず、医療経済としても重大である。これは日本だけではなく全世界的な潮流であり、世界における末期腎不全 (end-stage kidney disease ; ESKD) 患者数は、1980年から2010年の30年間に約13倍に増加すると予測された一方、

ESKD増加の一因である糖尿病患者数の増加は2000年から2030年の30年間でも約2.4倍の増加にとどまると推計されており、ESKD患者数の増加は糖尿病に比較しても急峻である。

透析患者数を抑制するためには、まず対策を講ずるべき対象を明らかにしなくてはならない。そこには慢性腎不全という腎機能が低下した患者群のみならず、腎機能は正常か軽度低下にとどまっても将来的に透析に至る可能性のある患者群も広く含まれなくてはならない。そこで新たな疾患名・用語の創出が必要であった。かかりつけ医やコメディカル、さらには患者や一般市民にとっても広く用いられるわかりやすい名称とすることを対