

(参考1)

暫定診断基準 (学校検尿のすべて 令和2年度改訂版 表1-4より一部改変)

暫定診断名	尿蛋白/Cr比 (g/g Cr)	蛋白定性 ¹⁾	蛋白定量	尿潜血	沈渣鏡検
異常なし	<0.15	(-) ~ (±)		(-) ~ (±)	赤血球<4個/HPF
無症候性蛋白尿	≧0.15	(+)以上	30mg/dℓ以上	(-) ~ (±)	赤血球<4個/HPF
体位性(起立性) 蛋白尿	早朝尿<0.15	早朝尿 (-) ~ (±)	30mg/dℓ未満	(-) ~ (±)	赤血球<4個/HPF ²⁾
	随時尿≧0.15	随時尿 (+)以上	30mg/dℓ以上	(-) ~ (±)	
無症候性血尿	<0.15	(-) ~ (±)	30mg/dℓ未満	(+)以上	赤血球≧5個/HPF
無症候性血尿・蛋白尿、腎炎の疑い	≧0.15	(+)以上	30mg/dℓ以上	(+)以上	赤血球≧5個/HPF
白血球尿、尿路感染症の疑い	<0.15	(-) ~ (+)		(-) ~ (±)	白血球≧50個/HPF
その他	高血圧等状態や確定診断が付いている場合は、その旨記入する				

1) 尿蛋白は定性よりも、尿蛋白/Cr比の値を優先する。

尿蛋白(+)以上は、尿蛋白/Cr比 0.15 g / g Cr 以上として判定してもよい。

2) 体位性蛋白尿の随時尿には、潜血や赤血球がみられることがある。

(参考 2)

学校生活管理指導表の指導区分

- A：疾患が活動性で自宅または入院治療が必要なもの
- B：教室内の活動が可能なもの
- C：学習と軽い運動に参加できるもの
- D：過激な運動だけを制限する必要があるもの
- E：普通の生活が可能なもの

(学校検尿のすべて 令和 2 年度改訂版 表 4-1 より一部改変)

(参考 3)

運動強度の定義

- 1. 軽い運動
「同年齢の平均的児童生徒にとって」ほとんど息がはずまない程度の運動
- 2. 中等度の運動
「同年齢の平均的児童生徒にとって」少し息がはずむが、息苦しくない程度の運動
- 3. 強い運動
「同年齢の平均的児童生徒にとって」息がはずみ、息苦しさを感ずるほどの運動

(学校検尿のすべて 令和 2 年度改訂版 表 4-2 より)

(参考4)

指導区分の目安 (学校検尿のすべて 令和2年度改訂版 表4-5より一部改変)

指導区分	慢性腎炎症候群	無症候性血尿 または蛋白尿	急性腎炎症候群	ネフローゼ 症候群	慢性腎臓病(腎機能が低下している、あるいは透析中)
A.在宅	在宅医療または入院治療が必要なもの		在宅医療または入院治療が必要なもの	在宅医療または入院治療が必要なもの	在宅医療または入院治療が必要なもの
B.教室内学習のみ	症状が安定していないもの ¹⁾	症状が安定していないもの	症状が安定していないもの	症状が安定していないもの	症状が安定していないもの
C.軽い運動のみ			発症後3カ月以内で蛋白尿(++)程度のもの		
D.軽い運動および中程度の運動のみ(激しい運動は見学)	蛋白尿が(++)以上 ³⁾ のもの	蛋白尿が(++)以上のもの ⁴⁾	発症後3カ月以上で蛋白尿(++)以上のもの ⁵⁾	蛋白尿が(++)以上のもの	症状が安定していて、腎機能が2分の1以下 ⁶⁾ か透析中のもの
E.普通生活	蛋白尿(+)程度以下 ⁷⁾ あるいは血尿のみのもの	蛋白尿(+)程度以下あるいは血尿のみのもの	蛋白尿(+)程度以下あるいは血尿がのこるもの、または尿所見が消失したもの	ステロイドの投与による骨折などの心配のないもの ⁸⁾ 。症状がないもの	症状が安定していて、腎機能が2分の1以上のもの

上記はあくまで目安であり、患児、家族の意向を尊重した主治医の意見が優先される。

1) 症状が安定していないとは浮腫や高血圧などの症状が不安定な場合をさす

2) 表に該当する疾患でもマラソン、競泳、選手を目指す運動部活動のみを禁じ、その他は可として指導区分Eの指示を出す医師も多い

3) 蛋白(++)以上あるいは尿蛋白・クレアチニン比で0.5g/g以上をさす

4) 抗凝固薬(ワーファリンなど)を投与中の時は主治医の判断で頭部を強くぶつける運動や強い接触を伴う運動は禁止される

5) 腎生検の結果で慢性腎炎症候群に準じる

6) 腎機能が2分の1以下とは各年齢における正常血清クレアチニンの2倍以上をさす。

7) 蛋白(+)以下あるいは尿蛋白・クレアチニン比0.5g/g未満をさす

8) ステロイドの通常投与では骨折しやすい状態にはならないが、長期間あるいは頻回に服用した場合は起きうる。骨密度などで判断する

(参考5) 経過観察・専門医への紹介基準

かかりつけ医での経過観察 小児腎臓病専門医への紹介基準

日本小児腎臓病学会編集「小児の検尿マニュアル」2015 初版（診断と治療社）より抜粋・改変

尿検体： 早朝第一尿（中間尿）

尿検査項目：尿一般、沈査、定量（蛋白、Cr、蛋白/Cr 比）

月経時に検尿を行うと、擬陽性が高率に起こります。

月経と重なった場合は、約10日～2週間後に（再）検査を推奨します。

1. 定期検査間隔

血 尿：発見後1年間は3か月毎、以降は血尿が続く限り年1，2回、必要に応じて血液検査

蛋白尿：最初の3カ月は1か月毎、その後2，3か月毎

血尿・蛋白尿合併：最初の3か月は1か月毎、その後2，3か月毎

慢性腎炎に進展する可能性を考慮して、必ず定期検査

2. 小児腎臓専門医への紹介基準

次の①もしくは、②～⑥項のいずれかを認める場合には紹介する

① 尿蛋白の増加： 尿蛋白/尿クレアチニン比（g/gCr）および尿蛋白定性がそれぞれ

・0.15～0.4、または1+程度：6～12ヶ月程度の持続する場合

・0.50～0.9、または2+程度：3～6ヶ月程度の持続する場合

・1.00～1.9、または3+程度：1～3ヶ月程度の持続する場合

② 肉眼的血尿

③ 低蛋白血症（血清 Alb <3.0g/dl）

④ 低補体血症

⑤ 高血圧

⑥ 腎機能障害

3. その他

・尿沈査で赤血球円柱や変形赤血球を認める場合は、糸球体性の血尿、すなわち、慢性腎炎を考慮。

・蛋白尿に加え腎機能が悪い場合は、先天性腎尿路奇形（CAKUT）も疑われ、腎超音波で低形成腎が発見される事もあります。

・乳幼児では尿蛋白試験紙（±）でも、蛋白/Cr 比 0.3～0.6g/gCr を示すこともあり注意。

(参考6) 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

(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会)

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(作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日)	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 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日)	正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
	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	血尿～なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	血尿～なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度～高度低下	紹介	紹介
	G4	高度低下	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に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。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。

- ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3ヵ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

(参考7) かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会) ～主に糖尿病治療ガイドより～

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3か月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検査を含めて、紹介が望ましい）。

○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。

○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。

○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。

○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。

○感染症が合併している場合。

※1. 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3. 慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は“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”を参照のこと。

4. 急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるので速やかに紹介することが望ましい）。

5. 手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

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。