

かかりつけ医のための CKD ステージ G3, A1-2 の診療例

CKD ステージ G3 かつ A1-2 (eGFR 30~60 かつ尿蛋白 0.5 g/gCr 未満または尿アルブミン 300 mg/gCr 未満) は慢性腎臓病患者の約7割にあたり、かかりつけ医を中心とした生活習慣病の管理が重要なステージです。

GFR ステージ	GFR (mL/分/1.73 m ²)	尿蛋白 - ~ ±	尿蛋白 1+ 以上
G1	≥90	2,803 万人	61 万人 (0.6%)
G2	60~89	6,187 万人	171 万人 (1.7%)
G3a	45~59	886 万人 (8.6%)	58 万人 (0.6%)
G3b	30~44	106 万人 (1.0%)	24 万人 (0.2%)
G4	15~29	10 万人 (0.1%)	9 万人 (0.1%)
G5	<15	1 万人 (0.01%)	4 万人 (0.03%)

部分が CKD に相当する。

CKD 診療ガイド (2024)

このステージにおいて、かかりつけ医の先生方には

- ① まず腎臓専門医に紹介し、食事・運動・薬物療法による介入後にかかりつけ医に逆紹介
 - ② まずかかりつけ医で血圧・糖尿病などのリスク管理や治療介入を行い、その上で尿蛋白が減少しない場合に腎臓内科に紹介。食事・運動・薬物療法による介入後にかかりつけ医に逆紹介
- の2つの診療パターンがあり得ると思います。②を選ばれた場合の診療の参考にしていただくために当院での診療の例を提示しますので、必要あればご参照頂けましたら幸いです。

1. 定期検査と腎臓内科紹介を考慮すべき状態

- 採血 (3ヶ月に1回以上)
 - 腎機能の指標: BUN, Cr, eGFR (年 5 ml/min/1.73m² 以上低下は紹介検討)
 - 高カリウム血症: 高カリウム血症は紹介を検討
 - 代謝性アシドーシス: Na-Cl=34 未満はアシドーシス疑いで紹介を検討
 - CKD-MBD: Alb, P, Ca (Alb<4 の場合は補正 Ca を確認。低 Ca, 高 P は紹介を検討)
 - 腎性貧血: Hb <11 g/dL は検査・治療介入検討必要なので紹介検討
 - その他: 脂質異常 (T.Chol, TG, HDL および LDL) や血糖 (随時/空腹時血糖, HbA1c)
- 採尿 (3カ月に1回以上)
 - 尿検査: 尿蛋白定量/クレアチニン比 または 尿アルブミン/クレアチニン比 (糖尿病のみ)
 - 尿蛋白 0.5 g/gCr 以上または尿アルブミン 300 mg/gCr 以上は腎臓内科紹介検討
- 画像検査 (CKD 診断時および随時)
 - 腹部エコー, CT など腎萎縮・水腎症・腎嚢胞などの評価
- 血圧 (家庭血圧を優先。降圧強化に伴う低血圧やめまいなどに注意して適切な血圧管理を行う。)

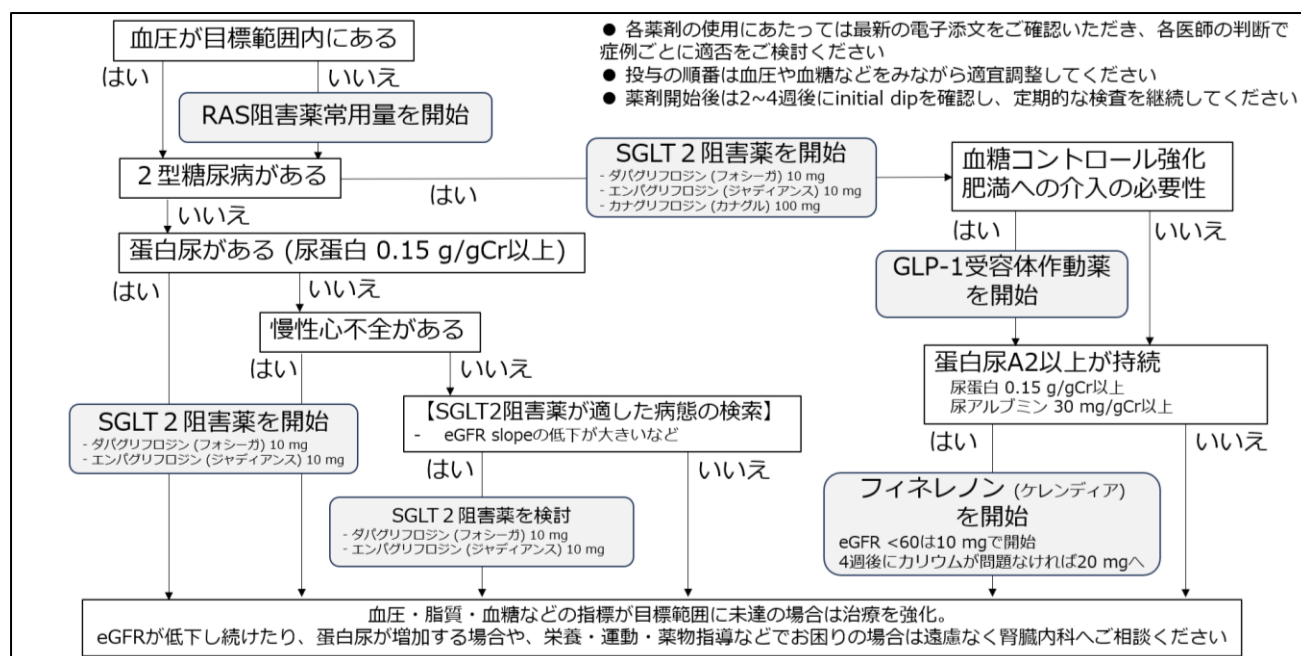
		75 歳未満	75 歳以上
糖尿病 (-)	蛋白尿(-)	診察室 140/90 mmHg 未満	低血圧症状がなければ 診察室 140/90 mmHg 未満 家庭血圧 135/85 mmHg 未満
		家庭血圧 135/85 mmHg 未満	
糖尿病 (+)	蛋白尿(+)	診察室 130/80 mmHg 未満	
		家庭血圧 125/75 mmHg 未満	

2. CKD ステージ G3, A1-2 の生活習慣に対する介入

- 食塩制限 6g/日未満 [class 1C]
- アルカリ性食品（野菜・果物）の摂取，ただし高カリウム血症に注意 [class 2C]
- 適度な睡眠 [class 2D]
- 日常的な運動 [class 2C]
- 禁煙
- 口腔ケア
- 便秘を避ける・・・高カリウム血症の予防につながる

（大かっこ内は“エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023”における推奨）

3. CKD ステージ G3, A1-2 の腎保護薬の導入例（2025 年3月）



各薬剤の使用にあたっては最新の電子添文をご確認いただき、各医師の判断で症例ごとに適否をご検討ください。また、投与の順番については血圧や血糖などをみながら適宜調整してください。薬剤開始後は2~4週間後に initial dip を確認し、定期的な検査を継続してください。