

腎疾患対策推進プロジェクト 公開シンポジウム

「患者・市民・地域が参画し、協働する腎疾患対策に向けて」開催報告

日本医療政策機構（HGPI）

Kidney Disease Control Promotion Project Public Symposium Event Report

“Establishing Kidney Disease Control Measures

with Patient, Citizen, and Community Engagement and Collaboration”

Health and Global Policy Institute



2025年5月

目次

1. はじめに（本報告書の趣旨と目的）
2. 開会挨拶「患者と共に推進する日本の包括的なCKD対策に向けて」
石田 昌宏（参議院議員）
3. 基調講演「CKD対策の課題、進捗、展望」
柏原 直樹（日本腎臓病協会 理事長／川崎医科大学高齢者医療センター病院長・特任教授）
4. パネルディスカッション1「健康診断によるCKDの早期発見と結果を活用した早期介入」
5. パネルディスカッション2「CKD対策推進におけるかかりつけ医¹の役割と課題」
6. パネルディスカッション3「自治体でのCKD政策とさらなる推進に向けた中央政府の役割」
7. 謝辞

¹ 以下、地域医療を担う医師をかかりつけ医と表記する。

1. はじめに（本報告書の趣旨と目的）

わが国における、慢性腎臓病（以下、CKD: Chronic Kidney Disease）対策は、関係者の努力により着実な進展を遂げてきた。2007年には、「[腎疾患対策検討会](#)」が開催され、「[今後の腎疾患対策のあり方について](#)」が策定された。2018年には、10年間の進捗管理、課題抽出を目的に開催された「[腎疾患対策検討会](#)」での議論がまとまった「腎疾患対策検討会報告書」が発信され、さらに2023年には、本報告書に基づいた5年間の振り返りが行われ、成果目標に対する進捗確認と、さらに推進すべき事項が明記された「[腎疾患対策検討会報告書に係る取組の中間評価と今後の取組について](#)」が発表されている。普及啓発、地域における医療提供体制の整備、診療水準の向上、人材育成、研究開発の推進といった個別施策において、進展がみられているが、現在日本において成人の5人に1人の罹患が推計される²ことから、新たな国民病としてより一層の対策が求められる。

こうした中、日本医療政策機構では、CKDに関する社会全体の関心を引き上げ、一段と効果的かつ有機的に対策を推進していく機運を作るべく2022年から「腎疾患対策推進プロジェクト」を始動させた。2022年度は、産官学民アドバイザリーボードを組成の上、会合を開催し、テーマを広く議論した上で、CKDの予防や早期介入の必要性、多職種や多機関連携の重要性、都道府県や地域ベースで生まれつつある好事例の横展開の必要性、患者・当事者視点に基づいた腎疾患対策の推進の必要性などを[提言](#)した。2023年度は、2022年度の提言内容をさらに深化させるとともに、地方自治体での実装を推進すべく、12の自治体を対象にCKD対策の好事例・課題ヒアリングを実施し、それに基づいた地域でのCKD対策推進に向けた解決策を産官学民アドバイザリーボード会合にて検討し、パーシェントジャーニーに沿って[政策提言書](#)に取りまとめて発信した。さらには、CKD対策の相互参照、全国均てん化を目指すべく、地方自治体の行政官を一同に会した生活習慣病会合を福岡市、仙台市にて開催し、生活習慣病疾患横断での政策推進の視点や多職種・他機関連携強化の必要性等について、意見交換の場を設け、論点を取りまとめた。

3年目となる2024年度は、これまでの活動を通じて得られた好事例や課題および解決策等、議論の内容を広く社会へ発信すべく、日本医療政策機構主催、日本腎臓病協会共催にて、8月に公開シンポジウムを開催した。本報告書では、産官学民の専門家を一堂に会し、地域・職場におけるCKDの早期発見・早期介入、受診勧奨、かかりつけ医・行政・コメディカルが多職種連携を通じたCKD保存期患者への支援、病診連携、重症化予防等について議論したシンポジウムの内容を取りまとめた。

² 日本腎臓学会（2024）『CKD 診療ガイド 2024』東京医学社。

開催概要

- 日時：2024年8月28日（水）13:00-18:00
- 形式：対面・オンラインハイブリッド開催
- 会場：国際文化会館（東京都港区六本木5-11-16）
- 言語：日本語
- 参加費：無料
- 主催：日本医療政策機構
- 共催：[特定非営利活動法人 日本腎臓病協会](#)

プログラム

- 13:00-13:10** **開会挨拶「患者と共に推進する日本の包括的なCKD対策に向けて」**
石田 昌宏 （参議院議員）※ビデオメッセージ
- 13:10-13:30** **基調講演「CKD対策の課題、進捗、展望」**
柏原 直樹 （日本腎臓病協会 理事長／川崎医科大学高齢者医療センター病
院長・特任教授）
- 13:35-14:35** **パネルディスカッション1「健康診断によるCKDの早期発見と結果を活用
した早期介入」**
登壇者
猪阪 善隆 （大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学 教授）
島田 妙 （岡山県岡山市 保健福祉局 保健福祉部 国保年金課 レセプト・
保健係 副主査保健師）
三宅 亮仁 （岡山県 保健医療部 健康推進課 健康づくり班 主任）
モデレーター
吉村 英里 （日本医療政策機構 シニアマネージャー）
- 14:45-15:45** **パネルディスカッション2「CKD対策推進におけるかかりつけ医の役割と
課題」**
登壇者
今村 英仁 （日本医師会 常任理事／公益財団法人 慈愛会 理事長）
内田 啓子 （基金拠出型医療法人 眞仁会 横須賀クリニック 診療部長）
小林 一雄 （日本臨床内科医会／内科クリニックこばやし 院長）
細越 百合香（腎疾患当事者）
モデレーター
乗竹 亮治 （日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

**15:50-16:50 パネルディスカッション3「自治体でのCKD政策とさらなる推進に向けた
中央政府の役割」**

登壇者

小川 麻里子（岐阜県 健康福祉部 保健医療課 健康増進係 技術主査）
中川 直樹 （旭川医科大学 内科学講座 循環器・腎臓内科学分野 教授）
三ッ林 裕巳（衆議院議員）
山崎 元靖 （神奈川県 健康医療局 医務担当部長）

モデレーター

吉村 英里 （日本医療政策機構 シニアマネージャー）

16:50-17:00 閉会挨拶

黒川 清 （日本医療政策機構 理事・終身名誉チェアマン）

* 敬称略、五十音順、御所属・肩書は開催当時のものです。

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

NPO 法人日本腎臓病協会について

日本腎臓病協会は、医療者、市民、関連企業、行政等が連携し腎臓病を克服するために、立ち上げた組織です。腎臓病の普及啓発、診療連携体制の構築、腎臓病療養指導士制度の運営、患者会との連携、アカデミアと関連企業・行政等が連携するプラットフォームである「Kidney Research Initiative-Japan（KRI-J）」の運営などの事業を積極的に展開しています。腎臓分野において、日本全国どこにいても、良質な医療の恩恵を享受できる環境の実現に尽力しています。

2. 開会挨拶「患者と共に推進する日本の包括的なCKD対策に向けて」

石田 昌宏（参議院議員）

「患者と共に慢性腎臓病対策を推進する議員連盟」（CKD議連）では当初、透析治療を受けている患者の生活を中心とした、通院のための移動の問題などに対する提案書を作成してきた。また、透析を理由に特別養護老人ホームに入居できない「終の棲家」の問題は、喫緊の課題となっている。予防の観点では、健康診断の項目に血清クレアチニンの測定を追加することが重要である。こうした課題の解決に向けて、積極的に取り組んでいきたいと考えている。

啓発活動については、都道府県ごとに温度差があり予算規模も異なっている。各地方自治体で積極的に住民が参加し、CKDの予防に対して考える機会を広げていく必要がある中で、本シンポジウムは、それに資するものと考えている。

日本では、患者だけでなく医療従事者の高齢化が進んでおり、特に地方では地域の透析クリニックが閉院してしまう事例も出始めている。そこで地方において、透析医療の提供体制を維持するための仕組みづくりについて、遠隔医療を含めて議論を進めている。災害時の体制整備および平時における訓練、腎臓リハビリテーションや認知症併発時の透析治療に対する診療報酬拡充といったことも重要な課題となっている。

私たちは、こうした様々な観点から腎疾患対策の幅広い政策を実現するための活動を進めており、本シンポジウムの開催は、政治とのコラボレーションを推進するものと大変嬉しく受け止めている。ぜひ活発に意見交換していただき、これからの腎疾患対策に力を合わせて取り組んでいきたい。



3. 基調講演「CKD対策の課題、進捗、展望」

柏原 直樹（日本腎臓病協会 理事長／川崎医科大学高齢者医療センター病院長・特任教授）

我が国のCKDにおける疾病構造の変化と課題

CKDの克服は、次世代への負荷の軽減、持続可能で堅牢な社会の構築、何らかの不具合を抱えていても社会に参画できる環境づくり「社会参画寿命」の延伸、疾病を有しながら善く生きることのできる社会の実現につながる。CKD対策の目標も、そこに設定すべきと考えている。

日本のCKD患者数は、成人の5人に1人にあたる約2,000万人（2024年の推計）に増加しており、もはやコモンディゼーズといえる状況にある。透析患者数は、2022年度末には約35万人となっている（CKD診療ガイドライン2024）。2022年の施設調査結果によると、新規透析導入患者数は3万9,683人で、2021年から828人減少した。これがターニングポイントとなり、今後とも徐々に減り続けることが期待される。

こうしたなかで、透析導入患者の原疾患割合の構成は劇的に変化している。以前は、慢性糸球体腎炎が主体であったが、1998年以降は糖尿病性腎症が第1位となった。糖尿病性腎症重症化予防プログラムが奏功し、糖尿病を原疾患とした腎不全の患者数は次第に減少している。一方、腎臓の老化の表現型と考えられる腎硬化症は増加を続けており、その対策が今後の課題の一つといえる。

厚生労働省の腎疾患対策事業とエビデンス構築の重要性

2018年に厚生労働省健康局が発表した腎疾患対策検討会報告書では、全体目標として次の3点が掲げられている³。

1. 慢性腎臓病（CKD）を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を実施・継続する
2. CKD重症化予防を徹底する
3. CKD患者（透析、腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る

厚生労働省では現在、「[腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築](#)」および「[腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）対策の推進に資する研究](#)」の2つ腎疾患政策研究事業を進めている。「5つの健康習慣で腎臓を守ろう！」といった様々な資材をはじめ、47都道府県の取り組みやCKDに関する年次推移データ、腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準、ダウンロード資料などを掲載し、全国のCKD対策の見える化に取り組んでいる。

³厚生労働省（2018）「「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」」

https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000172968_00002.html（アクセス日：2025年3月25日）

労働世代における血清クレアチニン値測定の意義

年代・性別ごとの透析導入率（2006～2020年）を見ると、女性は全ての年代で減少傾向にあるが、高齢男性では増加している⁴。全体として新規透析導入患者数を減少させるためには、40～60代の労働世代の男性に対する対策を強化し、CKDを早期発見し重症化を予防することで、より大きな成果が得られる可能性が高い。

ところが現在、労働安全衛生法に基づく定期健康診断には、血清クレアチニン値が測定項目に含まれていない。検査費用の問題が関係していると考えられるが、一方で透析患者1人に対して年間500～600万円の医療費を要することを考慮すると、企業や保険者の財政負担を軽減する観点からも、血清クレアチニン値を測定してCKDを早期に発見し、透析の予防に努めた方が結果的にコストの抑制につながる。私たちは、こうした経済的合理性を示す資料を添付し、健診項目に血清クレアチニン値を含めるよう要望書を提出している。

先行研究では、長時間労働がCKD発症のリスク因子であることや、夜間勤務によるストレスが腎機能の低下に関連していることが報告されている。このように、労働とCKDには深い関係があるため、血清クレアチニン値の測定を健診に含めることで、腎機能低下を早期に発見し、退職後にCKDが発見されるような事態を避けなければならない。

日本腎臓病協会の取り組み

日本腎臓病協会では、「CKDの普及啓発・診療連携（慢性腎臓病対策部会：J-CKDI）」「腎臓病療養指導士制度」「Kidney Research Initiative-Japan（薬剤、診断法、機器開発支援プラットフォーム）」「患者会・関連団体との連携」という4つの事業に取り組んでいる。

腎臓病療養指導士は、この7年間で約2,200名に増えているものの、地域によってばらつきがあるため、均てん化が課題となっている。看護師、薬剤師、管理栄養士など、多職種チームのケアによって推算糸球体濾過量が有意に低下するなど、CKD重症化が抑制されることが明らかになっている（Clin Exp Nephrol 2023.）。こうしたデータを踏まえ、令和6年度診療報酬改定では、慢性腎臓病透析予防指導管理料が新設された。

J-CKDIでは、全国を12のブロックに分け、それぞれの地域にブロック代表および都道府県代表を選任し、各地域で活動を展開している。人々の暮らしや生活様式は多彩であり、生活習慣の偏りに基づく“生活習慣病”への介入方法も全国一律ではない。地域の実情に精通した方々による地道な活動こそが重要であり、各自の持ち場がCKD対策の最前線といえる。

⁴ 花房 規男, 阿部 雅紀, 常喜 信彦他（2021）「わが国の慢性透析療法の現況（2020年12月31日現在）」

多くの仲間と協働し、CKDの克服、また疾患を有していても一人ひとりが善く生きることのできる社会の実現に向けて、取り組みを進めていきたいと考えている。



4. パネルディスカッション1「健康診断によるCKDの早期発見と結果を活用した早期介入」

本パネルディスカッションの目的

初期段階では自覚症状が出にくいCKDにおいて特に重要なのが、健診における早期発見・早期介入である。健診受診率の向上、健診におけるリスク群のスクリーニングと受診勧奨を行い、確実に医療につなげることが求められるが、職域保険、国民健康保険（以下、国保）において共通の課題があり、受療できていないCKDリスク群は95%という研究結果もある。本パネルディスカッションでは、既存の健診制度における課題を抽出するとともに、今後さらに求められるCKD対策強化のための健診制度の在り方、医療資源が地域で有限であることを踏まえた受診の在り方や強化に向けて、分野を超えた有識者と共に産業保健や自治体における好事例を共有し、議論を深堀する。

登壇者

猪阪 善隆 （大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学 教授）

島田 妙 （岡山県岡山市 保健福祉局 保健福祉部 国保年金課 レセプト・保健係 副主査 保健師）

三宅 亮仁 （岡山県 保健医療部 健康推進課 健康づくり班 主任）

モデレーター

吉村 英里 （日本医療政策機構 シニアマネージャー）

* 敬称略、五十音順、御所属・肩書は開催当時のものです。

2024年、CKD患者数推計が増加

- 健診受診者を対象にCKD患者数を推定した場合、健診受診者は健康意識が高いため、推定値は選択バイアスの影響を強く受け過小評価される可能性が指摘されていた。そのため、過去の健診受診率等を鑑みた上で、CKDの有病割合を算出する研究を行った。その結果、CKD成人の5人に1人（患者数は約2,000万人）となり、これまでの推計8人に1人（約1,330万人）を大きく上回る推計（2024年）となった⁵。CKD患者数の増加の背景は、高齢化の影響に加えて、健診受診率を考慮する必要がある。また、全国健康保険協会（協会けんぽ）のデータを使用した未発表研究の結果によると、労働世代30歳から64歳のうち17.08%の人がCKDであることが推計されている。

CKD早期発見における健診の意義

- 健診において尿検査は必須項目であり、健診医が判断した場合は精度高く腎機能をモニタリングできる血清クレアチニンを測定する。一部の自治体や、職域保険者において、血清クレアチニン測定は必須項目になっている。

血清クレアチニンは、筋肉から生成され腎臓で濾過されて尿中に排泄される。筋肉量に影

⁵ Kobayashi A, Hirano K, Okuda T, Ikenoue T, Yokoo T, Fukuma S. Estimating the prevalence of chronic kidney disease in the older population using health screening data in Japan. Clin Exp Nephrol. 2025 Mar;29(3):276-282.

響することから、男性の方が血清クレアチニンの基準値が少し高く、女性や高齢者は低くなるため、示す値が必ずしも腎機能に比例しない。そのため、CKDの診断は血清クレアチニンではなく、血清クレアチニンから算出される推定糸球体濾過量（eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate）で行う。eGFRの低下速度を適切にモニタリングし、血圧管理や食事療法で可能な限りその低下速度をなだらかにし、末期腎不全への進行を抑制することが必要である。

- 大阪府内の自治体の健診データを用いた研究によると、健診受診者に比べて、健診未受診者・腎機能に関する検査未受診者は、末期腎不全のリスクが高いことが明らかになった。CKDの早期発見に向けて、健診受診者を増やし、スクリーニングを強化するとともに、特定保健指導ならびに受診勧奨を通じた早期介入を徹底すべきである。

特定保健指導の医療機関受診を促す効果

- 大阪府内で地域別に、特定健診受診率と特定保健指導の実施率を調査したところ、ある2つの自治体において特定健診受診率は他地域と比べて大差がなかった一方で、両市ともに、特定保健指導の実施率が5%未満と低いことが明らかになった。また、糖尿病、高血圧、脂質異常、腎不全、脳血管疾患、心疾患等の有病割合が非常に高く、平均寿命も短いことから、特定保健指導の実施率の低さが影響し、健康の地域格差を生んでいる部分があると考えられる。現在取りまとめ中の研究データによると、特定保健指導は、受療へ一定の効果を発揮していることが示唆されている。具体的には、特定保健指導での受診勧奨後における6か月以内の医療機関受診有無を調査すると、ある特定保健指導参加率の高い地域では約8割の人が医療機関を受診し、一方、特定保健指導実施率が低い地域では約5割が医療機関を受診していた。このように、地域によって開きがあり、特定保健指導の実施率と医療機関受診率との関係がみられた。

受診勧奨・特定保健指導の効果を高め、受療・継続受診を強化する方法

- 岡山県では、受診勧奨や特定保健指導をより効果的に実施するべく、健康教育資料を作成している。例えば「糖尿病とCKD」、「喫煙とCKD」、「フレイルとCKD」など、各種疾病や生活習慣病と関連した資料を作っており、対象者に合わせた保健指導を実施している。
- 岡山県内の自治体の特定健診でCKDリスク群と判断された人や糖尿病性腎症重症化予防対象者への配布を目的に、岡山県は日本腎臓学会から発行されている慢性腎臓病の生活・食事指導マニュアルおよび、慢性腎臓病に対する食事療法基準などを参考に「[CKD管理ノート](#)」を作成した。自分のCKDの程度を客観的に把握できるよう、赤色、黄色、緑色等に分かれたCKD分類表にプロットできる仕様になっている。保健師は、CKD分類におけるeGFRの現在地とともに、何を目指していく必要があるかを学んでほしい思いで患者へ説明している。当事者からは「まずは自分で勉強してみたい」、「どんなことが書いてあるか知りたいのでぜひ送ってほしい」という声も聞かれる。

また、CKD管理ノートはかかりつけ医に配布し、患者の腎機能セルフチェックツールとしても機能しているばかりでなく、かかりつけ医と腎臓専門医間の病診連携ツールとしても活用されている。この機能が医療機関からは好評である。

- 岡山県は特定健診でCKDリスク群とされた人のフォローアップを有効に実施するための考え方をまとめた手引き「特定健診、特定保健指導の手引きCKDフォローアップ対策編」を作成し、地方自治体の参考にすべく発信している。本手引きは、特定健診の結果に基づき、eGFR値と血糖、血圧、脂質、尿酸等の腎機能低下リスクの数によって受診勧奨群、保健指導強化群、情報提供強化群の3つに対象者を分類・階層化した上で、各群に応じた段階的な介入方法を定義し、教育資材や指導方法も段階別にした保健指導の実施を促している。具体的には岡山市が以下の方法で実装している。
- 「受診勧奨域」対象者は、「eGFR90未満で尿蛋白＋以上、またはeGFR45未満」または「腎機能低下に起因する血圧、血糖、脂質に関して基準値以上」とし、個別の郵送による受診勧奨とともに希望者を対象に保健師・管理栄養士による面談や電話での健康相談を実施し、CKD管理ノートの配布も行っている。
 - 「フォローアップ保健指導域」対象者は、「eGFR60未満かつ血圧、血糖、脂質、尿酸（以下、追加リスク）のいずれか2つ以上が基準値以上の人もしくは、eGFR90未満かつ追加リスクが3つ以上の人（ただし、特定保健指導対象者・服剤中を除く）」とし、直接保健指導を行っている。対象者へフォローアップ保健指導の案内を送付し、希望者に対して保健師や栄養士による個別保健指導と6カ月間のフォローアップを行っている。まず、現時点の腎機能の低下の程度を確認してもらうべく、チェックシートを用いて説明し、認識・理解を促すように働きかけている。腎機能の悪化に伴い、どのような疾患にかかる可能性があるのかという理解をまず深め、重症化予防のための食事、運動療法の選択肢について説明している。保健指導希望者は高齢者が多く、生活習慣がすでに確立している一方で、健康への問題意識も強いことから、生活習慣改善に関して留意すべき点、具体的に取り組める点について話し、改善を目指している。今後は50代から60代の壮年期の人への保健指導受診強化を検討していきたい。
 - 「情報提供域」対象者は、「eGFR60未満で追加リスクが0～1つの人、もしくはeGFR90未満で追加リスクが1～2つの人」とし、生活習慣病に気をつけてほしいこと、eGFR値の見方やCKD予防について啓発する文章を送付している。
 - 岡山市は、上記各3段階のアプローチ方法に対する結果の評価も行っている。2023年度の「受診勧奨域」対象者計1,006人（腎機能低下の可能性あり：325人、それ以外の対象者681人）のうち、84.1%が受療につながっている。これは受診

勧奨後に国保データベース（KDB）システムで全対象者の受療状況を確認した結果である。さらに受診勧奨域の中でも、高リスクの対象者については、衛生部門と連携・協力し、保健所の各保健センターの保健師が直接訪問し、その結果、高い受療率につながっていると考えられる。「フォローアップ保健指導域」については、2023年度の対象者計747人のうち利用者は43人であった。利用者のうち、翌年度健診結果を比較したところ65.9%が維持・改善していた。

- 岡山市では、CKD受診勧奨基準に合致する対象者には、経年で繰り返し腎機能低下の可能性がある旨連絡し、医療機関未受診であれば受診勧奨を繰り返す。同じ人に繰り返し受診勧奨をしているため、本人は嫌気が指すかもしれないが、リスクをしっかりと自分の問題として捉えてもらうことが重要であるという認識のもと、市は今後とも継続していくつもりである。

受診勧奨・特定保健指導における医療従事者リソースの効率的かつ効果的な活用

- 受診勧奨・特定保健指導においては、保健師の役割が期待されるものの、そのリソースには限界がある。そのため、受診勧奨の手段や頻度をCKDリスクの度合いに合わせて階層化し、段階的かつ効率的な介入を行うべきである。
- 労働世代に対しては、産業医の役割強化が期待される。経年的に健診データが蓄積される職場において、産業医がeGFRの推移および低下速度を追い、他健診結果情報と合わせて受診勧奨頻度を毎年から数年に1度に調整するなど、適時にかかりつけ医に情報共有および紹介することで、患者の負担のない受診行動へつなげることができるのみならず、地域の医療資源の有効活用が可能となる。

<自治体好事例>

健診から受診勧奨・保健指導以外の部分においても、岡山県、岡山市は様々な先進的な取り組みを行っており本会合中に共有があった。以下、好事例として共有する。

岡山県

- CKD・CVD（心血管疾患; CVD: Cardiovascular disease）会議体の設置
平成24年から岡山県CKD・CVD対策専門会議を設置している。この専門会議では、連携体制を構築し、県への政策提言や助言を行っている。具体的には、研修会の開催や情報発信を通じた普及啓発、特定健診受診者へのCKD早期発見・早期介入、新規透析導入患者数、透析患者数の調査分析などを実施しており、県民の糖尿病性腎症重症化予防や健康寿命の延伸を目指している。
- 病診連携促進
県内をいくつかの地域に分け、その区域ごとに、かかりつけ医と腎臓専門施設が患者の病態に合わせて医療連携できるようCKDネットワークを設置し、病診連携を促進している。

➤ データ分析に基づく政策立案

国保データベースシステムを用いて、岡山県や各市町村の糖尿病、高血圧、慢性腎臓病などの生活習慣病に関するデータ分析を実施し、市町村ごとの特色を明らかにしている。また、レセプト分析により透析患者と保存期腎不全患者を抽出し、その人数や医療費を市町村ごとに算出している。

➤ 県民への啓発

世界腎臓デー（3月第2木曜日）に合わせて県民への普及啓発活動を実施している。県民公開講座や地上波のニュース番組への出演、懸垂幕の掲示、大型商業施設や駅、バス内等の人が集まる場所でのデジタルサイネージでの掲示を行っている。県民の生活導線を意識して、あらゆる人が目につくように啓発している。また、特定健診の普及啓発も実施しているが、今後ナッジ理論等も活用しながらあらゆる方法で啓発していく必要がある。

岡山市

➤ 特定健診受診率の強化

国保の健全な運営維持と医療費適正化を掲げ、特定健診の受診率向上対策とCKD対策の二本柱に注力している。特定健診受診率は2019年30.3%、2020年は新型コロナウイルス感染症の影響を受け27.3%まで落ち込んだことを受けて、2021年から重点施策として開始、対象者に対して葉書やSNS等を使った健診受診勧奨を実施し、さらには各医療機関に来院の患者に対しても健診受診を呼びかけてもらうよう依頼した。その結果、2021年度は32.2%、2022年度32.1%、2023年度も同じ水準まで維持向上することができた。

➤ データ分析に基づく政策立案

2010年に岡山市国保が行った医療費分析の結果、CKD対策の実施を通じて医療費抑制効果が期待できるとされ、CKD対策を強化した。その後、2011年度から特定健診の必須項目として血清クレアチニン、総コレステロール、尿酸の3項目を追加した。腎機能低下の恐れがあり、高血圧等の生活習慣病リスクが高い人に対し、CKDの重症化予防や腎不全への進行防止を目的とした特定保健指導や受診勧奨を強化する一貫した体制を整備し、PDCAサイクルを回している。

➤ 市民への啓発

県の世界腎臓デーの取り組みと一緒に、岡山市でも市独自で駅前でパンフレットの配布や、広報誌等に啓発記事を掲載し、普及啓発を行っている。CKDが身近な病気であることを知ってもらうとともに、かかりつけ医が患者へ継続受診を促すことも重要であるが患者のみならず家族等周りの人がCKDを知り、受診ドロップアウトを防止していくことが必要である。市や県、国全体が問題意識を持てるような啓発を継続実施していく。

岡山県における県と市町村の有機的な連携

- 岡山県では県と市町村の役割分担と連携が有機的に機能している。県のリーダーシップの下で医師会や腎臓専門医と連携したCKDネットワークが構築され、患者への早期受診勧奨は市町村が行い、その後CKDネットワークを通じた医療連携が行われることで、地域で広くCKD患者を受け入れることに大きく寄与している。また、県が市町村合同で、CKD対策に関する情報交換のための研修会を毎年実施している。好事例を持つ自治体の取り組みや医療費分析結果、課題を共有し、さらには県への意見集約等を行い、毎年CKD対策をブラッシュアップしている。国保ヘルスアップ事業においても、市町村の保健事業の実施計画評価に関する会議を設定し、助言等を行っている。市町村での取り組みを促進すべく、県では普及啓発や保健指導のための資材を作成し活用を促している。さらに、CKD・CVD対策専門会議を県が設定し、別途実施しているCVDの会合からの情報もCKD・CVD専門会議で共有しつつ、疾患横断で包括的な対策の検討を行っている。このような県のリーダーシップは、実際に市町村の政策実装にとって非常に有効になっている。

高まる労働世代におけるCKD対策の必要性

- 65歳未満の労働世代でCKDを持つ人は約250万人と言われ、新規透析導入者数年間4万人弱（2023年末時点36,115人）のうち、約1万人（2023年末時点9,459人）が65歳未満とされる。血液透析は週3回、1回4時間を要することから、労働時間縮小の影響は避けられない⁶。ある地域では、健診後の受診勧奨を受けて高齢者の約8割は受療している一方で労働世代の受診率は低く、例えば、40歳から49歳の要医療機関受診男性のうち約3割しか受診していないという結果もある⁷。
- 長時間残業や夜間勤務はCKDの進展因子であり、労働に伴う睡眠不足、運動不足もCKDの発症・進展に関わることが知られている。また、最近の猛暑、高熱環境下での勤務は、脱水症状を伴い腎機能が急激に低下することや、特定の化学物質等によって腎障害を伴うこともあり、労働安全衛生の観点からも対策が必要である。事業者、保険者をはじめ、社会全体で一体となったCKD対策が求められる。

協会けんぽでのCKD対策の取り組み

- 協会けんぽは、国民の約3人に1人、4,000万人が加入している日本最大の保険者であり、中小零細企業勤務者が対象である。従業員数が2人以下の企業が半数以上で、30人

⁶ 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2023年12月31日現在）」補足表14のデータよりHGPIが算出 <https://docs.jsdt.or.jp/overview/file/2023/add/03.pdf>（アクセス日：2025年3月24日）

⁷ 大阪府健康医療部健康推進室健康づくり課「大阪府健康増進計画最終評価のための府民調査の結果について」<https://www.pref.osaka.lg.jp/o100070/kenkozukuri/kenkouzousinkeikaku/index.html>（アクセス日：2025年4月9日）

未満が約9割を占める。そのため、産業医や保健師等、医療専門職が常駐していない企業が大半で、従業員のヘルスリテラシー向上にも課題がある。

- 協会けんぽが力を入れている取り組みの 一 つとして、定期健康診断の代わりに生活習慣病予防健診という形で、がん検診も含めた少し項目の多いパッケージの健診へ費用補助を拠出している。この健診項目では全員を対象に、血清クレアチニン測定を必須としており、CKDスクリーニングを徹底している。もう一つは、健康診断受診後、受診勧奨されても受療をしていないケースへの対応である。1年間で約1,000万人が協会けんぽの健診を受診し、そのうち約100万人は精密検査が必要で、その対象者の約半数は健診機関や、事業所からの働きかけで受診するが、残りの約半数は放置しているという状況がある。協会けんぽでは、受診勧奨を受けたにも関わらず健診受診後3カ月間レセプトデータがない人を医療機関未受診者と定義の上、協会けんぽから直接本人宛の通知物を送付している。そこには、健診で出た数値を記載し、医療機関にそのまま持っていける形にしている。しかし、通知を送付しても約15%の人しか反応がなく、経年での通知対象者は受診しない割合がさらに高くなり岩盤層対策のような課題があることから、対策の強化が望まれる。



5. パネルディスカッション2「CKD対策推進におけるかかりつけ医の役割と課題」

本パネルディスカッションの目的

健診等を通じてCKDリスク群とされ、かかりつけ医を受診した後、適切なタイミングで継続的な治療が提供されること、また、かかりつけ医から腎臓専門医への適時的な病診連携はとりわけ重要である。一方で、かかりつけ医に対するCKD診療ガイドラインは十分に浸透しているとはいえず、尿検査を可能とする環境整備や管理栄養士・腎臓病療養指導士等のコメディカル不足・偏在も地域でCKDを診療していく上での課題である。さらには、糖尿病や高血圧等、腎臓内科以外での治療を受けている患者に対して、腎臓専門医と連携しCKDへの介入をフォローアップすることも重要である。本パネルディスカッションでは、地域でのCKD早期発見・介入および病診連携において、かかりつけ医の役割を中心に、地域で多職種連携の在り方を含めたCKD保存期患者に求められる対策について議論を行う。

登壇者

今村 英仁 （日本医師会 常任理事／公益財団法人 慈愛会 理事長）

内田 啓子 （基金拠出型医療法人 眞仁会 横須賀クリニック 診療部長）

小林 一雄 （日本臨床内科医会／内科クリニックこばやし 院長）

細越 百合香 （腎疾患当事者）

モデレーター

乗竹 亮治 （日本医療政策機構 代表理事・事務局長）

* 敬称略、五十音順、御所属・肩書は開催当時のものです。

産業保健に期待される受診勧奨強化

- 健診後の受診への動機づけが課題であるが、労働世代においては各企業規模や企業・保険者の腎疾患対策の力の入れ具合によって、医療機関受診率が異なり、その後の健康状態が左右されることがある。そのため、ある一定程度の強制力がある受診勧奨の検討もあって良い。例えば、健康増進に力を入れているある企業では、健診後の医療機関への受診の有無が業績評価の一部になっており、受診の動機づけにもなっている。自覚症状の乏しい初期段階に腎臓専門医が1年に1回でも診ることで、その後CKD保存期を代替療法なしに長く維持することにつながる。

かかりつけ医に期待される役割と機能

- CKD予備軍は近年増加傾向にあるが、実際に、かかりつけ医にかかる全患者のうち45%がCKDであることが明らかとなった⁸。この事実を踏まえると、かかりつけ医は、内科を標榜する医師以外にも、花粉症、風邪、胃炎、皮膚、眼科疾患、他非感染性疾患などの診療する症状と合わせて、CKDを併存している、または増悪の可能性があるということとを認識の上、日常診療の中でCKDの疑いを感知し、腎臓専門医へ紹介できる知識、体

⁸ 小林一雄, 宮川政昭, 佐藤和義, 安田隆, 木村健二郎 (2015) かかりつけ医に通院中の非糖尿病・高血圧患者における慢性腎臓病の実態, *Journal of blood pressure* (血圧), 22 (12), 923-928.

制を有し、かかりつけ機能を十分に発揮するべきである。

- 壮年期より若い世代は、かかりつけ医を有していない人も多いため、健診後の医療機関受診でどんな診療科を受診しても腎臓専門医への紹介と治療が期待できる仕組みができれば患者は心強い。
- 2024年7月に公表された「[「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」報告書](#)」において、地域で必要となるかかりつけ医機能の確保に向けて医師の教育や研修の充実が含まれているが、今後、かかりつけ医機能教育プログラム内に、いかにCKDに関する内容を位置付けられるか検討していく必要がある。血圧といえば循環器病という認識は浸透してきたが、これから先、「メタボリックシンドローム（以下、メタボ）といえば糖尿病、循環器、そしてCKD」という認識が一般国民に広まることが望まれる。そして、日本医師会を中心に、循環器病、糖尿病、がん等の他非感染性疾患関連学会と協働し、先行する取り組みを学び合いながら横断的に腎疾患対策を推進するべきである。
- 腎疾患以外の不調を抱える場合でも、腎機能によって代謝や排泄が影響を受ける薬剤が多いため⁹、処方時には腎機能の評価が不可欠である。しかし、ある地域を対象とした薬物処方時の腎機能評価に関するアンケート調査によると、処方時に腎機能を指摘されなかったのは対象者の約2割という結果が出ており、一部の医師が腎機能の評価せずに処方をしている現状が示唆された¹⁰。医師のみならず薬剤師、看護師等の医療従事者が職種横断的に、腎機能へのアンテナを高めて診療する必要がある。
- 腎臓専門医以外の医師への啓発強化には、人口動態の変化に基づく20年、40年、さらに先の将来CKD患者推計をシミュレーションし、CKD対策が急務であること客観的に示すデータ作成と発信が必要であり、学会の主導が期待される。
- CKDの食事療法である適正なエネルギー量、たんぱく質のコントロールの継続は患者に極めて大きな精神的負担がかかることが多い¹¹。しかし、診療所において、管理栄養士を雇用し自院でCKDや糖尿病患者へ食事療法を行うかかりつけ医は多くなく¹²、

⁹ 日本腎臓学会（2024）「CKD診療ガイド2024」，第12章 薬物療法の注意

https://cdn.jsn.or.jp/medic/guideline/pdf/guide/viewer.html?file=1-178_v2.pdf（アクセス日：2025年4月8日）

¹⁰ 小林一雄（2018）剤物投与時の腎機能評価に関する相模原市実地医家へのアンケート調査，日腎会誌，60（2），141-148.

¹¹ 日本腎臓学会（2014）「慢性腎臓病に対する食事療法基準 2014年版」

<https://cdn.jsn.or.jp/guideline/pdf/CKD-Dietaryrecommendations2014.pdf>（アクセス日：2025年4月8日）

¹² 小林一雄（2019）かかりつけ医における慢性腎臓病の食事療法，腎と透析，86（4），415-420

かかりつけ医自身も、栄養の知識が必ずしも十分でないことから形式的な食事の指導をすることも少なくない。一律かつ流れ作業的な指導は、患者の食事・治療へのモチベーション低下を招き、症状悪化のリスクを高める可能性がある。そのため、家族や本人の性格を踏まえた、患者に寄り添った指導が不可欠であり、この点において本来は、関係構築ができていないかかりつけ医が真摯に取り組むことは大きな意義があることから、かかりつけ医の腎臓専門医や管理栄養士との連携を通じた食事療法へ積極的な関与が期待される。

- かかりつけ医は、診察のみならず健診や予防接種の実施等、予防から診療までを行い、患者に合う機会も多く、患者も心の距離を近く感じやすい。そのため、診療所外でのサプリ摂取の状況等健康管理の話、家族の話、他愛のない雑談から患者の全人的な情報を収集しやすい。日常的なコミュニケーションで得た情報から、CKDの啓発や治療を行うことが望ましい。

CKD 診療における病診連携（かかりつけ医、腎臓専門医それぞれの視点から）

- CKD診療においては、かかりつけ医と腎臓専門医が適切に役割分担を行い、かつ有機的に連携することが必要である。担う役割については、かかりつけ医と腎臓専門医の得意、不得意を踏まえて検討する必要がある。例えば、血圧管理や腎臓貧血の管理はかかりつけ医の得意分野である一方、電解質管理、透析導入時の説明、食事療法は、かかりつけ医より腎臓専門医の方が一般的に得意であると考えられる。また、円滑な病診連携の促進のためには、かかりつけ医と腎臓専門医が顔の見える信頼関係があることが有効であることが研究結果から明らかになっている。かかりつけ医が腎臓専門医の知識を習得するのではなく、役割分担を適切に行い地域で医師同士が連携することが効果的である。
- 病診連携におけるかかりつけ医の視点
 - CKDは疾患特性上、健診・検査データのほかに症状が出ていない場合（グレーゾーンにある場合）、かかりつけ医にとっては健診結果の解釈が難しく、腎臓専門医を適切に紹介できていない、患者へ適切に説明をできていない可能性がある。日本腎臓学会の[診療ガイドライン](#)は定期的に更新されており、患者の状態ごとに腎臓専門医への適切な紹介頻度が示されているが、かかりつけ医が例えば、むくみなど軽度の症状やわずかに基準値を超えた検査結果からCKDを判断することは難しい。
 - かかりつけ医が、紹介後に患者への適切なフォローアップ方法を標準化するのは難しく、手探りである場合が多い。患者の紹介を受けた腎臓専門医は、かかりつけ医へ治療方針を示す等、多忙を理由にせず、責任を持ってコミュニケーションし、連携するべきである。

➤ 病診連携における腎臓専門医の視点

- 腎臓専門医は、かかりつけ医と連携し継続的に患者を診療したいものの、次の診療につながらないもしくは、診療がかなり先になってしまうことがしばしばある。患者個人の課題なのか、かかりつけ医に症状や治療方針が伝わらなかったのか、かかりつけ医の困りごととは何か等、その背景を知り、医師同士の連携を改善していきたい。

CKD 保存期患者の当事者視点で求められる支援体制

➤ 当事者の求める腎疾患対策

- CKDは完治が難しく、治療をして少し快方に向かう場合もあれば、現状維持や重症化予防を行うしかない場合が多く、患者によっては精神的負担が大きい。またCKDステージや個人の症状次第では厳密な食事制限を強いられることから、患者同士が不安や不満を共有できる場所づくりやピアサポートの充実が求められる。
- CKDの食事療法は指示を受けたその日から始まり24時間365日続く。エネルギー、たんぱく質、食塩相当量に関する指導を受けても、患者が自力で食事療法を行うのは困難であることから、食事の方法を適切に且つ丁寧に患者へ教える仕組み・制度が求められる。さらに、患者にとって食事療法は人生へ影響する。永続的な食事制限、旅行や外食の制限等、食事への楽しみが失われることで精神的な落ち込みを経験する患者は少なくない。そのような心理的負担からメンタル不調、さらには食事そのものへの不安や恐怖から低栄養状態に陥ることもある。そのため、管理栄養士、医師が連携し、メンタルヘルスも支援できる体制作りが急務である。
- 医師は完全無欠ではなく、一人の人間として試行錯誤を重ねながら治療に取り組んでいることを患者自身も理解し、対等な存在として共に治療を進めていくという気持ちで診療を受けることが円滑な治療や継続的な管理につながる。

➤ 多職種連携による支援体制

- 「治す医療から支える医療へ」多職種連携、チーム医療を通じて、専門職が患者を中心に疾患横断的に支援体制を構築する動きが出てきている。地域や病院、診療科によって偏りはあるものの、専門職同士の連携を通じた医療の質の担保は今後さらに求められる。医師に言いづらい患者の本音も、看護師や管理栄養士等のコメディカルとのコミュニケーションを通じて聞こえることがあり、患者にとっても多くの専門職に支えられ見守られている安心感を抱くことができる。
- 地域で腎臓に関して専門的知識を持つ看護師や薬剤師、または腎臓病療養指導士が常駐している医療機関等の見える化、ならびに受診・相談ができるよう患者が

情報や支援にアクセスしやすい仕組みづくりを、地域の実情に合わせて設置することが求められる。

- CKD保存期の患者に対して、治療継続への動機付けの一環として「透析にならないために頑張りましょう」と声かけをすることがある。しかし、透析に対して必要以上に恐怖心を植え付けてしまうと透析になった時、患者が絶望感に襲われ、その後の生活の質（QOL: Quality of Life）に影響してしまうことがある。日本の透析医療は世界的にも質が高く、透析導入後もその人らしい生き方を追求していくことを前提に、効果的な指導方法を検討する必要がある。

社会一体となったCKD 対策システムの強化

- 患者・市民のQOL改善を結果に見据え、CKD予防と早期介入・早期治療を社会全体の重要な取り組みとして推進するための仕組みづくりが求められる。そのためには、医療費等の定量的なコストだけでなく、患者・市民の生活の質や社会的生産性を高める視点が必要であり、長期的には社会全体のコスト削減と患者・市民のwell-being実現の両方を目指す好循環が生まれることが望まれる。そのためには、産官学民が積極的に連携し、予防から治療、社会復帰までを視野に入れた包括的な支援を可能にする仕組みを、互いの知見を活かして共に模索することが必要である。



6. パネルディスカッション3「自治体でのCKD政策とさらなる推進に向けた中央政府の役割」

本パネルディスカッションの目的

CKD対策の実装を進める地方自治体は増加傾向にあり、その対策の内容も地域課題に応じた形で発展、横展開が進みつつある。一方で、中央政府から強制力の高い法律等がないことから、その均てん化は十分とは言えず、今後も中央・地方両輪でのCKD対策推進が引き続き求められる。本パネルディスカッションでは、自治体の先行事例の共有、そこからの学びや教訓、課題を共有、発信するとともに、その解決策および政策推進について議論を深堀する。

登壇者

小川 麻里子（岐阜県 健康福祉部 保健医療課 健康増進係 技術主査）

中川 直樹（旭川医科大学 内科学講座 循環器・腎臓内科学分野 教授）

三ッ林 裕巳（衆議院議員）

山崎 元靖（神奈川県 健康医療局 医務担当部長）

モデレーター

吉村 英里（日本医療政策機構 シニアマネージャー）

* 敬称略、五十音順、御所属・肩書は開催当時のものです。

国の腎疾患政策に関する動き

- 立法府では、田村憲久元厚生労働大臣が会長を務める自民党、腎疾患対策議員連盟において腎疾患対策が行われている。また、2023年10月に厚生労働省 腎疾患対策検討会より報告書「中間評価と今後の取り組みについて」が発出された。国としても、腎疾患の重症化予防を徹底することで、年間4万人の新規透析導入患者数を3万5,000人まで減らすことを目標としているが、横ばいの状態が続いている。重症化予防の方法が標準化されにくく、そしてかかりつけ医と腎臓専門医の連携も十分ではないことが背景としてある。
- CKDの原疾患は多様で、患者数の多い順に糖尿病性腎症、慢性糸球体腎炎、腎硬化症となっている。糖尿病性腎症への対策を強化するとともに、昨今、増加傾向にある腎硬化症対策のために高血圧症の管理強化も必要である。保存期の慢性腎不全の状態をできるだけ長く維持し、透析導入を抑えていくことが必要である¹³。

地域連携（多職種連携・病診連携）推進

- 地域における医療提供体制の整備については、特にCKD初期段階よりかかりつけ医から腎臓専門医へ病診連携を確実に行うことが重要であり、かかりつけ医と腎臓専門医

¹³ 日本透析医学会「慢性透析患者 原疾患割合の推移（1983-2023）わが国の慢性透析療法の現況（2023年12月31日現在）」

が連携しやすい体制構築を国が支援していくことが必要である。また、CKDの重症化予防は、たんぱく質摂取量の管理など食事療法が必要であり、糖尿病性腎症ではさらに複雑な栄養管理が求められることから、全人的に対応できるよう看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師などコメディカルの人材育成も必要である。

- かかりつけ医と腎臓専門医の連携について、熊本県や福島県、千葉県などでは、かかりつけ医が一定の基準（地域の腎臓専門医の講義受講歴があり医師会から認定される）を満たせば、CKD協力医として登録され、患者の紹介を受ける仕組みがある。そして定められた項目を適切に検査し、腎臓専門医への紹介基準に合致する場合には、腎臓専門医に紹介する取り組みが行われており、全国展開できるよう検討され始めている。

<自治体好事例>

神奈川県

- 腎疾患政策推進の背景
 - 神奈川県において腎疾患政策が先行している理由は2つある。1つは、知事自らが腎疾患領域への関心が高いことである。知事が就任当初から掲げてきた「未病」、つまり「病気と健康が二分化されるわけではなく、その間がグラデーションとしてずっとつながっている。つまり健康な時から、常に病気に対して気を遣っていかねばいけない」というコンセプトがまさに自覚症状がない eGFRの低下を気遣うというCKD管理とマッチしている。もう1つは、神奈川県内の大学に所属する医療従事者がCKD対策に非常に熱心で、行政へ協力を得ることができたことである。知事と医療従事者の目指す方向がうまくマッチした。
- 糖尿病重症化予防の成果を踏まえたCKDへの応用
 - 糖尿病を理由とする新規透析導入患者数が減少しており、神奈川県の糖尿病重症化予防の成果だと考えている。2023年11月の糖尿病デーの前に、知事と県医師会長、糖尿病が専門の県医師会理事が共同で記者会見を行い、その成果を広く訴える場を設けた。知事と医師会が一緒に会見を開くことで、お互いが協力関係にあり、一体となって力を入れていることをアピールできた。
 - 糖尿病重症化予防対策の成果を受けて、CKDにもその成功体験のスキームを応用する形で進めている。糖尿病の予防事業のから対象を拡張したCKD連携モデルを策定し、高血圧の人も適切に拾い上げ、地域の連携につなげていく。糖尿病の人は糖尿病専門医につなぎ、CKDの人はかかりつけ医もしくは腎臓専門医につなげる。糖尿病での成功体験からCKDでも同様に進めようという機運があり自然に広がっていった。

- 糖尿病重症化予防対策が成功した要因については、1つの対策をもって成果が出たということは難しく、そもそも糖尿病治療の進歩による影響も無視できない。そもそも、予防や未病対策の効果は、定量的な効果を示すことは難しく時間も要する。CKDに関しても、糖尿病による新規透析導入者数減少のような、目に見える形で効果を示したいが、アウトカムの出し方については今後さらに検討を進めたい。

➤ 受診勧奨の強化を調整中

- 特定健診後にCKD疑いありとされ受診勧奨の対象となる人に対して、かかりつけ医もしくは腎臓専門医につながるよう、行政もフォローしていく体制を構築できないかと検討している。現在、県内の一部の市町村で開始できるよう調整している。良いモデル地域が生まれ、県内で横展開していけるようになることを期待している。

北海道旭川市とその周辺町

➤ 腎疾患政策推進の背景

- 厚生労働省の令和6年度慢性腎臓病（CKD）重症化予防のための診療体制構築及び多職種連携モデル事業に採択された。糖尿病性腎症重症化予防プログラムの作成時に、旭川市のみならず周辺の9町も巻き込んだ圏域でCKD対策プログラムを作成し、旭川市周辺の町の居住者も旭川市の医療機関へ紹介しやすくなった。
- また、本プログラムの質を維持することを目的に、腎臓専門医、糖尿病専門医、行政保健師、栄養士等、地域の専門家とともに年に数回事例検討会を行っている。そのきっかけとなったのは、全国で保健師、栄養士が既に実施していた「保健活動を考える自主的研究会」である。本研究会のリーダーシップをとっていた人が北海道に多くいて、そのような仲間と連携して進めている。本モデル事業では、健保組合、健診施設等との連携構築も求められており、今後推進していきたい。

➤ 対策の効果

- 地域のCKD対策に関わる保健師、栄養士は、地域住民のことを家族のように思いながら丁寧な対応をしている。病院で既にCKDの診断がついた患者を診ている医師の立場とは異なり、行政の保健師、栄養士は、自覚症状のないCKD患者をいかに説得して医療につなげるか、というところに注力している。家庭訪問を繰り返し、腎臓の機能から説明するなど丁寧な指導をして医療につなげており、こうした地道な活動は、全国で新規透析導入患者数、とりわけ75歳以上高齢男性の導入者数が増加している一方で、北海道では大きく減少しており顕著な成果となって表れ始めている。
- 旭川市の周辺町のように、小さな自治体ほどネットワーク軽く住民へアクセスしやすい利点がある。この取り組みの横展開ができることが理想であるが、人口1万人以上規模の大きな自治体になると、マンパワーの制約からこのような濃い保健指導は難しいだろう。

岐阜県

➤ 腎疾患政策推進の背景

- 岐阜県の慢性透析患者数は全国と同様に年々増加し、35年前に比べて6倍に増加している。原疾患となる糖尿病や高血圧の患者が増えているという背景がある。新規透析導入患者数は、過去10年間ほぼ変わらず横ばいであるが、糖尿病性腎症は2017年、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの開始以降、徐々に減少傾向にある。糖尿病対策だけでなく、高血圧による腎硬化症対策も必要であると考え、糖尿病とCKD疾患横断でオール岐阜の体制を構築しようと考え、岐阜県が旗振り役を務めている。

➤ 国の報告書に基づく県での実装推進

- 2008年の「[今後の腎疾患対策のあり方について（腎疾患対策検討会報告書）](#)」をもとに、2011年に県が事務局となってCKDの予防対策検討会を設置した。腎臓専門医が少ない地域であった下呂市をモデルに、腎臓専門医が不足していてもライフサイクルに応じた腎疾患対策が推進できることを示した。さらに2018年の「[腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～](#)」に基づいて、再度県がリーダーシップをとってこの5年間進めてきた。
- 初年度2019年には、これまでの課題を振り返りながら県の役割について整理を行い、2020年には、県医師会に医療連携ワーキンググループを設置し、腎疾患対策の理解促進やCKD管理基準の検討を行った。
- 2021年には、県内各地域にある22の医師会各所にCKD担当理事を配置し、管理体制の周知や地域での連携体制の構築を進めた。県が設置した慢性腎臓病対策推進協議会と糖尿病対策推進協議会との連携に基づき方針等を決定し、22地域の医師会CKD担当理事および42市町村の担当者に方針を説明し、地域での体制構築を進めるよう提示している。
- 2022年には、医師の偏在に関する課題を受けて、より重点的に対策推進を行うモデル地域を4つ設定した。岐阜県は全国で9番目に腎臓専門医が少ない。圏域によっては腎臓専門医が1人しかいないところもあり、こうした各地域の特徴に応じた対策を進めることが重要と考えた。そこで4つのモデル地域を設定し、県全体でCKD対策を進めている。モデル地域は、地域の特徴に基づいた2つのカテゴリーに分けて選定した。1つ目のカテゴリーは「1医師会1市町村」のタッグが組める状況の地域である。県医師会の医師がCKD担当理事を担っている地域を選定し、県で作成している患者の理解を促すためのツールを含む県の対策を実際に積極的に実装、運用し、評価を行う。
- 2つ目のカテゴリーは、「1医師会が複数の市町村で構成」される地域である。選定した2つの地域の特徴はそれぞれ、「地域内に病院がなくCKD対策が異なる市町やか

かかりつけ医との連携を進める必要がある地域」と、「糖尿病性腎症重症化防プログラムを着実に推進し、CKD対策にまで対象を拡充させて取り組みを発展させている地域」である。その一つである恵那地域を紹介すると、2019年に糖尿病性腎症重症化予防に取り組むために連携会議を設置。さらに医療のワーキングチーム、行政のワーキングチームを設置し、それぞれが具体的な方針を決定し、地域における連携を通じたCKD対策の構築を着実に進めている。特に医療ワーキングチームで行われている症例検討は、2カ月に1回のペースで開催されており、医師、薬剤師、看護師、保健師と様々な職種の参加者が講義、情報共有を行い、地域でのCKD対策の在り方を検討している。

- 一方で、モデル地域のなかでも取り組みの継続が困難であった地域もある。その背景には、リーダーとして取り組みを牽引する者の存在の有無や、複数の行政との連携の難しさ等が課題であると感じた。

➤ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムのCKDへの拡張

- 糖尿病性腎症重症化予防プログラムの中に保険者の役割を記載し、保険者協議会に情報提供して協力を仰いでいる。2022年には、かかりつけ医への連絡票に「慢性腎臓病」の文言を入れて、糖尿病だけでなくCKDに対しても、しっかり連携を図るよう依頼している。また、協会けんぽと連携し、協会けんぽ被保険者への受診勧奨を開始した。具体的には協会けんぽ本部でレセプトデータを確認して健診後の受診勧奨にも関わらず3カ月間治療がなかった人へ再度受診勧奨をしている。加えて6カ月間レセプト情報がなかった人に、さらに受診勧奨するという岐阜県独自の取り組みを行っている。過去2カ月間の評価では、この取り組みを通じて約2割が受療につながり、成果がでていていると考える。一方、継続的な支援や、受診につながらない住民への対応の難しさ、協会けんぽ等の被用者保険から国保に移動した際のデータの連携等の課題も明らかになっている。

➤ 行政による病診連携促進・多職種連携促進

- かかりつけ医は内科医のみならず、整形外科医など他診療科の医師も多くいるため、全ての医師がCKD診療ガイドラインに限なく目を通し日々の診療にあたることのハードルがある。岐阜県ではひと目で見てわかるような、かかりつけ医から腎臓専門医への紹介フローをかかりつけ医へ送付し連携を促進している。かかりつけ医からは、「どの段階で腎臓専門医と連携すればいいのかがわかりやすくなった」という意見もあるが、「腎臓専門医に紹介すると患者が戻ってこないのではないか」、「こんなにたくさんの方を送って、腎臓専門医の先生方が困らないのか」といった意見もある。一方で、腎臓専門医からは、「透析間近になるほど重症な患者の紹介も多く、早い段階で腎臓専門医へ紹介いただき、かかりつけ医で適切に管理しても

らうためにこちらから指示を出したい」といった声も聞かれる。つまり、連携ツールの作成自体が目的になるのではなく、連携ツールを活用した有効な連携促進のために、かかりつけ医と腎臓専門医の信頼関係構築を同時に進めていく必要がある。

- 岐阜県は、健診後の結果を経年的に把握し保健指導を実施している。その中でeGFRが低下し、かかりつけ医に腎臓専門医への紹介を依頼したにも関わらず、かかりつけ医から「腎臓はまだ大丈夫」と言われ介入が行われず、患者も保健師も困惑するといった実態が見られている。かかりつけ医の「まだ大丈夫」の真意について、保健師や栄養士が対話し信頼関係を作り把握していくことも必要である。
- また、常に腎機能を意識した調剤を行っている薬剤師会との連携を行っている点は、岐阜県の特徴の一つといえる。入退院の指導時に、岐阜県の作成したeGFRグラフや腎臓シール等のツールを活用して、患者のCKDの理解促進を薬剤師が行っている。ツールがあることで薬剤師からは「患者のCKDの理解度が確認でき、更なる普及啓発の必要性を感じる」や「疑義照会がしやすくなった」等の声が集まっている。

都道府県、市町村間の役割分担と自治体内外の連携強化

- 県は市町村の取り組みを可視化していく役割を担っている。CKD政策推進の難しさの一つに、自治体規模や行政区画の多様性がある。例えば神奈川県の場合、政令市が3つ、中核市が1つ、保健所設置市が2つあり、圏域と合わせると行政的には7つの地域に分かれており、全地域で一体的に進めていくことが難しい。そのため、このように分かれた地域の対策を、横通しで見える化し、均てん化していくことが必要である。
- 都道府県は住民へ直接サービスを提供しづらい立場にあるため、市町村が注力できる枠組みを作っていくのが役割である。岐阜県では、県が対策を標準化し、それに基づいて市町村が実情に応じた対策を打てるようにしている。
- 都道府県が主体となって予算を確保し、市町村がアカデミアや腎臓専門医の協力を得て重症化予防対策を実装することが効果的である。
- 都道府県は近年、医療DXにも非常に力を入れている。医療DXについて、神奈川県知事と地域の中核病院の病院長が共同記者会見で発表した。地域の電子健康記録（HER: Electronic Health Record）や医療介護情報のネットワークを整備している。患者へのメリットは、アレルギー情報の取得や災害時、救急時の受診に役立つ。CKD対策は医療連携そのものなので、医療連携のツールとして医療DXが活用できるという視点を他の政策と組み合わせて検討していくことも都道府県の役割の一つかもしれない。

- 県内で対策の結果に地域差が生じている。政策推進力の弱い地域の底上げも重要な県の役割であると考えているため、今後は定量的な評価の導入を検討する必要がある。例えば、かかりつけ医と腎臓専門医の連携実態の可視化、健診からかかりつけ医や腎臓専門医につながった事例とつながらなかった事例の評価、それらを県のCKDや他疾患対策とすり合わせ、検証していくことも必要である。
- 小規模自治体ほど例えば国民健康保険課と保健指導課といった担当課の連携が強固で、場合によっては同じ職員が複数の対策を担当しており政策に統一性がある。一方で、大規模自治体ほど行政が縦割りであり、課を超えた連携が進まない話をよく聞く。大規模自治体の中でも、スムーズな連携を図っている自治体もあるので、そのような自治体を好事例として横展開し、実効性を伴った連携体制を構築することが重要である。

今後、国に期待される政策的支援

- 医療機関でのCKDスクリーニング・診療促進
 - 診療での検査項目の保険収載範囲を広げるべきである。現在、糖尿病性腎症を疑う際には微量アルブミン尿の測定が可能な一方で、CKD疑いの場合には保険収載されていない。医師のCKDスクリーニングを促進するために、保険収載を検討する必要がある。また、数分で完結するような診療で、CKDの管理は不十分であることから、食事や運動制限等の日常生活への指導に関する診療報酬加算も検討していくべきである。
 - [かかりつけ医機能報告制度](#)が2025年4月から始動する。これは地域別にどのようなかかりつけ医機能があるかを可視化し公表する制度である。この制度を通じて、CKDの一次診療の対応が可能な医療機関が可視化される。また、腎臓専門外のかかりつけ医が研修受講を通じて腎臓専門医に準ずる役割を果たすことは十分可能と考えられる。厚生労働省と日本医師会が協働して、これまでの好事例を参考に、効果が出る対策を推進、横展開することが必要である。
- スクリーニングの強化
 - 労働安全衛生法、高齢者医療確保法では血清クレアチニン値の測定が義務化されていないが、今後スクリーニングを強化することの検討もされるだろう。また、CKDは心臓病や脳卒中といった心血管疾患との関連が大きい。特定健診は、心血管疾患により中高年の働き盛りの世代が突然離職することを予防する目的で実施されており、CKDスクリーニングの強化は、心血管疾患予防においても重要である。
- 治療と就労の両立支援
 - 労働世代のCKD患者が、治療や療養を理由に離職を強いられることのないよう、

治療と仕事の両立支援が求められている。そのため、職場における患者支援の強化や地域産業保健センターを通じた働きかけが必要である。現在、厚生労働省から補助金を受けた研究班が手引きの作成を進めているが、全国展開することが望まれる。

➤ 予算拡大・助成制度

- 厚生労働省がCKD重症化予防のモデル事業を実施しているが、今後モデル事業の全国展開を進める必要がある。現在のCKDに対する国の予算は約2億円で、循環器疾患対策が約30億円であることを考慮すると少ない。国の予算額はその疾患への優先度を反映している部分があることから、さらなる予算確保を訴え、自治体が安心して対策をとれる環境を整備していく必要がある。
- 神奈川県では糖尿病対策の成果が比較的出ていることから、国が掲げる国民健康保険の[保険者努力支援制度](#)に基づき、助成金を受けることができる。そのため、県は市町村が実装しやすい仕組みを構築し、結果として県内の全市町村が事業を実施している。一方で、CKD対策の予算は、基本的に手挙げ方式による国庫補助金から拠出されるため、各自治体の判断に委ねられている。CKDに関しても、保険者における医療費適正化の取り組み等を評価する指標を設定し、同様の制度の対象とすることで、対策の推進が期待される。

➤ CKD政策評価方法の改善と指針

- 腎疾患対策の重要業績評価指数（KPI: Key Performance Indicator）に新規透析導入患者数だけでなく、さらにその前段階の要素を評価指標とすることが必要である。どのようなモデル事業が適切か、そのための予算はどれ位必要なのかアカデミアと協働の上、国が発信すべきである。
- 糖尿病による新規透析導入患者数は都道府県ごとに毎年公表されているが、高血圧を背景にした腎硬化症による新規透析導入患者数は示されていない。今後は、腎硬化症による透析導入者数を都道府県ごとに公表するべきであり、神奈川県が行った経験からも効果的である。



7. 謝辞

本報告書作成にあたりご協力いただきました皆様に、深く御礼申し上げます。なお、本報告書は、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が作成したものであり、ご協力いただいた関係者および関係者が所属する団体の見解や合意を示すものでは一切ありません。本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 – 非営利 – 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です



詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。<https://hgpi.org/copyright.html>

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

日本医療政策機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

プロジェクトチーム

吉村 英里 （日本医療政策機構 シニアマネージャー）

森口 奈菜 （日本医療政策機構 アソシエイト）

大河 明咲子 （日本医療政策機構 アソシエイト）

後藤 夕輝 （日本医療政策機構 プログラムスペシャリスト）

小林 恭子 （日本医療政策機構 プロジェクトアシスタント）

協賛企業（五十音順）

アストラゼネカ株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ3 階

Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org

Health and Global Policy Institute (HGPI)

Grand Cube 3F, Otemachi Financial City, Global Business Hub Tokyo

1-9-2, Otemachi, Chiyoda-ku, Tokyo 100-0004 JAPAN

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-Mail: info@hgpi.org