

厚生労働科学研究費補助金

腎疾患政策研究事業

腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における
診療連携体制構築の推進に資する研究

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡田 浩一

令和8（2026）年 5月

目 次

I. 総括研究報告	
腎疾患対策検討会報告書に基づく 慢性腎臓病（CKD）に対する地域における 診療連携体制構築の推進に資する研究 岡田浩一	1
II. 分担研究報告	
1. 普及・啓発に関する研究	40
柏原直樹、中川直樹、西尾妙織、旭 浩一、 岩田恭宜、南学正臣、福井 亮、廣村桂樹、淺沼克彦、 丸山 彰一、猪阪善隆、和田 淳、内田治仁、 脇野 修、深水 圭、栗原孝成	
2. 診療連携体制構築に関する研究	51
柏原直樹、中川直樹、西尾妙織、旭 浩一、岩田恭宜、 若杉三奈子、南学正臣、福井 亮、淺沼克彦、廣村桂樹、 丸山 彰一、猪阪善隆、和田 淳、内田治仁、脇野 修、 深水 圭、栗原孝成、古波蔵健太郎、要 伸也、山本直子	
3. 診療水準の向上に関する研究	64
柏原直樹、中川直樹、西尾妙織、旭 浩一、 岩田恭宜、南学正臣、福井 亮、淺沼克彦、廣村桂樹、 丸山 彰一、猪阪善隆、和田 淳、内田治仁、脇野 修、 深水 圭、栗原孝成、古波蔵健太郎	
4. 人材育成に関する研究	73
柏原直樹、中川直樹、西尾妙織、旭 浩一、 岩田恭宜、南学正臣、福井 亮、廣村桂樹、 丸山 彰一、猪阪善隆、和田 淳、脇野 修、 深水 圭、要 伸也、山本直子	
5. 研究開発に関する研究	81
柏原直樹、若杉三奈子、中川直樹、西尾妙織、 旭 浩一、岩田恭宜、南学正臣、福井 亮、廣村桂樹、 丸山 彰一、猪阪善隆、和田 淳、脇野 修、深水 圭	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	88

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 総括研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

研究代表者 岡田 浩一 埼玉医科大学 教授

研究要旨

1 普及啓発：

行政・医師会・関係団体が連携し、全国および南関東を含む各ブロックで CKD 普及啓発を実施した。対面型イベントに加え、インターネットや SNS、動画、メディア等を活用し、特に認知度の低い勤労・子育て世代への訴求を強化した。その結果、啓発機会は増加した一方、認知向上を行動変容につなげる新たな工夫の必要性が示唆された。

2 診療連携体制構築：

CKD対策の均てん化を目的として、行政・医師会・腎臓専門医が連携し、診療連携体制の構築を全国的に推進した。透析導入率が高止まりする地域を重点介入エリアに設定し、課題共有と対策検討を実施するとともに、CKD協力医制度の整備を進め、かかりつけ医と専門医の協働による地域完結型医療体制の強化が図られた。

3 診療水準向上：

CKD 診療の均てん化と質向上を目的に、標準治療の普及、ガイドライン整合の確保、eGFR スロープ活用を全国で推進した。特に高血圧ガイドラインと CKD 診療ガイドラインの整合に関する見解作成や、進行評価の定量化を通じ、非専門医を含む臨床現場での適切な判断と早期介入を支援した。これらの取組により、診療判断の標準化と多職種連携の促進が図られた。

4 人材育成：

CKD対策を担う人材基盤強化を目的に、医師、保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師等を対象とした全国的な人材育成を推進した。腎臓病療養指導士の育成と地域差是正、多職種連携教育の充実、e-learning活用を通じ、CKD診療を支える実践的かつ継続可能な人材育成体制の構築が図られた。

5 研究開発：

CKD対策の科学的基盤強化を目的として、全国規模データを活用した研究開発を推進した。CKD対策支援データベースを更新し、透析導入率の年次推移や地域差を解析することで、重点介入エリアの抽出と対策評価に資する情報を整備した。また、高齢者を中心とした透析非導入の実態を解析し、導入率低下の背景を検証した。さらに、NDB等を用いて国内CKD患者数を推定し、政策立案や今後のCKD対策の高度化に貢献する基礎的知見を創出した。

以上の活動と並行して、新規透析導入患者数は2019年より2024年にかけて減少傾向となっている。

研究分担者

柏原直樹 川崎医科大学 特任教授
中川直樹 旭川医科大学 教授
西尾妙織 北海道大学病院 教授
旭 浩一 岩手医科大学 教授
岩田恭宜 金沢大学 教授
若杉三奈子 新潟大学 特任准教授
南学正臣 東京大学 教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師
浅沼克彦 千葉大学 教授
廣村桂樹 群馬大学 教授
丸山彰一 名古屋大学 教授
猪阪善隆 大阪大学 教授
和田 淳 岡山大学 教授

内田治仁 岡山大学 教授
脇野 修 徳島大学 教授
深水 圭 久留米大学 教授
栗原孝成 熊本大学 准教授
古波蔵健太郎 琉球大学 准教授
要 伸也 杏林大学 客員教授
山本直子 川崎医科大学 特任研究員

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づく CKD 対策の推進に資する研究（令和 4～6 年）」を引き継ぎ、2018 年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028 年の透析導入患者数を 3.5 万人以下にする”という全体

目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携してCKD対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県におけるCKD対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCAサイクルを回すことで全国レベルでのCKD対策を推進する。その進捗はHPを通して全国民に公開する。

B. 研究方法

1 普及啓発

全国：

(1) 普及啓発活動の推進

行政・医師会と連携して普及啓発活動を実施し、CKD認知度と合わせてモニタリングする。

(2) 勤労世代に向けた情報発信

30～50歳代のCKD認知度が低いことから、この世代に向けた資料をナッジ理論専門家(竹林正樹(青森大))や患者代表(宮本陽子(全国腎臓病協議会))の意見を取り入れて作成する。その際、早期治療の重要性についても啓発する。

北北海道ブロック：

(1) 旭川市国民健康保険課と連携し、CKDと特定健診受診の重要性を住民に周知する。

(2) あさひかわ健康まつりにブースを出展し、CKDに関する啓発活動を行う。

南北海道ブロック：

一般市民にCKDの重要性を普及啓発するため、市民公開講座、Web配信、CKDイベントを行う。

北陸ブロック：

北陸ブロックにおいて、世界腎臓デーに合わせた、CKD普及啓発活動を行った。それぞれの活動内容を調査した。

北関東ブロック：

群馬、栃木、山梨、長野、茨城の5県における普及啓発事業を、研究計画書に示された「行政・医師会と連携した普及啓発活動の推進」の社会実装として位置づけた。各県で県民公開講座、ホームページ、動画、印刷物、アプリ等の媒体を活用した啓発活動を進め、その実施状況と好事例を整理し、ブロック内で共有した。

東京ブロック：

2025年度に都内で実施した主な啓発活動として、①地域イベント(区民まつり)、②商業施設、

③医療機関における取組を対象とした。各場において、啓発資料の配布、体験型企画、講演会・相談会、サイネージ等を用いた啓発を実施した。

南関東ブロック：

講演会、イベント、ラジオ・動画・SNS配信、リーフレット配布、世界腎臓デー事業などを県・市町村単位で実施した。

東海ブロック：

愛知県では11月と3月に三重県では3月に市民公開講座を開催した。また、新聞誌面にCKDに関する情報を掲載し、広く普及に努める。会終了後にアンケート調査を行い、理解度や今後の開催の参考とする。

中国ブロック：

岡山県では、感染に十分配慮した形で、①啓発イベントと②CKD県民公開講座を行うこととした。

①啓発イベントとして、CKDに関するチラシやノベルティグッズの配布(800部)、CKD啓発動画の放映、クイズラリー、相談コーナー、骨密度測定、子供用クイズ、などを行った(図1)。

②岡山県民対象に現地開催でCKD県民公開講座を行った(図1)。

③懸垂幕掲出、ロールアップバナー、デジタルサイネージで動画放映、ポスター掲示、のぼり掲出など行った。



(図1)

四国ブロック：

徳島県主催及び徳島県共催の腎疾患に関する徳島県慢性腎臓病二次診療医認定のための講習会を開催した。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKDの認知度向上を目的として、CKD対策検討委員会のもと、校区イベント、学校でのリーフレット配布や講義、非対面型の情報発

信を実施した。校区イベントでは、保健師による説明、血圧・血糖測定、尿定性試験紙の配布、かかりつけ医・腎臓専門医・糖尿病専門医による健康相談、eGFR 測定などを行った。対象者情報を扱う場合は、個人情報保護に配慮して実施した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

2 診療連携体制構築

全国：

(1) 診療連携体制の構築

行政・医師会と連携して、かかりつけ医と腎臓専門医の連携体制構築を推進し、紹介基準・連携パスを整備・普及させ、また早期診断・早期治療(G3b以前)の必要性を再啓発する。特に直近の透析導入率と全国平均および2016年時との比較で透析導入率：高、2016年比：増であった都道府県を重点介入エリアとし、地域の実情をヒアリングし、対策案を積極的に提案する。体制構築の進捗状況

(a) 紹介基準に沿った紹介率、b) かかりつけ医への逆紹介率、c) 連携体制に参画するかかりつけ医数、d) 二人主治医制で管理しているCKD患者数、e) 標準医療の遵守率等) をモニタリングする。

(2) CKD 協力医制度の立ち上げ

腎臓専門医が充足していないエリアにおいて連携体制を補佐するCKD 協力医の認定制度を立ち上げ、適正配置を推進する。本年度はCKD 協力医制度について全国調査を行い、制度設計を検討した。

(3) 好事例の横展開支援

モデル事業地域と定点観測地域（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市、沖縄県南城市）を含めて好事例を評価・選定し、横展開を推進する。

北北海道ブロック：

旭川市医師会、旭川 CKD モデル事業委員会と連携し、旭川圏域でかかりつけ医向けのCKD 紹介基準、市内腎臓専門医リストを記載した資料を作成し配布する。

南北海道ブロック：

かかりつけ医との医療連携を構築するために勉強会、講演会を行う。

東北ブロック：

5 つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の効果とアウトカムの解析および保健事業への展開

福島県国民健康保険連合会の保健事業の取り

組みと協調して、国保データベース(KDB)の特定健診受診者問診票データより5つの健康習慣(食生活、運動習慣、飲酒、喫煙、体重管理)に着目して生活習慣を5段階にスコア化した。これを経年比較することが可能な帳票を作成し、特定保健指導対象者における特定保健指導実施の有無と次年度生活習慣スコア、健診受診率を検証した。

北陸ブロック：

診療連携体制は、各地域の医療事情により、状況が異なると思われる。各地域の連携体制構築の進展を調査した。

北関東ブロック：

行政、医師会、腎臓専門医、保険者、多職種と連携し、地域の実情に応じた診療連携体制を各県で前進させた。具体的には、県・市町村協議会の運営支援、紹介基準や連携パスの整備、受診勧奨の仕組みづくり、紹介・逆紹介の運用支援、好事例の共有を通じて、かかりつけ医と腎臓専門医の連携強化を図った。

東京ブロック：

東京都におけるCKD 診療連携体制の現状把握のため、日本腎臓病協会によるアンケート調査結果を基に、区市町村単位の会議体の設置状況を整理した。また、関係者への意見聴取を通じて、CKD 協力医制度を含む連携の在り方について検討した。

南関東ブロック：

協議会設置、CKD 協力医制度、紹介基準・連絡票の整備、医師会主導の並診モデル構築を段階的に導入した。

東海ブロック：

東海4県(愛知、三重、岐阜、静岡)の行政機関の担当者、CKD 対策代表・責任者、厚労省疾病対策課の担当者間で意見交換会を一昨年に開催し、その場で話し合われたことに関して各都道府県に持ち帰り、必要な対応を行なった。

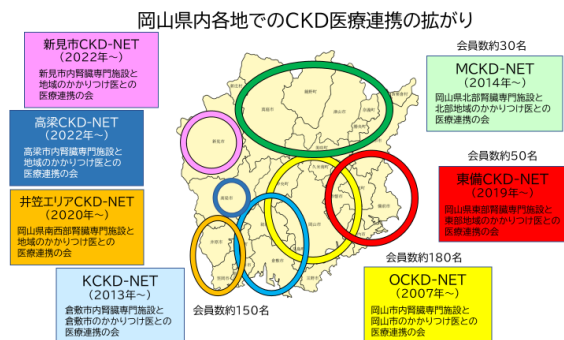
静岡県では、静岡市と浜松市がそれぞれの地域の独自性を活かし、糖尿病性腎症透析予防重点化プログラムを作成し、現在、取り組みを継続している。三重県ではこれまで同様、市町村の医師会と共同し、市民公開講座などを介し取り組みを継続している。愛知県では、これまでから一歩進め、愛知県医師会及び名古屋市医師会の全面的バックアップのもと、愛知県下に存在する4大学で『CKD 診療指針』をかかりつけ医向けに作成を行なった。

近畿ブロック：

大阪府内科医会と連携し、かかりつけ医による CKD 紹介フローおよび CKD 治療フローを作成した。

中国ブロック：

岡山県では OCKD-NET を皮切りに KCKD-NET、MCKD-NET、東備 CKD-NET、井笠エリア CKD-NET、そして高梁 CKD-NET、新見市 CKD-NET が設立され、おおそ県内すべてのエリアに CKD-NET の設置が完成している（図 2）。今年度は、全てのエリアで CKD-NET の開催継続や発展が望まれた。



（図 2）

また今年度は、中国ブロック 5 県のうち、広島県、島根県とは直接意見交換を行った。

四国ブロック：

「徳島県慢性腎臓病（CKD）病診連携紹介基準」「徳島県 CKD システムフローチャート」に基づいて、腎臓専門医とかかりつけ医との連携を推進し、腎機能が低下した患者さんを早期に専門医療機関に繋げることを目指している。しかしながら、徳島県における腎臓専門医数は限られており、そのほとんどが東部医療圏に集中している現状があるので、円滑な病診連携に繋げることを目的に、徳島県の CKD 対策推進に御協力をいただけるかかりつけ医の先生方を「CKD 二次診療医」として認定することとした。

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査

CKD 二次診療医の先生方に診療等に関する意識の変化や保健医療連携体制の現状の把握、CKD 予防啓発ツール等に関する意見を伺い、今後の事業展開に活用する目的で、令和 7 年 9 月末までに CKD 二次診療医に認定された先生方 69 名を対象に令和 7 年 10 月～11 月にアンケート調査を行った。

②慢性腎臓病患者に関する調査

CKD に関する令和 7 年度の定点調査（令和 6 年までのデータ）をおこなった。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKD 対策検討委員会を設置し、腎臓・透析専門医部会、糖尿病専門医部会、かか

りつけ医部会と市保健師が連携する体制を構築した。特定健診で尿蛋白陽性となった対象者に対しては、二次検査として UPCR 測定を導入し、必要に応じて一般医、保健師、腎臓専門医、糖尿病専門医が連携する仕組みを整えた。専門医助言では、健診結果 3 年分、二次検査結果、診療報酬明細書 1 年分、KDB 帳票などを用いたが、対象者および医療機関情報は匿名化して取り扱った。

定点観測：

千葉県：

千葉県において、適切な CKD 診療をすべての県民に遍く提供することを目指し、以下を行うことを目指した。①千葉県医師会会員の先生に講習を受けてもらい「CKD 対策協力医」になっていただく（地域での CKD 診療の要：健診で CKD が疑われた方の受診勧奨先、腎臓専門医との診療連携）②お薬手帳に「CKD シール」の貼付を行い、適切な薬剤処方を促す③健診で CKD が疑われた住人を抽出し、CKD 対策協力医に受診勧奨をするとともに、腎臓専門医との連携を促進する。④生活食事指導を専門医のいる病院だけでなく、かかりつけ医の医療機関でも指導ができるように栄養士会の協力の基で派遣システムを構築し、運用開始をする。倫理的配慮を怠らず進めた。

岡山県美作市：

平成 30 年に厚生労働省から発出された、腎疾患対策検討会の報告書に基づき CKD 対策を行ってきた。この中で示されている通り「自覚症状に乏しい CKD を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、

CKD 重症化予防を徹底するとともに CKD 患者（透析患者及び腎移植患者を含む）の QOL の維持向上を図る」ことを目標として、「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」という 5 本柱ごとに今後実施すべき取組等が整理されている。

本研究では日本全国のうち、旭川市、千葉県、熊本市、および岡山県的美作エリアの 4 つの CKD 医療連携ネットワークにおける、CKD 診療連携体制の実態についての調査を 2019 年度から前向きに調査することが計画されており継続してきた。今年度も昨年までに引き続き美作 CKD-NET における CKD 診療連携体制の実態について調査を行った。

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

3 診療水準向上

全国：

(1) 標準医療の推進

連携体制を通して標準医療を普及促進し、遵守率をモニタリングする。

新たに上梓された高血圧管理・診療ガイドライン2025におけるCKD患者の血圧管理目標がCKD診療ガイドライン2023の血圧管理目標と乖離していることから、関連学会よりリエゾン委員を選出し、調整を試みる。

(2) eGFRスロープの普及

HPで簡易計算機能を提供しているeGFRスロープはCKD治療効果の見える化・患者アドヒアランスの向上に有用であり、また新たなCKD重症度指標・紹介基準となり得ることから、利活用を推進する。

(3) 腎硬化症のリスク因子の解明（岡田、柏原）

若手研究協力者とともにJ-CKD-DBExを用いて蛋白尿を伴わないCKD患者のeGFRスロープを規定する因子を同定し、標準治療の確立されていない腎硬化症のリスク因子候補として発信する。

南北海道ブロック：

かかりつけ医にCKD診療2024、CKD診療ガイドライン2023に基づいたCKD診療についての勉強会、講演会を行い診療水準の向上をはかる。また、診療情報提供書に対して教育的な観点を考慮した返信を行うことで、診療水準の向上をはかる。

東北ブロック：

家庭血圧測定・記録の普及

CKDの包括的リスク管理において薬物療法や療養指導による適切な血圧管理は特に重要である。家庭血圧測定・記録に基づく療養指導や診療実践の普及のため、血圧手帳を作成し配布する。

北陸ブロック：

各地域でCKD対策に関わる医療関係者に対して、講習会などが行われている。その実施状況を調査した。

北関東ブロック：

診療連携体制の整備を基盤として、各県で紹介基準の整備・改訂、連携マニュアルや教育資源の作成、療養支援ツールの活用促進を進め、地域における診療の標準化と均てん化を図った。北関東ブロックでは、これらの取組を共有し、現場で使いやすい形で運用されることを重視した。

東京ブロック：

港区では、令和3年度より微量アルブミン尿検査を実施している。糖尿病性腎症重症化予防事業の一環として、アルブミン尿を早期発見し早期介入することで、糖尿病を原疾患とする透析導入者

数の減少を目的としている。対象は、前年度特定健康診査を受診し、HbA1c値6.5%以上かつ尿蛋白（―）または（±）であり、国民健康保険に加入している者である。

南関東ブロック：

ガイドライン整合を意識した診療フロー作成、eGFRスロープ活用、EBPMに基づくデータ可視化を進めた。

東海ブロック：

CKD診療ガイドライン2023、CKD診療ガイド2024で推奨されている標準診療を診療連携体制構築の一環として普及促進を行う。

近畿ブロック：

大阪府国民健康保険団体連合が管理する国民健康保険データベース（KDB）から、2020～2022年度の既存情報を抽出し、氏名、住所などの個人情報情報を削除した情報を利用した。2020～2022年度の大阪府国民健康保険医療制度の被保険者287,036人を対象にした前向きコホート研究で、大阪府下の各市町村区保険者の特定健康診査と医療レセプトデータを用い、2021年度特定健診受診時点で無治療の生活習慣病と判定された被保険者の特定健診後の医療機関アクセス率を市町村区保険者ごとに検討した。さらに各市町村区保険者を対象に特定健診と受診勧奨の取り組みに関するアンケート調査を実施し、医療機関アクセス率に関連する要因を検討した。観察期間におけるアウトカム発症率はKaplan-Meier法で算出し、アウトカムのリスク評価はCox比例ハザードモデルを用いて検討した。

四国ブロック：

「CKD二次診療医」の認定条件としてかかりつけ医の先生方に上掲の講習会、講演会の聴講を年2回義務付け、診療技術の向上を図った。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKD診療水準向上を目的として、尿蛋白陽性者へのUPCR測定導入と、専門医による書面助言体制を整備した。専門医は、健診結果、二次検査結果、診療報酬明細書、KDB帳票など複数の情報をもとに総合的評価を行い、一般医へ診療方針や専門医紹介の必要性を助言した。対象者情報は匿名化し、倫理面に十分配慮して運用した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

4 人材育成

全国：

- (1)CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成
特にCKD対策への保健師の関与を促進するため、
腎臓専門医との意見交換会を開催する。
- (2)人材育成（腎臓病療養指導士の継続的な育成）：第9回腎臓病療養指導士資格認定に向け、認定のための講習会の実施、研修記録の評価、試験応募および試験の実施と認定などを順次進める。
また、資格更新対象者への更新作業を行う。
- (3)腎臓病療養指導士の地域差是正：各都道府県腎臓病療養指導士の協議会（連携の会）を設立するための準備を行い、その支援策について検討する。
- (4)診療報酬の普及と評価：当班の成果を中心とするCKDチーム医療に対するエビデンスが評価され、2025年6月より新たな診療報酬「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が算定開始となった。本算定を全国に普及し、評価を行ってゆく。
- (5)多職種連携の推進とエビデンス構築と標準的な教育プログラムの作成：厚生労働科学研究腎疾患政策研究「慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究（代表要 伸也）」（要班第2期）において、前班のエビデンスに関して追加解析・追加調査を行い、その結果に基づいてCKDチーム医療に関する標準教育プログラムを作成する。

北北海道ブロック：

北北海道ブロックにおける腎臓病療養士の育成を目指す。

南北海道ブロック：

日本腎臓学会専門医育成を大学を中心に関連病院と連携して行う。

CKD 連携医をかかりつけ医との連携や啓蒙により育成する。

北陸ブロック：

各地で人材育成がなされているが、北陸地方の状況を調査した。

北関東ブロック：

各県で医療従事者向け研修会、病診連携医認定研修、多職種講演会、療養指導士会の組織化等を実施し、北関東ブロックにおける人材育成を継続して。特に、かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等を含む多職種育成の推進を重視した。

東京ブロック：

CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成を目的として、港区のみならず腎臓を守る会に続き、区西南部（世田谷区、目黒区、大田区等）におい

て、日産厚生会玉川病院の今村吉彦先生を中心に、腎疾患関連資格を有するメディカルスタッフの会議体の立ち上げに向けた講演会を開催した。

南関東ブロック：

医師会研修、e-learning、症例検討会、多職種研修を実施し、CKD 協力医や地域コーディネーター育成を進めた。

東海ブロック：

腎臓病療養指導士の育成を目的として、各都道府県単位で療養士同士の育成セミナーを開催する。愛知県では、9月と3月にセミナーの開催する。本活動には、愛知腎臓財団のCKD対策委員会内に小委員会を設置し、協議を重ねている。

中国ブロック：

多職種によるCKD医療連携の発展には腎臓病療養指導士の数を増やすこと、また腎臓病療養指導士でなくても、メディカルスタッフのレベル向上が重要である。

今年度岡山県では医療従事者（看護師／保健師、薬剤師、管理栄養士、愛育委員）を対象とした医療従事者研修会を開催し、医療従事者のCKDに関する医療レベル向上を図った。

- ①高梁市 高梁市愛育委員連合会研修会
- ②備前保健所 愛育・栄養委員リーダー研修会
- ③矢掛町 CKD 検討会 6月、11月の合計2回
- ④浅口市 栄養改善委員会研修会
- ⑤CKD オンライン研修会 7月、11月の合計2回
- ⑥医療費分析研修会 6月、2月の合計2回

四国ブロック：

地域の保健師を対象に研修会を開催した。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、人材育成を目的として、CKD 対策検討委員会を基盤に、腎臓・透析専門医、糖尿病専門医、かかりつけ医、市保健師が協働する体制を整備した。校区イベント、健康相談、二次検査運用、書面による専門医助言を通じて、各職種が実践の中で学び合う仕組みを構築した。対象者情報を用いる際は匿名化し、個人情報保護に配慮した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

5 研究開発

(1)CKD対策支援用データベースの更新

研究班のホームページで公開しているCKD対策

支援データベース（収納データ：各エリアの a）普及・啓発の取り組みと認知度（visual abstract）、b）診療連携体制構築の取り組み（visual abstract）、c）腎臓専門医・連携協力医の所属、d）腎臓病療養指導士数（できれば所属）、e）新規透析導入患者数（人口当たり・年齢調整）の年次推移）を年度ごとに更新し、CKD 対策の進捗状況の見える化を図る。本年度も、日本透析医学会の統計調査「わが国の慢性透析療法の現況」ならびに政府統計を用いて、

① 2023 年の都道府県別・男女別・年齢階級別・透析導入率（人口千人あたりの新規透析導入患者数）を明らかにする。

② 上記で求めた 2023 年の透析導入率を用いて、全国の 2023 年透析導入率と比較したもの（全国比）、及び、2016 年の各都道府県と比較したもの（2016 年比）の 2 種類を計算し、都道府県を 4 つのカテゴリーに分類した。そして、重点介入エリア（全国比で透析導入率：高、2016 年比：増であった都道府県）を明らかにする。

(2) 新規透析導入患者数の減少における透析非導入の影響

近年、透析導入率は低下傾向にあるが、透析導入の見合わせ（透析非導入）が増加した可能性も考えられる。そこで、2023 年の日本透析医学会の統計調査「わが国の慢性透析療法の現況」と人口動態統計（死因統計）を用いて、85 歳以上の透析非導入患者数とその割合を計算し、2017 年からの経年変化を評価することで、統計調査からみた透析非導入の実態を明らかにした。

推計方法は、以前に報告した方法（日腎会誌 61：91- 97, 2019）を応用した。透析非導入は、「慢性腎不全で死亡したが透析患者ではない者」と定義し、慢性腎不全を原死因とする死亡者数から、維持透析患者の死亡数を差し引いて、男女別・年齢階級別に求めた。慢性腎不全を原死因とする死亡は、疾病および関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD）第 10 回改訂（ICD-10）コードで定義した。なお、2017 年に ICD-10 コードの分類が変更されたため、今回用いた ICD-10 コードの分類は前回報告した方法（日腎会誌 61：91- 97, 2019）とは異なっている。前回は、慢性腎不全を原死因とする死亡を、ICD-10 コード N-18（慢性腎不全）または N-19（詳細不明の腎不全）と定義したが、今回は N-18. 5（慢性腎臓病、ステージ 5）、N-18. 9（慢性腎臓病、詳細不明）、N-19（詳細不明の腎不全）、I-12. 0（腎不全を伴う高血圧性腎疾患）、I-13. 1（腎不全を伴う高血圧性心腎疾患）、I-13. 2（心不全（うっ血性）および腎不全の合併を伴う高血圧性心腎疾患）のいずれかと定義した。

性・年齢階級別に非導入患者数を求め、同年の導入患者数との和を分母、非導入患者数を分子とした非導入割合を求めた。

(3) CKD 患者数の推定

1) CKD 患者数の実態調査

わが国の CKD 有病者数を調査する方法として、特定健診データ、各地のコホート研究、NDB データなど、どのデータを用いるのが適切か検討した。

CKD 有病割合の推定について、集団の特性によって推定値が影響を受けるため、就労世代の健保データ、高齢世代を中心とした自治体国保データの両者の分析を行う。また、健診受診者、医療機関受診者の結果を一般集団に外挿する際にはサンプリングバイアスの影響を考慮する必要があるため健診受診（医療機関受診）確率を推定し、受診確率によって重みづけした CKD 有病割合推定を行う。

2) CKD 患者数に影響を与える因子の解明

わが国の CKD 患者数は、高齢化や糖尿病など生活習慣病の影響で増加していることが予想される。しかしながら、それらの要因の影響は地域によって差があることが予想される。わが国の CKD 対策の均霑化のためにも、CKD 患者数に影響を与える因子を解明することは重要である。そこで、大阪府内での生活習慣病罹患率と CKD 罹患率の関連を検討することとした。また、上記の CKD 患者数の実態調査において、CKD 患者数に影響を与える因子を解明する方法についても検討した。

個人レベルでの CKD リスク因子に関する検討も行う。健診で取得される古典的なリスク因子に加えて社会経済因子等の検討も行う。

（倫理面への配慮）

研究開発で実施した解析は、個人情報を含まない公表されている集計数字を用いた解析であり、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省、令和 3 年 3 月 23 日、令和 4 年 3 月 10 日一部改正、令和 5 年 3 月 27 日一部改正）の適用外である。

C. 研究結果

1 普及啓発

全国：

(1) 普及・啓発活動の推進

日本腎臓病協会と連携し、全国で CKD 普及啓発イベントを実施した。2023 年度 148 回、2024 年度 140 回、2025 年度 151 回と増加傾向にある。さらに CKD 啓発に関して製薬企業と連携した。

また CKD 認知度調査の結果を第 68 回日本腎臓学会学術集会で発表した。慢性腎臓病の認知率は全

体では42%で、2023年に比較して微減していた。また蛋白尿の意味をあまり知らないが67.5%と過半数を占めた。

IMAGINE Project 特別企画
～これからの腎専門医とかかりつけ医の役割分担を考える～

2025 11.16 (Sun) 10:00-11:40

会場 ヒルトン東京お台場
協賛 日本腎臓病協会
共催 日本ペーシフィックインジェン株式会社

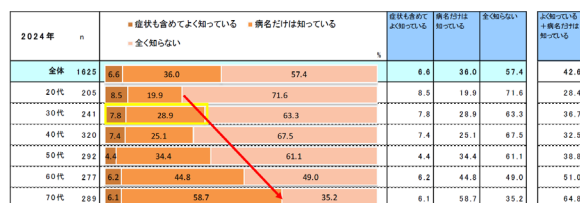
Forxiga CKD Primary Care Web Symposium
— CORE PROJECT —

2026年1月14日(水) 12:30～13:10 (40分)

講演者
◆ 岡田 浩一 先生
◆ 柏原 直樹 先生

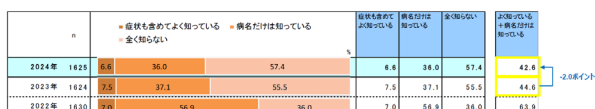
DAPA-CKDがもたらした腎臓病診療のパラダイムシフト

■ Q1.「慢性腎臓病(CKD)」についてどの程度知っていますか。[SA]



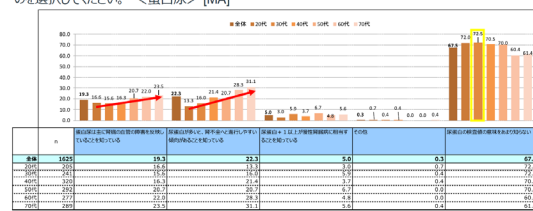
- 「慢性腎臓病」の認知率（よく知っている＋病名だけは知っている）は全体（20～70代）で42.6%
- 年代が上になると認知率は高いが、30代で36.7%と50代と同等の認知率になっている

■ Q1.「慢性腎臓病(CKD)」についてどの程度知っていますか。[SA]



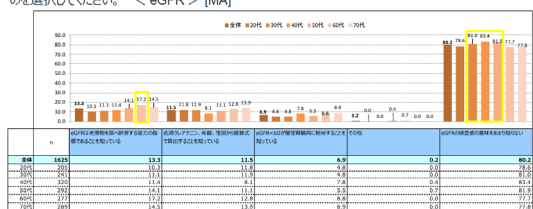
- 「慢性腎臓病」の認知率は2023年比で微減（-2.0ポイント）
- 【再掲】2022年～2023年の認知率の減少についての考察
→「CKD：Chronic Kidney Disease」が耳慣れない単語のため、「病名だけは知っている」の数値が減少した可能性が考えられる

■ Q3.「慢性腎臓病(CKD)」の診断に用いる指標である蛋白尿やeGFR（糸球体ろ過量）について、ご存知のものを選択してください。＜蛋白尿＞[MA]



- 「蛋白尿は主に腎臓の血管の障害を反映していることを知っている」、「蛋白尿が多いと、腎不全へと進行しやすい傾向があることを知っている」は年代が上になると認知率が上昇
- 「尿蛋白の数値の意味をあまり知らない」が67.5%と高く、特に30代が72.5%でもっとも高い

■ Q3.「慢性腎臓病(CKD)」の診断に用いる指標である蛋白尿やeGFR（糸球体ろ過量）について、ご存知のものを選択してください。＜eGFR＞[MA]



- eGFRは糸球体のろ過能力を示す指標であること知っている」は13.3%、60代が17.2%でもっとも高くなった
- eGFRの数値の意味をあまり知らない」は80.2%で、全体として「蛋白尿」よりも「eGFR」についての認知率は低く、特に30～50代が全体よりも割合が高くなっている

(2) 勤労・子育て世代に向けた情報発信

認知度調査の結果を踏まえて、インターネットやSNSで発信するCKD啓発用資材（広告）の開発に着手した。

北北海道ブロック：

(1) 旭川市国民健康保険課と連携し、CKDと特定健診受診の重要性を示した広告をフリーペーパーに掲載した。

腎臓からのSOS

5人に1人が罹患する新たな国民病

まん せい じん ぞう びょう

慢性腎臓病(CKD)

腎臓がダメージを受け、血液をろ過する機能が落ちる病気のこと。

自然に治ることはなく、回復には**早期発見**が大切です！

腎臓の機能をみる数値 **eGFR値が59以下の方は要注意**

① 血圧上昇・骨が弱くなる…など全身への影響
② 腎不全の予備群に…透析治療が必要なことも
③ 心筋梗塞や脳卒中の発症率が3倍に…

健康診断等で、早期発見・生活習慣の改善に繋がしましょう！

eGFR値は特定健診でチェックできます

旭川市国保にご加入の**35歳～74歳**

初診料 **500円** (初診料) 検査料 別途
検査項目 血圧測定、身体測定、問診・診察、尿検査、血液検査

令和7年度特定健診は3月31日(火)まで、受診はお早めに！

旭川市国民健康保険課特定健診担当 旭川市7条通9丁目 TEL0166-25-9841

制作：令和7年度慢性腎臓病(CKD)予防プロジェクトの成果をPRするための健康情報発信及び多職種連携モデル事業(市町村連携・旭川医科大学 中川昌樹)

<https://ebook.liner.jp/freepaper/assets/20260227/index.html#page=8>

(2) あさひかわ健康まつり参加報告書

日時：2025年9月23日(祝・火) 13:00-16:30

場所：道北アークス大雪アリーナ

来場者数：2,994名

企画参加者：医師2名、医学科5年2名

【概要】2025年9月23日に開催された「あさひかわ健康まつり」に、当科としてブース出展を行った。本イベントはCKDの啓発を目的としたもので、当日は多くの市民が来場し、盛況のうちに終

了した。

【ブース内容】当科のブースでは、啓発活動として以下の取り組みを行った。

・CKDの早期発見・予防に関するパンフレットの配布（約1,000部）

・CKDと生活習慣病の関連性についての簡易説明

【所感】地域住民のCKDに対する認知度は依然として十分とは言えず、今回の啓発活動を通じて、「沈黙の臓器」である腎臓の重要性を伝える機会となった。今後も継続的な情報発信と、地域医療との連携を強化していく必要性を再認識した。



南北海道ブロック：

市民公開講座、世界腎臓デーの一般市民対象としたイベントを行った。北部CKDネットのホームページにはCKDセミナーの講演動画、栄養指導の動画<じんくとうくんのキッチン（クックパッド）>、<じんくんぞうくんチャンネル>も自由に閲覧できるようにしている。今回3回目となるが、さっぽろテレビ塔を世界腎臓デーに緑にライトアップし、腎臓病についての広く知る機会を作った。

北海道大学移植外科を中心にテレビで様々な臓器の移植についての啓蒙のための放送をしていただき、CKDや腎臓移植については、西尾が担当して収録、放映した。

北海道のホームページに<知ろう！学ぼう！CKD（慢性腎臓病）><慢性腎臓病（CKD）の予防方法を知ろう！学ぼう！～食事編～の動画配信しており広く一般の方々に閲覧できるような体制をつくった。

北陸ブロック：

福井県では、啓発イベントとして栄養管理士、医師による健康相談、血圧測定、腎臓クイズイベントなどが行われた。また、県民公開講座として、福井大学の医師が、CKDの重症化予防について講

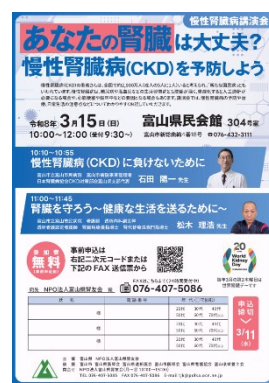
演した。世界腎臓デーの各イベントは、福井県CKD対策協議会の後援のもとで実施した。

石川県では、金沢大学の医師により、ショッピングセンターにて、啓発チラシの手渡しによる配布と健康相談が行われた。この活動は、翌日の地元新聞紙に掲載され、新聞による啓発にもつながった。

富山県では、令和7年度から県が富山県腎友会に委託して行っているCKD普及啓発事業に協力して世界腎臓デーに合わせて市民公開講座を開催することとした。講演をCKD対策部会が担うとともに、相談ブースを開設して腎臓病療養指導士の会が対応した。県と腎友会により企業や地区センターなど99か所にポスターとチラシが配布され新聞広告も行われた。

講演会参加者が過去最高で反響も大きかったことから今後世界腎臓デーイベントとして定着することになった。

新潟県ではコンビニエンスストアにおける普及啓発チラシの設置、県立図書館での啓発ブースの設置、公式X、公式LINEなどSNSを活用した情報発信、テレビやラジオなどメディアを活用した情報発信、市庁舎などの横断幕の掲示が行われた。



左上から時計回り 世界腎臓デーに掲示した懸垂幕：新潟市庁舎、世界腎臓デー in Kanazawa 世界腎臓デー in 福井、世界腎臓デー in 富山

北関東ブロック：

・群馬県では、2026年3月8日に県民公開講座を開催し、講演会とブース企画を通じて約500

人が来場した。加えて、県ホームページや YouTube による情報発信、腎臓ケア e ラーニング講座の更新作業を継続し、年度内の啓発媒体の充実を図った。

・栃木県では、県ホームページ上に CKD 特設情報を整備し、県民向けリーフレット・ポスターを通じて、CKD の基本知識、健診後の受診行動、早期発見・早期受診の重要性を周知した。

・山梨県では、イオンモール甲府昭和で「やまなし減塩フェスタ」を開催し、県民公開講座、減塩クイズ大会、子どもたちによる探究学習発表会、塩びったんこチャレンジ、関係団体・企業によるブース出展等を行い、減塩を切り口とした CKD 予防啓発を推進した。

・長野県では、CKD80-40 キャンペーンを 2025 年度の普及啓発の中心に位置づけ、ポスター 1,987 部、リーフレット 42,750 部を県健康福祉部、国保連合会、医師会、薬剤師会、病院薬剤師会等を通じて配布した。長野県慢性腎臓病対策協議会ホームページの整備も進められた。

・茨城県では、地域ごとの市民公開講座・予防講演会が活発に行われ、水戸市では 2025 年 6 月 8 日に商業施設での公開講座に約 1,000 名、つくば市では 2025 年 11 月 9 日に 200 名以上が参加した。笠間市、牛久市、大洗町等でも CKD 予防や生活習慣病予防をテーマとした講演会が開催された。

東京ブロック：

①港区医師会の協力のもと、2025 年 10 月 11 日（土）・12 日（日）に開催された第 44 回みなと区民まつりにおいて、港区内の腎臓病療養指導士（CKDE）を中心とする多職種連携団体「みなと腎臓を守る会」が出展し、市民を対象とした啓発活動を実施した。啓発マスコット（じんの助）、塩分量体験企画、キーワードラリー、ノベルティ配布、CKD 塗り絵等を行った。

②世界腎臓デー当日（3 月 12 日）の昼時間帯に、虎ノ門ヒルズステーションタワーにおいて啓発資料の配布を行い、主に勤労世代への啓発を実施した。また、虎の門病院において院内サイネージによる広報を行った。

③東京慈恵会医科大学附属病院において、3 月 12 日および 14 日に院内啓発イベントを実施した。CKDE をはじめとする多職種の協力のもと講演会・相談会を開催し、外来・入院患者および医療者に対し、啓発リーフレット（A4 両面、下図）約 1,200 部を配布した。本リーフレットは、同院に受診中で検査結果を有する患者を想定し、その確認を促すとともに、必要に応じて精査や腎臓内科への紹介について主治医に相談することを促す内容とした。また、健診センター職員や病棟看護師等の

医療者にも配布し、日常診療における CKD 対応の向上に資することを意図した。さらに、同内容を基に院内サイネージにて約 1 か月間掲示し、外来・入院患者および医療者への周知を図った。

3月の第2木曜日は世界腎臓デー

慢性腎臓病 (CKD) について知って頂きたいこと

慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease)は、
早期発見で**治療可能**な病気です。

- 成人の5人に1人(2000万人)がCKD
- 初期は**症状がなく**、進行すると**透析や腎臓移植**が必要になることもあります。
- CKDは、**eGFRの低下**や**尿蛋白**で判断します。

検査結果に要注意項目があれば担当医に相談を

血液検査：推定糸球体濾過量(cre)またはeGFR cre	尿検査：尿蛋白定性
60以上 正常	- 正常
60未満 慢性腎臓病(CKD)の可能性あり	1+ 慢性腎臓病(CKD)の可能性あり
45未満 要注意(10未満が透析開始の目安)	2+以上 要注意(腎機能が速く低下しやすい)

- 健診(自治体・職場)結果も確認を。
- 年に1度は健診を受けましょう。

裏面もご覧ください ▶▶▶

腎臓は主に「血管」からなる臓器です!

- 血管を傷める**糖尿病**と**高血圧**は、**CKDの2大リスク**です。(他には、脂質異常、加齢、喫煙、肥満等) ←サプリメントや市販薬にも注意
- CKD患者さんでは、**脳や心臓の病気のリスク**も高まります。
- 血圧を測定しましょう。
(130/80mmHgが管理目標)

腎臓を守るためにできることから始めよう!

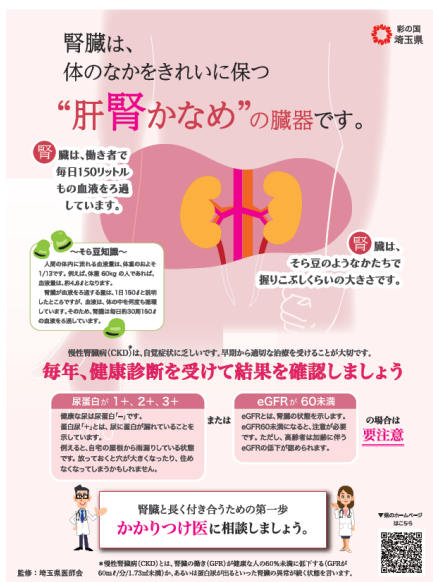
- ①運動しましょう
★ややきつめの有酸素運動が理想です
→ 1回30～60分、週2～3回、心拍数100～120回/分程度
★楽しんでできるもの、継続してできる事
- ②食生活を改善しましょう
★塩分を急に上げさせる行動は避けましょう
★トイレ・脱衣室は暖房で温めて
★排便時のいきみ(努責)を避けるため便秘に注意
- ③ストレスをため込まず、睡眠をしっかりととりましょう
★ストレスを感じたら休養をとり気分転換を
★ストレス解消と言っても、アルコールの飲み過ぎには注意
★日中の強い疲労や、いびき、呼吸困難がある方は
かかりつけ医などにぜひ相談を

東京慈恵会医科大学附属病院 腎臓・高血圧内科
世界腎臓デー 特設ページはこちら

スマホでチェック!

南関東ブロック：

講演会やイベント、動画配信、啓発資料配布など多様な普及啓発活動が実施され、延べ参加者数や情報接触機会は前年より増加した。特にオンライン媒体の活用により、勤労世代や若年層への到達が拡大した。健診受診後の相談件数や医療機関への問い合わせ増加も一部で認められ、CKD への関心喚起効果が確認された。



埼玉県庁のCKD啓発ポスター

市民公開イベント
参加費無料 事前申込不要

世界腎臓デー

in さいたま中央

日時 令和8年3月15日(日)
13:00 ~ 16:00

場所 イオンモール与野
1F ローズコート
さいたま市中央区本町西 5-2-9

会場にはポスターや動画の掲出を行います

CKD(慢性腎臓病) ワンポイントセミナー	(第1部)13:00~13:10 (第2部)14:00~14:10 (第3部)15:00~15:10 ※各部の内容は同じです
決題「慢性腎臓病対策 ～元気で長生き～」	
講師：さいたま市立病院 院長補佐(兼)腎臓内科部長 雨宮 守正 先生	
体験型イベントコーナー	13:00~16:00
● 管理栄養士による塩分体験 ● 救急救命士による心臓蘇生法	
● 作業療法士による体験 ● 血管年齢測定 ● 握力測定	
相談ブース	13:00~16:00
● 医師による医療相談 ● 保健師・歯科衛生士による健康相談	
● 薬剤師によるお薬相談	その他ポスター・パネル掲示 (掲出により内容が変更となる場合がございます)

共催：一般社団法人さいたま市医師会 一般社団法人さいたま市薬剤師会 さいたま市
日本赤十字社さいたま市支部 埼玉県医師会 埼玉県薬剤師会
さいたま市中央区北部地域福祉推進センター・シンギヴィラ与野

問い合わせ先 【事務局】日本赤十字社さいたま市支部 TEL(代表) 048-952-1111 (担当：腎臓内科 西原)
※9:00~17:00 土日祝日除く

さいたま市のCKD啓発イベント



世界腎臓デーに合わせて神奈川県庁本庁舎をライトアップ

東海ブロック：

市民公開講座では、それぞれ300名近い来場者があり、計1000人に及ぶ。新聞誌面では、県全域に情報を届けた。

近畿ブロック：

中国ブロック：

①今年度は、例年通りの開催場所に戻して普及啓発イベントを行った。また昨年の振り返りから、配布物の総数を増やして普及啓発を行った。結果としては、昨年以上に効率的な普及啓発が達成できた。子供用クイズや骨密度測定という新しいイベントを取り入れたことで、より広範囲の年齢層に対してアプローチできた。ノベルティグッズとして今年度はウェットティッシュ、ボールペンを作成し配布したところ、多くの人がこれらを手に取っていった。これらノベルティグッズに掲載されている二次元バーコードを通じてCKDクイズに挑戦し回答した方が1名いた。

②参加者が171名とコロナ後としては最高の参加者数であり、内容も含めて好評であった。今回も患者会の方にもご講演いただき、講演内容も大変素晴らしかった。

③岡山市役所、市内デパートで懸垂幕の掲出を行った。その他、岡山県内には合計で9つの懸垂幕を掲出することができた(岡山県庁、岡山市役所、津山市役所、笠岡市役所、美作市役所、新見市役所、総社市役所、玉野市役所、および市内デパート)。また岡山県内27市町村すべてにロールアップバナーを配布しており、各市町村でのイベント時に掲出した。これらに関して、最新の疫学データで、CKD患者は日本人成人の5人に1人と増えているため、懸垂幕およびロールアップバナーについては、順次更新している。岡山駅前や岡山市内各区役所などでデジタルサイネージに動画を放映した。昨年度に続いて岡山市内の大型モール内でポスターや動画の掲出を行った。市内のバス、市電内に加え、ラッピングタクシー、さらに今年はJR電車内にも、ポスターなどの掲出物を掲出した。これらの掲出物の二次元バーコードを通じてCKDクイズに挑戦し回答した方が計159名いた。ポスター配布は、医療機関と、昨年に引き続き県薬剤師会へ配布した。県薬剤師会ではPDFによるポスター配布希望であった。のぼりも、内容更新を行い(成人の5人に1人)、各保健所、市町村役場、病院やクリニックなどにて今年も掲出いただいた。

四国ブロック：

① 県主催として「慢性腎臓病医療連携協議会」を令和7年12月16日、「腎疾患2次検診認定医取得講習会」を令和8年3月6日に施行した。

県共催として以下の講演会を施行した。
令和8年3月18日(水) 令和7年度徳島県糖尿病対策推進講習会

令和8年2月25日(水) 徳島県臨床内科医
会中国四国地区学術講演会

令和8年2月18日(水) LOKELMA ONLINE
LECTURE

令和7年11月18日(火) 板野郡医師会学
術講演会

令和7年9月19日(金) 糖尿病性腎臓病と慢
性腎臓病における治療戦略を考える会

令和7年8月28日(木) CKD 連携 Seminar

令和7年7月24日(木) 小松島市医師会・阿
南市医師会共催学術講演会 県南 CKD の医療連
携を考える

令和7年6月19日(木) CKD Web Seminar
2025

令和7年6月12日(木) 慢性腎臓病における
最適な病診連携と治療介入について考える会

令和7年7月6日(日) IMAGINE Project 講演会
～地域で取り組むCKD～

② 県民に対する啓発活動をおこなった。

「世界腎臓デー」で、令和8年3月9日から3
月15日まで県庁舎を緑にライトアップした。
徳島県庁前スペースビジョン(電子看板)で、
令和8年2月20日から3月19日まで啓発動画
を放映した。

慢性腎臓病に関する県民公開講座を開催した。

実際には令和7年11月15日 県立三好病院

令和7年度県民公開講座を開催した。

九州・沖縄ブロック：

平成30年以降、これらの啓発活動には延べ約
10,000人が参加した。校区イベントは、CKDに関
心の低かった層や若年層を含む幅広い世代への
アプローチを可能にし、CKDを認知した市民の増
加につながった。また、地域住民が集まる場を活
用したことで、継続的な啓発とアウトカム把握が
しやすい体制となった。

定点観測：

熊本市：

熊本市行政区(中央、東、西、南、北)各地域
における子供とその親世代を対象とした啓発イ
ベントを開催した。熊本県腎臓病療養指導士連絡
協議会を通じて、これらの啓発イベントへ腎臓病
療養指導士が参画した。

市内小学校児童へ配布する広報誌へCKD啓発記
事を掲載した。

LINEでの情報発信を行った。

市政だよりへCKD関連の記事を掲載した。

熊本市中心市街地大型モニターでCKDの啓発ビ
デオを放映した。

生涯教育団体所属ラジオコメンテーター、パー
ソナリティーと栗原、腎臓病療養指導士(薬剤師、
栄養士)との共演によるCKD啓発ラジオ番組を放

送した。

沖縄県南城市：

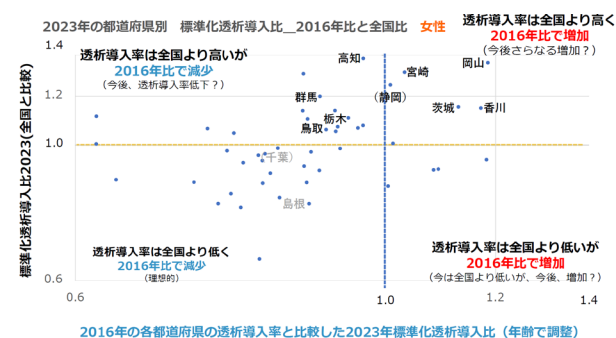
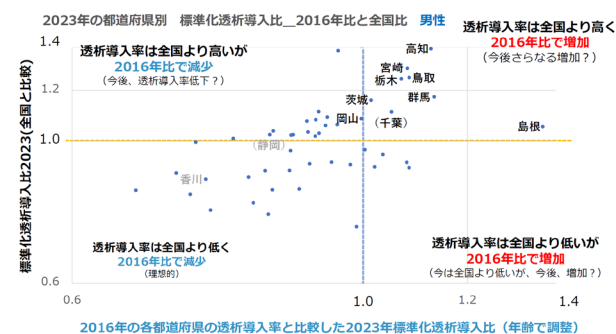
住民向けの慢性腎臓病、eGFRや蛋白尿の重要性
に関する情報を市役所内のボードパネルに掲示。
また慢性腎臓病患者重症化予防事業の取り組み
内容も合わせて掲示したほか、HP上でも公開した。
連携機関向けにニュースレターを発行した。

2 診療連携体制構築

全国：

(1) 診療連携体制の構築

CKD対策の均霑化を図るため、2023年度の透析
導入率が平均値より高く、また2016年比で増加
傾向である都道府県は今後も新規透析導入が高
止まりする可能性があり、重点介入エリアに選定
した。重点介入エリア(群馬県、茨城県、栃木県、
鳥取県、島根県、岡山県、香川県、高知県、宮崎
県)の県代表者と第1回透析導入率検討会議を
2025年9月9日に開催し、健診受診率、腎臓専門
医の偏在、行政や県医師会の協力などの課題を議
論した。



(2) CKD 協力医制度の構築

腎臓専門医が充足していないエリアへの対策とし
て、CKD診療に積極的に取り組んでいただくCKD協
力医制度の立ち上げに着手した。CKD協力医制度の
概略を以下に示す。

登録方法

- (1) CKD診療に携わる医師であること（診療科は問わない）
- (2) CKD協力医フォローアップ研修への参加

役割

- (1) 地域のCKD患者の日常診療や療養指導に積極的に取り組む。
- (2) 特定健康診査等で腎機能低下を指摘され「医療機関受診」を勧められた方へ適切な介入を行う。
- (3) 腎臓病療養指導士等、地域の多職種と連携しながら診療にあたる。
- (4) CKD専門的治療を行う医療機関、合併症について専門的な治療を行う医療機関、医療保険者、市町村、保健所と連携し、地域のCKD対策を行う。

目的

- ・研修会を通じてCKD診療への理解を深め、検査や診断の向上を図る。
- ・早期からの治療介入/連携強化によって透析移行を減らす。

CKD 協力医制度について全国アンケート調査を行った。一部の県では同様の仕組みを構築していたが、おおむねCKD 協力医制度については肯定的であった。そこで、日本腎臓病協会と連携し、CKD 診療に関する啓発の e-learning ビデオを視聴したかかりつけ医をCKD 協力医として、その後定期的にCKD 啓発の講演会や e-learning を視聴することにより継続することができる仕組みを構築した。

北海道ブロック：

旭川市医師会会員に対し、以下の資料(A4版)を配布した。

かかりつけ医、産業医向けの資料配布(A4版ラミネート加工)

CKDの定義

腎臓病(CKD)とは、腎臓の機能が正常に働かなくなることです。腎臓は、体内の老廃物をろ過し、尿として排出する働きがあります。腎臓の機能が低下すると、老廃物が体内に蓄積し、さまざまな症状が現れます。CKDは、初期段階では症状がほとんどありませんが、進行すると高血圧、糖尿病、貧血、骨格異常などの合併症が現れることがあります。CKDは、早期発見・早期治療が重要です。

CKDの診断基準

血中クレアチニン値が1.5以上、かつGFRが60未満の場合、CKDと診断されます。

CKDのステージ

ステージ	GFR (ml/min/1.73m ²)	特徴
第1期	>90	腎臓の機能が正常に働いています。
第2期	90-60	腎臓の機能が軽度低下しています。
第3期	60-30	腎臓の機能が中等度低下しています。
第4期	30-15	腎臓の機能が重度低下しています。
第5期	<15	腎臓の機能が重度低下しています。透析や移植が必要となります。

CKD 紹介基準

かかりつけ医から腎臓専門医へCKDを紹介する基準は以下の通りです。

- ・第3期以上のCKD患者
- ・第2期以上のCKD患者で、高血圧、糖尿病、貧血、骨格異常などの合併症が現れている場合
- ・第1期以上のCKD患者で、腎臓病の原因が不明な場合

紹介基準を満たす場合は、かかりつけ医から腎臓専門医へ紹介状を提出してください。

北海道ブロック：

北海道ブロックは札幌、道南エリア、十勝エリア、釧路エリア、胆振エリア、北見エリアに分かれています。各々のエリアで地域の特性にあった病診連携を構築することが必要である。

札幌エリアでは人口が多いため、北部、西区、手稲区、南区、新札幌〜恵庭と更に地区ごとに分かち、地区ごとの連携の勉強会、意見交換会を行った。札幌北部CKDネットは、札幌の中央区、東区、北区、石狩市という広い範囲をカバーしている。ホームページに腎臓専門医の予約方法や情報共有シートも掲載しており、より連携がしやすい方法を構築した。

今年度は、遠隔診療(D to P with D)をどう進めるかについて北海道医学会、北部CKDネットを中心に検討を数回行った。また、CKD 連携医制度構築に向けての準備が進んだ。

令和8年度中には、遠隔診療とKD 連携医制度を導入したい。

東北ブロック：

保健指導実施群で未実施群に比し生活習慣スコアは改善し、次年度特定健診未受診率は低減することが示された。また基準年の生活習慣スコア低値に対し、スコア高値群の高血圧、糖尿病およびCKD 新規発症低減と関連した。解析結果を市町村ほかの保健事業として活用するため、令和7年10月20日に令和7年度福島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会研修会を実施し、41市町村、医師国保、福島県から、保健師、管理栄養士、国保担当職員ら77名が参加した。

北陸ブロック：

北陸ブロック各県で、CKD 診療連携を目的とした会議体が存在し、会議を開催した。

福井県では、糖尿病対策推進会議・慢性腎臓病(CKD)対策協議会を令和7年度内に複数回開催し、CKD 病診連携体制の整備について協議した(2026年3月開催分を含む)。

石川県では、行政、医師会が運営する石川県糖尿病対策推進会議に金沢大学の腎臓専門医が参画し、CKD 対策について、体制の構築を行った。専門医への紹介基準が改正され、エビデンスにもとづくCKD 診療ガイドライン2023と整合性をとった。成果物は県医師会や行政を通じて、県下の医療機関へ周知した。

富山県では、行政が糖尿病に特化した糖尿病性腎症重症化予防対策事業に注力していることからCKD 単独の診療連携体制構築が困難であった。令和7年度は熊本県での活動について講演会を開催し行政からも参加してもらい情報共有を図った。さらに、CKD 対策部会を県医師会医会組織である富山県透析医会の特別委員会に位置付けることで行政の委託事を直接受諾可能にすることとした。このことにより県内共通のCKD 紹介状を郡市医師会で普及してもらう予定である。なお、富山市では保健師のCKD 対策研修に協力することにより富山市と富山市医師会の共催事業である糖尿病性腎症重症化予防に係る医療連携推進意見交換会をCKD 対策全般に拡大して診療連携体制の強化を行っている。

あなたの腎臓は大丈夫？ 慢性腎臓病(CKD)を予防しよう

慢性腎臓病(CKD)は、早期発見・早期治療が重要です。腎臓の機能が低下すると、さまざまな症状が現れます。CKDは、早期発見・早期治療が重要です。

3月15日(日) 富山県民会館 304号室

10:00~12:00 (受付9:30~) 富山県民会館 304号室 076-432-3111

13:00~14:00 慢性腎臓病(CKD)に負けないために

15:00~16:00 腎臓を守る~健康な生活を送るために~

無料 参加費 無料

事前申込は 無料 申込先 富山県民会館 304号室

申込先 富山県民会館 304号室 076-432-3111

新潟県では、地域糖尿病・CKD 協力医等組要綱の見直しを実施した。協力医の役割や養成研修、更新要件等の見直しを行い、病院や市町村医療保険者等関係者と連携し、糖尿病・CKD 対策に取り組めるよう役割を明確にした。また、養成研修や更新研修及び要件を見直すことで、研修を受講しやすい体制を整備した。

いずれの会議においても、さらなる診療連携を進めるため、紹介基準、養成研修、更新要件等の見直しが行われた。成果物は、各医師会や行政ホームページに掲載され、広く周知された。

北関東ブロック：

- 群馬県では、慢性腎臓病対策推進協議会と糖尿病対策推進協議会が連携し、郡市医師会・保健所と協働して糖尿病性腎臓病重症化予防対策を推進した。慢性腎臓病対策としては、高崎市、前橋市、伊勢崎市を中心に受診勧奨・病診連携システムが運用され、高崎市では改定マニュアルに基づく報告体制への移行が進められた。

- 栃木県では、栃木県保健福祉部の糖尿病・慢性腎臓病対策協議会と慢性腎臓病連携プログラム協議会の連携のもと、県保健医療計画（8 期）に CKD 対策を位置づけ、保険者による受診勧奨、かかりつけ医と腎臓専門医療機関の連携、二人主治医制を含む医療連携体制の継続運用が実施された。

- 山梨県では、山梨県 CKD 予防推進対策協議会において 2025 年度計画と今後の方向性が協議され、課題として、かかりつけ医と専門医の連携強化、健診後の受診勧奨、減塩普及が共有された。CKD 病診連携システムでは、病診連携医制度、紹介・再紹介、保健医療関係者による個別支援を含む体制整備が進められた。

- 長野県では、松本市糖尿病性腎症・CKD 重症化予防プログラムを基盤としつつ、2025 年 11 月に長野県慢性腎臓病対策協議会を設立し、県健康福祉部、県医師会、関連病院群、多職種団体等の連携による県全域への横展開を目指す体制整備が進められた。

- 茨城県では、笠間市で 2025 年 6 月と 10 月に行政・医師会・腎臓内科による協議が行われ、紹介基準作成と CKD 早期介入システム構築が検討された。土浦市では 2025 年 6 月に CKD 対策会議を医師会生活習慣病健診委員会の下部組織へ位置づけ、10 月に推進グループ第 1 回会合を開催した。稲敷地域では紹介状・逆紹介状を用いた CKD/DKD 連携ネットワークが継続された。

東京ブロック：

2024 年度末時点における東京都の状況として、区市町村単位の CKD 関連会議体は 10 区市に設置

されており、自治体ベースで約 19%、人口ベースで約 3 割をカバーしていた。また、関係者への意見聴取では、特に都心部においては腎臓専門医数が比較的多いことから、CKD 協力医に求められる役割の必要性は相対的に高くないとの意見が多く聞かれた。

南関東ブロック：

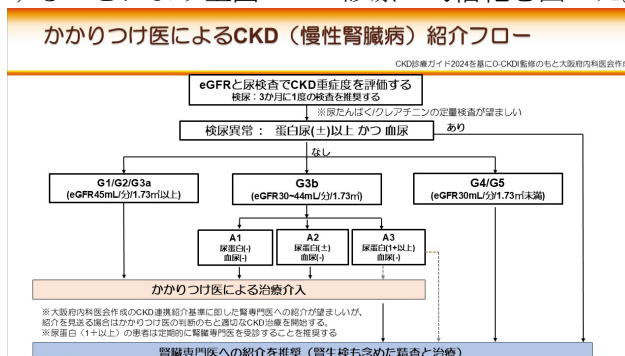
CKD 協力医制度や連携会議の導入により、かかりつけ医と腎臓専門医の連携体制が整備された。協力医登録数や連携医療機関数は増加し、健診異常例から専門医への紹介件数や、専門医からの逆紹介が円滑に行われる事例が増えた。地域によっては紹介基準の明確化により診療の効率化が進み、連携の実効性向上が確認された。

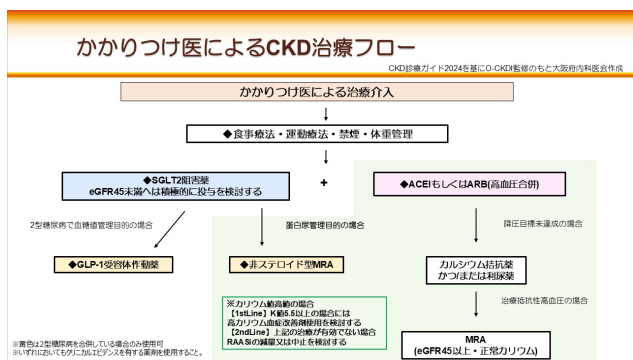
東海ブロック：

CKD 診療連携モデル事業構築に際し、腎臓専門医が充足していない地域では、かかりつけ医（医師会）の役割が重要であり、併せて CKD 診療の標準化が重要であることを確認した。横展開を行うため引き続き協議を重ね、必要時に各都道府県において各層の助力を行う事を確認した。健診結果等を用いたデータベースの構築と解析が今後の CKD 診療の改良に有用である事を確認し、実現に向けて意見交換を行なった。

近畿ブロック：

大阪府内科医会と連携し、下記のような、かかりつけ医による CKD 紹介フローおよび CKD 治療フローを作成した。また、大阪府内科医会のホームページから資料をダウンロードできるようにし、かかりつけ医が診療中にすぐに参照できるようにした。さらに全国の CKD 啓発セミナー等で紹介することにより全国の CKD 診療の均霑化を図った。





中国ブロック：

R7 年度には、県内7つのCKD-NETで、医師会、行政、薬剤師、管理栄養士や栄養委員会などと協力したCKD診療連携体制を発展させるべく、各ネットワークで活動を展開できた。

広島県では、行政とのCKD連携が構築され始め、島根県では離島の患者に対するオンライン診療支援が始まり、新たな形の医療連携が始まった。

四国ブロック：

徳島県慢性腎臓病医療連携協議会で「徳島県CKDシステムフローチャート」の複雑さが指摘され、二次診療医の役割を明確に記入した。現在県内で76名の二次診療医が認定されている。

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査
回答率は49%（69名中34名回答）で以下の結果が得られた。以下の結果が得られた。

1. CKD二次診療医認定前後の比較で以下の項目すべてにおいて「やや感じる」から「強く感じる」と意識変化を認めた。

1. CKD患者に対する早期診断の必要性について
2. 問診の必要性について
3. eGFRスロープ（年間のeGFR低下速度）の重要性について
4. 定期的な尿検査の必要性について
5. 蛋白尿の定量検査の必要性について
6. CKD患者に対する早期治療介入の必要性について
7. CKD診療ガイド（日本腎臓学会）を参考にしているか

2. CKD患者に対するSGLT2阻害薬の処方機会について70%が増えたと答え、CKD患者は35%が増えたと回答した。
3. 48%が三次医療機関（腎臓専門機関）へ紹介した
4. 地域保健従事者（保健師等）との連携の有無に関しては79%がないと回答した。連携の実例としては、医師会の事業（腎症予防）で連携している、糖尿病腎症予防連絡会議等で町行政と医師会が密接な関連がありお互

い協力しあっている、市から年に1度説明にくる、医師が市の保健師より年間数例追加検査を依頼を受けるなどが挙げられた。

5. 慢性腎臓病（CKD）予防連携手帳を活用しているのは32%であり、・糖尿病手帳、高血圧手帳を優先していることが主な理由であった。
6. 45%がCKD二次医療機関ステッカーを患者さんから見えやすいところに貼っていた。
7. 89%がCKDに関する研修会への参加や学習機会について増えたと回答した。

②慢性腎臓病患者に関する調査

慢性腎臓病に関する定点調査により以下のデータが明らかとなった。

1. 令和6年の腎不全死亡率は人口10万人対で33.2人（全国ワースト12位）で令和5年の40.4人（全国ワースト3位）から改善した。
2. 令和5年の透析患者数は総数が2,775人であり、10万対で変化なしであった。徳島県の人口は減少していることを考えると、透析患者数総数は減少している。

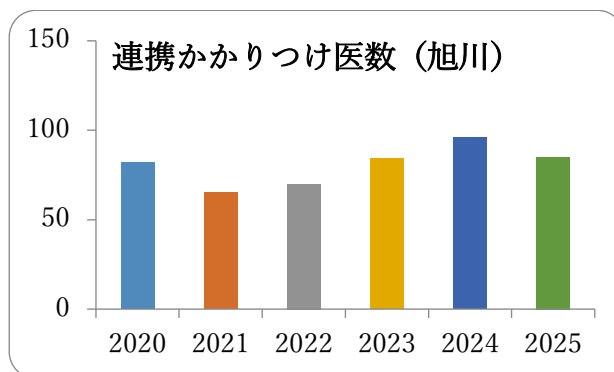
新規透析導入患者数は令和5年297人で令和4年より減少し、300名を切った。人口10万人対でも減少した。減少率は全国と比べ大きいと思われる。

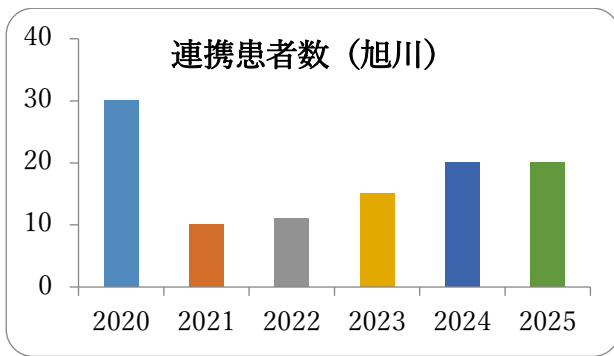
九州・沖縄ブロック：

平成30年以降、約300件の書面による専門医連携が実施された。一般医、保健師、腎臓専門医、糖尿病専門医の間で、依頼、指示、追加指示、報告の流れが整理され、医師と保健師の連携も強化された。この体制により、専門医受診につながりにくい患者への対応や、継続フォローが行いやすくなった。

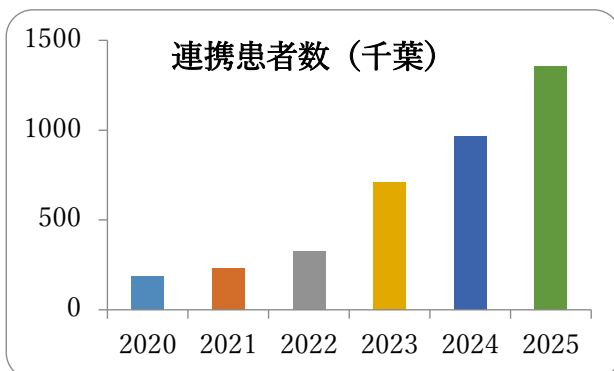
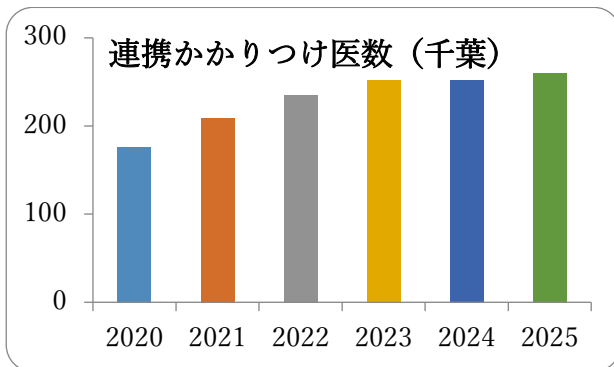
定点観測：病診連携システムを構築し安定して運営しているエリアでは、協力するかかりつけ医数、管理患者数も安定して推移している。

旭川市：





千葉県：



①令和8年2月現在、すべての千葉県内郡市医師会には1人以上のCKD対策協力医が県内で計261名養成された。

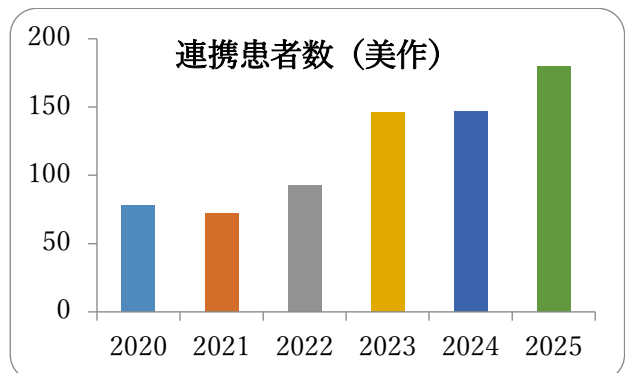
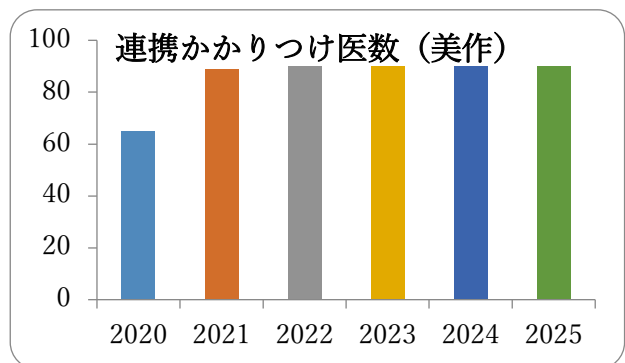
②令和7年には3,999枚のCKDシールが添付された（令和4年からの4年間で16,377枚）。令和7年、このシールをもとに70件の疑義紹介が行われ、そのうち44件が処方変更に繋がった。また千葉県薬剤師会は「千葉県薬剤師会公認CKD協力薬局制度」を開始し、現在136薬局が参加となっている。

③千葉県CKD重症化予防対策に取り組む市町村が、千葉県54市町村中、令和3年20、令和4年22、令和5年32市町村、令和6年35市町村、令和7年37市町村と徐々に増加している。健診からCKD対策協力医への紹介も年々増加している。KDBデータを用いた受診勧奨実施数は、令和4年4,545名、令和5年5,543名、令和6年10,129名と着実に増えており、それ以外に、全国健康保険

協会千葉支部からの受診勧奨も開始しており、年々増加している。受診勧奨実施数の増加に伴い、CKD対策協力医から腎臓専門医への紹介件数は、令和4年402名、令和5年426名、令和6年502名、令和7年506名と増加している。

④千葉県栄養士会から管理栄養士をかかりつけ医に派遣し栄養指導を行う体制が構築され、契約医療施設が5件となった。また、栄養ケアステーションの外来栄養指導と在宅訪問栄養指導は併せて令和6年49件、令和7年26件（令和8年2月現在）となっている。

岡山県美作市：



美作CKD-NETは、岡山県北部の山間部に位置するエリアの医療連携ネットワークであり、以下本年度の調査結果を記す。

<診療連携体制の実績>

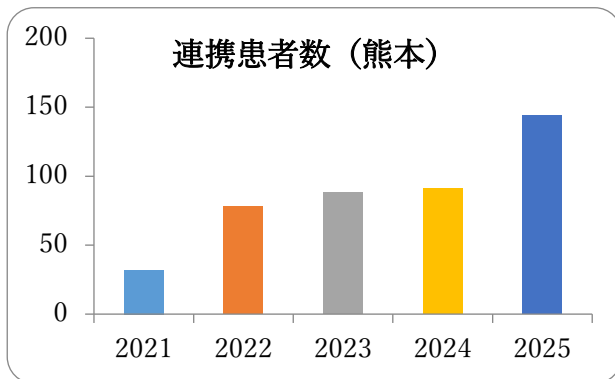
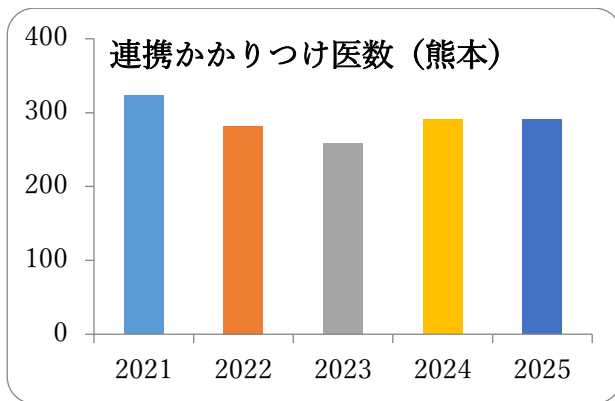
連携体制に参加している腎臓専門医数	4
連携体制に参加している専門医療施設数	10
連携体制に参加したかかりつけ医数	90
連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病栄養指導士）	薬剤師、保健師
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）	37
紹介基準に沿った紹介患者数（黄色枠での紹介数、eGFR>45での紹介数）	19
腎代替療法の導入依頼患者数	3
遠隔紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）	30
病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数（連携患者数）	180

<診療連携による医療水準の向上>

（二人主治医制を取っている患者に関するデータ）

連携参加かかりつけ医*におけるガイドライン普及率	90.6%
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率	50.6%
連携体制でケア中の患者における血圧<140/90mmHgの割合（75歳以上では血圧<150/90mmHg）	83.3%
連携体制でケア中の患者におけるHb11~13g/dLの割合（75歳以上ではHb9~13g/dL）	92.8%
連携体制でケア中のCKD患者におけるHbA1c<7%の割合（75歳以上ではHbA1c<8%）	91.1%
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率	66.7%

熊本市：



2024年度より再開した熊本市CKD対策推進会議を今年度も開催した。また昨今の腎臓病治療薬進歩、実臨床に合わせた病診連携パスアップデートを目的として、熊本市病診連携プロジェクト会議で議論を開始した。

沖縄県南城市：本年度より定点観察を開始した。市内での連携状況を以下に示す。

連携体制に参加している腎臓専門医数 12名
 連携体制に参加している専門医療施設数 8名
 連携体制に参加したかかりつけ医数 36名
 連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）35名

医療機関への訪問を通じて事業への協力依頼を行い新たな施設参加に繋がっていた。

3 診療水準向上

全国：

(1) CKD 患者における降圧目標値の検討

日本高血圧学会より発刊された『高血圧管理・治療ガイドライン 2025 (JSH2025)』と CKD 診療ガイドライン 2023 の整合性を図り、臨床現場での混乱を回避する観点から、CKD 患者の血圧管理について、日本腎臓学会としての見解案（以下）を作成する際、本研究班も協力した。

1. **降圧目標の統一：** CKD 患者の降圧目標は、糖尿病の有無や蛋白尿区分 (A1～A3) に関わらず、原則として診察室血圧 130/80 mmHg 未満（家庭血圧 125/75 mmHg 未満）とする。ただし、腎機能・年齢に応じた個別化対応が必要である。

2. **慎重な運用の推奨 (A1 区分・糖尿病なし)：**「糖尿病を合併しない蛋白尿陰性の CKD 患者」においては、最新のエビデンスに基づき 130/80 mmHg 未満を目指すものの、急性腎障害やめまい等の有害事象に十分留意する。必要に応じて 140/90 mmHg 未満を中間目標とするなど、慎重に降圧を進めることを原則とする。

3. **高齢者への対応：** 75 歳以上の高齢者については、一律の基準ではなく、腎機能・年齢・ADL（日常生活動作）に応じた個別化対応を行う。

(2) eGFR スロープの CKD 診療への導入の促進
 研究班 HP 上の eGFR スロープ簡易計算アプリの CKD 日常診療への積極的な使用を全国的に推進した。また新たなソフトの開発・導入が並行して進められており、本研究班も協力した。

(3) 腎硬化症のリスク因子の解明

多施設共同研究「J-CKD-DBExを用いた腎硬化症の予後規定因子の解析」に着手した。

北北海道ブロック：

定点観測を行っている旭川市において、病診連携体制を通して診療水準の向上が認められた。

* (←昨年) の数値

連携体制に参加している腎臓専門医数：16 (←14)
 連携体制に参加している専門医療施設数：4 (←4)
 連携体制に参加したかかりつけ医数：85 (←96)
 連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）：12 (←12)

紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）：162 (←182)

紹介基準に沿った紹介患者数（黄色枠での紹介数、eGFR>45 での紹介数）：55 (←72)

腎代替療法の導入依頼患者数：14 (←18)

逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）20 (←24)

病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数（連携患者数）：20 (←20)

昨年と比し、各指標は昨年とほぼ同様であったが、連携体制に参加している専門医数は増加した。連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率：40% (←50%)

連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率：50% (←60%)

連携体制でケア中の患者における血圧 < 140/90mmHg の割合 (75 歳以上では血圧 < 150/90mmHg)：50% (←65%)

連携体制でケア中の患者における Hb11~13g/dL の割合 (75 歳以上では Hb9~13g/dL)：80% (←75%)

連携体制でケア中の DKD 患者における HbA1c < 7% の割合 (75 歳以上では HbA1c < 8%)：40% (←40%)

腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率：100% (←100%)

南北海道ブロック：

CKD 診療に必要な情報をかかりつけ医に対して CKD 診療 2024、CKD 診療ガイドライン 2023 に基づき、多くの講演会、勉強会を行った。

通常、CKD に興味のあるかかりつけ医ばかりが参加する事が多いが、特に循環器内科、糖尿病内科を中心に消化器内科など他疾患を専門とするかかりつけ医が参加 CKD のセミナーに参加してもらう事ができた。さらに今年度はかかりつけ医でも特に CKD の診療を熱心に行っている先生方を中心に CKD 連携医になっていただけるように準備を行った。

東北ブロック：

血圧手帳 3000 冊を作成し、腎臓外来を開設中の医療機関 11 施設（岩手県内 10 か所、青森県内 1 か所）に配布した。

北陸ブロック：

福井県では社会保険指導者講習会伝達講習会で講習を行った。新潟県では腎臓病療養指導士の会が開催され、現地参加 38 名/オンライン参加 44 名の計 82 名が参加した。

富山県では堀川恵子氏による透析患者の緩和ケアに関する講演があり、緩和ケア専門医と腎臓専門医・看護師との情報共有が図られた。

北関東ブロック：

- 群馬県では、腎臓ケア e ラーニング講座を CKD 診療ガイドライン 2024 の反映を踏まえて更新し、医療従事者が最新知見を学習できる環境整備を継続した。また、糖尿病関連腎臓病重症化予防プログラムの保健指導マニュアル利用を促進し、保健師による該当患者への保健指導の均てん化を図った。

- 栃木県では、CKD 診療に関わるかかりつけ医および腎臓専門医療機関の機能別要件、紹介基準、速やかな精査が必要な基準、県内医療機関一覧が整理され、地域における標準的治療と紹介判断の均てん化が図られた。

- 山梨県では、紹介基準を簡便化した「バリアフリー化」を継続し、蛋白尿 1+以上、年齢に応じた eGFR 基準、簡便な紹介状様式により、かかりつけ医から腎臓専門医への紹介のしやすさを高めた。

- 長野県では、松本市糖尿病性腎症・CKD 病診連携紹介基準として、eGFR、蛋白尿、微量アルブミン尿、血尿等に基づく明確な紹介基準が共有することを示した後ろ向きコホート研究が報告され、透析導入前管理の重要性を示すエビデンスが発信された。さらに、CKD G4 期患者に対する SGLT2 阻害薬新規処方の方の後ろ向き研究が学会発表され、1

年間の観察では腎保護効果や心血管イベント抑制効果は明らかでなかった一方、有害事象発生率は非投与群と同程度であったことが報告された。され、CKD シール活用の活用も複数地域で進められた。加えて、信州大学から、CKD stage G5 患者における計画的バスキュラーアクセス作成が入院医療費の低減に関連し、非高齢者では死亡率低下にも関連することを示した後ろ向きコホート研究が報告され、透析導入前管理の重要性を示すエビデンスが発信された。さらに、CKD G4 期患者に対する SGLT2 阻害薬新規処方の後ろ向き研究が学会発表され、1 年間の観察では腎保護効果や心血管イベント抑制効果は明らかでなかった一方、有害事象発生率は非投与群と同程度であったことが報告された。

- 茨城県では、県内各地域でかかりつけ医を対象に CKD 関連講演会を多数実施し、標準的診療に関する継続的な学習機会が提供された。

東京ブロック：

令和 7 年度微量アルブミン尿検査の対象者 442 名に対して受診券を送付した。実際に受診したのは 272 名 (61.5%) であり、そのうち 70~74 歳が 46% を占め最多であった。受診者のうち、精密検査・治療のため専門医療機関への紹介対象である尿中アルブミン 30mg/gCr 以上は 60 名であった (微量アルブミン尿 58 名 [21.3%]、顕性アルブミン尿 2 名 [0.7%])。そのうち 44 名が専門医療機関 (27 名はみなと CKD 連携の会の 7 つの基幹病院の腎臓内科、17 名はその他の医療機関) を受診し、未受診または未把握は 16 名であった。

南関東ブロック：

ガイドライン整合を意識した診療方針共有や eGFR スロープ活用の推進により、CKD 進行評価に基づく診療が浸透しつつある。非専門医による早期リスク評価や適切な紹介判断が増加し、多職種連携による生活指導や治療介入が実践された。データ活用は地域差があるものの、診療の標準化と質の向上に一定の成果が認められた。

東海ブロック：

各地域において開催される学会、研究会、講演会において普及活動を行った。CKD の集約的治療と併せて、他職種連携の有効性を啓発した。

近畿ブロック：

尿蛋白患者 (尿蛋白 $\geq 2+$) における医療アクセス率に関して、対象者が 10 人未満の市町村区を除外したところ 56 市町村区が解析対象になった。上位市町村区の医療アクセス率は豊能町の 61.1% であるのに対し、下位市町村区では大阪市 A 区の

18.2%であった。B市を基準とした場合にC町の多変量補正ハザード比は2(95%信頼区間は1.02-3.91)であり、大阪市D区が多変量補正ハザード比は1.85(95%信頼区間は0.9-3.82)であった。一方で堺市E区の医療アクセス率は20%、多変量補正ハザード比は0.45(95%信頼区間は0.11-1.88)であり、大阪市A区が多変量補正ハザード比は0.4(95%信頼区間は0.1-1.67)であった。

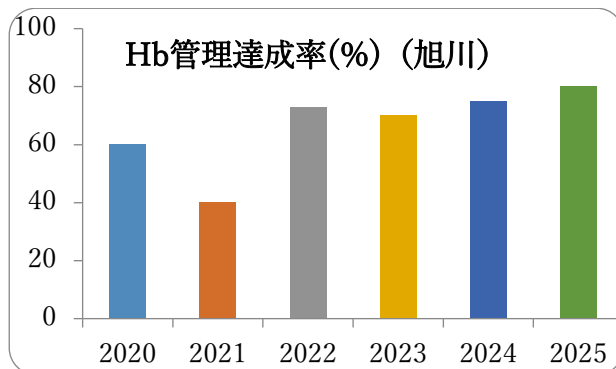
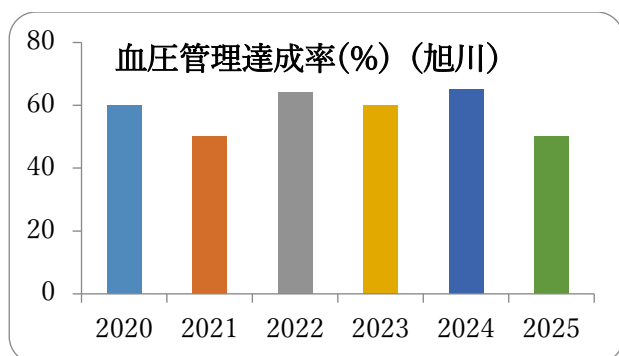
尿蛋白患者(尿蛋白 $\geq 3+$)における医療アクセス率に関して、対象者が10人未満の市町村区を除外したところ13市町村区が解析対象になった。上位市町村区の医療アクセス率はF市の72.7%であるのに対し、下位市町村区ではG市の26.3%であった。B市を基準とした場合にF市の多変量補正ハザード比は1.79(95%信頼区間は0.68-4.74)であり、堺市H区では1.73(95%信頼区間は0.59-5.01)であった。一方でI市の医療アクセス率は38.1%、多変量補正ハザード比は0.89(95%信頼区間は0.34-2.35)であり、G市の多変量補正ハザード比は0.69(95%信頼区間は0.23-2.12)であった。

九州・沖縄ブロック：

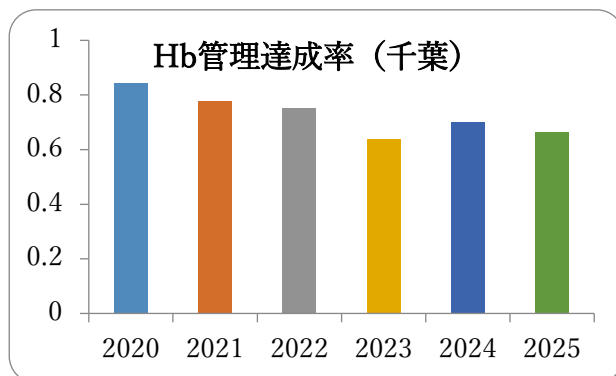
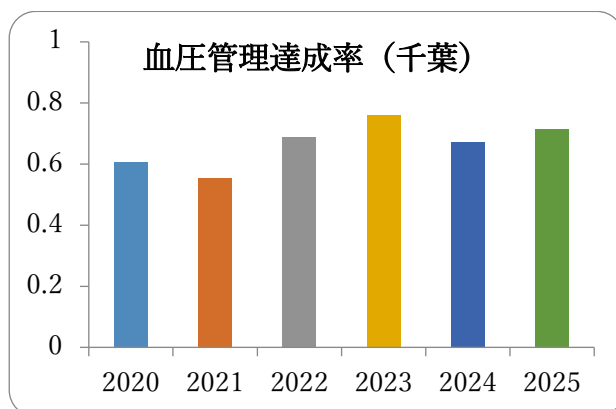
書面助言は平成30年以降約300件実施され、一般医における処方内容の見直しや専門医紹介の実施など、具体的な診療行動の変化が認められた。また、UPCRを測定する医療機関数および測定件数は増加し、CKDの定量的評価とフォローアップの実施が広がった。さらに、透析患者数および透析導入患者数は減少傾向を示した。

定点観測：病診連携体制の拡大・成熟につれて、標準治療の遵守率が増加・安定する傾向が認められた。

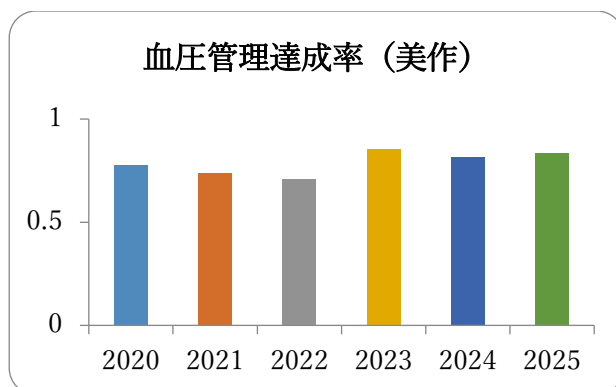
旭川市：

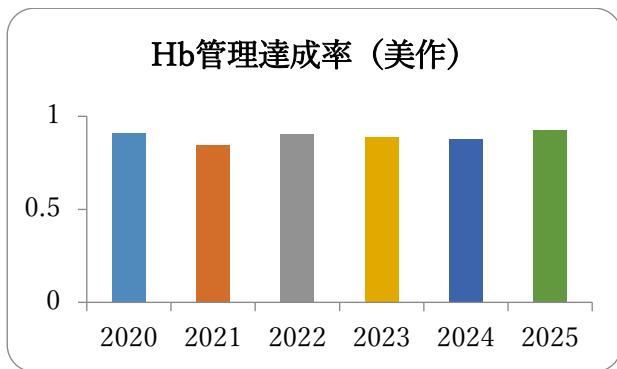


千葉県：

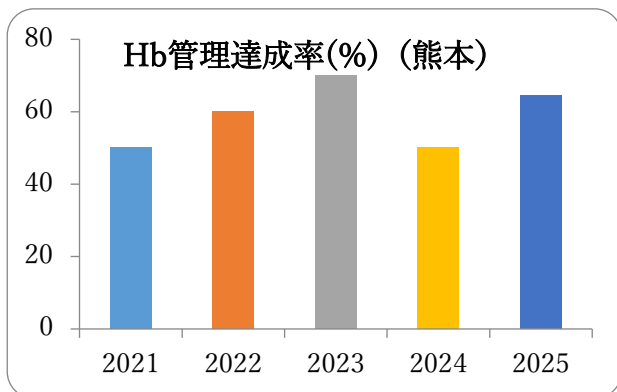
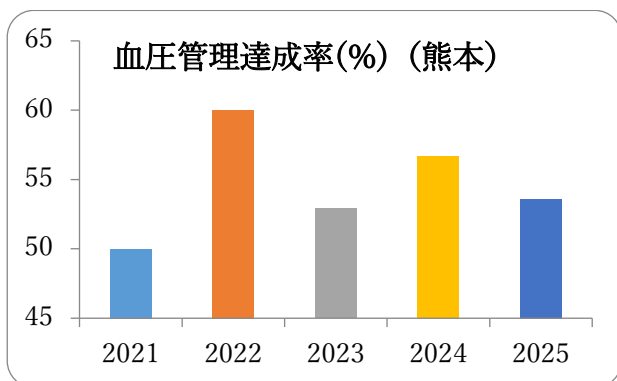


岡山県美作市：





熊本市：



病診連携パスのアップデートへ向けたプロジェクトを開始した。
熊本市医師会センターとの協働によるeGFR slopeの自動算出、アラートシステム導入を計画中である。

沖縄県南城市：本年度より定点観測を開始した。
特定検診データから R7 年度の事業対象者 173 名を抽出、未治療者 35 名中 4 名が医療機関受診。111 名は保健・栄養指導実施、10 名は主治医にも情報共有。プロジェクトチーム腎臓専門医と定期的に事例検討会を 5 回開催した。ハイリスク患者の事例検討会を踏まえて個別評価、個別最適化治療を支援するための資料をかかりつけ医に届けた連携参加施設の医師、看護師むけに勉強会を実施した。

4 人材育成

全国：

(1)CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成
第 2 回保健師のための慢性腎臓病 (CKD) 対策セミナーを令和 8 年 2 月 28 日に WEB 開催し、800 名を超える保健師の参加を得て、受診勧奨先としての活用を推進するため CKD 協力医制度の情報を共有した。



CKD対策における保健師の役割

～今、私たちに求められること～

川崎医科大学 医学部 特任研究員
山本直子

CKD対策においても発症予防が何より大切



(2) 腎臓病療養指導士の育成：2026 年 1 月 25 日に第 9 回認定試験を実施、受験者 301 名中 299 名が合格となった。今年度の資格更新者は 156 名であった。これにより 2026 年 4 月 1 日現在の資格保有者は 2,859 名（前年比 224 名増）となった。ま

た、地域差是正と地域の実情に見合った育成・
(3)腎臓病療養指導士の地域差是正：支援を行うため、各都道府県の連携協議会の設立を進めた。すでに12都府県で設立され、その他の複数の県で準備中である。今後は各都道府県への設立を推進し、J-CKDIブロックとも連携を取りつつ、地域毎の活動を強化し、療養士の育成や支援を一層進めてゆく。

(4)診療報酬の普及と評価：当班の成果を中心とするCKDチーム医療に対するエビデンスが評価され、2025年6月より新たな診療報酬「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が算定開始となった。今後は、本算定を全国に普及するとともに、次項の追加エビデンスの結果も踏まえて、算定状況の評価を行ってゆく。

(5)多職種連携の推進とエビデンス構築：多職種連携の多施設共同研究（全国の24施設、3015名が参加）により、多職種介入がCKDステージG3～G5において腎機能悪化を抑制することを報告した（Abe M, Kaname S, Clin Exp Nephrol, 2023, Abe M, Kaname S, Front Endocrinol 2023, Abe M, Kaname S, Kidney Res Clin Pract 2025）。追加解析により、ステージG3bA1を含むオレンジゾーンのCKD患者にも多職種介入が有効であること、介入前の腎機能低下が大きい群で効果が見られること、介入前の蛋白尿の程度によらず効果が見られることを明らかにしている。R7年度は、さらに多職種介入の経済効果を検討し、透析予防により十分な費用対効果が期待できることを見出した。また、多職種連携エビデンス構築班において、教育プログラム作成WGを組織し、「多職種教育指導の手引き」および標準的なプログラムを作成した。

北北海道ブロック：

2025年7月5日（土）北北海道ブロック代表・地区幹事と旭川市内の腎臓病療養指導士のWeb講演会を開催した。現在の活動状況を共有し、今後療養指導士を増加させるための方策について議論した。

南北海道ブロック：

北海道大学病院は北海道の中で最も腎臓専門医を輩出している。

CKD連携医に関しても、候補者が循環器内科医を中心に育成されてきている。

北陸ブロック：

福井県で、福井大学よりJHAT（日本災害時透析医療協働支援チーム）に1名登録した

北関東ブロック：

・群馬県では、令和7年度医療従事者向け慢性腎

臓病予防研修会に約100名が参加し、糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム研修会にも約80名が参加した。保健指導マニュアルの作成も進められ、保健師等が活用しやすい資材整備が行われた。

・栃木県では、県保健医療計画（8期）において、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師等のCKDに関する基本的知識を有する人材育成が明示され、県全体の人材養成方針が整理された。

・山梨県では、CKD病診連携医認定研修会を2025年10～12月に県内5か所で開催し、医師（新規27名、更新75名）、保健師、管理栄養士、薬剤師が参加した。山梨県の病診連携医申請者数は計153名に増加した。さらに、保健指導従事者研修会には約45名が参加し、CKD基礎知識、減塩、多職種の取組事例が共有された。

・長野県では、長野県腎臓病療養指導士の会を基盤に、医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、行政関係者まで参加可能な多職種コミュニティ形成が進められた。県慢性腎臓病対策協議会による支援や助成制度の検討も示された。

・茨城県では、県内各地域でCKD関連講演会が多数開催され、継続的な学習機会が提供された。加えて、2025年度を通じて5団体が連携して茨城県腎臓病療養指導士会の設立準備を進め、2026年3月の発足に至った。

東京ブロック：

本地域ではCKDEのみでは対象者が限られるため、腎代替療法専門指導士、腎不全認定看護師、腎臓リハビリテーション指導士など、腎疾患に関わる資格を有する者および資格取得を目指す者を対象として開催した。参加者は46名であり、世話人の選定や会則案の作成を進めている。

南関東ブロック：

研修参加者数は増加し、CKD協力医や非専門医の理解度向上が確認された。特にe-learningは時間制約のある医師の参加を促進し、修了者の診療参画が進んだ。多職種研修では保健師や管理栄養士の関与が強化され、受診勧奨や生活指導への連携が拡大した。

東海ブロック：

それぞれの研究会に、栄養士、薬剤師、看護師、医師といった多職種が30名程度集まり、専門職の立場から問題となる症例について討論を行った。

中国ブロック：

①80名、②45名、③のべ29名、④108名、⑤合計192名、⑥合計89名、の参加となった。

各研修会でのアンケート調査の結果、各研修会

参加者にとって各研修会に対する満足度は非常に高く、ほとんどが満足した、あるいはほぼ満足した、と回答であった。

九州・沖縄ブロック：

委員会の設置により、多職種が継続的に関与する基盤が形成された。校区イベントでは、保健師が説明や保健指導を担い、医師が健康相談を行うことで、現場での実践経験が蓄積された。また、一般医と専門医、さらに保健師との間で依頼、助言、報告の連携が繰り返されることで、地域全体のCKD対応力向上が期待される体制となった。

定点観測：

熊本市：

昨年度に引き続き、対面で熊本県腎臓病療養指導士連絡協議会定例会を開催。療養指導士同士が独自案を出し合い、グループLINE立ち上げ、市民啓発の会についての振り返りと次回への改善点などをメーリングリストで共有するシステムなど構築している。

日本腎臓学会西部学術大会における活動報告を含めた講演を腎臓病療養指導士（薬剤師）が担当した。

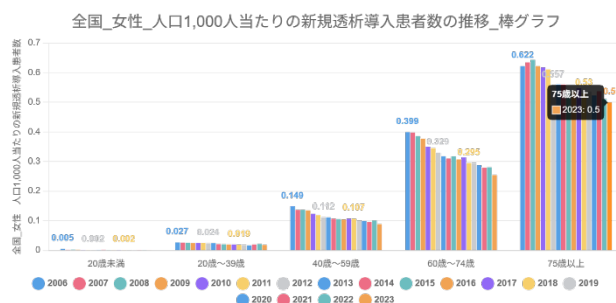
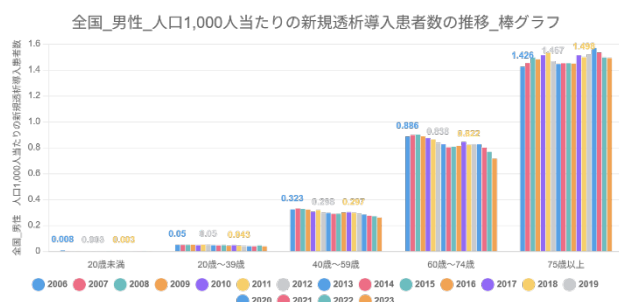
沖縄県南城市：

新人保健師に慢性腎臓病患者への保健指導に関して経験豊かな保健師による指導が行われた。

5 研究開発

(1) CKD 対策支援データベースの更新

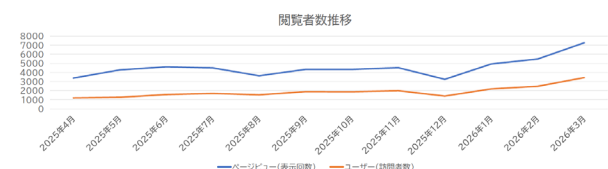
対策班ホームページで公開しているCKD対策支援データベースの新規透析導入率の年次推移について、2023年度のデータを加えて更新した。男性においては75歳未満の世代で、女性においてはすべての世代で新規透析導入の減少傾向が認められた。



研究班 HP の閲覧に関しては順調に増加しており（令和8年3月の閲覧者数3000人越）、国民に向けたCKD対策の見える化に貢献できているものと想定される。

直近1年間(2025年4月～2026年3月)までの閲覧回数と訪問者数

	2025年4月	2025年5月	2025年6月	2025年7月	2025年8月	2025年9月	2025年10月	2025年11月	2025年12月	2026年1月	2026年2月	2026年3月
ページビュー(表示回数)	3385	4294	4520	4552	3632	4339	4338	4522	3347	4934	5475	7254
ユーザー(訪問者数)	1199	1269	1568	1691	1539	1886	1870	1987	1402	2192	2482	3435
平均滞在時間(分)	0:58	1:23	1:04	1:01	0:55	0:47	0:54	0:47	0:54	0:50	0:53	0:43

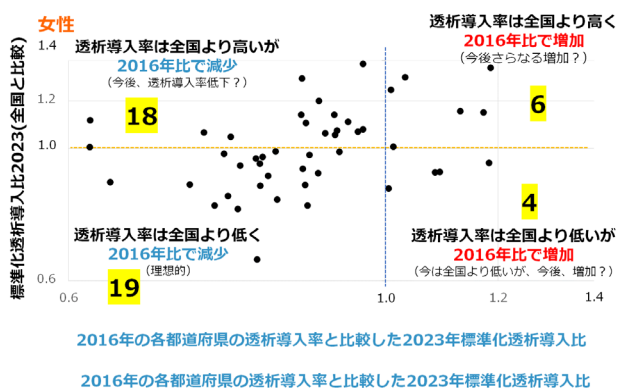


①都道府県別・男女別・年齢階級別・透析導入率

日本透析医学会の統計調査では、2023年の新規透析導入患者数は施設調査による集計で38,764人（前年より919人減）、患者調査票による集計で36,115人（前年より924人減）と、人口高齢化にも関わらず、いずれの調査でも前年より減少していた。

この間、わが国の総人口も減少しているが、その寄与は限定的であった。人口推計によれば、2022年から2023年の1年間で総人口は59.5万人減少したが、年齢階級別にみると15歳未満（33万人減少）、15～64歳（25.6万人減少）、65～74歳（72.3万人減少）と若い年代で減少した一方で、75歳以上では71.4万人の増加が認められていた。仮に2023年の透析導入率が2022年と同一ならば（5歳階級別透析導入率で計算）、これらの年代での人口減少による透析導入患者数減少は、15歳未満で1人減少、15～64歳で55人増加（50～64歳では人口が増加しているため、全体では増加となる）、65～74歳で429人減少と合計374人の透析導入患者数減少に寄与する計算となる。しかし、75歳以上の総人口増加による透析導入患者数の増加が659人と計算されるため、差し引き285人の透析導入患者数の増加と計算される。すなわち、総人口は減少しても、75歳以上では増加していたため、透析導入率が前年と同一ならば、透析導入患者数の減少には繋がらないのである。実際には、前年よりも透析導入患者数が減少していたことは、2023年の透析導入率が2022年よりも低下したことを示している。

患者調査票のデータを用いて、2023 年の透析導入率（人口千人あたりの新規透析導入患者数）を男女別・年齢階級別に計算し、当研究班のホームページに公開されている 2006 年から 2022 年までの年次推移に、その結果が追加された。全国でみると、男女とも透析導入率は前年よりもさらに低下していた。都道府県別では、前回までと同様に、透析導入率は都道府県により異なっていた。



②都道府県別・男女別・透析導入率の変化と比較

都道府県により異なっていた 2023 年の透析導入率について、年齢調整をした透析導入比を、全国の 2023 年透析導入率と比較したもの、及び、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較したもので計算し、都道府県を 4 つのカテゴリーに分類した。

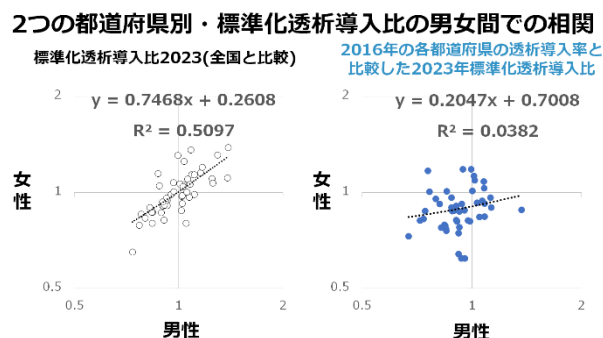
男性では、全国と比較した 2023 年の透析導入比が 1 未満の都道府県が 23 あり、1 以上の都道府県は 24 であった。一方、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較した透析導入比が 1 未満の都道府県は 33、1 以上が 14 であった。腎疾患対策検討会報告書（平成 30 年 7 月）には、評価指標として「新規透析導入患者数について、2016 年比で、5 年で 5%以上減少、10 年で 10%以上減少を達成する都道府県数等」があるが、2016 年比で 5%減少、10%減少を達成した都道府県数は、それぞれ 29、19 都道府県であった。

4 つのカテゴリーに分けると、透析導入率が全国よりも低く、2016 年比で減少している都道府県数は 18（下図の左下）、透析導入率は全国より高いが 2016 年比で減少した都道府県数は 15（下図の左上）、透析導入率は全国より低いが 2016 年比で増加した都道府県数は 5（下図の右下）、そして、透析導入率は全国より高く 2016 年比で増加していた都道府県数（下図の右上；重点介入エリアに相当）は 9 であった。

女性では、全国と比較した 2023 年の透析導入比が 1 未満の都道府県数は 23、1 以上が 24 であった。一方、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較した透析導入比が 1 未満の都道府県数は 37、1 以上が 10 であった。2016 年比で 5%減少、10%減少を達成した都道府県数は、それぞれ

34、28 都道府県であった。

4 つのカテゴリーに分けると、透析導入率が全国よりも低く、2016 年比で減少している都道府県数は 19（下図の左下）、透析導入率は全国より高いが 2016 年比で減少した都道府県数は 18（下図の左上）、透析導入率は全国より低いが 2016 年比で増加した都道府県数は 4（下図の右下）、そして、透析導入率は全国より高く 2016 年比で増加していた都道府県数（下図の右上；重点介入エリアに相当）は 6 であった

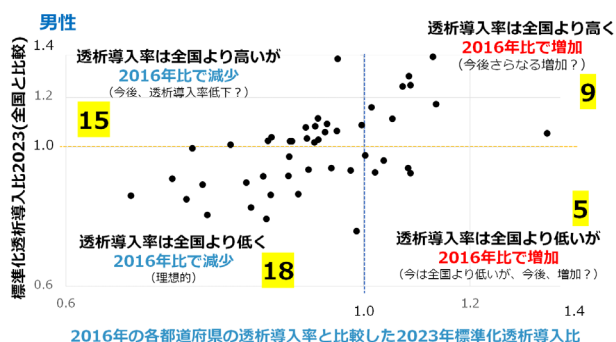


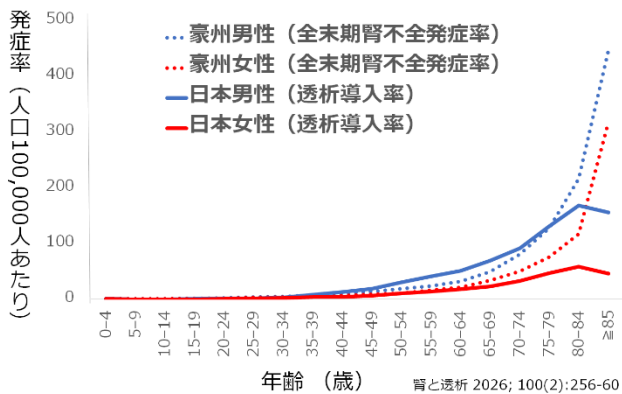
男女で 4 つのカテゴリーに分類される都道府県数が異なっていたため、男女間の相関をみたところ、全国と比べた標準化透析導入比では男女間で強い相関を認めたのに対し（下図の左、 $R^2=0.5097$ ）、2016 年比で男女間の標準化透析導入比は相関が弱かった（下図の右、 $R^2=0.0382$ ）。

(2)透析非導入の実態

・豪州の全末期腎不全発症率と日本の透析導入率の比較

豪州の透析非導入を含む全末期腎不全発症率と日本の透析導入率を、男女別・年齢階級別にグラフ化すると（下図）、豪州の全末期腎不全発症率では男女とも加齢とともに上昇し 85 歳以上で最も高くなるのに対し、日本の透析導入率は 80～84 歳で最も高くなり、85 歳以上では低下していた。このことから、少なくとも日本の 85 歳以上には、透析非導入を選択する末期腎不全患者が存在することが示唆された。

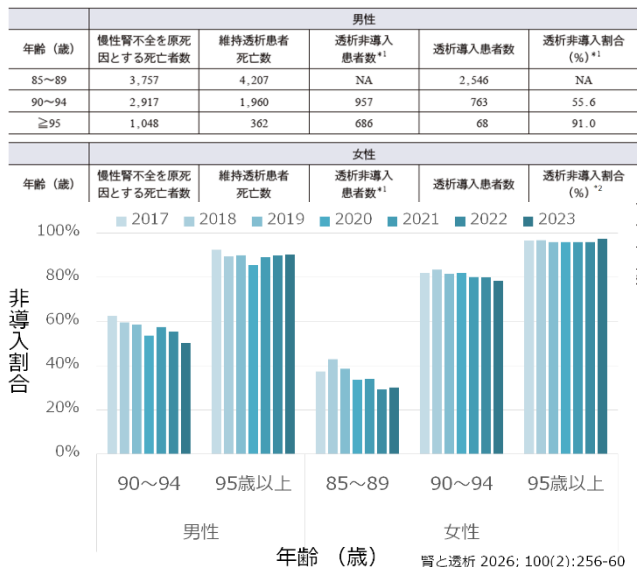




・透析非導入患者数の推計

そこで、日本の85歳以上での透析非導入患者数を、以前に報告した方法(日腎会誌 61: 91- 97, 2019)を応用して推計した。男性は90歳以上、女性は85歳以上の年齢階級で、慢性腎不全を原死因とする死亡者数が維持透析患者死亡数を上回っており、透析非導入患者数の推計が可能であった(表)。

表 2023年の性年齢階級別：透析非導入患者数とその割合



2023年の非導入患者数は、男性は90歳以上で1,643人、女性は85歳以上で5,062人、あわせて6,705人と推計された。

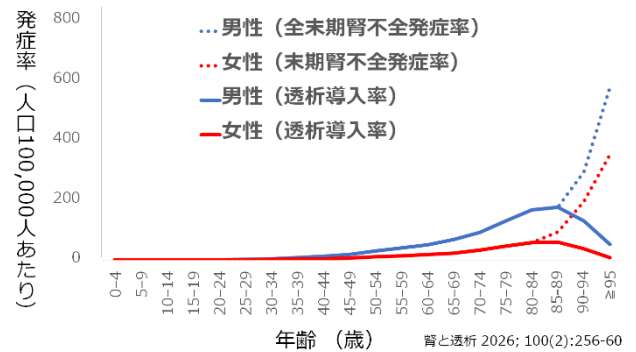
・透析非導入割合の推計

同年の透析導入患者数との和を分母、非導入患者数を分子として求めた非導入割合は、前回の検討(日腎会誌 61: 91- 97, 2019)と同様に、男女とも加齢とともに増大し、最も高かった95歳以上の年齢階級では、男性91.0%、女性97.7%であった。この非導入患者数は低めの見積もりではあるが、例えば95歳以上の年齢階級では透析非導入患者数は男性686人、女性1,906人と、透析導

入患者数(男性68人、女性45人)の10倍(男性)ないし40倍以上(女性)と推計された。

・2023年末調査を用いた全末期腎不全発症率

上記で計算された透析非導入患者数を、男性90歳以上、女性85歳以上で透析導入患者数に加えて全末期腎不全発症率を計算し、透析導入率のグラフに重ねると(下図)、わが国においても末期腎不全の発症率は加齢とともに指数関数的に増加することが示された。また、グラフの形状から、今回推計できなかった男性85~89歳にも非導入が存在することが示唆された。

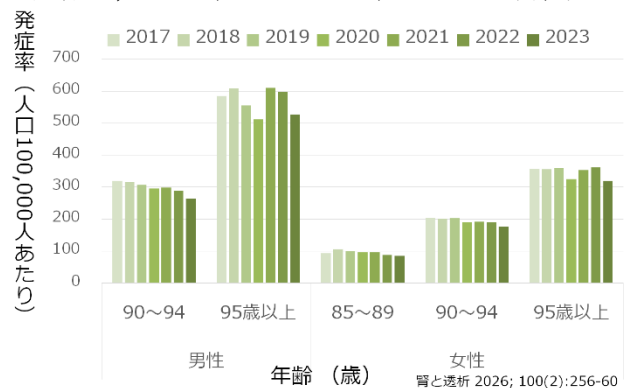


・透析非導入割合の経年変化

2017年から2023年までの日本透析医学会統計調査と人口動態統計(死因統計)を用いて同様に推計し、その経年変化を評価したところ(下図)、透析非導入割合が増えた年齢階級は認められず、男性90~94歳、女性85~89歳ではむしろ低下傾向であった。近年、透析導入率は低下傾向にあるが、その理由として透析非導入の割合増加は考えにくいと思われた。

・全末期腎不全発症率の経年変化

同様に、2017年から2023年までの全末期腎不



全発症率を計算し、その経年変化をグラフ化すると(下図)、男性90~94歳、女性85~89歳、及び90~94歳では低下傾向を認めた。このことから、近年の透析導入率の低下には全末期腎不全発症率の低下が寄与していることが示唆された。

(3)CKD患者数の推定

1) CKD患者数の実態調査

2005 年の CKD 患者数の調査では特定健診データ、各地のコホート研究データが用いられている。本調査においても、上記データを用いて、年次的な推移などを調査することも検討したが、地域に偏りがあることや、会社の健診データを使用することは個人情報保護の観点から利用が難しいこともあり、NDB データを用いた解析を行うこととした。NDB データを用いた解析では全患者データによる解析と部分抽出データによる解析を並行して行うこととした。

また、全国規模国保組合、全国協会けんぽ、自治体国保データでの CKD 有病割合推定アルゴリズムを設計した。

65 歳以上の高齢者については、DeSC データを分析し、自治体国保に所属する 65 歳～90 歳高齢者 298 万人を対象とした。年齢、性別、本人・被扶養者、過去健診受診状況で重み計算を行い、各年齢別に CKD の割合を求めた。75 歳から 79 歳、80 歳から 84 歳、85 歳から 89 歳における CKD の割合はそれぞれ 25.47%、36.21%、49.41%であった。本研究では 90 歳以上の CKD の割合は測定していない。2025 年 1 月の人口推計概算値はそれぞれの年代で、803 万人、612 万人、396 万人となり、CKD 患者数はそれぞれ 204.5 万人、221.6 万人、195.7 万人となる。90 歳以上の高齢者における CKD 患者の割合を 50%とすると、75 歳以上の高齢者の CKD 患者数は 760 万人と推定される。

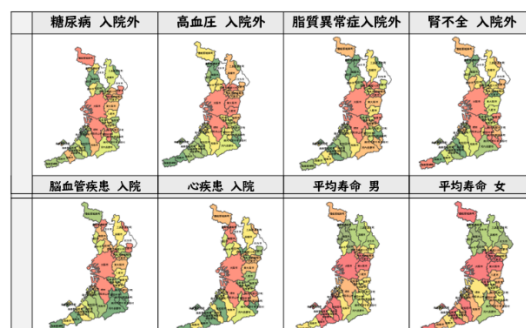
35 歳から 74 歳について、日本最大の就労世代保険者データベースである協会けんぽデータを分析した。2021-2023 年の腎機能スクリーニングデータを用いて、健診受診確率で逆数重みづけを行うことで、スクリーニング対象者全体で（35～74 歳）の CKD 有病割合を推定した。CKD 患者の割合は 13.2%と推定された。年齢によって CKD 有病割合は増加し、50 歳以下で 3.0%、50～64 歳で 11.0%、65～74 歳で 22.2%であった。20～34 歳については腎機能スクリーニングデータが不足しており、CKD 有病割合を推定していない。2025 年 1 月の人口推計概算値は 20～49 歳 4200 万人、50～64 歳 2700 万人、65～74 歳 1700 万人であり、各層での CKD 有病割合は 20～49 歳 126 万人、50～64 歳 297 万人、65～74 歳 377 万人となり、20 歳から 74 歳における CKD 患者数は 800 万人と推定される。以上からわが国における CKD 患者数は 1560 万人と推定される。なお、重みづけの計算や CKD 定義方法によって推定値が変わる可能性があること、人口構成が推定値に大きな影響があることに注意が必要であり、現在の推定値は最終的なものではない。今後、NDB データ、大規模保険者データなどのさらなる解析が必要となる。

2) CKD 患者数に影響を与える因子の解明

上記の NDB データを用いた解析では糖尿病や高血圧など生活習慣病に関連するデータも抽出し、

CKD 患者数に影響を与える因子を解明することとした。

また、大阪府において、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎不全の入院外医療費、脳血管疾患、心疾患の入院医療費、および平均寿命の調査を行ったところ、図のように地域の差が認められた。



D. 考察

1 普及啓発

全国：

啓発イベント回数は増加している一方、CKD 認知率は横ばいであり、従来型啓発の到達層に限界が示唆される。蛋白尿の理解不足を踏まえ、生活世代に適したインターネットや SNS 活用が有効と考えられる。

北北海道ブロック：

テレビや新聞といったマスメディアを積極的に活用し、また参加費無料の市民公開講座による啓発手段が有用と思われた。

今後の課題として、地域医療機関との連携によるスクリーニング体制の構築、若年層への教育的アプローチ（学校・職域での啓発）を検討する必要がある。

南北海道ブロック：

北海道と連携した一般市民向けの CKD 啓蒙の動画については、閲覧数も伸びており、一般市民が CKD について関心をもつようになった感触がある。

北部 CKD ネットを中心に一般向けのイベントの増えており、北海道大学病院以外の施設が積極的にイベント開催するようになった事も大きな成果である。

テレビ塔のライトアップは今回 3 回目となるが、チラシの配布、道庁のホームページ掲載、マスコミへの連絡も行ったため、多くの市民がテレビ塔のライトアップが腎臓病に関連するということについてより広く啓蒙された。

北陸ブロック：

チラシの設置、配布は、遂行が比較的容易であり、各地共通に取り組まれていた。そのほか、各

地域でこれまで行われてきた活動を参考に、県民の啓発に有効な手段として考えられる方法で、世界腎臓デーの地域活動を展開した。福井県では多職種による健康相談が行われ、効果的な啓発活動が可能であると考えられた。石川県では、イベント当日の活動が、翌日の地元新聞に掲載され、新聞による啓発につながり、効果的であると考えられた。富山県では、郡市での講演会開催や病院内掲示物による啓発活動が行われた。さらに、新潟県では行政の協力のもと、庁舎へ懸垂幕を掲示し、多くの市民の目に留まる工夫がされていた。

北関東ブロック：

2025年度は、対面イベントに加えて、ホームページ、動画、印刷物、アプリ等を組み合わせた多媒体展開が進み、住民に理解しやすいテーマ設定と開催場所の工夫が参加拡大に有効であった。今後は、媒体ごとの到達度、健診受診や受診行動への波及、勤労世代への訴求効果を継続的に評価し、より効果的な普及啓発モデルへ発展させる必要がある。

東京ブロック：

区民まつりは10月の週末に開催されるため、年度末の世界腎臓デーとは異なる時期の住民接点となる。単発にとどまらない継続的な啓発が重要である。区内には糖尿病、心不全、COPD等の関連疾患に関する会議体も存在しており、これらとの連携による啓発活動の展開も期待される。また、施設ごとに新たな啓発活動を個別に実施することは負担が大きい場合もあり、虎の門病院と慈恵大学病院において資材・人材・運営ノウハウの共有を行っているように、こうした取組の横展開は有用と考えられる。

さらに、慈恵大学病院においては、院内の他診療科への啓発も進めており、2024年度のリウマチ・膠原病内科に続き、2025年度はCKD患者数が多く医師数も多い消化器内科を対象とした取組を実施した。このような院内他科への働きかけは、非腎臓専門領域におけるCKDの認知向上および適切な専門医紹介の促進に資する可能性がある。また、同学附属4病院には計39名のCKDEが在籍しており、院内外における啓発活動の継続および展開に寄与する人的基盤と考えられる。一方で、イベント型の啓発では参加者が関心層に偏る傾向もあることから、無関心層、とりわけ勤労世代へのアプローチとして、労働安全衛生法に基づく健診等の既存機会の活用が有効と考えられる。

南関東ブロック：

対面型イベントとデジタル媒体を組み合わせた啓発が進み、接触機会の量的拡大は達成された。一方で、認知向上が行動変容や受診につながった

かの定量評価は十分とは言えない。特に勤労・子育て世代では、CKDの自覚症状の乏しさから危機感が醸成されにくく、単発の情報提供では限界があると考えられる。今後は健診結果との連動や、生活習慣改善と結びつけた継続的メッセージ設計が重要である。

東海ブロック：

各会場共に収容人数を超過するほどの盛況となり、あらためてCKDについての関心の深さを認識した。アンケートの解析により市民公開講座を利用した普及活動の有効性を確認した。また、今後のテーマ選定や資材の作成の重要な資料となった。

中国ブロック：

昨年よりも、さらに人の往来が活発になり、CKD普及啓発として、対面での情報共有が効率的であることが改めて確認できた。イベントの対象者は、成人のみならず小児も含まれるため、様々な年代の方を対象とした多様な内容を新たに加えるなど工夫をすることにより、新鮮さを保ちながら効率よい普及啓発につながると考えられた。

新聞やTVなどの従来の方法、さらにはDXやSNSなどを活用する方法など、様々な手段で啓発することが可能であり、これらの継続した活用は重要である。今年度もメルマガや新聞で普及啓発を行ったが、クイズの回答が計26名と昨年よりも多く反応があったことから、いまだにこれらの普及啓発方法は有効である。一方で、今年初めてJR車内での普及啓発掲示を行ったが、合計40名と想定以上に回答を得ることができた。回答した年齢層も新聞で回答した層と比べて非常に若かった。このように、様々な媒体を同時に活用することで、あらゆる年齢層に対するアプローチが可能になることがわかった。それぞれのライフスタイルによって情報収集の形態も多様化しており、普及啓発の在り方も多様化するべきであると考えられた。

四国ブロック：

多くの腎臓非専門医の参加者が受講し、現在CKD二次診療医は県内76名となっている。今後、課題やニーズに沿った研修会の開催を行いたいと考える。徳島県西部圏域・南部圏域へのアプローチ、多職種連携の推進のための医師と保健師の講演、三次医療機関、二次診療医、市町村保健師それぞれの取組等を情報共有し、連携推進に繋げることなどにより健診結果から早期受診・治療につなげたい。また、作成したCKD二次医療機関ステッカーの活用をしたいと考える。医療機関の入口や待合室、診察室などに掲示して「CKD」と「CKD二次診療医」を周知したい。県民に対しては、CKD予防連携手帳の改定を行い

たい。CKD 診療ガイド 2024 に沿った内容に改訂したフローチャートの更新を行い、最新の情報に沿った、より活用しやすいツールへ改変したい。

九州・沖縄ブロック：

啓発活動は、市民の CKD 認知度向上に有効であったと考えられる。特に校区イベントは、住民との接点を確保しやすく、多世代に働きかけられる点で意義が大きい。さらに、保健師、かかりつけ医、専門医が同じ場で関与することで、啓発活動がそのまま地域連携の強化にもつながった可能性がある。一方、認知度向上が受診行動や重症化予防にどこまで結びついたかについては、今後の検証が必要である。

定点観測：

沖縄県南城市：

市役所を訪れた住民に対する普及啓発活動は一定の効果が期待されるが、中高年の働き世代など普段あまり市役所を来訪しない方へのアプローチを検討する必要がある。

2 診療連携体制構築

全国：

透析導入の地域差には健診受診率や専門医偏在が関与しており、地域特性に応じた対策が不可欠である。CKD 協力医制度は、かかりつけ医の参画を促し、専門医不足地域での診療水準均てん化に有効と考えられる。

北北海道ブロック：

非腎臓専門医のかかりつけ医が CKD 診療を適切に行うために、腎臓専門医への紹介基準、市内腎臓専門医リストを記載した資料を作成し配布することは有用と考えられた。

南北海道ブロック：

北海道は面積が広大であり、また腎臓専門医が偏在している。よって、地域にあった連携体制の構築が必要である。

北海道はエリアを分け、それぞれが地元根付いた対策を行っている。

広大な面積があるからこそ、遠隔診療が重要となってきた。遠隔診療の準備が進められた事は大きな進展と考える。

東北ブロック：

保険者単位で、保健指導の直接的な効果である住民・患者の生活習慣や健診受診行動などの行動変容を、KDB データを活用して保健指導実施有無別、保有リスク別に定量的・経時的に可視化する

ことにより、保健指導対象者に対する当該年度の自らの保健指導の効果を検証できる。また、他市町村や県レベルのデータとの比較により、各市町村での保健指導の方法や内容の PDCA サイクルを回す際の有用な検討材料を提供できると考えられる。

北陸ブロック：

各地域により、CKD 診療連携体制にかかる諸問題が議論され、地域の実情に応じた修正が行われた。一方で、地域によっては、医師の偏在が認められるため、診療連携体制の構築にあたっては、県内でも各地域の実情に合わせた、細かな修正が必要であると考えられる。ことに石川県は、令和 6 年能登半島地震の影響が、いまだ残っており、人口流出も続いている。今後も、実情に合わせた、継続的な診療連携体制の見直しが必要であると考えられる。

北関東ブロック：

2025 年度は、県全体の協議会整備と、市町村・医師会単位の具体的運用が並行して進み、行政、医師会、専門医療機関、保険者、多職種団体が共通課題を共有しつつ、紹介基準や受診勧奨フローの具体化が進展した。今後は、連携対象地域の拡大に加え、紹介件数、逆紹介率、受診継続率、二人主治医制による管理患者数等を指標化し、PDCA サイクルの中で評価する必要がある。

東京ブロック：

東京都においては、腎臓専門医数は比較的充足しているものの、健診後の診療導線の適切性が重要な課題となる。特に都市部では、健診機関と医療機関の分離や受診行動の多様性も影響し、健診後の受診勧奨先が明確でない場合がある。このため、専門医数の充足とは別に、健診後の初期対応を担う医療機関の明確化（受診先の明示）が求められる。また、かかりつけ医における健診後の初期対応の役割を整理し、その対応力の向上を図ることが重要と考えられる。このような取組は、日本腎臓病協会が推進する CKD 協力医制度の趣旨とも整合する。さらに、2027 年度から予定されている労働安全衛生法に基づく健診における血清 Cr および eGFR の測定必須化により、受診勧奨の対象となる患者の増加が見込まれることから、健診後の適切な受診先を地域として明示していく必要性はさらに高まると考えられる。

南関東ブロック：

CKD 協力医制度や二人主治医制は、専門医偏在の課題を補完し、地域完結型医療の実装に寄与したと評価できる。特に紹介・逆紹介の基準明確化は、かかりつけ医の不安軽減につながった。一方、

医療圏ごとの導入深度や運用方法には差があり、連携の質の均てん化が今後の課題である。行政・医師会・専門医の役割分担を明確にし、成果指標を共有する必要がある。

東海ブロック：

各都道府県の行政機関の担当者、CKD 対策表・責任者、かかりつけ医（医師会）の間で円滑な横展開を実現するためには、CKD に対する理解を更に深化する必要がある

近畿ブロック：

CKD 啓発セミナー等で紹介した際には大変好評であり、全国から利用したいとの問い合わせがあり、多くの CKD 協力医に利用されるようになると考えられる。

中国ブロック：

CKD 対策においては、医師とメディカルスタッフの協働が大変重要である。同じ岡山県内において、そもそも腎臓専門医の有無を含めた医療資源やそもそもの人口の違いがあり、それぞれのエリア独自のやり方で CKD 医療連携が展開されている。これが岡山県の CKD-NET の特徴である。医師会の中に CKD 患者の入院診療可能な施設がある場合とない場合で、CKD-NET の発展に差がある可能性を感じた。一方で、医療資源に乏しいエリアでの腎臓専門医がなかなか増えていかない現状が浮き彫りになった。いくつかのエリアでは、病院の統廃合に関するニュースが流れてきた。そういったところでは、これまでとは地域の実情の変化にあわせて、新しいアプローチを構築していく必要がある。益々医療資源が効率化されていく時代にさしかかってきており、各エリアで、いかに存在する医療資源を活用し、多職種による CKD 医療連携の継続、できれば発展につなげていくのか、各エリアでのニーズに応じた丁寧な対策が必要である。

多職種連携を進めるとともに、かかりつけ医と腎臓専門施設との病診連携は、現状に満足することなく、さらなる進展が必要である。改訂されたガイドラインの普及を進め、より質の高い CKD 診療を提供できる環境づくりも重要である。

四国ブロック：

7 6 名中西部圏域の認定医の少なさが明らかであった。課題やニーズに沿った研修会の開催を行うべきと考えられた。徳島県西部圏域・南部圏域へのアプローチ、多職種連携の推進のための医師と保健師の講演、三次医療機関、二次診療医、市町村保健師それぞれの取組等を情報共有し、連携推進に繋げることなどにより健診結果から早期受診・治療につなげたい。また、二次診療医の周知のために CKD 二次医療機関ス

テッカーを活用したい。医療機関の入口や待合室、診察室などに掲示して「CKD」と「CKD 二次診療医」を周知することが重要と思われた。

CKD 二次診療医制度の効果と問題点が明らかとなった。診療技術の向上、CKD に対する認識の向上が認められたが、保健師との連携、CKD 普及啓発のためのツール（連携手帳、ステッカー）の活用が不十分と考えられた。これらのツールは各かかりつけ医の診療スタイルに関することであり、使用が必須とは思われない。これらの指標より実臨床に則した指標での効果の評価が望ましい。例えば血清クレアチニン値や eGFR、検尿、尿タンパク定量の検査数の増加、慢性腎臓病もしくは慢性腎不全の保険病名登録の増加とその地域差、三次医療機関（腎臓専門医）との連携の現れである、紹介、逆紹介の増加などがそれにあたると思われる。

慢性腎臓病患者に関する調査では透析患者の総数、導入数の減少が認められている。しかし人口減少、高齢化に伴う自然減とも考えられ、全国的な傾向の沿ったものである。今後は年齢構成も加味した透析導入患者、透析患者総数の解析が望ましい。

九州・沖縄ブロック：

本市では腎臓専門医数は比較的充実しており、課題は医療資源不足よりも、適切な紹介や患者受診行動にあった。今回構築した連携体制は、一般医単独では対応が難しい症例に対して、専門医助言と保健師支援を組み合わせることで、地域としての診療力を高めたと考えられる。また、連携フローが明確化されたことは、実務上の運用性向上にも寄与した可能性が高い。

定点観測：

岡山県美作市：

岡山県美作エリアの CKD-NET ワークの特徴は、腎臓専門医が少ないこと、連携体制に参加したかかりつけ医が 6 医師会合計 90 名であること、腎生検を行える施設がないこと、人口が大きくなく比較的高齢化が進んでいる地域であること、などである。昨年度、腎臓受け入れ施設が 1 施設減った後の補充体制ができていないこと、さらに医師会会員数も減少傾向である。そのため、このエリアでの質の高い CKD 医療連携体制の維持・発展のために、CKD-NET ワーク参加医師および施設の維持および増加は、以前から続いているが、今後の検討課題である。

そのような特徴のエリアで 2019 年から始まった定点観測であるが、昨年度と比較して、紹介、逆紹介数は今年度も昨年度とほぼ同程度の水準であった。一方で、病診連携を行っている患者数はさらに増えて、過去最高の 180 名になった。美

作エリアにおける医療連携ネットワークの中で、行政における特定健診から未病ハイリスク患者の抽出とかかりつけ医への受診勧奨が強化されていること、および、CKD 診療連携の有用性が医師に理解され、さらに浸透してきたことを示している。さらなる発展が期待される。

また、連携参加かかりつけ医における新しい CKD 診療ガイドライン 2023 の普及率が非常に高い。血压管理状況、貧血の管理状況、血糖管理状況はいずれも高い水準で管理されている。今後も各指標の管理目標達成率 100%を目指した質の高い CKD 診療の質の向上が期待される。

エリア内での SDM 実施率は、対象患者数が少なかったものの必要な患者には施行されており、質の高い医療の提供体制が整っていると考えられる。

沖縄県南城市：

持続可能な仕組みづくりという観点から顔の見える関係性を重視した診療連携体制の拡充が重要だと考えられる。

3 診療水準向上

全国：

降圧目標の統一は臨床現場の混乱回避に有用だが、高齢者や低リスク例では個別化が不可欠である。eGFR スロープは進行評価に有効であり、腎硬化症研究は CKD 進展理解の深化に寄与すると考えられる。

北北海道ブロック：

定点観測では、全ての指標が昨年と同様で、腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率は 100%を維持した。

南北海道ブロック：

かかりつけ医の診療水準を向上するためには勉強会や講演会が不可欠であるが、いつも参加する医師が同じであるという問題があった。複数回参加しているかかりつけ医に関しては CKD 連携医になっていただけるように検討を行った。勉強会の内容としても、仮想症例を提示し、症例ベースの検討を行う事で、CKD の理解が深まったと考える。結果、CKD 連携制度の構築がより進んだと考えられる。SGLT2 阻害薬についても、啓蒙を行い、より多くのかかりつけ医が自身で処方できるように繋がった事は大きな成果と考えられる。

東北ブロック：

一般に血压異常の多くは自覚症状がなく、季節による血压変動もしばしば見られるため、家庭血压測定に基づく血压値、血压変動の評価が重要で

ある。家庭血压測定は降圧目標達成のための処方調節や療養指導に有用なツールであり、CKD の診療の基本的実践として、かかりつけ医、専門医を問わず、より普及させる必要がある。

北陸ブロック：

北陸各地で講習会などが開催された。医師のみならず、CKD 診療にかかるメディカルスタッフに向けた講演会、講習会が企画された

北関東ブロック：

診療水準向上のためには、紹介基準の標準化だけでなく、現場で使いやすい様式、継続的な教育資源、多職種が共有できる支援ツールが不可欠である。2025 年度は、山梨県の簡便化された基準、長野県の CKD シール、栃木県の機能別整理、群馬県の e ラーニング、茨城県の継続的講演会など、実装性の高い工夫が各地域で示された。加えて、長野県からは透析導入前の計画的バスキュラーアクセス作成の有用性や、進行 CKD 患者における SGLT2 阻害薬投与の安全性に関する研究成果が報告され、診療体制整備を支えるエビデンスの蓄積も進んだ。今後は、これらを地域の実臨床で継続運用し、標準的診療の遵守率向上につなげることが重要である。

東京ブロック：

港区では、特定健診や本検査をかかりつけ医が実施しているため、既に糖尿病で通院中の患者も本検査の対象に含まれる。このことは、尿中アルブミン検査の実施率向上に寄与していると考えられる。一方で、既通院患者が対象に含まれることは、専門医療機関受診率が相対的に低くなる一因となっている可能性がある。このため、事業の効率化の観点からは対象者抽出基準の見直しが課題である。また、本事業では専門医療機関受診後に生活習慣改善支援プログラム（保健指導）につなげることが期待されているが、参加率は低い。これは、かかりつけ医、専門医療機関、保健指導委託事業者間の役割分担や関与のあり方が十分に整理されていないことや、各主体における動機付けが明確でないことが一因と考えられる。したがって、検査実施から専門医受診、保健指導への接続までを一連の診療導線として整理するとともに、関係機関の役割および関与のあり方を再設計することが重要である。さらに、同様の取組を導入する際には、特定健診における各検査項目の位置づけや受診勧奨の基準を含め、全体として整合的な仕組みを設計することが重要である。また、行政、かかりつけ医、専門医等の関係者間で役割や運用を共有することが求められる。

南関東ブロック：

標準治療の整理や eGFR スロープ活用は、CKD 進行リスクを可視化し、早期介入の判断材料として有用であった。特に非専門医にとって、進行度を定量的に示すツールは診療支援効果が高い。一方、ツール理解度や運用頻度には施設間差があり、単なる導入だけでは効果は限定的である。継続的な教育とフィードバック、データを活用した診療改善サイクルの構築が不可欠と考えられる。

東海ブロック：

CKD の進展阻止には、地域における CKD 診療と治療の標準化は必須であり、他職種への介入により生活や食事に関する指導が重要である。

近畿ブロック：

医療機関アクセス率が上位である市町村区において、ヒアリング調査と検討会で得られた情報をもとにアンケート調査を実施した結果、個別健診の割合が高いことが高い医療機関アクセス率に関連している可能性が示された。

四国ブロック：

講演会の受講は非専門医の診療技術の向上に有効と考えられた。その一方で、48%の三次医療機関への紹介は多いと思われた。三次機関でなくとも軽症のCKD患者が非専門医により経過観察されることが望ましく、三次機関、腎専門医への紹介の減少および三次からの逆紹介の増加が望ましい形と考えられる。

九州・沖縄ブロック：

診療水準向上には、単に専門医へ紹介するだけでなく、一般医が適切な評価と初期対応を行える体制づくりが重要である。本取り組みでは、UPCRの普及と専門医助言の導入により、従来不十分であった定量評価や診療判断の質が改善した可能性がある。また、補足スライドで示された情報基盤の整備は、助言内容の質を担保する上でも有用であったと考えられる。

定点観測：

沖縄県南城市：

降圧目標達成の重要性や新規の腎保護薬の特徴や好適例についての勉強会を通じて SGLT2 阻害薬などの的確使用につながり慢性腎臓病診療の均てん化に繋がることが期待される。また、個別事例を通じた慢性腎臓病治療に対する理解を深め、慢性腎臓病診療水準の向上に繋がることが期待される。

4 人材育成

全国：

今後のCKD協力医制度の全国展開を見据えて、CKD診療に積極的な保健師を対象とした全国講演会をWEB開催し、CKD協力医制度についての情報を共有した。保健師からの受診勧奨先としてCKD協力医は適切であり、患者ごとに最適な管理体制へトリアージすることが可能となる。

腎臓病療養指導士の増加により、CKD療養指導の知識・技能を有し、チーム医療を支えるメディカルスタッフの育成が進みつつある。しかし、いまだその人員数は不足しており、活躍の場も十分ではない。今後は、地域偏在も考慮したさらなる育成を進めるとともに、腎臓専門医と連動した地域活動、糖尿病療養指導士等の他の療養士との連携を推進していく必要がある。診療報酬が認められたことにより、さらなるチーム医療の推進が期待され、経済効果が見られたことから、加算の拡充が期待される。今後は、人材育成と多職種連携の推進、効果的な教育プログラムの開発により、より質の高い多職種チーム指導が普及することが期待される。

北北海道ブロック：

北北海道ブロックのように、腎臓専門医が少ない地域においては、腎臓病療養指導士の役割は大きく、腎臓病療養指導士の活動を広く多職種に共有し、育成を促進する必要がある。また、腎臓病療養指導士のモチベーション維持のためにも、療養指導士間の情報交換や活躍の場を提供していく必要がある。地域における「腎臓病療養指導士の会」の設立も検討したい。

南北海道ブロック：

腎専門医に関しては、北海道には腎専門医がまだまだ不足しており、一人でも多くの腎専門医育成のために腎臓病を学ぶ楽しさ、腎臓病の重要度をアピールしていく事が大切である。また、魅力的なプログラムの構築も必要であると考えられる。

CKD連携医の育成に関しては、多くの講演会でグループディスカッション場を設けたことにより、大勢にはできない質問などを直接腎専門医にできたことなどから、飛躍的に進んだと考えられる。

北関東ブロック：

2025年度は、専門医のみならず、かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等を含む多職種育成が各県で進められた。単発講演会にとどまらず、認定制度、研修会、療養指導士会等の継続的学習基盤へと発展している点が特徴である。北関東ブロックとしては、こうした多職種育成の基盤を相互に参照可能な形で共有し、地域で機能する人材育成モデルとして発展させることが重要である。

東京ブロック：

区西南部のみならず港区においても、CKDE に限定せず幅広い職種の参加を可能としており、診療連携の質の向上を支えるマンパワーの確保に寄与している。一方で、都内全体をカバーする枠組みの構築には課題がある。このため、地域単位でのボトムアップ型の取組を積み重ねていくことが現実的と考えられる。また、将来的には他疾患領域との連携も視野に入れた取組の展開が期待される。

南関東ブロック：

人材育成は CKD 対策の基盤であり、専門医不足地域では非専門医・多職種の役割拡大が重要である。e-learning は普及性に優れる一方、実践力向上には対面研修や症例共有が不可欠である。継続的教育と活動機会の提供により、学習成果を地域医療に定着させる仕組みが求められる。

東海ブロック：

腎臓病療養指導士の適切な時期における適切な介入は患者さんの満足度を満たすと共に、CKD の進展阻止に有用であると考えられた。

中国ブロック：

CKD 診療に深く関わる医療従事者には、看護師／保健師、薬剤師、管理栄養士があるが、それぞれその専門性が異なっている。自身の職種において、CKD 患者にできる最新の医療、あるいは、医師診療との連携を高めるために、情報収集を研修機会は多ければ多いほうがよい。人事異動などで新しく CKD 対策に従事する人が増減するため、前年度までに研修会を開催した市町村においても、継続した人材育成プログラムの運営が欠かせない。かつ、昨年度まで開催できていなかった市町村へ新たに研修会を開催できるよう各市町村役場へ働き掛けていくことが、CKD 対策を拡充していくために重要である。今年は、浅口市で初めて栄養改善委員の方を対象とした研修会を行うことができた。岡山県内でこれまでに一度も研修会行っていない市町村は、残り 5 市町村（全体が 27 市町村）となった。

お互いの専門性を活かした効率よい医療連携のために、お互いの職種の特徴・強みなどを知ることが重要であり、1 回の研修会において様々な職種からの講演を取り入れた。3 年前から⑤CKD オンライン研修会において、医師 2 名（保存期 CKD 管理について、および、腎代替療法について）、薬剤師、管理栄養士、看護師に加えてソーシャルワーカーによる講演を加えたことで、CKD の保存期から腎代替療法までの広範な CKD 対策についての知識の共有とともに、複雑な社会制度についての

知識を得ることができる機会となった。これも重要な多職種連携と考えられる。これら研修会の参加人数も、過去最高数となっており、人材育成が徐々に進んできていることがわかった。

岡山県には腎臓病療養指導士が昨年度まで 66 名いた。今年度もさらに指導士の増加が達成できている。上記の取り組みなどを踏まえて、各エリアで CKD 診療のリーダーや核となるべき人材育成が徐々に進んでいる成果の現れと考えられる。

四国ブロック：

年 1 回であるが、こうしたかかりつけ医、専門医を交えた研修会は CKD を専門とする保健師の人材開発に有効と考えられた。その一方で、普段から地域における保健師とかかりつけ医との間の連携がないこうした研修会も保健師のみが対象に終わりその意義がうすれてしまう。後述の CKD 二次診療医へのアンケート調査では、CKD 二次診療医と地域保健従事者（保健師等）との連携の有無に関しては 79% がないと回答されていた。この保健師、かかりつけ医間の連携の強化が課題と考えられる。アンケートの自由記載において、連携の実例としては、医師会の事業（腎症予防）で連携している、糖尿病腎症予防連絡会議等で町行政と医師会が密接な関連がありお互い協力しあっている、市から年に 1 度説明にくる、医師が市の保健師より年間数例追加検査を依頼を受けるなどが挙げられていたので、こうした機会を利用することが重要と思われた。

九州・沖縄ブロック：

本取り組みは、市民啓発や診療支援に加え、地域で CKD 対策を担う人材の育成にも寄与したと考えられる。特に、専門医、一般医、保健師が共通の情報をもとに連携することは、知識の共有と実践的能力の向上につながる。さらに、顔の見える関係の構築は、継続的な相談や学びを支える重要な基盤である。一方で、人材育成効果を定量的に示す指標の整備は今後の課題である。

定点観測：

沖縄県南城市：

保健指導スキルの維持、継承のため指導内容の標準化が重要だと考えられる。慢性腎臓病療養指導士の資格取得なども検討する必要がある。

5 研究開発

2023 年の新規透析導入患者数は前年より減少しており、「2028 年までに、年間新規透析導入患者数を 3 万 5000 人以下に減少させる」という KPI 達成に近づいていた。事実、昨年末に報告された 2024 年の日本透析医学会統計調査結果では、患者

調査票による新規透析導入患者数は33,888人(前年より2,227人減)とKPIを達成していた。施設調査による集計では、新規透析導入患者数は36,404人(前年より2,360人減)と、まだKPIは達成されていないが、いずれの調査でも前年より大幅に減少しており、2028年までには施設調査の集計でもKPI達成が期待される。この透析導入患者数の減少に、総人口の減少の寄与は限定的であり、透析導入率の低下が寄与していた。

都道府県レベルでみると、透析導入率の経年変化は、これまでと同様、都道府県により異なっていた。年齢調整した透析導入率を全国との比較、及び、2016年との比較を行うことで、都道府県を4つのカテゴリーに分類し、重点介入エリア(全国比で透析導入率：高、2016年比：増)を明らかにすることができた(本報告書では都道府県名は明記していない)。

本研究は、2016年比で5%減少を達成した都道府県数は、男性29、女性34、10%減少を達成した都道府県数は、男性19、女性28であることを明らかにした。令和5年10月に、「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」が公表した「腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と今後の取組について」では、「2016年比で、5年で新規透析導入患者数が5%以上減少を達成した都道府県数は12道県あった」と報告されており、その頃よりも5%減少を達成した都道府県数が増加していた。

さらに、男女間の相関で、全国と比べた標準化透析導入比では強い相関を認めたのに対し、2016年比で男女間の標準化透析導入比は相関が弱いことは新たな発見であった。全国と比べた都道府県の標準化透析導入比が男女間で強い相関を示すことは、以前にも認められており(Clin Exp Nephrol. 2023 ;27(2):132-140.)、全国と比べてその都道府県の透析導入率が高いか低いかについては男女共通の要因が関与していることが示唆される(透析導入あるいは非導入を選ぶ文化的背景などが、その一例に挙げられるかもしれない)。一方、2016年比では男女間で相関が弱かったことは、2016年以降行われているCKD対策が、都道府県によっては男女で異なる効果を示している可能性を示している。2016年比が男女で大きく数字が異なる都道府県では、そのCKD対策が男女どちらかに偏っていないか(効果が出ていない方に届きにくい施策になっていないか)等を検討することで、現状のCKD対策をより効果的に修正できる可能性がある。

本研究は、統計調査を用いて非導入の実態を明らかにした。経年変化を評価したところ、透析非導入割合の増加は認めず、非導入も含めた全末期腎不全発症率が低下していた。すなわち、近年の透析導入率の低下は、透析非導入の増加ではなく、

全末期腎不全発症率の低下によると考えられた。その低下理由を本研究で直接明らかにすることは困難だが、腎疾患対策の5本柱(①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進)を進めていくことで、透析導入患者数の減少という効果だけではなく、透析導入が必要な末期腎不全患者数も減少させている可能性が考えられた。

なお、本推計で2023年の非導入患者数は男性90歳以上で1,643人、女性は85歳以上で5,062人、あわせて6,705人と計算されたが、これは低めに見積もった数字である。透析非導入患者で別の原死因に分類されている可能性、維持透析患者の死亡例で別の原死因に分類されている可能性、さらに、これよりも若い年代での透析非導入を含んでいない数字だからである。日本全体ではもっと多い透析非導入があると考えられ、決して少なくはない人数と考えられる。2025年9月に、日本透析医学会、日本緩和医療学会、日本腎臓学会の3学会合同で「腎不全患者のための緩和ケアガイドライン」が作成されたが、この決して少なくはない人数である非導入患者へのケアが向上することは、CKD患者のQOL向上に繋がると考えられる。

CKD患者数の推定に関しては、NDBデータを用いたCKD患者数の実態調査を行うことにより、正確なCKD患者数が把握できるとともに、CKD患者数に影響を与える生活習慣病などの因子が解明できると考えられる。

E. 結論

1 普及啓発

全国：

CKD対策のさらなる推進には、全国イベントの継続に加え、勤労・子育て世代を意識したデジタル媒体での分かりやすい情報発信強化が重要であり、認知向上と早期受診行動につなげる必要がある。

北北海道ブロック：

CKD重症化予防のために、国民の慢性腎臓病／CKDの認知度を上げ、さらにCKDの重要性の理解が深まるように、今後も継続したCKD普及啓発活動が必要である。

南北海道ブロック：

一般市民への啓蒙が進んだ。

北陸ブロック：

北陸ブロック各県で世界腎臓デーに合わせた、CKD啓発活動が行われた。これまでの活動を参考に、各県で工夫された方法で、効果的な啓発活動が行われた。

北関東ブロック：

2025年度の北関東ブロックにおける普及啓発は、各県の地域特性を踏まえた多様な手法で実装され、CKD対策の社会実装を支える基盤形成が進んだ。

東京ブロック：

地域イベント、商業施設、医療機関を活用した啓発活動を実施した。啓発の対象としては、市民、CKD患者、医療者のそれぞれを意識した取組が重要である。今後は、資材やノウハウの共有による横展開、関連疾患領域との連携、健診機会の活用等を通じて、対象に応じた啓発の充実と持続性の向上を図ることを目指す。

南関東ブロック：

今後はデジタルと地域活動を組み合わせ、CKD理解を早期受診・継続管理につなげる啓発戦略が求められる。

東海ブロック：

継続的な年数回の市民公開講座の開催や新聞誌面における情報の発信は、CKD啓発普及に有効であると考ええる。

中国ブロック：

多様な形での効率的な普及啓発の在り方を進めていくことが、CKD普及啓発において効果的で重要であると考えられた。

四国ブロック：

課題やニーズに沿った研修会の開催と啓発のためのツールを開発することが重要と思われた。

九州・沖縄ブロック：

久留米市のCKD啓発活動は、市民の認知度向上に寄与し、地域全体でCKD対策を進める基盤形成に有用であった。今後は、啓発活動の受診行動や重症化予防への影響を評価し、より効果的な地域介入へ発展させることが期待される。

2 診療連携体制構築

全国：

CKD対策の均てん化には、重点地域での課題共有と対応に加え、CKD協力医制度による診療連携体制整備が重要である。今後は制度の定着と継続的教育を通じ、透析導入抑制につなげる必要がある。

北北海道ブロック：

地域の実情に合わせて、CKD診療連携ツールを作成することは重要である。CKD重症化予防のた

めには、長期的な視点での取り組みが必要である。

南北海道ブロック：

エリアごとにCKDネットの構築や病診連携の構築が進んだ。遠隔診療とCKD連携医制度の構築が進んだ。

東北ブロック：

生活習慣スコアの活用は保健指導の効果評価や生活習慣病・CKDの一次予防ならびに重症化予防に向けた保健事業の推進に有用な指標となり、地域における検診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進に資する可能性がある。

北陸ブロック：

各地域で、CKD診療連携体制が進展した。各地域の連携体制、医療環境が異なっており、それぞれの地域ごとに、主に取り組むべき問題は異なっていたが、それぞれの事情に合わせて、連携体制構築が進展した。今後も継続的な診療連携体制の見直しが必要である。

北関東ブロック：

2025年度の北関東ブロックでは、CKD対策の中核である病診連携体制の整備・再編が着実に進み、各県の実情に応じた連携体制の社会実装が前進した。

東京ブロック：

区市町村単位の会議体整備を基盤とした診療連携体制の構築が進みつつある。今後は、協力医制度の活用も含め、健診機会の拡大を見据えた診療導線の明確化と初期対応体制の質の向上を図ることが求められる。

南関東ブロック：

医師会・行政主導の連携モデルが有効であり、今後はエリア横断的な展開と評価が重要である。

東海ブロック：

CKD診療の均一化とCKDの普及啓蒙を同時に行い、CKDの進行抑止及び早期発見に今後も注力する。

近畿ブロック：

作成した資料などを用いるとともに、CKD協力医制度の導入によりCKD診療の均霑化が進むことが期待される。

中国ブロック：

岡山県内で、ほぼ全域をカバーする形で各エリアに構築されたCKD診療連携体制があるが、それ

ぞれの中で、診療体制の実情は変化している。最新の実情にあわせて、これらの CKD-NET がニーズにあった形で発展させることが今後の課題である。

中国ブロック内 5 県において定期的な情報共有は重要である。島根県の離島オンライン診療の話などは非常に斬新であった。情報共有をすすめることで、診療連携体制構築の均てん化を促すことが期待される。

四国ブロック：

二次診療医制度の普及と、二次診療医の増加のための多方面からのアプローチが必要と考えられた。

地域の CKD 診療の実情を明らかにする二次診療医へのアンケート調査は重要であり、地域連携の現状と課題を明らかにすることができる。透析導入患者は CKD 対策で減少させることが可能であると思われた。

九州・沖縄ブロック：

久留米市における CKD 診療体制の構築は、一般医、専門医、保健師の役割分担と連携を明確にし、地域における CKD 重症化予防を進める基盤となった。今後は、本体制の有効性をさらに検証し、周辺地域へも展開可能な地域連携モデルとして発展させることが望まれる。

定点観測：

千葉県：

千葉県全域における CKD 診療の普及を目指している。そのためには、様々な職域の関与が必要であるが、令和 7 年度には前述のごとく前年度よりもさらに多くの多職種の積極的な関与が得られ、結果として集積されたデータからも千葉県における CKD 診療の普及は促進された。

岡山県美作市：

今年度も美作 CKD-NET の定点観測を行った。CKD 診療連携体制がしっかり構築され運用されている。今後のさらなる発展が期待される。

3 診療水準向上

全国：

CKD 診療の質向上には、整合性ある血圧管理指針の提示、eGFR スロープの実装、病態解明研究の推進が重要である。これらを通じ、早期介入と予後改善を実現することが期待される。

南北海道ブロック：

CKD セミナーの企画の工夫によってより多くの医師の参加が得られ、診療水準向上に繋がった。

東北ブロック：

CKD 診療実践への家庭血圧測定・記録の普及のため、血圧手帳を作成し地域の医療機関に配布した。

北陸ブロック：

北陸地方の CKD 診療水準の向上に向け、今後も講習会などの開催は、有用であると考えられた。

北関東ブロック：

2025 年度は、北関東ブロックで紹介基準、連携様式、教育資源、機能別医療機関整理を通じた診療の標準化と均てん化が前進した。

東京ブロック：

港区の微量アルブミン尿検査は、早期発見の機会創出に寄与している。今後は、対象者抽出の適正化に加え、検査から精査・介入に至る診療導線の整理と役割分担の明確化、ならびに関係者間の連携強化が求められる。

南関東ブロック：

診療水準向上には、ツール実装と教育の継続が不可欠であり、南関東モデルは他地域展開の基盤となる。

東海ブロック：

CKD 診療の標準化の重要性と他職種連携の有効性が示された。

近畿ブロック：

アンケート調査の結果を踏まえて医療機関アクセス率を検討したところ、医療機関アクセス率が上位である市町村は特定健診における個別健診の割合が高いことが明らかとなった。しかし、今回用いたアンケート調査では、個別健診の体制を詳細に明らかにすることはできなかった。個別健診は市区町村が個別医療機関に特定健診事業を委託して行うものであり、市区町村ごとに委託の内容は異なり、医療機関ごとに実施体制が異なるため、今後より詳細なアンケート調査を実施し、医療アクセス率に関連する要因を検討する必要がある。その後モデルとなる市町村区を選定し、実現可能な医療アクセススキームの構築を考察する必要がある。

中国ブロック：

四国ブロック：

講演会、研修会を通じた診療水準の向上が達成された。今後、より多くの軽症 CKD が非専門医により適切に経過観察されるまでに地域の CKD 診療

のレベルが向上することが望まれる。

九州・沖縄ブロック：

久留米市の取り組みは、一般医における CKD 診療の質の均てん化と向上に寄与し、地域全体の診療水準向上に有用であった。今後は、腎機能低下抑制や紹介率改善など、より具体的アウトカムを用いた検証が求められる。

4 人材育成

全国：

CKD 協力医制度の情報を CKD 診療に積極的な保健師と共有した。

腎臓病療養指導士を中心とする CKD 診療メディカルスタッフの育成とその効果検証、および効果的な教育プログラム作成により、質の高い多職種連携・チーム医療が全国に普及し、腎臓病診療の水準向上に寄与することが望まれる。

北北海道ブロック：

今後も継続して人材育成を行い、CKD 診療における診療連携体制の構築に資するように、各地域での更なる活動の支援が重要である。

南北海道ブロック：

腎専門医・CKD 連携医育成のために一層の努力を続ける。

北関東ブロック：

2025 年度の人材育成は、多職種協働を前提とした継続教育体制の整備段階に入り、地域で機能する教育基盤の形成が進んだ。

東京ブロック：

先行事例を横展開し、地域単位での CKD 診療メディカルスタッフの会議体の拡充を図る。

南関東ブロック：

CKD 人材育成は一定の成果を示しており、今後は継続教育と役割明確化により地域完結型医療を支える人材基盤強化が重要である。

東海ブロック：

集約的治療の実現のため、地域の腎臓病療養指導士の育成を行った。同時に、他職種連携の有効性を普及啓発した。

中国ブロック：

岡山県での人材育成は確実に進んでいると考えられた。

四国ブロック：

CKD 専門の保健師を始めとしたコメディカルの育成には多方面の職種が参加する研修会が望ましい。コメディカルと地域かかりつけ医の連携の構築が今後の課題である。

九州・沖縄ブロック：

久留米市の CKD 対策は、多職種連携の実践を通じて、保健師、一般医、専門医の育成と連携強化に寄与した。こうした人材育成は、地域における CKD 重症化予防の持続的推進に不可欠であり、今後も継続的な教育・連携体制の充実が求められる。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市や連携施設の慢性腎臓病患者重症化予防に関わる医療者に対する継続的な教育を行うことが重要だと考えられる。

5 研究開発

2023 年の新規透析導入患者数は前年より減少し、KPI 達成に近づいていることが示された。透析導入患者数の減少に、総人口の減少の寄与は限定的であり、透析導入率の低下が寄与していた。都道府県別では、2016 年比で低下している都道府県数が男女とも増加していた。非導入患者数の推計から、近年の透析導入率の低下には、非導入の増加ではなく、全末期腎不全発症率の低下が寄与していると考えられた。腎疾患対策の 5 本柱が、透析導入患者数の減少という効果だけではなく、透析導入が必要な末期腎不全患者数も減少させている可能性が考えられる。

また CKD 患者の早期発見、早期治療および重症化対策のためには、CKD の実態調査および影響を与える因子の解明が重要である。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1.Usui J, et al. Status of initial treatment for rapidly progressive glomerulonephritis in Japan: analysis of a personal clinical records database. Clin Exp Nephrol. 2025 Aug;29(8):1095-1101.

2.Nakamura H, et al. Exploring factors associated with Kidney Disease Quality of Life in patients with advanced chronic kidney disease: The Reach-J CKD cohort study. Clin Exp Nephrol. 2025 Jun;29(6):765-776.

3. Takano M, et al. Peritoneal dialysis-

associated peritonitis due to *Nocardia farcinica*: A case report. *IDCases*. 2025;42: e02379

4. Nakamura Y, et al. IgG-secreting lymphoplasmacytic lymphoma presenting massive kidney infiltration. *Clin Case Rep*. 2025 Oct 30;13(11):e71290.

5. Kashiwara N, et al. Efficacy and safety of patiomer for hyperkalemia: a randomized, placebo-controlled phase 3 study. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jul;29(7):899-911

6. Konta T, Asahi K, Tamura K, Tanaka F, Fukui A, Nakamura Y, Hirose J, Ohara K, Shijoh Y, Carter M, Meredith K, Harris J, Åkerborg Ö, Kashiwara N, Yokoo T. The health-economic impact of urine albumin-to-creatinine ratio testing for chronic kidney disease in Japanese non-diabetic patients. *Clin Exp Nephrol*. 29(5), 583–595, 2025.

7. Ortiz A, Kramer A, Rychlik I, Nangaku M, Yanagita M, Jager KJ, Caskey FJ, Stel VS, Kashiwara N, Kuragano T, Suzuki Y, Takemoto Y, Yokoi H, Palladino G, Fliser D, Torra R, Wanner C. Maintaining kidney health in aging societies: a JSN and ERA call to action. *Nephrol Dial Transplant*. 40(8), 1498–1511, 2025.

8. Yano Y, Okami S, Kanegae H, Oberprieler NG, Johannes C, Yamashita S, Yoshikawa-Ryan K, Kovcsdy CP, Vizcaya D, Kashiwara N. Transitional changes in medication-initiator cohort profiles in persons with chronic kidney disease and type 2 diabetes—A hospital-based cohort study in Japan. *Diabetes Obes Metab*. 27(7), 3714–3724, 2025.

9. Nagasu H, Nakashima T, Ihara K, Fujimori R, Goto T, Nitta D, Kishi S, Sasaki T, Kashiwara N. Prediction of estimated glomerular filtration rate slope and kidney prognosis of patients with chronic kidney disease. *Sci Rep*. 16(1), 8883, 2026.

10. Kashiwara N, Itano S, Nakashima T, Goto T, Yoshihara K, Eguchi S, Iekushi K, Isaka Y, Nagasu H; J-CKD-DB collaborators. Proteinuria reduction as a surrogate endpoint for clinical study of IgA nephropathy in Japanese patients: data from the J-CKD-DB-Ex. *Clin Exp Nephrol*. 30(2), 309–319, 2026.

11. Tanaka M, Hosojima M, Kabasawa H, Goto S, Itano S, Kishi S, Nagasu H, Kashiwara N, Yamamoto S. Assessment and treatment of metabolic acidosis in CKD: a registry-based study. *Sci Rep*. 16(1), 5104, 2026.

12. Yano Y, Nagasu H, Kanegae H, Itano S, Nangaku M, Suzuki H, Ohashi M, Okada H, Suzuki Y, Kashiwara N. Association between early proteinuria reduction and kidney outcomes in Japanese patients with IgA nephropathy: The Japan Chronic Kidney Disease Database. *Clin Exp Nephrol*. 30(3), 424–433, 2026.

13. 角谷裕之, 柏原直樹. 多職種連携による CKM

実践モデル—医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなどのチームケア. *腎と透析*, 100(2), 167–171, 2026.

14. 柏原直樹. 腎臓病学の歩みと今後の方向性. *医学のあゆみ*, 296(5), 332–339, 2026.

15. Junko Nakamura, Ryohei Kaseda, Mizuki Takeuchi, Kou Kitabayashi, Ichiei Narita: Adolescents and parents' knowledge of chronic kidney disease: the potential of school-based education. *Clinical and Experimental Nephrology* 29(3): 292-300, 2025

16. 若杉三奈子, 岡田浩一, 山本卓. 統計調査からみた透析非導入の実態. *腎と透析* 2026;100(2):256-260.

17. Watanabe S, Nakayama M, Yokoo T, Sanada S, Ubara Y, Komatsuda A, Asanuma K, Suzuki Y, Konta T, Kazama JJ, Suzuki T, Fukuda S, Soga T, Yamada T, Mitsuharu Matsumoto M, Naito Y, Taguchi K, Fukami K, Kashiwagi H, Kikuchi K, Suzuki C, Tokuno H, Urasato M, Kujirai R, Matsumoto Y, Akiyama Y, Tomioka Y, Itai S, Tongu Y, Mishima E, Kawabe C, Kasahara T, Ogata Y, Toyohara T, Sato T, Tanaka T, Abe T and the LUBI-CKD TRIAL Investigators. Lubiprostone in Chronic Kidney Disease: Insights into Mitochondrial Function and Polyamines from a Randomized Phase 2 Clinical Trial. *Science Advances*. 2025; 11(35):eadw3934. doi: 10.1126/sciadv.adw3934

18. Kadariswantiningsih IN, Okunaga I, Yamasaki K, Empitu MA, Yamada H, Makino SI, Hotta A, Yagita H, Aizawa M, Koyama-Nasu R, Kimura MY, Tatsumoto N, Asanuma K. CCL5 paradoxically regulates glomerular injury by skewing macrophage polarization. *JCI Insight*. 2025: e173742. doi: 10.1172/jci.insight.173742.

19. Ida M, Yamada H, Shirata N, Makino SI, Ichimura K, Miyaki T, Okunaga I, Yamasaki K, Yoshimura Y, Yokoi H, Mukoyama M, Iwamura C, Hirahara K, Taguchi A, Asanuma K. MAGI-2 regulates the organization of podocyte actin cytoskeleton through its interaction with α -actinin-4 and synaptopodin. *Kidney360*, 2025: doi: 10.34067/KID.0000001034.

20. Nimura T, Harada M, Aomura D, Yamaka K, Hashimoto K, Kamiyo Y. Impact of prepared vascular access on mortality and medical expenses in elderly and non-elderly Japanese patients with chronic kidney disease stage G5: a retrospective cohort study. *Clin Exp Nephrol*. 2025;29:1063-1074.

21. Nakamura H, Okubo R, Kumagai M, Anayama M, Makino Y, Tamura K, Nagasawa M, Okada H, Maruyama S, Hoshino J, Wada T, Narita I, Yamagata K. Exploring factors associated with Kidney Disease Quality of Life in patients with advanced chronic kidney disease: the Reach-J CKD cohort study. *Clinical and Experimental Nephrology*, 29(6), 765–776,

- 2025.
- 22.Imaizumi T, Komaba H, Hamano T, Nangaku M, Murotani K, Hasegawa T, Fujii N, Nitta K, Isaka Y, Wada T, Maruyama S, Fukagawa M.
Clinically meaningful eGFR slope as a surrogate endpoint differs across CKD stages and slope evaluation periods: the CKD-JAC study. *Clinical Kidney Journal*, 18(2), sfac398, 2025.
- 23.Asano Y, Imaizumi T, Katsurabayashi Y, Sakurai D, Takai N, Toda T, Miki T, Maekawa M, Kato S, Hagiwara Y, Yoshida Y, Maruyama S. Impact of eGFR-based physician-visit recommendations on CKD-related clinical practices following health screening: a regression discontinuity study. *BMC Nephrology*, 27(1), 94, 2026.
- 24.小杉 智規, 丸山 彰一. 【慢性腎臓病診療におけるポイント】慢性腎臓病の診断・診療のポイント. *日本内科学会雑誌*, 114(5), 800–807, 2025.
- 25.小池 和彦, 大島 恵, 大西 康博, 丸山 彰一. 【慢性腎臓病 (CKD) 「CKD 診療ガイドライン 2023」および「CKD 診療ガイド 2024」の要点】これからの CKD の診療—かかりつけ医と腎臓専門医の連携. *Medical Practice*, 42(6), 802–817, 2025.
- 26.古橋 和弘. 特集 慢性腎臓病 (CKD) 「CKD 診療ガイドライン 2023」および「CKD 診療ガイド 2024」の要点: 難治性腎疾患に対する再生治療. *Medical Practice*, 42(6), 914–917, 2025.
- 27.田中 章仁, 古橋 和弘, 丸山 彰一. 【CKD・DKD の新規治療法】脂肪細胞由来間葉系間質細胞の慢性腎臓病・糖尿病関連腎臓病に対する治療効果. *日本腎臓学会誌*, 67(5), 640–645, 2025.
- 28.小杉 智規, 丸山 彰一. 【革新する腎臓病学—臨床と研究の最前線】診断と評価: CKD 診療を拓くガイドライン—実践的活用 (解説). *医学のあゆみ*, 296(5), 414–418, 2026.
- 29.Matsuoka-Uchiyama N, Uchida HA, et al. The association of fasting triglyceride variability with renal dysfunction and proteinuria in medical checkup participants. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jul;29(7):920-927.
- 30.Uchida HA, Wada J, et al. First-time diagnosis and referral practices for individuals with CKD by primary care physicians: a study of electronic medical records across multiple clinics in Japan. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Oct;29(10):1342-1353.
- 31.栗原孝成. CKD 対策の現在地「日本の CKD 対策の現場 1: 専門医の立場から」*日腎会誌* 2025;67 (3): 289-293
- 32.Sugawara Y, Iwagami M, Nagasu H, Miyamoto Y, Oshima M, Kuwabara T, Sofue T, Nakagawa N. Review no. 1: designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills. *Clin Exp Nephrol*. 2026; 30(2): 183-197.
- 33.Wang Y, Guan Y, Feng D, Maccioni L, Parra MA, Peiffer B, Mackowiak B, Kuwabara T, Mori K, Mukoyama M, Bataller R, Sun Z, Gao B. Infiltrating macrophages replace Kupffer cells and play diverse roles in severe alcohol-associated hepatitis. *Cell Mol Immunol*. 2025; 22(10):1262-1275.
- 34.Suetsugu-Ishizawa R, Sakuma H, Matsuki M, Itano S, Nagasu H, Morinaga H, Uchida HA, Kuwabara T, Imasawa T, Yamada K, Nakagawa N. Efficacy of a mobile health application on self-management among Japanese patients with chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol*. 2025; 29(10):1354-1362.
- 35.D. Fujimoto, S. Umemoto, T. Mizumoto, T. Kanki, Y. Hata, Y. Nishiguchi, R. Date, J. Zhang, Y. Kakizoe, Y. Izumi, M. Adachi, H. Kojima, H. Yokoi, M. Mukoyama, T. Kuwabara*: Alvepsimycin is identified as a novel therapeutic agent for diabetic kidney disease by chemical screening targeting extracellular vesicles. *Scientific Reports*,15:14436 (2025).
- 36.Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral therapy-related chronic kidney disease. *CEN Case Rep*. 2025 Dec;14(6):805-808
- 37.Role of time in target range in blood pressure management for preventing renal decline in type 2 diabetes. *Hypertens Res*.2025 Jul;48(7):2119-2121
- 38.Reply to a letter to the editor regarding "Heterogeneous afferent arteriopathy: a key concept for understanding blood pressure-dependent renal damage"*Hypertens Res*.2025 Dec;48(12):3315-3316
- 39.Tomishima H, Odawara M, Hatta T, Imamura Y, Sakurada T, Maruyama T, Abe M, Kaname S, Nangaku M, Nishi H. Cost-effectiveness of multidisciplinary care for patients with chronic kidney disease in Japan. *Clin Exp Nephrol* 2026, in press.
- 40.Abe M, Hatta T, Imamura Y, Sakurada T, Kaname S: Examine the optimal multidisciplinary care teams for patients with chronic kidney disease from a nationwide cohort study. *Kidney Res Clin Pract* 2025;44(2):249-264.
- 41.Weiner M, Sugiyama H, Kaname S, Skrunes R, Prenner A, Crnogorac M, Geddes C, Türkmen K, Galesic K, Rosenkranz AR, Suzuki Y, Fujimoto S, Segelmark M. Aetiology of acute/subacute nephritic syndrome: results from kidney biopsy registries in Japan and Europe. *BMC Nephrol* 2025;26(1):625.
- 42.Kaname S, Ong ML, Mathias J, Gatta F, Law L, Wang Y. Outcomes in patients with thrombotic microangiopathy associated with a trigger following plasma exchange: A systematic literature review. *Transfus Apher Sci*. 2025 Feb;64(1):104048.
- 43.Geetha D, Neumann T, Karras A, Cid MC,

Merkel PA, Bray S, Bozeman AM, Jayne DRW; Members of the ADVOCATE Study Group. Efficacy and safety of avacopan for treatment of patients with ANCA-associated vasculitis receiving cyclophosphamide. *RMD Open*. 2025 Oct 5;11(4):e005743.

44. Nagasaka K, Amano K, Nagafuchi H, Sada KE, Komagata Y, Yamamura M, Kato M, Endo T, Nakaya I, Takeuchi T, Murakawa Y, Sugihara T, Saito M, Hayashi T, Furuta S, Karasawa K, Banno S, Endo S, Majima M, Dobashi H, Kaname S, Tamura N, Arimura Y, Harigai M. Nation-wide cohort study of Japanese patients with ANCA-associated vasculitis using rituximab: effectiveness and safety after two years. *Mod Rheumatol*. 2025 Jun 9:roaf052. doi: 10.1093/mr/roaf052. Online ahead of print.

45. Ohmura K, Shimizu H, Tanaka Y, Hiromura K, Hayashi H, Kamada K, Minowa K, Kawahito Y, Iwashita A, Kaname S, Yasuda S, Hiramoto K, Maruyama S, Yajima N, Iwata Y, Matsumoto I, Gono T, Sato H, Kubo S, Nakayamada S, Ikeuchi H, Yuzawa Y, Kono M, Tamura N, Seno T, Kida T, Sakashita A, Onishi A, Morinobu A, Kawakami T, Hosoya T, Yamaguchi T, Kaneko Y, Hanaoka H, Kato S, Maeda K, Nakagawa S, Kondo Y, Kuwana M, Ishii T, Sumitomo S, Miyakoshi C, Atsumi T. Impact of glucocorticoid tapering speed on renal outcomes in proliferative lupus nephritis: a multicentre retrospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2025 Sep 1;64(9):5014-5022.

46. Geetha D, Pagnoux C, Sattui SE, Merkel PA, Weiner M, Draibe J, Faguer S, Bray S, Gurlin RE, Balcells-Oliver M, Bruchfeld A, Jayne DR; ADVOCATE Study Group. Efficacy and safety of avacopan in patients aged 65 years and older with ANCA-associated vasculitis: a post hoc analysis of data from the ADVOCATE trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2025 Jun 1;64(6):3863-3871.

47. 要 伸也: SLEの腎障害とSGLT2阻害薬. *リウマチ科* 74(5):480-487, 2025.

48. 要 伸也: 第4回臨床医学における血液ガスと酸塩基平衡分析の100年. *連載 腎臓学100年史. 腎と透析* 74(5):1-8, 2025.

49. 旭浩一. 【革新する腎臓病学-臨床と研究の最前線】社会的側面と今後の課題 わが国の腎臓病対策における地域連携・患者支援の実践. *医学のあゆみ*. 296(5):560-563, 2026

2. 学会発表

1. 上條祐司、他: 一般市民における慢性腎臓病 (CKD) の認知度に関するアンケート調査～2024年度～第68回日本腎臓学会学術集会・総会 2025年6月横浜

2. 岡田浩一、他. 近年の新規透析導入患者数の減少について: CKM選択の関与の可能性. シンポジウム「透析患者総数減少に関する検討、分析」第

70回日本透析医学会学術集会・総会 2025年6月29日

3. 岡田浩一 日本のCKD対策のこれから. シンポジウム日本の透析患者数の推移について再考する: 2023年度統計調査結果を踏まえて. 第68回日本腎臓学会学術総会 2025年6月22日

4. 岡田浩一. 糖尿病性腎症から糖尿病関連腎臓病へ. シンポジウム糖尿病・糖尿病関連腎臓病アップデート. 第38回日本臨床内科医学会. 2025年10月13日

5. 中村 純子、倅田 亮平、竹内 瑞希、和田 真一、山本 卓: 中学生へのCKD教育; 中学生から保護者へ与える影響. 第68回日本腎臓学会学術集会 (2025/06/20～2025/06/22・横浜)

6. 中村 純子、倅田 亮平、山本 卓: 管理栄養士の立場から: 行政、子どもへの活動. 第55回日本腎臓学会東部学術大会 (2025/09/27～2025/09/28・横浜)

7. Yusuke Nakagawa, Ryohei Kaseda, Junko Nakamura, Suguru Yamamoto: Identifying Patients with CKD using Stickers Enhances Pharmacists' Management of CKD. *World Congress of Nephrology 2026* (2026.3.28～2026.3.31・YOKOHAMA, JAPAN)

8. Junko Nakamura, Ryohei Kaseda, Shinichi Wada, Suguru Yamamoto: ADDING "NUDGE" TO CKD EDUCATION: BEHAVIORAL INTERVENTIONS TO IMPROVE CHILDREN'S HEALTH LITERACY. *World Congress of Nephrology 2026* (2026.3.28～2026.3.31・YOKOHAMA, JAPAN)

9. 本田大介、奥永一成、若林華恵、浅沼克彦. 梅毒感染による二次性膜性腎症における抗NDNF抗体の意義 (2025年1月11日) 第58回日本成人病 (生活習慣病) 学会学術集会、(2025年1月11日・12日 都市センターホテル (東京))

10. 浅沼克彦. 補体が病態に関与する膜性増殖性糸球体腎炎 up to date (2025年6月22日) 第68回日本腎臓学会学術総会 (2025年6月20日・22日 パシフィコ横浜ノース (横浜))

11. 浅沼克彦. 千葉県のCKD重症化予防の取り組みとCKDの生活指導のポイント (2026年1月14日) 令和7年度糖尿病性腎症・CKD重症化予防における保健指導従事者研修会 (Web開催) 千葉県健康福祉部主催

12. 松井 大介、青村 大輝、山家 公輔、原田 真、橋本 幸始、上條 祐司. 慢性腎臓病 G4 期におけるSGLT2阻害薬新規処方の効果の検証. 第68回日本腎臓学会学術総会. 横浜. 2025年6月20日.

13. 田中景子、和田 淳ほか. 岡山市CKDネットワーク (OCKD-NET) 2の病診連携5年後の追跡調査～OCKD-NET1との比較. 第68回日本腎臓学会学術総会、パシフィコ横浜ノース、横浜市、2025年6月20日～22日

14. 内田治仁、和田 淳ほか. 岡山県における透析患者の現状 2023～ODN Survey (Okayama Dialysis Network Survey) ～. 第70回日本透析医学会学術総会、大阪国際会議場、大阪市、2025年6月27日～29日

15. 森 秀和. 薬局薬剤師が多職種と協力して地

域の CKD 啓発のためにできること. シンポジウム 08 (座長栗原孝成) (腎臓病療養指導士企画) 各地域での CKD 診療における多職種連携の促進と活性化のための腎臓病療養指導士をはじめとした様々な職種の活動. 第 55 回日本腎臓学会西部学術大会 (2025 年 10 月 12 日、奈良)

16. 慢性腎臓病別に考える最適な高血圧治療 Heterogenous afferent arteriopathy の視点からみた腎硬化症に対する戦略的降圧療法・第 68 回日本腎臓学会総会

17. 尿酸排泄促進薬は CKD 患者の腎保護に有用か?・第 68 回日本腎臓学会総会

18. 尿酸と腎臓のホットトピック: 研究の最前線 高尿酸血症と高血圧 腎細動脈の重要性・第 55 回日本腎臓学会東部学術集会

19. Kaname S: Importance of multidisciplinary team care in dietary education for CKD patients. International Workshop on Dietary Therapy for CKD 2025. Naha, March 29, 2025.

20. 要 伸也: CKD 診療における多職種連携と人材育成の現状と課題～診療報酬の話題も含めて～. 第 7 回愛知県腎臓病療養指導士チーム医療セミナー. 名古屋, 2025 年 8 月 30 日.

21. 要 伸也: CKD 診療における多職種連携と人材育成の現状と課題～診療報酬の話題も含めて～. 腎臓病療養指導士のための CKD 連携セミナー in 大阪. オンライン, 2025 年 9 月 4 日.

22. 要 伸也: 腎臓病療養指導士の現状と今後の課題. シンポジウム 4: 糖尿病、腎臓病と心不全療養指導士の歩みと連携・協力への展望. 第 18 回 CKD チーム医療研究会. 東京, 2025 年 9 月 14 日.

23. 要 伸也: 今後の腎臓病療養指導士に期待すること. 第 2 回神奈川県腎臓病療養指導士の会. 川崎, 2025 年 11 月 8 日.

24. 要 伸也: CKD 診療における多職種連携の重要性～腎性貧血に対する HIF-PH 阻害薬の使用方を含めて～. 第 12 回 Pharmacist Conference, 2026 年 2 月 12 日.

25. 旭浩一. 慢性腎臓病 (CKD) 病態と対策の地域での実践について. 令和 7 年度福島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会研修会. 令和 7 年 10 月 20 日. 福島市

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 分担研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

普及・啓発に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授

中川直樹 旭川医科大学 教授

西尾妙織 北海道大学病院 教授

旭 浩一 岩手医科大学 教授

岩田恭宜 金沢大学 教授

南学正臣 東京大学 教授

福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

廣村桂樹 群馬大学 教授

浅沼克彦 千葉大学 教授

丸山彰一 名古屋大学 教授

猪阪善隆 大阪大学 教授

和田 淳 岡山大学 教授

内田治仁 岡山大学 教授

脇野 修 徳島大学 教授

深水 圭 久留米大学 教授

栗原孝成 熊本大学 准教授

研究要旨

全国：日本腎臓病協会等と連携し、全国でCKD 普及啓発イベントを継続的に実施した。認知度は42%と伸び悩み、特に蛋白尿の理解不足が明らかとなったため、勤労・子育て世代向けの新たな情報発信を開始した。

北北海道ブロック：旭川市と連携し、CKD と特定健診受診の重要性を示した広告をフリーペーパーに掲載した。あさひから健康祭りに参加し、リーフレットを配布する等、CKD に関する啓発活動を行った。CKD 重症化予防のために、国民の慢性腎臓病／CKD の認知度を上げ、さらにCKD の重要性の理解が深まるよう、今後も継続したCKD 普及啓発活動が必要である。

南北海道ブロック：市民講座や動画配信、イベント実施によりCKD の普及啓発が進み、地域全体で関心と取組が拡大した。

北陸ブロック：各県の責任者を中心として、市民啓発のためのイベント、講演会、啓発活動が行われた。多職種による相談会、市庁舎での懸垂幕の掲示など、各県ごとに工夫を凝らしてCKD 啓発活動を行った。

北関東ブロック：行政・医師会等と連携し、5県で県民公開講座、ホームページ、動画、リーフレット等を活用した普及啓発を推進した。群馬の県民公開講座、山梨の減塩フェスタ、長野のCKD80-40キャンペーン、茨城の地域公開講座、栃木の県ホームページ・啓発資材整備など、地域特性に応じた取組が進められ、CKDの認知向上と受診行動促進の基盤が整備された。

東京ブロック：一般市民、CKD 患者、医療者を対象に、地域イベント、商業施設、院内において啓発活動を実施した。世界腎臓デーおよび区民イベント等の機会を活用し、啓発を行った。

南関東ブロック：行政・医師会・大学が連携し、県民向けCKD 啓発を多様な媒体で展開し、認知向上と受診行動促進を図った。

東海ブロック：各都道府県責任者を中心として東海ブロック各県の実情に即した CKD 普及啓発を実施した。市民公開講座や新聞誌面を活用し、CKD に関する情報を発信した。

中国ブロック：感染対策に十分配慮しながら各県それぞれで普及啓発を行った。特に 3 月第 2 木曜は世界腎臓デーであり普及啓発イベントを活発に行った。

四国ブロック：徳島県保健福祉部 健康寿命推進課とともに活動し、徳島県における慢性腎臓病の啓発をおこなった。県主催及び県共催の腎疾患に関する研修会の開催と世界腎臓デーに合わせた県民への啓発活動を実施した。

九州・沖縄ブロック：久留米市では、CKD の認知度向上を目的に、校区イベント、学校でのリーフレット配布や講義、非対面型の情報発信を実施した。イベントでは保健師による説明、血圧・血糖測定、尿試験紙配布、医師による健康相談などを行い、平成 30 年以降の参加者は延べ約 1 万人に達した。また令和 7 年度からは eGFR の測定もイベントで行っている。これらの活動は、市民の CKD 認知向上と地域連携の基盤形成に寄与した。

定点観測：

熊本市：熊本市行政区（中央、東、西、南、北）各地域における子供とその親世代を対象とした啓発イベント

熊本県腎臓病療養指導士連絡協議会を通じた上記啓発イベントへの腎臓病療養指導士の参画
市内小学校児童へ配布する広報誌への CKD 啓発記事掲載

LINE での情報発信

市政だよりへの記事掲載

熊本市中心市街地大型モニターでの CKD 啓発ビデオ放映

生涯教育団体所属ラジオコメンテーター、パーソナリティーと栗原、腎臓病療養指導士（薬剤師、栄養士）との共演による CKD 啓発ラジオ番組放送

沖縄県南城市：慢性腎臓病患者重症化予防事業の取り組み内容を市役所所内に掲示。連携機関向けにニュースレターを発行した。

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づく CKD 対策の推進に資する研究（令和 4～6 年）」を引き継ぎ、2018 年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028 年の透析導入患者数を 3.5 万人以下にする”という全体目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携して CKD 対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県における CKD 対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCA サイクルを回すことで全国レベルでの CKD 対策を推進する。その進捗は HP を通して全国民に公開する。

普及啓発に関する研究においては、

- (1) 行政・医師会と連携した普及啓発活動の推進
- (2) 勤労世代に向けた情報発信

勤労・子育て世代に向けた資料作成を目的とする。

B. 研究方法

全国：

- (1) 普及啓発活動の推進

行政・医師会と連携して普及啓発活動を実施し、CKD 認知度と合わせてモニタリングする。

- (2) 勤労世代に向けた情報発信

30～50 歳代の CKD 認知度が低いことから、この世代に向けた資料をナッジ理論専門家（竹林正樹（青森大））や患者代表（宮本陽子（全国腎臓病協議会））の意見を取り入れて作成する。その際、早期治療の重要性についても啓発する。

北海道ブロック：

- (1) 旭川市国民健康保険課と連携し、CKD と特定健診受診の重要性を住民に周知する。
- (2) あさひかわ健康まつりにブースを出展し、CKD に関する啓発活動を行う。

北海道ブロック：

一般市民に CKD の重要性を普及啓発するため、市民公開講座、Web 配信、CKD イベントを行う。

北陸ブロック：

北陸ブロックにおいて、世界腎臓デーに合わせた、CKD 普及啓発活動を行った。それぞれの活動内容を調査した。

北関東ブロック：

群馬、栃木、山梨、長野、茨城の5県における普及啓発事業を、研究計画書に示された「行政・医師会と連携した普及啓発活動の推進」の社会実装として位置づけた。各県で県民公開講座、ホームページ、動画、印刷物、アプリ等の媒体を活用した啓発活動を進め、その実施状況と好事例を整理し、ブロック内で共有した。

東京ブロック：

2025 年度に都内で実施した主な啓発活動として、①地域イベント（区民まつり）、②商業施設、③医療機関における取組を対象とした。各場において、啓発資材の配布、体験型企画、講演会・相談会、サイネージ等を用いた啓発を実施した。

南関東ブロック：

講演会、イベント、ラジオ・動画・SNS 配信、リーフレット配布、世界腎臓デー事業などを県・市町村単位で実施した。

東海ブロック：

愛知県では11月と3月に三重県では3月に市民公開講座を開催した。また、新聞誌面にCKDに関する情報を掲載し、広く普及に努める。会終了後にアンケート調査を行い、理解度や今後の開催の参考とする。

中国ブロック：

岡山県では、感染に十分配慮した形で、①啓発イベントと②CKD 県民公開講座を行うこととした。

①啓発イベントとして、CKD に関するチラシやノベルティグッズの配布（800部）、CKD 啓発動画の放映、クイズラリー、相談コーナー、骨密度測定、子供用クイズ、などを行った（図1）。

②岡山県民対象に現地開催で CKD 県民公開講座を行った（図1）。

③懸垂幕掲出、ロールアップバナー、デジタルサイネージで動画放映、ポスター掲示、のぼり掲出など行った。



(図1)

四国ブロック：

徳島県主催及び徳島県共催の腎疾患に関する徳島県慢性腎臓病二次診療医認定のための講習会を開催した。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKD の認知度向上を目的として、CKD 対策検討委員会のもと、校区イベント、学校でのリーフレット配布や講義、非対面型の情報発信を実施した。校区イベントでは、保健師による説明、血圧・血糖測定、尿定性試験紙の配布、かかりつけ医・腎臓専門医・糖尿病専門医による健康相談、eGFR 測定などを行った。対象者情報を扱う場合は、個人情報保護に配慮して実施した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

(倫理面への配慮)

特に問題はない。

C. 研究結果

全国：

(1)普及・啓発活動の推進

日本腎臓病協会と連携し、全国でCKD普及啓発イベントを実施した。2023年度148回、2024年度140回、2025年度151回と増加傾向にある。さらにCKD啓発に関して製薬企業と連携した。またCKD 認知度調査の結果を第68回日本腎臓学会学術集会で発表した。慢性腎臓病の認知率は全体では42%で、2023年に比較して微減していた。また蛋白尿の意味をあまり知らないが67.5%と過半数を占めた。

Imagine Project
特別企画
～これからの腎専門医とかかりつけ医の役割分担を考える～

2025 11.16 | 10:00-11:40 | 会場：ヒルトン東京お台場
会場：ベガスA/B

主催：日本腎臓学会
後援：日本腎臓学会、日本腎臓学会、日本腎臓学会

10:00-10:05 Opening
10:05-10:20 基調講演
10:20-10:40 講演1
10:40-11:00 講演2
11:00-11:35 質疑応答
11:35-11:40 Closing

Forxiga CKD
Primary Care
Web Symposium
— CORE PROJECT —

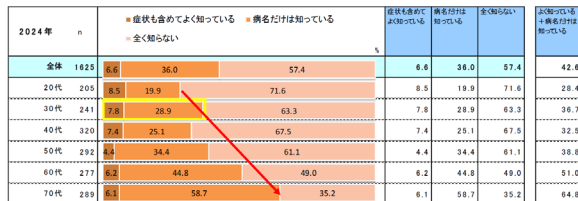
2026年1月14日(水) 12:30～13:10 (40分)

出演
岡田 浩一 先生
柏原 直樹 先生

DAPA-CKDがもたらした
腎臓病診療のパラダイムシフト

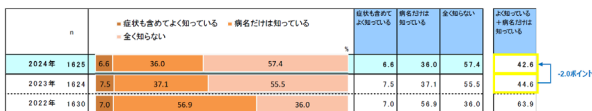
CORE PROJECT
NPO法人 日本腎臓学会 アストラ製薬株式会社

■ Q1.「慢性腎臓病(CKD)」についてどの程度知っていますか。[SA]



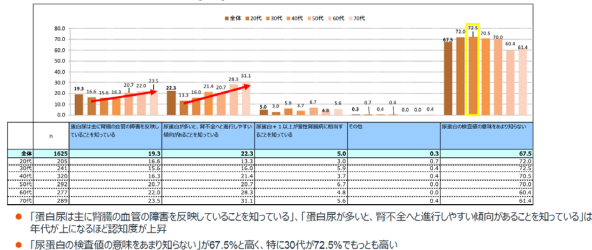
- 「慢性腎臓病」の認知率(よく知っている+病名だけは知っている)は全体(20～70代)で42.6%
- 年代が上になるほど認知率は高いが、30代で36.7%と50代と同等の認知率になっている

■ Q1.「慢性腎臓病(CKD)」についてどの程度知っていますか。[SA]



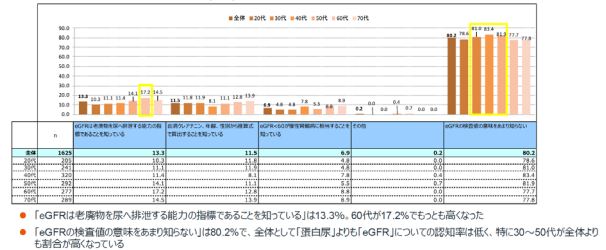
- 「慢性腎臓病」の認知率は2023年比で微減(-2.0ポイント)
- 【再掲】2022年～2023年の認知率の減少についての考察
→「CKD: Chronic Kidney Disease」が耳慣れない単語のため、「病名だけは知っている」の数値が減少した可能性が考えられる

■ Q3.「慢性腎臓病(CKD)」の診断に用いる指標である蛋白尿やeGFR(糸球体ろ過量)について、ご存知のものを選択してください。<蛋白尿> [MA]



- 「蛋白尿は主に腎臓の血管の障害を反映している」と知っている、「蛋白尿が多いと、腎不全へと進行しやすい傾向がある」と知っている」は年代が上になるほど認知率が上昇
- 「尿蛋白の検査値の意味をあまり知らない」は67.5%と高く、特に30代が72.5%で最も高い

■ Q3.「慢性腎臓病(CKD)」の診断に用いる指標である蛋白尿やeGFR(糸球体ろ過量)について、ご存知のものを選択してください。<eGFR> [MA]



- 「eGFRは老廃物を尿へ排泄する能力の指標であることを知っている」は13.3%、60代が17.2%でもっとも高かった
- 「eGFRの検査値の意味をあまり知らない」は80.2%で、全体として「蛋白尿」よりも「eGFR」についての認知率は低く、特に30～50代が全体よりも割合が高くなっている

(2) 勤労・子育て世代に向けた情報発信

認知度調査の結果を踏まえて、インターネットやSNSで発信するCKD啓発用資材(広告)の開発に着手した。

北海道ブロック:

(1) 旭川市国民健康保険課と連携し、CKDと特定健診受診の重要性を示した広告をフリーペーパーに掲載した。

5人に1人が罹患する新たな国民病
まん せい じん ぞう びょう
慢性腎臓病(CKD)

腎臓がダメージを受け、血液をろ過する機能が落ちる病気のこと。
自然に治ることはなく、回復には早期発見が大切!

腎臓の機能をみる数値 eGFR値が59以下の方は要注意

① 血圧上昇・骨が弱くなる...など全身への影響
② 腎不全の予備群に...透析治療が必要になることも
③ 心筋梗塞や脳卒中の発症率が3倍に...

健康診断等で、早期発見・生活習慣の改善に繋がしましょう!

eGFR値は特定健診でチェックできます

旭川市国保にご加入の35歳～74歳
市内在住の市民は無料で検査を受けることができます

市内約110の医療機関
病院一覧はコチラ

<https://ebook.liner.jp/freepaper/assets/20260227/index.html#page=8>

(2) あさひかわ健康まつり参加報告書

日時: 2025年9月23日(祝・火) 13:00～16:30

場所: 道北アークス大雪アリーナ

来場者数: 2,994名

企画参加者: 医師2名、医学科5年2名

【概要】2025年9月23日に開催された「あさひかわ健康まつり」に、当科としてブース出展を行った。本イベントはCKDの啓発を目的としたもので、当日は多くの市民が来場し、盛況のうちに終了した。

【ブース内容】当科のブースでは、啓発活動として以下の取り組みを行った。

・CKDの早期発見・予防に関するパンフレットの配布(約1,000部)

・CKDと生活習慣病の関連性についての簡易説明

【所感】地域住民のCKDに対する認知度は依然として十分とは言えず、今回の啓発活動を通じて、「沈黙の臓器」である腎臓の重要性を伝える機会となった。今後も継続的な情報発信と、地域医療と

の連携を強化していく必要性を再認識した。



南北海道ブロック：

市民公開講座、世界腎臓デーの一般市民対象としたイベントを行った。北部 CKD ネットのホームページには CKD セミナーの講演動画、栄養指導の動画<じんくとぞうっくんのキッチン (クックパッド)、じんくんぞうくんチャンネル>も自由に閲覧できるようにしている。今回3回目となるが、さっぽろテレビ塔を世界腎臓デーに緑にライトアップし、腎臓病についての広く知る機会を作った。

北海道大学移植外科を中心にテレビで様々な臓器の移植についての啓蒙のための放送をしていただき、CKD や腎臓移植については、西尾が担当して収録、放映した。

北海道のホームページに<知ろう！学ぼう！CKD(慢性腎臓病)><慢性腎臓病(CKD)の予防方法を知ろう！学ぼう！～食事編～の動画配信しており広く一般の方々に閲覧できるような体制をつくった。

北陸ブロック：

福井県では、啓発イベントとして栄養管理士、医師による健康相談、血圧測定、腎臓クイズイベントなどが行われた。また、県民公開講座として、福井大学の医師が、CKD の重症化予防について講演した。世界腎臓デーの各イベントは、福井県 CKD 対策協議会の後援のもとで実施した。

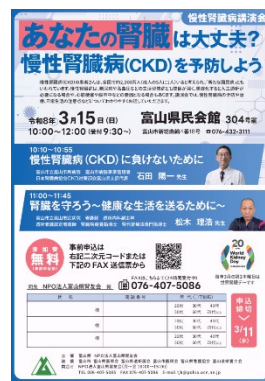
石川県では、金沢大学の医師により、ショッピングセンターにて、啓発チラシの手渡しによる配布と健康相談が行われた。この活動は、翌日の地元新聞紙に掲載され、新聞による啓発にもつながった。

富山県では、令和7年度から県が富山県腎友会に委託して行っている CKD 普及啓発事業に協力して世界腎臓デーに合わせて市民公開講座を開催することとした。講演を CKD 対策部会が担うとともに、相談ブースを開設して腎臓病療養指導士の会が対応した。県と腎友会により企業や地区センタ

ーなど99か所にポスターとチラシが配布され新聞広告も行われた。

講演会参加者が過去最高で反響も大きかったことから今後世界腎臓デーイベントとして定着することになった。

新潟県ではコンビニエンスストアにおける普及啓発チラシの設置、県立図書館での啓発ブースの設置、公式X、公式LINEなどSNSを活用した情報発信、テレビやラジオなどメディアを活用した情報発信、市庁舎などの横断幕の掲示が行われた。



左上から時計回り 世界腎臓デーに掲示した懸垂幕：新潟市庁舎、世界腎臓デー in Kanazawa 世界腎臓デー in 福井、世界腎臓デー in 富山

北関東ブロック：

・群馬県では、2026年3月8日に県民公開講座を開催し、講演会とブース企画を通じて約500人が来場した。加えて、県ホームページやYouTubeによる情報発信、腎臓ケアeラーニング講座の更新作業を継続し、年度内の啓発媒体の充実を図った。

・栃木県では、県ホームページ上にCKD特設情報を整備し、県民向けリーフレット・ポスターを通じて、CKDの基本知識、健診後の受診行動、早期発見・早期受診の重要性を周知した。

・山梨県では、イオンモール甲府昭和で「やまなし減塩フェスタ」を開催し、県民公開講座、減塩クイズ大会、子どもたちによる探究学習発表会、塩ぴったんこチャレンジ、関係団体・企業による

ブース出展等を行い、減塩を切り口とした CKD 予防啓発を推進した。

・長野県では、CKD80-40 キャンペーンを 2025 年度の普及啓発の中心に位置づけ、ポスター1,987部、リーフレット42,750部を県健康福祉部、国保連合会、医師会、薬剤師会、病院薬剤師会等を通じて配布した。長野県慢性腎臓病対策協議会ホームページの整備も進められた。

・茨城県では、地域ごとの市民公開講座・予防講演会が活発に行われ、水戸市では 2025 年 6 月 8 日に商業施設での公開講座に約 1,000 名、つくば市では 2025 年 11 月 9 日に 200 名以上が参加した。笠間市、牛久市、大洗町等でも CKD 予防や生活習慣病予防をテーマとした講演会が開催された。

東京ブロック：

①港区医師会の協力のもと、2025 年 10 月 11 日（土）・12 日（日）に開催された第 44 回みなと区民まつりにおいて、港区内の腎臓病療養指導士（CKDE）を中心とする多職種連携団体「みなと腎臓を守る会」が出展し、市民を対象とした啓発活動を実施した。啓発マスコット（じんの助）、塩分量体験企画、キーワードラリー、ノベルティ配布、CKD 塗り絵等を行った。

②世界腎臓デー当日（3 月 12 日）の昼時間帯に、虎ノ門ヒルズステーションタワーにおいて啓発資料の配布を行い、主に勤労世代への啓発を実施した。また、虎の門病院において院内サイネージによる広報を行った。

③東京慈恵会医科大学附属病院において、3 月 12 日および 14 日に院内啓発イベントを実施した。CKDE をはじめとする多職種の協力のもと講演会・相談会を開催し、外来・入院患者および医療者に対し、啓発リーフレット（A4 両面、下図）約 1,200 部を配布した。本リーフレットは、同院に受診中で検査結果を有する患者を想定し、その確認を促すとともに、必要に応じて精査や腎臓内科への紹介について主治医に相談することを促す内容とした。また、健診センター職員や病棟看護師等の医療者にも配布し、日常診療における CKD 対応の向上に資することを意図した。さらに、同内容を基に院内サイネージにて約 1 か月間掲示し、外来・入院患者および医療者への周知を図った。

3月の第2木曜日は世界腎臓デー

慢性腎臓病 (CKD) について知って頂きたいこと

慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease)は、早期発見で治療可能な病気です。

- 成人の5人に1人(2000万人)がCKD
- 初期は症状がなく、進行すると透析や腎臓移植が必要になることもあります。
- CKDは、**eGFRの低下**や**尿蛋白**で判断します。

検査結果に要注意項目があれば担当医に相談を

血液検査: 推定糸球体濾過量(cre) または eGFR cre	尿検査: 尿蛋白定性
60以上: 正常	正常
60未満: 慢性腎臓病(CKD)の可能性あり	慢性腎臓病(CKD)の可能性あり
45未満: 要注意(10未満が透析開始の目安)	要注意(腎機能が速く低下しやすい)

● 健診(自治体、職場)結果も確認を。
● 年に1度は健診を受けましょう。

裏面もご覧ください ▶▶▶

腎臓は主に「血管」からなる臓器です!

- 血管を傷める糖尿病と高血圧は、CKDの2大リスクです。(他には、脂質異常、加齢、喫煙、肥満等)
- CKD患者さんでは、脳や心臓の病気のリスクも高まります。
- 血圧を測定しましょう。(130/80mmHgが管理目標)

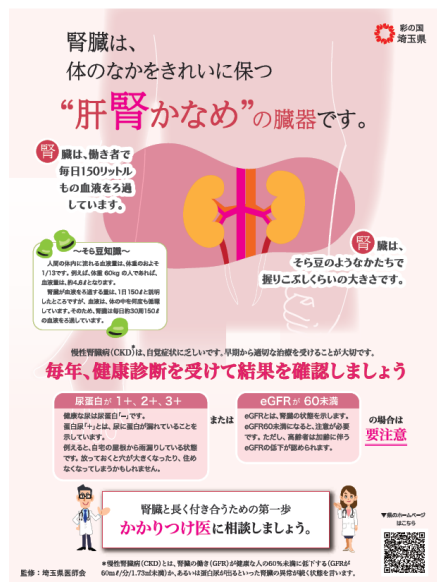
運動しよう

ストレスをため込まず

東京慈恵会医科大学附属病院 腎臓・高血圧内科
世界腎臓デー 特設ページはこちら
スマホでチェック!

南関東ブロック：

講演会やイベント、動画配信、啓発資料配布など多様な普及啓発活動が実施され、延べ参加者数や情報接触機会は前年より増加した。特にオンライン媒体の活用により、勤労世代や若年層への到達が拡大した。健診受診後の相談件数や医療機関への問い合わせ増加も一部で認められ、CKD への関心喚起効果が確認された。



埼玉県庁のCKD 啓発ポスター

市民公開イベント
参加費無料 事前申込不要

世界腎臓デー
in さいたま中央

日時 令和8年 3月15日(日)
13:00 ~ 16:00

場所 イオンモール与野
1F ローズコート
さいたま市中央区本町西 5-2-9

CKD(慢性腎臓病) ワンポイントセミナー
決題「慢性腎臓病対策 ～元気で長生き～」
講師：さいたま市立病院 院長補佐(兼)腎臓内科部長 雨宮 守正 先生

体験型イベントコーナー 13:00~16:00

- 管理栄養士による塩分体験
- 救急救命士による心臓蘇生法
- 作業療法士による体験
- 血管年齢測定
- 握力測定

相談ブース 13:00~16:00

- 医師による医療相談
- 保健師・歯科衛生士による健康相談
- 薬剤師によるお薬相談

その他ポスター・パネル掲示

共催：一般社団法人さいたま市与野医師会 一般社団法人さいたま市薬剤師会 さいたま市日本赤十字社さいたま赤十字病院 埼玉県医師会 埼玉県薬剤師会 さいたま市中央区北部地域地域包括支援センター（シグマビル）

問い合わせ先 【事務局】 日本赤十字社さいたま赤十字病院
TEL(代表) 048-852-1111 (担当：腎臓内科 両澤)
※9:00~17:00 土日祭日除く

さいたま市のCKD 啓発イベント



世界腎臓デーに合わせて神奈川県庁本庁舎をライトアップ

東海ブロック：

市民公開講座では、それぞれ 300 名近い来場者があり、計 1000 人に及ぶ。新聞誌面では、県全域に情報を届けた。

中国ブロック：

①今年度は、例年通りの開催場所に戻して普及啓発イベントを行った。また昨年の振り返りから、配布物の総数を増やして普及啓発を行った。結果としては、昨年以上に効率的な普及啓発が達成できた。子供用クイズや骨密度測定という新しいイベントを取り入れたことで、より広範囲の年齢層に対してアプローチできた。ノベルティグッズとして今年度はウェットティッシュ、ボールペンを作成し配布したところ、多くの人がこれらを手にとっていった。これらノベルティグッズに掲載されている二次元バーコードを通じて CKD クイズに挑戦し回答した方が 1 名いた。

②参加者が 171 名とコロナ後としては最高の参加者数であり、内容も含めて好評であった。今回も患者会の方にもご講演いただき、講演内容も大変素晴らしいかった。

③岡山市役所、市内デパートで懸垂幕の掲出を行った。その他、岡山県内には合計で 9 つの懸垂幕を掲出することができた(岡山県庁、岡山市役所、津山市役所、笠岡市役所、美作市役所、新見市役所、総社市役所、玉野市役所、および市内デパート)。また岡山県内 27 市町村すべてにロールアップバナーを配布しており、各市町村でのイベント時に掲出した。これらに関して、最新の疫学データで、CKD 患者は日本人成人の 5 人に 1 人と増えているため、懸垂幕およびロールアップバナーについては、順次更新している。岡山駅前や岡山市内各区役所などでデジタルサイネージに動画を放映した。昨年度に続いて岡山市内の大型モール内でポスターや動画の掲出を行った。市内のバス、市電内に加え、ラッピングタクシー、さらに今年は JR 電車内にも、ポスターなどの掲出物を掲出した。これらの掲出物の二次元バーコードを通じて CKD クイズに挑戦し回答した方が計 159 名いた。ポスター配布は、医療機関と、昨年に引き続き県薬剤師会へ配布した。県薬剤師会では PDF によるポスター配布希望であった。のぼりも、内容更新を行い(成人の 5 人に 1 人)、各保健所、市町村役場、病院やクリニックなどにて今年も掲出いただいた。

四国ブロック：

① 県主催として「慢性腎臓病医療連携協議会」を令和 7 年 12 月 16 日、「腎疾患 2 次検診認定医取得講習会」を令和 8 年 3 月 6 日に施行した。県共催として以下の講演会を施行した。

令和 8 年 3 月 18 日 (水) 令和 7 年度徳島県糖尿病対策推進講習会

令和 8 年 2 月 25 日 (水) 徳島県臨床内科医会 中国四国地区学術講演会

令和 8 年 2 月 18 日(水) LOKELMA ONLINE LECTURE

令和 7 年 1 1 月 1 8 日（火） 板野郡医師会学術講演会

令和 7 年 9 月 1 9 日（金） 糖尿病性腎臓病と慢性腎臓病における治療戦略を考える会

令和 7 年 8 月 28 日（木） CKD 連携 Seminar

令和 7 年 7 月 2 4 日（木） 小松島市医師会・阿南市医師会共催学術講演会 県南 CKD の医療連携を考える

令和 7 年 6 月 1 9 日（木） CKD Web Seminar 2025

令和 7 年 6 月 1 2 日（木） 慢性腎臓病における最適な病診連携と治療介入について考える会

令和 7 年 7 月 6 日（日） IMAGINE Project 講演会～地域で取り組む CKD～

② 県民に対する啓発活動をおこなった。

「世界腎臓デー」で、令和 8 年 3 月 9 日から 3 月 15 日まで県庁舎を緑にライトアップした。

徳島県庁前スペースビジョン（電子看板）で、令和 8 年 2 月 2 0 日から 3 月 19 日まで啓発動画を放映した。

慢性腎臓病に関する県民公開講座を開催した。実際には令和 7 年 11 月 15 日 県立三好病院 令和 7 年度県民公開講座を開催した。

九州・沖縄ブロック：

平成 30 年以降、これらの啓発活動には延べ約 10,000 人が参加した。校区イベントは、CKD に関心の低かった層や若年層を含む幅広い世代へのアプローチを可能にし、CKD を認知した市民の増加につながった。また、地域住民が集まる場を活用したことで、継続的な啓発とアウトカム把握がしやすい体制となった。

定点観測：

熊本市：

熊本市行政区（中央、東、西、南、北）各地域における子供とその親世代を対象とした啓発イベントを開催した。熊本県腎臓病療養指導士連絡協議会を通じて、これらの啓発イベントへ腎臓病療養指導士が参画した。

市内小学校児童へ配布する広報誌へ CKD 啓発記事を掲載した。

LINE での情報発信を行った。

市政だよりへ CKD 関連の記事を掲載した。

熊本市中心市街地大型モニターで CKD の啓発ビデオを放映した。

生涯教育団体所属ラジオコメンテーター、パーソナリティーと栗原、腎臓病療養指導士（薬剤師、栄養士）との共演による CKD 啓発ラジオ番組を放送した。

沖縄県南城市：

住民向けの慢性腎臓病、eGFR や蛋白尿の重要性に関する情報を市役所内のボードパネルに掲示。

また慢性腎臓病患者重症化予防事業の取り組み内容も合わせて掲示したほか、HP 上でも公開した。連携機関向けにニュースレターを発行した。

D. 考察

全国：

啓発イベント回数は増加している一方、CKD 認知率は横ばいであり、従来型啓発の到達層に限界が示唆される。蛋白尿の理解不足を踏まえ、生活世代に適したインターネットや SNS 活用が有効と考えられる。

北北海道ブロック：

テレビや新聞といったマスメディアを積極的に活用し、また参加費無料の市民公開講座による啓発手段が有用と思われた。

今後の課題として、地域医療機関との連携によるスクリーニング体制の構築、若年層への教育的アプローチ（学校・職域での啓発）を検討する必要がある。

南北海道ブロック：

北海道と連携した一般市民向けの CKD 啓蒙の動画については、閲覧数も伸びており、一般市民が CKD について関心をもつようになった感触がある。

北部 CKD ネットを中心に一般向けのイベントの増えており、北海道大学病院以外の施設が積極的にイベント開催するようになった事も大きな成果である。

テレビ塔のライトアップは今回 3 回目となるが、チラシの配布、道庁のホームページ掲載、マスコミへの連絡も行ったため、多くの市民がテレビ塔のライトアップが腎臓病に関連するということについてより広く啓蒙された。

北陸ブロック：

チラシの設置、配布は、遂行が比較的容易であり、各地共通に取り組まれていた。そのほか、各地域でこれまで行われてきた活動を参考に、県民の啓発に有効な手段として考えられる方法で、世界腎臓デーの地域活動を展開した。福井県では多職種による健康相談が行われ、効果的な啓発活動が可能であると考えられた。石川県では、イベント当日の活動が、翌日の地元新聞に掲載され、新聞による啓発につながり、効果的であると考えられた。富山県では、郡市での講演会開催や病院内掲示物による啓発活動が行われた。さらに、新潟県では行政の協力のもと、庁舎へ懸垂幕を掲示し。多くの市民の目に留まる工夫がされていた。

北関東ブロック：

2025 年度は、対面イベントに加えて、ホームページ、動画、印刷物、アプリ等を組み合わせた多媒体展開が進み、住民に理解しやすいテーマ設定と開催場所の工夫が参加拡大に有効であった。今後は、媒体ごとの到達度、健診受診や受診行動への波及、勤労世代への訴求効果を継続的に評価し、より効果的な普及啓発モデルへ発展させる必要がある。

東京ブロック：

区民まつりは 10 月の週末に開催されるため、年度末の世界腎臓デーとは異なる時期の住民接点となる。単発にとどまらない継続的な啓発が重要である。区内には糖尿病、心不全、COPD 等の関連疾患に関する会議体も存在しており、これらとの連携による啓発活動の展開も期待される。また、施設ごとに新たな啓発活動を個別に実施することは負担が大きい場合もあり、虎の門病院と慈恵大学病院において資材・人材・運営ノウハウの共有を行っているように、こうした取組の横展開は有用と考えられる。

さらに、慈恵大学病院においては、院内の他診療科への啓発も進めており、2024 年度のリウマチ・膠原病内科に続き、2025 年度は CKD 患者数が多く医師数も多い消化器内科を対象とした取組を実施した。このような院内他科への働きかけは、非腎臓専門領域における CKD の認知向上および適切な専門医紹介の促進に資する可能性がある。また、同学附属 4 病院には計 39 名の CKDE が在籍しており、院内外における啓発活動の継続および展開に寄与する人的基盤と考えられる。一方で、イベント型の啓発では参加者が関心層に偏る傾向もあることから、無関心層、とりわけ勤労世代へのアプローチとして、労働安全衛生法に基づく健診等の既存機会の活用が有効と考えられる。

南関東ブロック：

対面型イベントとデジタル媒体を組み合わせた啓発が進み、接触機会の量的拡大は達成された。一方で、認知向上が行動変容や受診につながったかの定量評価は十分とは言えない。特に勤労・子育て世代では、CKD の自覚症状の乏しさから危機感が醸成されにくく、単発的情報提供では限界があると考えられる。今後は健診結果との連動や、生活習慣改善と結びつけた継続的メッセージ設計が重要である。

東海ブロック：

各会場共に収容人数を超過するほどの盛況となり、あらためて CKD についての関心の深さを認識した。アンケートの解析により市民公開講座を利用した普及活動の有効性を確認した。また、今後のテーマ選定や資材の作成の重要な資料となった。

中国ブロック：

昨年よりも、さらに人の往来が活発になり、CKD 普及啓発として、対面での情報共有が効率的であることが改めて確認できた。イベントの対象者は、成人のみならず小児も含まれるため、様々な年代の方を対象とした多様な内容を新たに加えるなど工夫をすることにより、新鮮さを保ちながら効率よい普及啓発につながると考えられた。

新聞や TV などの従来の方法、さらには DX や SNS などを活用する方法など、様々な手段で啓発することが可能であり、これらの継続した活用は重要である。今年度もメルマガや新聞で普及啓発を行ったが、クイズの回答が計 26 名と昨年よりも多く反応があったことから、いまだにこれらの普及啓発方法は有効である。一方で、今年初めて JR 車内での、普及啓発掲示を行ったが、合計 40 名と想定以上に回答を得ることができた。回答した年齢層も新聞で回答した層と比べて非常に若かった。このように、様々な媒体を同時に活用することで、あらゆる年齢層に対するアプローチが可能になることがわかった。それぞれのライフスタイルによって情報収集の形態も多様化しており、普及啓発の在り方も多様化するべきであると考えられた。

四国ブロック：

多くの腎臓非専門医の参加者が受講し、現在 CKD 二次診療医は県内 76 名となっている。今後、課題やニーズに沿った研修会の開催を行いたいと考える。徳島県西部圏域・南部圏域へのアプローチ、多職種連携の推進のための医師と保健師の講演、三次医療機関、二次診療医、市町村保健師それぞれの取組等を情報共有し、連携推進に繋げることなどにより健診結果から早期受診・治療につなげたい。また、作成した CKD 二次医療機関ステッカーの活用をしたいと考える。医療機関の入口や待合室、診察室などに掲示して「CKD」と「CKD 二次診療医」を周知したい。県民に対しては、CKD 予防連携手帳の改定を行いたい。CKD 診療ガイド 2024 に沿った内容に改訂したフローチャートの更新を行い、最新の情報に沿った、より活用しやすいツールへ改変したい。

九州・沖縄ブロック：

啓発活動は、市民の CKD 認知度向上に有効であったと考えられる。特に校区イベントは、住民との接点を確保しやすく、多世代に働きかけられる点で意義が大きい。さらに、保健師、かかりつけ医、専門医が同じ場で関与することで、啓発活動がそのまま地域連携の強化にもつながった可能性がある。一方、認知度向上が受診行動や重症化予防にどこまで結びついたかについては、今後の検証が必要である。

定点観測：

沖縄県南城市：

市役所を訪れた住民に対する普及啓発活動は一定の効果が期待されるが、中高年の働き世代など普段あまり市役所を来訪しない方へのアプローチを検討する必要がある。

E. 結論

全国：

CKD対策のさらなる推進には、全国イベントの継続に加え、勤労・子育て世代を意識したデジタル媒体での分かりやすい情報発信強化が重要であり、認知向上と早期受診行動につなげる必要がある。

北北海道ブロック：

CKD 重症化予防のために、国民の慢性腎臓病／CKD の認知度を上げ、さらに CKD の重要性の理解が深まるように、今後も継続した CKD 普及啓発活動が必要である。

南北海道ブロック：

一般市民への啓蒙が進んだ。

北陸ブロック：

北陸ブロック各県で世界腎臓デーに合わせた、CKD 啓発活動が行われた。これまでの活動を参考に、各県で工夫された方法で、効果的な啓発活動が行われた。

北関東ブロック：

2025 年度の北関東ブロックにおける普及啓発は、各県の地域特性を踏まえた多様な手法で実装され、CKD 対策の社会実装を支える基盤形成が進んだ。

東京ブロック：

地域イベント、商業施設、医療機関を活用した啓発活動を実施した。啓発の対象としては、市民、CKD 患者、医療者のそれぞれを意識した取組が重要である。今後は、資材やノウハウの共有による横展開、関連疾患領域との連携、健診機会の活用等を通じて、対象に応じた啓発の充実と持続性の向上を図ることを目指す。

南関東ブロック：

今後はデジタルと地域活動を組み合わせ、CKD 理解を早期受診・継続管理につなげる啓発戦略が求められる。

東海ブロック：

継続的な年数回の市民公開講座の開催や新聞誌面における情報の発信は、CKD 啓発普及に有効であると考えられる。

中国ブロック：

多様な形での効率的な普及啓発の在り方を進めていくことが、CKD 普及啓発において効果的で重要であると考えられた。

四国ブロック：

課題やニーズに沿った研修会の開催と啓発のためのツールを開発することが重要と思われた。

九州・沖縄ブロック：

久留米市の CKD 啓発活動は、市民の認知度向上に寄与し、地域全体で CKD 対策を進める基盤形成に有用であった。今後は、啓発活動の受診行動や重症化予防への影響を評価し、より効果的な地域介入へ発展させることが期待される。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1.Junko Nakamura, Ryohei Kaseda, Mizuki Takeuchi, Kou Kitabayashi, Ichiei Narita: Adolescents and parents' knowledge of chronic kidney disease: the potential of school-based education. *Clinical and Experimental Nephrology* 29(3): 292-300, 2025

2.学会発表

1. 中村 純子、俣田 亮平、竹内 瑞希、和田 真一、山本 卓: 中学生への CKD 教育;中学生から保護者へ与える影響. 第 68 回日本腎臓学会学術集会(2025/06/20~2025/06/22・横浜)

2. 中村 純子、俣田 亮平、山本 卓: 管理栄養士の立場から:行政、子どもへの活動. 第 55 回日本腎臓学会東部学術大会(2025/09/27~2025/09/28・横浜)

3. Yusuke Nakagawa, Ryohei Kaseda, Junko Nakamura, Suguru Yamamoto: Identifying Patients with CKD using Stickers Enhances Pharmacists' Management of CKD. World Congress of Nephrology 2026 (2026.3.28 ~ 2026.3.31・YOKOHAMA,JAPAN)

4. Junko Nakamura, Ryohei Kaseda, Shinichi Wada, Suguru Yamamoto: ADDING "NUDGE" TO CKD EDUCATION: BEHAVIORAL INTERVENTIONS TO IMPROVE CHILDREN'S HEALTH LITERACY. World Congress of Nephrology 2026 (2026.3.28 ~ 2026.3.31・YOKOHAMA,JAPAN)

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし

3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 分担研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

診療連携体制構築に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授
中川直樹 旭川医科大学 教授
西尾妙織 北海道大学病院 教授
旭 浩一 岩手医科大学 教授
岩田恭宜 金沢大学 教授
若杉三奈子 新潟大学 特任准教授
南学正臣 東京大学 教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師
浅沼克彦 千葉大学 教授
廣村桂樹 群馬大学 教授
丸山彰一 名古屋大学 教授
猪阪善隆 大阪大学 教授
和田 淳 岡山大学 教授
内田治仁 岡山大学 教授
脇野 修 徳島大学 教授
深水 圭 久留米大学 教授
栞原孝成 熊本大学 准教授
古波蔵健太郎 琉球大学 准教授
要 伸也 杏林大学 客員教授
山本直子 川崎医科大学 特任研究員

研究要旨

全国：透析導入率が高止まりする都道府県を重点介入エリアに選定し、代表者会議で課題を共有した。加えて、専門医不足への対応として CKD 協力医制度を構築し、地域診療連携の強化を図った。

北北海道ブロック・定点観測（旭川市）：旭川市医師会、旭川 CKD モデル事業委員会と連携し、旭川圏域でかかりつけ医向けの CKD 紹介基準、市内腎臓専門医リストを記載した資料を作成し配布した。

南北海道ブロック：エリア別に病診連携体制を構築し、勉強会や情報共有を推進、遠隔診療と連携医制度の導入準備が進んだ。

東北ブロック：地域における検診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進のため、福島県国民健康保険連合会と協調して生活習慣スコアリングを活用した保健指導の効果とアウトカムを解析し、保健事業へ展開した。

北陸ブロック：各県にCKD診療連携を目的とした会議体が存在し、会議を開催した。各地域の連携体制、医療環境が異なっており、それぞれの地域ごとに、主に取り組むべき問題は異なっていたが、それぞれの事情に合わせて、連携体制構築が進展した。

北関東ブロック：行政、医師会、腎臓専門医、保険者、多職種が連携し、協議会運営、紹介基準の整備、受診勧奨、紹介・逆紹介の運用支援を進めた。群馬の受診勧奨・病診連携システム、山梨の病診連携医制度、長野の県協議会設立、茨城の地域連携、栃木の二人主治医制を含む体制整備など、各県の実情に応じた連携体制の社会実装が前進した。

東京ブロック：都内では区市町村単位の会議体が10区市に設置され、人口ベースで約3割をカバーした。

地域ごとの実情を踏まえた連携体制構築および協力医制度に関する検討を行った。

南関東ブロック：かかりつけ医と腎専門医の協働を軸に、地域特性に応じた CKD 診療連携体制の整備を進めた。

東海ブロック：各都道府県責任者とかかりつけ医（医師会）、各県行政機関の担当者との間で CKD 診療連携体制の構築を推進し、各地域の実情に即して体制を構築する。各地域の医師会には積極的に CKD 診療連携モデル構築に参画を促した。各県行政機関には各地域の医師会と協力して、CKD 診療ガイド 2024 を参考に健診結果に基づく受診勧奨の推進を地域の実情にあわせて行った。愛知県下 4 大学で検討し、『CKD 診療の手引き』を一般医家向けに作成し愛知県ホームページや県医師会医報へ掲載を行った。

近畿ブロック：日本腎臓学会はエビデンスに基づくCKD診療ガイドラインを定期的に改訂し、CKD診療における診療水準の向上に務めている。また、かかりつけ医を対象とした「CKD診療ガイド2024」を作成し、CKD診療の均霑化を図っている。しかしながら、「CKD診療ガイド2024」がかかりつけ医に十分浸透している状況とは言えなかった。そこで、大阪府内科医会とも連携し、CKD患者の紹介基準や治療アルゴリズムなどを作成し、HPなどからダウンロードできるようにし、CKD診療における診療水準の向上をはかった。また、わが国のCKD患者数は2000万人と推定されており、このようなCKD患者を腎臓専門医がすべてフォローすることができないことから、CKD診療に関心の高いかかりつけ医をCKD協力医としてCKD診療にあたっていただくCKD協力医制度構築を検討した。

中国ブロック：病診連携の構築に加えて、行政と医療機関との連携体制の構築を各地で行った。

四国ブロック：徳島県保健福祉部 健康寿命推進課とともに活動し、徳島県における医療連携体制の構築、医療連携の実情およびCKD患者に関する調査を目的とする研究をおこなった。徳島県における腎疾患の医療連携の構築、二次診療医制度を充実させた。また医療連携の実情およびCKD患者に関する調査をおこなった。現在実施している「CKD二次診療医」制度の現状と課題が明らかとなった。地域のCKD対策は新規透析導入患者の減少に寄与し得ると考えられた。

九州・沖縄ブロック：久留米市では、CKD 対策検討委員会を設置し、腎臓・透析専門医、糖尿病専門医、かかりつけ医、保健師が連携する診療体制を構築した。特定健診後の尿蛋白陽性者に対して UPCR 測定を導入し、必要に応じて専門医が書面助言を行う仕組みを整備した。医師と保健師の役割分担や情報連携の流れが明確化され、継続的な支援体制の基盤が築かれた。

定点観測：

千葉県：千葉県では、適切な慢性腎臓病（CKD）診療をすべての県民に遍く提供することを目指し、CKD重症化予防対策をすすめてきた。千葉県内でかかりつけ医262名（令和8年2月現在）がCKD対策協力医となり、かつ全郡市医師会に登録医を養成することができた。千葉県薬剤師会は「千葉県薬剤師会公認CKD 協力薬局制度」を開始し、現在136薬局が参加し、お薬手帳に添付している「千葉県CKDシール」により70件の疑義紹介が行われ、そのうち44件が処方変更された。また千葉県栄養士会から管理栄養士をかかりつけ医に派遣し栄養指導を行う体制が構築された。これらにより、保険者からの受診勧奨によりCKD対策協力医を受診した患者数は令和7年度959名に増加、CKD対策協力医と腎臓専門医の連携も活発になることを示すデータも得られた（下述）。そして、「健康ちば21」にCKD対策が新規で重要課題と位置付けられた。

岡山県美作市：岡山県美作エリアにおける、定点観測を継続した。昨年度美作エリアの腎臓受け入れ施設が1施設減少、さらに地元医師会会員の先生が何名か閉院されるなど医師会の会員数の減少が認められ、CKD診療連携体制への影響が懸念されたが、昨年度においては、大きな影響は認められていない。むしろ連携患者数はさらに増加しており、当エリアの診療連携体制は緩やかではあるものの発展していることが認められた。

熊本市：2024年度より再開した熊本市CKD対策推進会議を今年度も開催した。また昨今の腎臓病治療薬進歩、実臨床に合わせた病診連携パスアップデートを目的として、熊本市病診連携プロジェクト会議で議論を開始した。

沖縄県南城市：定点観測の初年度として、市内の連携体制の現状を把握した。

連携体制に参加している腎臓専門医数 12名

連携体制に参加している専門医療施設数 8名

連携体制に参加したかかりつけ医数 36名

連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）35名

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づくCKD対策の推進に資する研究（令和4～6年）」を引き継ぎ、2018年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028年の透析導入患者数を3.5万人以下にする”という全体目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携してCKD対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県におけるCKD対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCAサイクルを回すことで全国レベルでのCKD対策を推進する。その進捗はHPを通して全国民に公開する。

特に診療連携体制構築の研究においては、

(1) 地域の実情に即したCKD診療連携体制の構築

各都道府県のCKD対策の評価と重点介入エリアの選定、行政・医師会と協力したかかりつけ医と腎臓専門医の連携体制構築の推進

(2) 診療連携体制の好事例の横展開支援

モデル事業地域と定点観測地域を含めた好事例の選定

(3) 行政、医師会と専門医間の情報共有

ブロック単位での行政・医師会、専門医との情報交換会の定期開催

(4) 行政、保健師による特定健診の受診勧奨、健診結果に基づいた保健指導の推進を目的とする。

B. 研究方法

全国：

(1) 診療連携体制の構築

行政・医師会と連携して、かかりつけ医と腎臓専門医の連携体制構築を推進し、紹介基準・連携パスを整備・普及させ、また早期診断・早期治療（G3b以前）の必要性を再啓発する。特に直近の透析導入率と全国平均および2016年時との比較で透析導入率：高、2016年比：増であった都道府県を重点介入エリアとし、地域の実情をヒアリングし、対策案を積極的に提案する。体制構築の進捗状況（a）紹介基準に沿った紹介率、b）かかりつけ医への逆紹介率、c）連携体制に参画するかかりつけ医数、d）二人主治医制で管理しているCKD患者数、e）標準医療の遵守率等）をモニタリングする。

(2) CKD 協力医制度の立ち上げ

腎臓専門医が充足していないエリアにおいて連携体制を補佐するCKD協力医の認定制度を立ち上げ、適正配置を推進する。本年度はCKD協力医制度について全国調査を行い、制度設計を検討した。

(3) 好事例の横展開支援

モデル事業地域と定点観測地域（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市、沖縄県南城市）を含めて好事例を評価・選定し、横展開を推進する。

北北海道ブロック：

旭川市医師会、旭川CKDモデル事業委員会と連携し、旭川圏域でかかりつけ医向けのCKD紹介基準、市内腎臓専門医リストを記載した資料を作成し配布する。

南北海道ブロック：

かかりつけ医との医療連携を構築するために勉強会、講演会を行う。

東北ブロック：

5つの健康習慣による生活習慣スコアリングを活用した保健指導の効果とアウトカムの解析および保健事業への展開

福島県国民健康保険連合会の保健事業の取り組みと協調して、国保データベース（KDB）の特定健診受診者問診票データより5つの健康習慣（食生活、運動習慣、飲酒、喫煙、体重管理）に着目して生活習慣を5段階にスコア化した。これを経年比較することが可能な帳票を作成し、特定保健指導対象者における特定保健指導実施の有無と次年度生活習慣スコア、健診受診率を検証した。

北陸ブロック：

診療連携体制は、各地域の医療事情により、状況が異なると思われる。各地域の連携体制構築の進展を調査した。

北関東ブロック：

行政、医師会、腎臓専門医、保険者、多職種と連携し、地域の実情に応じた診療連携体制を各県で前進させた。具体的には、県・市町村協議会の運営支援、紹介基準や連携パスの整備、受診勧奨の仕組みづくり、紹介・逆紹介の運用支援、好事例の共有を通じて、かかりつけ医と腎臓専門医の連携強化を図った。

東京ブロック：

東京都におけるCKD診療連携体制の現状把握のため、日本腎臓病協会によるアンケート調査結果を基に、区市町村単位の会議体の設置状況を整理した。また、関係者への意見聴取を通じて、CKD協力医制度を含む連携の在り方について検討した。

南関東ブロック：

協議会設置、CKD協力医制度、紹介基準・連絡票の整備、医師会主導の並診モデル構築を段階的に導入した。

東海ブロック：

東海4県（愛知、三重、岐阜、静岡）の行政機関の担当者、CKD 対策代表・責任者、厚生省疾病対策課の担当者間で意見交換会を一昨年に開催し、その場で話し合われたことに関して各都道府県に持ち帰り、必要な対応を行なった。

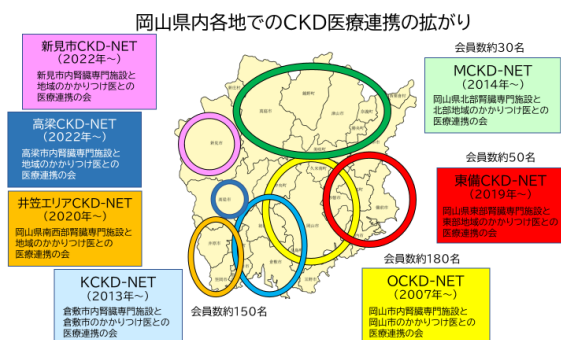
静岡県では、静岡市と浜松市がそれぞれの地域の独自性を活かし、糖尿病性腎症透析予防重点化プログラムを作成し、現在、取り組みを継続している。三重県ではこれまで同様、市町村の医師会と共同し、市民公開講座などを介し取り組みを継続している。愛知県では、これまでから一歩進め、愛知県医師会及び名古屋市医師会の全面的バックアップのもと、愛知県下に存在する4大学で『CKD 診療指針』をかかりつけ医向けに作成を行なった。

近畿ブロック：

大阪府内科医会と連携し、かかりつけ医によるCKD 紹介フローおよびCKD 治療フローを作成した。

中国ブロック：

岡山県ではOCKD-NETを皮切りにKCKD-NET、MCKD-NET、東備CKD-NET、井笠エリアCKD-NET、そして高梁CKD-NET、新見市CKD-NETが設立され、おおよそ県内すべてのエリアにCKD-NETの設置が完成している（図2）。今年度は、全てのエリアでCKD-NETの開催継続や発展が望まれた。



（図2）

また今年度は、中国ブロック5県のうち、広島県、島根県とは直接意見交換を行った。

四国ブロック：

「徳島県慢性腎臓病（CKD）病診連携紹介基準」「徳島県CKD システムフローチャート」に基づいて、腎臓専門医とかかりつけ医との連携を推進し、腎機能が低下した患者さんを早期に専門医療機関に繋げることを目指している。しかしながら、徳島県における腎臓専門医数は限られており、そのほとんどが東部医療圏に集中している現状があるので、円滑な病診連携に繋げることを目的に、徳島県のCKD 対策推進に御協力をいただ

るかかりつけ医の先生方を「CKD 二次診療医」として認定することとした。

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査

CKD 二次診療医の先生方に診療等に関する意識の変化や保健医療連携体制の現状の把握、CKD 予防啓発ツール等に関する意見を伺い、今後の事業展開に活用する目的で、令和7年9月末までにCKD 二次診療医に認定された先生方69名を対象に令和7年10月～11月にアンケート調査を行った。

②慢性腎臓病患者に関する調査

CKD に関する令和7年度の定点調査（令和6年までのデータ）をおこなった。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKD 対策検討委員会を設置し、腎臓・透析専門医部会、糖尿病専門医部会、かかりつけ医部会と市保健師が連携する体制を構築した。特定健診で尿蛋白陽性となった対象者に対しては、二次検査としてUPCR 測定を導入し、必要に応じて一般医、保健師、腎臓専門医、糖尿病専門医が連携する仕組みを整えた。専門医助言では、健診結果3年分、二次検査結果、診療報酬明細書1年分、KDB 帳票などを用いたが、対象者および医療機関情報は匿名化して取り扱った。

定点観測：

千葉県：

千葉県において、適切なCKD 診療をすべての県民に遍く提供することを目指し、以下を行うことを目指した。①千葉県医師会会員の先生に講習を受けてもらい「CKD 対策協力医」になっていただく（地域でのCKD 診療の要：健診でCKD が疑われた方の受診勧奨先、腎臓専門医との診療連携）②お薬手帳に「CKD シール」の貼付を行い、適切な薬剤処方を促す③健診でCKD が疑われた住人を抽出し、CKD 対策協力医に受診勧奨をするとともに、腎臓専門医との連携を促進する。④生活食事指導を専門医のいる病院だけでなく、かかりつけ医の医療機関でも指導ができるように栄養士会の協力の基で派遣システムを構築し、運用開始をする。倫理的配慮を怠らず進めた。

岡山県美作市：

平成30年に厚生労働省から発出された、腎疾患対策検討会の報告書に基づきCKD 対策を行ってきた。この中で示されている通り「自覚症状に乏しいCKD を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、

CKD 重症化予防を徹底するとともにCKD 患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOL の維持向上を図る」ことを目標として、「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」という5本柱ごとに今後実施すべき取組等が整理されている。

本研究では日本全国のうち、旭川市、千葉県、熊本市、および岡山県の美作エリアの4つのCKD医療連携ネットワークにおける、CKD診療連携体制の実態についての調査を2019年度から前向きに調査することが計画されており継続してきた。今年度も昨年までに引き続き美作CKD-NETにおけるCKD診療連携体制の実態について調査を行った。

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

(倫理面への配慮)

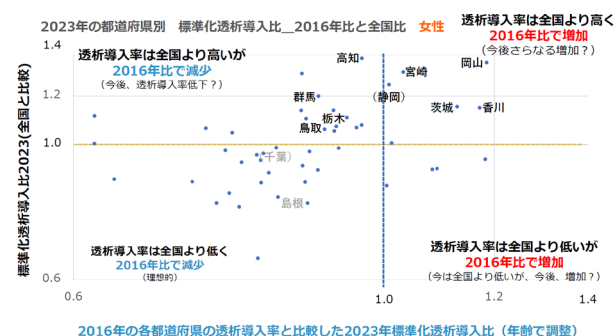
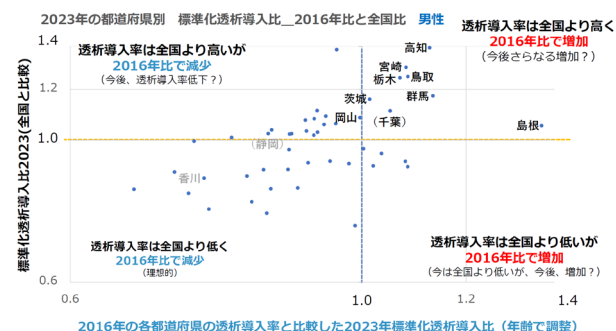
特に問題はない

C. 研究結果

全国：

(1) 診療連携体制の構築

CKD対策の均霑化を図るため、2023年度の透析導入率が平均値より高く、また2016年比で増加傾向である都道府県は今後も新規透析導入が高止まりする可能性があり、重点介入エリアに選定した。重点介入エリア(群馬県、茨城県、栃木県、鳥取県、島根県、岡山県、香川県、高知県、宮崎県)の県代表者と第1回透析導入率検討会議を2025年9月9日に開催し、健診受診率、腎臓専門医の偏在、行政や県医師会の協力などの課題を議論し。



(2) CKD 協力医制度の構築

腎臓専門医が充足していないエリアへの対策とし

て、CKD診療に積極的に取り組んでいただくCKD協力医制度の立ち上げに着手した。CKD協力医制度の概略を以下に示す。

登録方法

- (1) CKD診療に携わる医師であること(診療科は問わない)
- (2) CKD協力医フォローアップ研修への参加

役割

- (1) 地域のCKD患者の日常診療や療養指導に積極的に取り組む。
- (2) 特定健康診査等で腎機能低下を指摘され「医療機関受診」を勧められた方へ適切な介入を行う。
- (3) 腎臓病療養指導士等、地域のもろ種と連携しながら診療にあたる。
- (4) CKD専門の治療を行う医療機関、合併症について専門的な治療を行う医療機関、医療保険者、市町村、保健所と連携し、地域のCKD対策を行う。

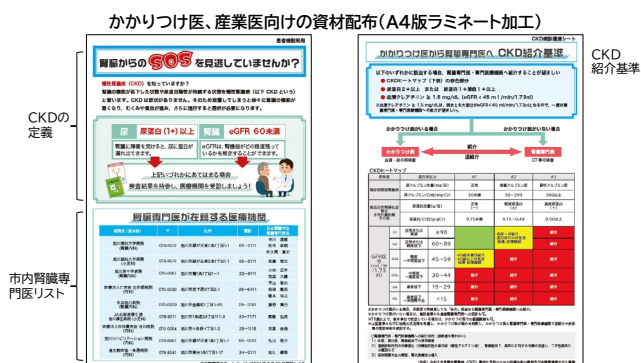
目的

- ・研修会を通じてCKD診療への理解を深め、検査や診断の向上を図る。
- ・早期からの治療介入/連携強化によって透析移行を減らす。

CKD 協力医制度について全国アンケート調査を行った。一部の県では同様の仕組みを構築していたが、おおむねCKD協力医制度については肯定的であった。そこで、日本腎臓病協会と連携し、CKD診療に関する啓発のe-learningビデオを視聴したかかりつけ医をCKD協力医として、その後定期的にCKD啓発の講演会やe-learningを視聴することにより継続することができる仕組みを構築した。

北海道ブロック：

旭川市医師会会員に対し、以下の資料(A4版)を配布した。



北海道ブロック：

北海道ブロックは札幌、道南エリア、十勝エリア、釧路エリア、胆振エリア、北見エリアに分かれている。各々のエリアで地域の特性にあった病診連携を構築することが必要である。

札幌エリアでは人口が多いため、北部、西区、手稲区、南区、新札幌～恵庭と更に地区ごとに分かれ、地区ごとの連携の勉強会、意見交換会を行った。札幌北部CKDネットは、札幌の中央区、東区、北区、石狩市という広い範囲をカバーしている。ホームページに腎臓専門医の予約方法や情報共有シートも掲載しており、より連携がしやすい方法を構築した。

今年度は、遠隔診療(D to P with D)をどう進めるかについて北海道医学会、北部CKDネットを中心に検討を数回行った。また、CKD連携医制度構

策に向けての準備が進んだ。

令和8年度中には、遠隔診療とKD連携医制度を導入したい。

東北ブロック：

保健指導実施群で未実施群に比し生活習慣スコアは改善し、次年度特定健診未受診率は低減することが示された。また基準年の生活習慣スコア低値に対し、スコア高値群の高血圧、糖尿病およびCKD新規発症低減と関連した。解析結果を市町村ほかの保健事業として活用するため、令和7年10月20日に令和7年度福島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会研修会を実施し、41市町村、医師国保、福島県から、保健師、管理栄養士、国保担当職員ら77名が参加した。

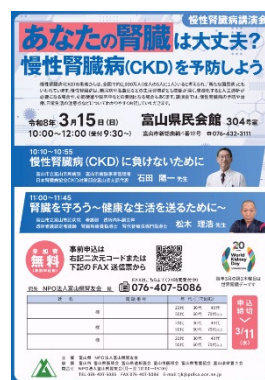
北陸ブロック：

北陸ブロック各県で、CKD診療連携を目的とした会議体が存在し、会議を開催した。

福井県では、糖尿病対策推進会議・慢性腎臓病(CKD)対策協議会を令和7年度内に複数回開催し、CKD病診連携体制の整備について協議した(2026年3月開催分を含む)。

石川県では、行政、医師会が運営する石川県糖尿病対策推進会議に金沢大学の腎臓専門医が参画し、CKD対策について、体制の構築を行った。専門医への紹介基準が改正され、エビデンスにもとづくCKD診療ガイドガイドライン2023と整合性をとった。成果物は県医師会や行政を通じて、県下の医療機関へ周知した。

富山県では、行政が糖尿病に特化した糖尿病性腎症重症化予防対策事業に注力していることからCKD単独の診療連携体制構築が困難であった。令和7年度は熊本県での活動について講演会を開催し行政からも参加してもらい情報共有を図った。さらに、CKD対策部会を県医師会医会組織である富山県透析医会の特別委員会に位置付けることで行政の委託事を直接受諾可能にすることとした。このことにより県内共通のCKD紹介状を郡市医師会で普及してもらう予定である。なお、富山市では保健師のCKD対策研修に協力することにより富山市と富山市医師会の共催事業である糖尿病性腎症重症化予防に係る医療連携推進意見交換会をCKD対策全般に拡大して診療連携体制の強化を行っている。



新潟県では、地域糖尿病・CKD協力医等組要綱の見直しを実施した。協力医の役割や養成研修、更新要件等の見直しを行い、病院や市町村医療保険者等関係者と連携し、糖尿病・CKD対策に取り組めるよう役割を明確にした。また、養成研修や更新研修及び要件を見直すことで、研修を受講しやすい体制を整備した。

いずれの会議においても、さらなる診療連携を進めるため、紹介基準、養成研修、更新要件等の見直しが行われた。成果物は、各医師会や行政ホームページに掲載され、広く周知された。

北関東ブロック：

群馬県では、慢性腎臓病対策推進協議会と糖尿病対策推進協議会が連携し、郡市医師会・保健所と協働して糖尿病性腎臓病重症化予防対策を推進した。慢性腎臓病対策としては、高崎市、前橋市、伊勢崎市を中心に受診勧奨・病診連携システムが運用され、高崎市では改定マニュアルに基づく報告体制への移行が進められた。

栃木県では、栃木県保健福祉部の糖尿病・慢性腎臓病対策協議会と慢性腎臓病連携プログラム協議会の連携のもと、県保健医療計画(8期)にCKD対策を位置づけ、保険者による受診勧奨、かかりつけ医と腎臓専門医療機関の連携、二人主治医制を含む医療連携体制の継続運用が実施された。

山梨県では、山梨県CKD予防推進対策協議会において2025年度計画と今後の方向性が協議され、課題として、かかりつけ医と専門医の連携強化、健診後の受診勧奨、減塩普及が共有された。CKD病診連携システムでは、病診連携医制度、紹介・再紹介、保健医療関係者による個別支援を含む体制整備が進められた。

長野県では、松本市糖尿病性腎症・CKD重症化予防プログラムを基盤としつつ、2025年11月に長野県慢性腎臓病対策協議会を設立し、県健康福祉部、県医師会、関連病院群、多職種団体等の連携による県全域への横展開を目指す体制整備が進められた。

茨城県では、笠間市で2025年6月と10月に行政・医師会・腎臓内科による協議が行われ、紹介基準作成とCKD早期介入システム構築が検討された。

土浦市では2025年6月にCKD対策会議を医師会生活習慣病健診委員会の下部組織へ位置づけ、10月に推進グループ第1回会合を開催した。稲敷地域では紹介状・逆紹介状を用いたCKD/DKD連携ネットワークが継続された。

東京ブロック：

2024年度末時点における東京都の状況として、区市町村単位のCKD関連会議体は10区市に設置されており、自治体ベースで約19%、人口ベースで約3割をカバーしていた。また、関係者への意見聴取では、特に都心部においては腎臓専門医数が比較的多いことから、CKD協力医に求められる役割の必要性は相対的に高くないとの意見が多く聞かれた。

南関東ブロック：

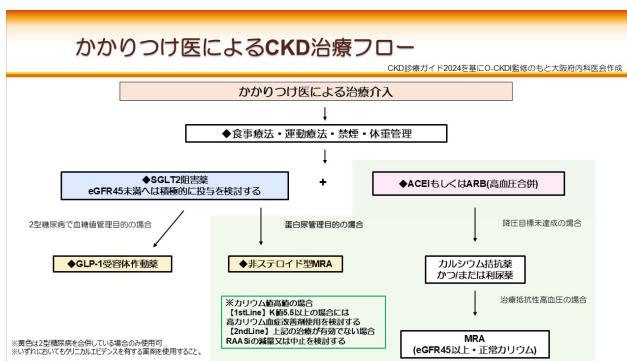
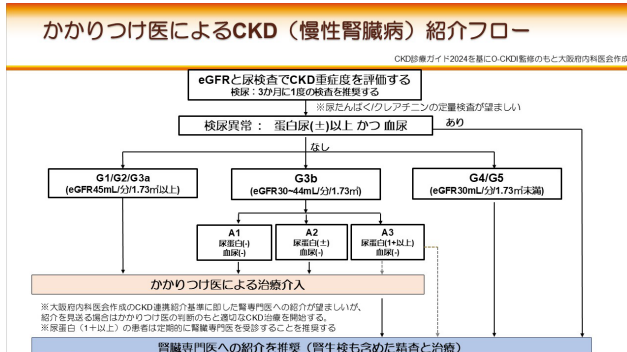
CKD協力医制度や連携会議の導入により、かかりつけ医と腎臓専門医の連携体制が整備された。協力医登録数や連携医療機関数は増加し、健診異常例から専門医への紹介件数や、専門医からの逆紹介が円滑に行われる事例が増えた。地域によっては紹介基準の明確化により診療の効率化が進み、連携の実効性向上が確認された。

東海ブロック：

CKD診療連携モデル事業構築に際し、腎臓専門医が充足していない地域では、かかりつけ医（医師会）の役割が重要であり、併せてCKD診療の標準化が重要であることを確認した。横展開を行うため引き続き協議を重ね、必要時に各都道府県において各層の助力を行う事を確認した。健診結果等を用いたデータベースの構築と解析が今後のCKD診療の改良に有用である事を確認し、実現に向けて意見交換を行なった。

近畿ブロック：

大阪府内科医会と連携し、下記のような、かかりつけ医によるCKD紹介フローおよびCKD治療フローを作成した。また、大阪府内科医会のホームページから資料をダウンロードできるようにし、かかりつけ医が診療中にすぐに参照できるようにした。さらに全国のCKD啓発セミナー等で紹介することにより全国のCKD診療の均霑化を図った。



中国ブロック：

R7年度には、県内7つのCKD-NETで、医師会、行政、薬剤師、管理栄養士や栄養委員会などと協力したCKD診療連携体制を発展させるべく、各ネットワークで活動を展開できた。

広島県では、行政とのCKD連携が構築され始め、島根県では離島の患者に対するオンライン診療支援が始まり、新たな形の医療連携が始まった。

四国ブロック：

徳島県慢性腎臓病医療連携協議会で「徳島県CKDシステムフローチャート」の複雑さが指摘され、二次診療医の役割を明確に記入した。現在県内で76名の二次診療医が認定されている。

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査

回答率は49%（69名中34名回答）で以下の結果が得られた。以下の結果が得られた。

1. CKD二次診療医認定前後の比較で以下の項目すべてにおいて「やや感じる」から「強く感じる」と意識変化を認めた。

8. CKD患者に対する早期診断の必要性について

9. 問診の必要性について

10. eGFRスロープ（年間のeGFR低下速度）の重要性について

11. 定期的な尿検査の必要性について

12. 蛋白尿の定量検査の必要性について

13. CKD患者に対する早期治療介入の必要性について

- 1 4. CKD 診療ガイド（日本腎臓学会）を参考にしているか
3. CKD 患者に対する SGLT2 阻害薬の処方機会について 70%が増えたと答え、CKD 患者は 35%が増えたと回答した。
3. 4 8 %が三次医療機関（腎臓専門機関）へ紹介した
4. 地域保健従事者（保健師等）との連携の有無に関しては 7 9 %がないと回答した。連携の実際例としては、医師会の事業（腎症予防）で連携している、糖尿病腎症予防連絡会議等で町行政と医師会が密接な関連がありお互い協力しあっている、市から年に 1 度説明にくる、医師が市の保健師より年間数例追加検査を依頼を受けるなどが挙げられた。
5. 慢性腎臓病（CKD）予防連携手帳を活用しているは 3 2 %であり、・糖尿病手帳、高血圧手帳を優先していることが主な理由であった。
6. 4 5 %が CKD 二次医療機関ステッカーを患者さんから見えやすいところに貼っていた。
7. 8 9 %が CKD に関する研修会への参加や学習機会について増えたと回答した。

②慢性腎臓病患者に関する調査

慢性腎臓病に関する定点調査により以下のデータが明らかとなった。

3. 令和 6 年の腎不全死亡率は人口 10 万人対で 33.2 人（全国ワースト 12 位）で令和 5 年の 40.4 人（全国ワースト 3 位）から改善した。
4. 令和 5 年の透析患者数は総数が 2,775 人であり、10 万対で変化なしであった。徳島県の人口は減少していることを考えると、透析患者数総数は減少している。

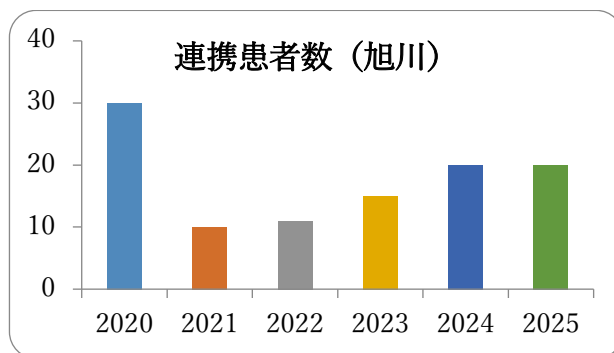
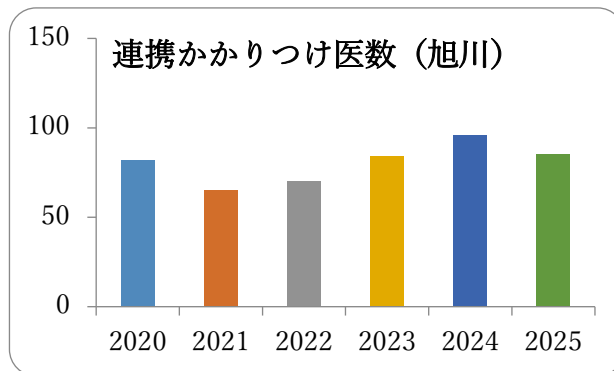
新規透析導入患者数は令和 5 年 297 人で令和 4 年より減少し、300 名を切った。人口 10 万人対でも減少した。減少率は全国と比べ大きいと思われた。

九州・沖縄ブロック：

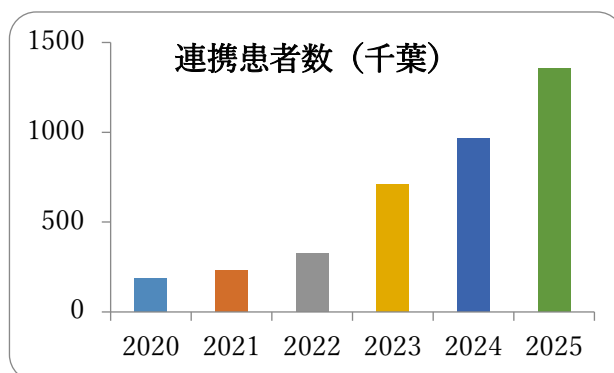
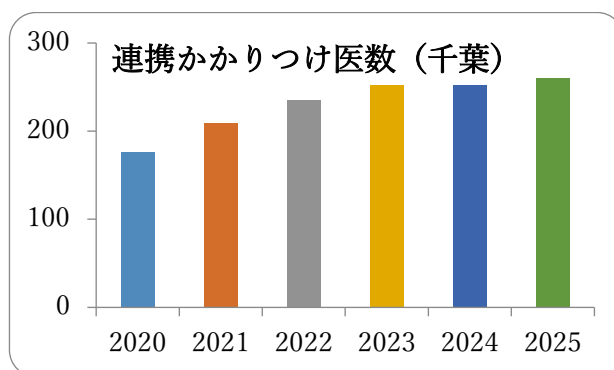
平成 30 年以降、約 300 件の書面による専門医連携が実施された。一般医、保健師、腎臓専門医、糖尿病専門医の間で、依頼、指示、追加指示、報告の流れが整理され、医師と保健師の連携も強化された。この体制により、専門医受診につながりにくい患者への対応や、継続フォローが行いやすくなった。

定点観測：病診連携システムを構築し安定して運営しているエリアでは、協力するかかりつけ医数、管理患者数も安定して推移している。

旭川市：



千葉県：



①令和 8 年 2 月現在、すべての千葉県内郡市医師会には 1 人以上の CKD 対策協力医が県内で計 261 名養成された。

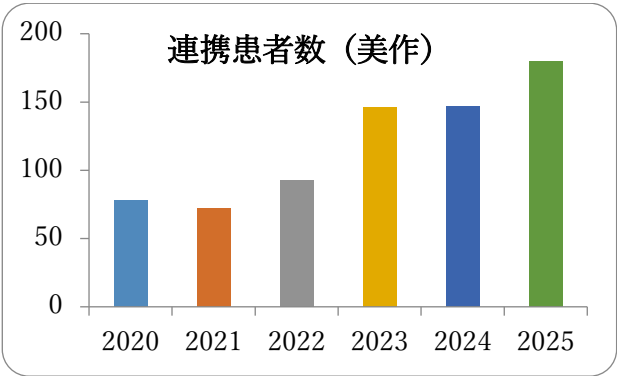
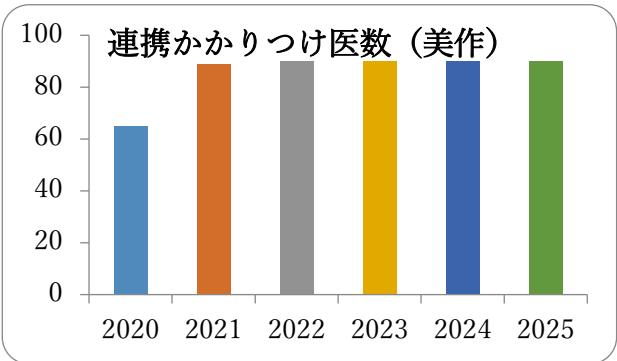
②令和 7 年には 3,999 枚の CKD シールが添付された（令和 4 年からの 4 年間で 16,377 枚）。令和 7 年、このシールをもとに 70 件の疑義紹介が行われ、そのうち 44 件が処方変更に繋がった。また千葉県

薬剤師会は「千葉県薬剤師会公認 CKD 協力薬局制度」を開始し、現在 136 薬局が参加となっている。

③千葉県 CKD 重症化予防対策に取り組む市町村が、千葉県 54 市町村中、令和 3 年 20、令和 4 年 22、令和 5 年 32 市町村、令和 6 年 35 市町村、令和 7 年 37 市町村と徐々に増加している。健診から CKD 対策協力医への紹介も年々増加している。KDB データを用いた受診勧奨実施数は、令和 4 年 4,545 名、令和 5 年 5,543 名、令和 6 年 10,129 名と着実に増えており、それ以外に、全国健康保険協会千葉支部からの受診勧奨も開始しており、年々増加している。受診勧奨実施数の増加に伴い、CKD 対策協力医から腎臓専門医への紹介件数は、令和 4 年 402 名、令和 5 年 426 名、令和 6 年 502 名、令和 7 年 506 名と増加している。

④千葉県栄養士会から管理栄養士をかかりつけ医に派遣し栄養指導を行う体制が構築され、契約医療施設が 5 件となった。また、栄養ケアステーションの外来栄養指導と在宅訪問栄養指導は併せて令和 6 年 49 件、令和 7 年 26 件（令和 8 年 2 月現在）となっている。

岡山県美作市：



美作 CKD-NET は、岡山県北部の山間部に位置するエリアの医療連携ネットワークであり、以下本年度の調査結果を記す。

＜診療連携体制の実際＞

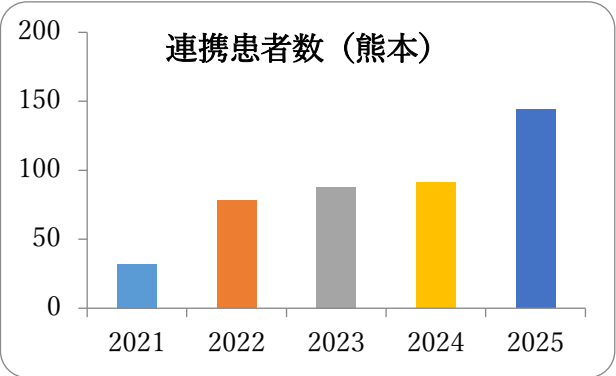
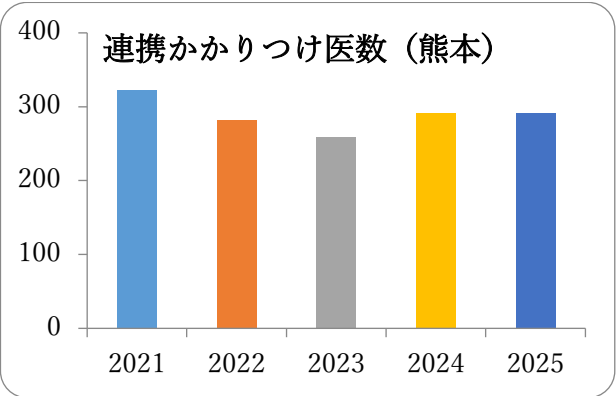
連携体制に参加している腎臓専門医数	4
連携体制に参加している専門医療施設数	10
連携体制に参加したかかりつけ医数	90
連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）	薬剤師、保健師
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）	37
紹介基準に沿った紹介患者数（黄色枠での紹介数、eGFR<45での紹介数）	19
腎代替療法の導入依頼患者数	3
紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）	30
病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数（連携患者数）	180

＜診療連携による医療水準の向上＞

（二人主治医制を取っている患者に関するデータ）

連携参加かかりつけ医*におけるガイドライン普及率	90.6%
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率	50.6%
連携体制でケア中の患者における血圧<140/90mmHgの割合(75歳以上では血圧<150/90mmHg)	83.3%
連携体制でケア中の患者におけるHb11~13g/dLの割合(75歳以上ではHb9~13g/dL)	92.8%
連携体制でケア中の患者におけるHbA1c<7%の割合(75歳以上ではHbA1c<8%)	91.1%
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率	66.7%

熊本市：



2024年度より再開した熊本市CKD対策推進会議を今年度も開催した。また昨今の腎臓病治療薬進歩、実臨床に合わせた病診連携パスアップデートを目的として、熊本市病診連携プロジェクト会議で議論を開始した。

沖縄県南城市：本年度より定点観察を開始した。市内での連携状況を以下に示す。

連携体制に参加している腎臓専門医数 12名
連携体制に参加している専門医療施設数 8名
連携体制に参加したかかりつけ医数 36名
連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士） 35名

医療機関への訪問を通じて事業への協力依頼を行い新たな施設参加に繋がっていた。

D. 考察

全国：

透析導入の地域差には健診受診率や専門医偏在が関与しており、地域特性に応じた対策が不可欠である。CKD 協力医制度は、かかりつけ医の参画を促し、専門医不足地域での診療水準均てん化に有効と考えられる。

北北海道ブロック：

非腎臓専門医のかかりつけ医が CKD 診療を適切に行うために、腎臓専門医への紹介基準、市内腎臓専門医リストを記載した資料を作成し配布することは有用と考えられた。

南北海道ブロック：

北海道は面積が広大であり、また腎臓専門医が偏在している。よって、地域にあった連携体制の構築が必要である。

北海道はエリアを分け、それぞれが地元根付いた対策を行えている。

広大の面積があるからこそ、遠隔診療が重要となってきた。遠隔診療の準備が進められた事は大きな進展と考える。

東北ブロック：

保険者単位で、保健指導の直接的な効果である住民・患者の生活習慣や健診受診行動などの行動変容を、KDB データを活用して保健指導実施有無別、保有リスク別に定量的・経時的に可視化することにより、保健指導対象者に対する当該年度の自らの保健指導の効果を検証できる。また、他市町村や県レベルのデータとの比較により、各市町村での保健指導の方法や内容の PDCA サイクルを回す際の有用な検討材料を提供できると考えられる。

北陸ブロック：

各地域により、CKD 診療連携体制にかかる諸問題が議論され、地域の実情に応じた修正が行われた。一方で、地域によっては、医師の偏在が認められるため、診療連携体制の構築にあたっては、県内でも各地域の実情に合わせた、細かな修正が必要であると考えられる。ことに石川県は、令和 6 年能登半島地震の影響が、いまだ残っており、人口流出も続いている。今後も、実情に合わせた、継続的な診療連携体制の見直しが必要であると考えられる。

北関東ブロック：

2025 年度は、県全体の協議会整備と、市町村・医師会単位の具体的運用が並行して進み、行政、医師会、専門医療機関、保険者、多職種団体が共通課題を共有しつつ、紹介基準や受診勧奨フローの具体化が進展した。今後は、連携対象地域の拡大に加え、紹介件数、逆紹介率、受診継続率、二人主治医

制による管理患者数等を指標化し、PDCA サイクルの中で評価する必要がある。

東京ブロック：

東京都においては、腎臓専門医数は比較的充足しているものの、健診後の診療導線の適切性が重要な課題となる。特に都市部では、健診機関と医療機関の分離や受診行動の多様性も影響し、健診後の受診勧奨先が明確でない場合がある。このため、専門医数の充足とは別に、健診後の初期対応を担う医療機関の明確化（受診先の明示）が求められる。また、かかりつけ医における健診後の初期対応の役割を整理し、その対応力の向上を図ることが重要と考えられる。このような取組は、日本腎臓病協会が推進する CKD 協力医制度の趣旨とも整合する。さらに、2027 年度から予定されている労働安全衛生法に基づく健診における血清 Cr および eGFR の測定必須化により、受診勧奨の対象となる患者の増加が見込まれることから、健診後の適切な受診先を地域として明示していく必要性はさらに高まると考えられる。

南関東ブロック：

CKD 協力医制度や二人主治医制は、専門医偏在の課題を補完し、地域完結型医療の実装に寄与したと評価できる。特に紹介・逆紹介の基準明確化は、かかりつけ医の不安軽減につながった。一方、医療圏ごとの導入深度や運用方法には差があり、連携の質の均てん化が今後の課題である。行政・医師会・専門医の役割分担を明確にし、成果指標を共有する必要がある。

東海ブロック：

各都道府県の行政機関の担当者、CKD 対策表・責任者、かかりつけ医（医師会）の間で円滑な横展開を実現するためには、CKD に対する理解を更に深化する必要がある。

近畿ブロック：

CKD 啓発セミナー等で紹介した際には大変好評であり、全国から利用したいとの問い合わせがあり、多くの CKD 協力医に利用されるようになると考えられる。

中国ブロック：

CKD 対策においては、医師とメディカルスタッフの協働が大変重要である。同じ岡山県内において、そもそも腎臓専門医の有無を含めた医療資源やそもそもの人口の違いがあり、それぞれのエリア独自のやり方で CKD 医療連携が展開されている。これが岡山県の CKD-NET の特徴である。医師会の中に CKD 患者の入院診療可能な施設がある場合とない場合で、CKD-NET の発展に差がある可能性を感じ

た。一方で、医療資源に乏しいエリアでの腎臓専門医がなかなか増えていかない現状が浮き彫りになった。いくつかのエリアでは、病院の統廃合に関するニュースが流れてきた。そういったところでは、これまでとは地域の実情の変化にあわせて、新しいアプローチを構築していく必要がある。益々医療資源が効率化されていく時代にさしかかってきており、各エリアで、いかに存在する医療資源を活用し、多職種によるCKD医療連携の継続、できれば発展につなげていくのか、各エリアでのニーズに応じた丁寧な対策が必要である。

多職種連携を進めるとともに、かかりつけ医と腎臓専門施設との病診連携は、現状に満足することなく、さらなる進展が必要である。改訂されたガイドラインの普及を進め、より質の高いCKD診療を提供できる環境づくりも重要である。

四国ブロック：

7名中西部圏域の認定医の少なさが明らかであった。課題やニーズに沿った研修会の開催を行うべきと考えられた。徳島県西部圏域・南部圏域へのアプローチ、多職種連携の推進のための医師と保健師の講演、三次医療機関、二次診療医、市町村保健師それぞれの取組等を情報共有し、連携推進に繋げることなどにより健診結果から早期受診・治療につなげたい。また、二次診療医の周知のためにCKD二次医療機関ステッカーを活用したい。医療機関の入口や待合室、診察室などに掲示して「CKD」と「CKD二次診療医」を周知することが重要と思われた。

CKD二次診療医制度の効果と問題点が明らかとなった。診療技術の向上、CKDに対する認識の向上が認められたが、保健師との連携、CKD普及啓発のためのツール（連携手帳、ステッカー）の活用が不十分と考えられた。これらのツールは各かかりつけ医の診療スタイルに関することであり、使用が必須とは思われない。これらの指標より実臨床に則した指標での効果の評価が望ましい。例えば血清クレアチニン値やeGFR、検尿、尿タンパク定量の検査数の増加、慢性腎臓病もしくは慢性腎不全の保険病名登録の増加とその地域差、三次医療機関（腎臓専門医）との連携の現れである、紹介、逆紹介の増加などがそれにあたると思われる。

慢性腎臓病患者に関する調査では透析患者の総数、導入数の減少が認められている。しかし人口減少、高齢化に伴う自然減とも考えられ、全国的な傾向の沿ったものである。今後は年齢構成も加味した透析導入患者、透析患者総数の解析が望ましい。

九州・沖縄ブロック：

本市では腎臓専門医数は比較的に充実しており、課題は医療資源不足よりも、適切な紹介や患者受診行動にあった。今回構築した連携体制は、一般医単独では対応が難しい症例に対して、専門医助言と保健師支援を組み合わせることで、地域として

の診療力を高めたと考えられる。また、連携フローが明確化されたことは、実務上の運用性向上にも寄与した可能性が高い。

定点観測：

岡山県美作市：

岡山県美作エリアのCKD-NETワークの特徴は、腎臓専門医が少ないこと、連携体制に参加したかかりつけ医が6医師会合計90名であること、腎生検を行える施設がないこと、人口が大きくなく比較的高齢化が進んでいる地域であること、などである。昨年度、腎臓受け入れ施設が1施設減った後の補充体制ができていないこと、さらに医師会会員数も減少傾向である。そのため、このエリアでの質の高いCKD医療連携体制の維持・発展のために、CKD-NETワーク参加医師および施設の維持および増加は、以前から続いているが、今後の検討課題である。

そのような特徴のエリアで2019年から始まった定点観測であるが、昨年度と比較して、紹介、逆紹介数は今年度も昨年度とほぼ同程度の水準であった。一方で、病診連携を行っている患者数はさらに増えて、過去最高の180名になった。美作エリアにおける医療連携ネットワークの中で、行政における特定健診から未病ハイリスク患者の抽出とかかりつけ医への受診勧奨が強化されていること、および、CKD診療連携の有用性が医師に理解され、さらに浸透してきたことを示している。さらなる発展が期待される。

また、連携参加かかりつけ医における新しいCKD診療ガイドライン2023の普及率が非常に高い。血圧管理状況、貧血の管理状況、血糖管理状況はいずれも高い水準で管理されている。今後も各指標の管理目標達成率100%を目指した質の高いCKD診療の質の向上が期待される。

エリア内でのSDM実施率は、対象患者数が少なかったものの必要な患者には施行されており、質の高い医療の提供体制が整っていると考えられる。

沖縄県南城市：

持続可能な仕組みづくりという観点から顔の見える関係性を重視した診療連携体制の拡充が重要だと考えられる。

E. 結論

全国：

CKD対策の均てん化には、重点地域での課題共有と対応に加え、CKD協力医制度による診療連携体制整備が重要である。今後は制度の定着と継続的教育を通じ、透析導入抑制につなげる必要がある。

北海道ブロック：

地域の実情に合わせて、CKD 診療連携ツールを作成することは重要である。CKD 重症化予防のためには、長期的な視点での取り組みが必要である。

南北海道ブロック：

エリアごとに CKD ネットの構築や病診連携の構築が進んだ。遠隔診療と CKD 連携医制度の構築が進んだ。

東北ブロック：

生活習慣スコアの活用は保健指導の効果評価や生活習慣病・CKD の一次予防ならびに重症化予防に向けた保健事業の推進に有用な指標となり、地域における検診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進に資する可能性がある。

北陸ブロック：

各地域で、CKD 診療連携体制が進展した。各地域の連携体制、医療環境が異なっており、それぞれの地域ごとに、主に取り組むべき問題は異なっていたが、それぞれの事情に合わせて、連携体制構築が進展した。今後も継続的な診療連携体制の見直しが必要である。

北関東ブロック：

2025 年度の北関東ブロックでは、CKD 対策の中核である病診連携体制の整備・再編が着実に進み、各県の実情に応じた連携体制の社会実装が前進した。

東京ブロック：

区市町村単位の会議体整備を基盤とした診療連携体制の構築が進みつつある。今後は、協力医制度の活用も含め、健診機会の拡大を見据えた診療導線の明確化と初期対応体制の質の向上を図ることが求められる。

南関東ブロック：

医師会・行政主導の連携モデルが有効であり、今後はエリア横断的な展開と評価が重要である。

東海ブロック：

CKD 診療の均一化と CKD の普及啓蒙を同時に行い、CKD の進行抑止及び早期発見に今後も注力する。

近畿ブロック：

作成した資料などを用いるとともに、CKD 協力医制度の導入により CKD 診療の均霑化が進むことが期待される。

中国ブロック：

岡山県内で、ほぼ全域をカバーする形で各エリアに構築された CKD 診療連携体制があるが、それ

ぞれの中で、診療体制の実情は変化している。最新の实情にあわせて、これらの CKD-NET がニーズにあった形で発展させることが今後の課題である。

中国ブロック内 5 県において定期的な情報共有は重要である。島根県の離島オンライン診療の話などは非常に斬新であった。情報共有をすすめることで、診療連携体制構築の均てん化を促すことが期待される。

四国ブロック：

二次診療医制度の普及と、二次診療医の増加のための多方面からのアプローチが必要と考えられた。

地域の CKD 診療の実情を明らかにする二次診療医へのアンケート調査は重要であり、地域連携の現状と課題を明らかにすることができる。透析導入患者は CKD 対策で減少させることが可能であると思われた。

九州・沖縄ブロック：

久留米市における CKD 診療体制の構築は、一般医、専門医、保健師の役割分担と連携を明確にし、地域における CKD 重症化予防を進める基盤となった。今後は、本体制の有効性をさらに検証し、周辺地域へも展開可能な地域連携モデルとして発展させることが望まれる。

定点観測：

千葉県：

千葉県全域における CKD 診療の普及を目指している。そのためには、様々な職域の関与が必要であるが、令和 7 年度には前述のごとく前年度よりもさらに多くの多職種の積極的な関与が得られ、結果として集積されたデータからも千葉県における CKD 診療の普及は促進された。

岡山県美作市：

今年度も美作 CKD-NET の定点観測を行った。CKD 診療連携体制がしっかり構築され運用されている。今後のさらなる発展が期待される。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

1.Watanabe S, Nakayama M, Yokoo T, Sanada S, Ubara Y, Komatsuda A, Asanuma K, Suzuki Y, Konta T, Kazama JJ, Suzuki T, Fukuda S, Soga T, Yamada T, Mitsuharu Matsumoto M, Naito Y, Taguchi K, Fukami K, Kashiwagi H, Kikuchi K, Suzuki C, Tokuno H, Urasato M, Kujirai R, Matsumoto Y, Akiyama Y, Tomioka Y, Itai S,

Tongu Y, Mishima E, Kawabe C, Kasahara T, Ogata Y, Toyohara T, Sato T, Tanaka T, Abe T and the LUBI-CKD TRIAL Investigators. Lubiprostone in Chronic Kidney Disease: Insights into Mitochondrial Function and Polyamines from a Randomized Phase 2 Clinical Trial. *Science Advances*. 2025; 11(35):eadw3934. doi: 10.1126/sciadv.adw3934

2.Kadariswantiningsih IN, Okunaga I, Yamasaki K, Empitu MA, Yamada H, Makino SI, Hotta A, Yagita H, Aizawa M, Koyama-Nasu R, Kimura MY, Tatsumoto N, Asanuma K. CCL5 paradoxically regulates glomerular injury by skewing macrophage polarization. *JCI Insight*. 2025; e173742. doi: 10.1172/jci.insight.173742.

3.Ida M, Yamada H, Shirata N, Makino SI, Ichimura K, Miyaki T, Okunaga I, Yamasaki K, Yoshimura Y, Yokoi H, Mukoyama M, Iwamura C, Hirahara K, Taguchi A, Asanuma K. MAGI-2 regulates the organization of podocyte actin cytoskeleton through its interaction with α -actinin-4 and synaptopodin. *Kidney360*. 2025; doi: 10.34067/KID.0000001034.

4.Matsuoka-Uchiyama N, Uchida HA, et al. The association of fasting triglyceride variability with renal dysfunction and proteinuria in medical checkup participants. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jul;29(7):920-927.

5.Uchida HA, Wada J, et al. First-time diagnosis and referral practices for individuals with CKD by primary care physicians: a study of electronic medical records across multiple clinics in Japan. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Oct;29(10):1342-1353.

6. 旭浩一. 【革新する腎臓病学-臨床と研究の最前線】社会的側面と今後の課題 わが国の腎臓病対策における地域連携・患者支援の実際. *医学のあゆみ*. 296(5):560-563, 2026

2.学会発表

- 1.本田大介、奥永一成、若林華恵、淺沼克彦. 梅毒感染による二次性膜性腎症における抗NDNF抗体の意義(2025年1月11日)第58回日本成人病(生活習慣病)学会学術集会、(2025年1月11日-12日 都市センターホテル (東京))
- 2.淺沼克彦. 補体が病態に関与する膜性増殖性糸球体腎炎 up to date (2025年6月22日) 第68回日本腎臓学会学術総会(2025年6月20日-22日 パシフィコ横浜ノース(横浜))
- 3.淺沼克彦. 千葉県のCKD重症化予防の取り組みとCKDの生活指導のポイント(2026年1月14日) 令和7年度糖尿病性腎症・CKD重症化予防における保健指導従事者研修会(Web開催)千葉県健康福祉部主催
- 4.田中景子、和田 淳ほか. 岡山市CKDネットワーク(OCKD-NET)2の病診連携5年後の追跡調査~OCKD-NET1との比較. 第68回日本腎臓学会学術総会、パシフィコ横浜ノース、横浜市、2025年6月20日~22日
- 5.内田治仁、和田 淳ほか. 岡山県における透析患者の現状 2023~ODN Survey (Okayama Dialysis Network Survey) ~. 第70回日本透析医学会学術総会、大阪国際会議場、大阪市、2025年6月27日~29日
5. 旭浩一. 慢性腎臓病(CKD)病態と対策の地域での実践について. 令和7年度福島県国民健康保険団体連合会保健事業支援・評価委員会研修会. 令和7年10月20日. 福島市

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

別添 4

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 分担研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

診療水準の向上に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授

中川直樹 旭川医科大学 教授

西尾妙織 北海道大学病院 教授

旭 浩一 岩手医科大学 教授

岩田恭宜 金沢大学 教授

南学正臣 東京大学 教授

福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

浅沼克彦 千葉大学 教授

廣村桂樹 群馬大学 教授

丸山彰一 名古屋大学 教授

猪阪善隆 大阪大学 教授

和田 淳 岡山大学 教授

内田治仁 岡山大学 教授

脇野 修 徳島大学 教授

深水 圭 久留米大学 教授

栞原孝成 熊本大学 准教授

古波蔵健太郎 琉球大学 准教授

研究要旨

全国： CKD 患者の血圧管理でガイドライン間の整合を図る見解作成に協力した。併せて eGFR スロープの診療活用を全国的に推進し、腎硬化症の予後因子解明を目的とした多施設研究に着手した。

北北海道ブロック・定点観測（旭川市）： 定点観測では、各指標は昨年とほぼ同様であったが、連携体制に参加している専門医数、かかりつけ医数は増加した。腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率は 100%を達成した。

南北海道ブロック： ガイドラインに基づく講演会や症例検討で多領域医師の参加を促し、CKD 診療の理解と診療水準が向上した。

東北ブロック： 診療実践への家庭血圧測定・記録の普及のため血圧手帳 3000 部を作成し、岩手県・青森県の医療機関に配布した。

北陸ブロック： 福井県と新潟県において、それぞれ、社会保険指導者と、腎臓病療養指導士を対象とした講習会が開催された。また、富山県においては、医師、看護師に向けて、慢性透析に関する講習会が開催された。

北関東ブロック： 紹介基準の整備・簡便化、連携マニュアル、e ラーニング、CKD シール等の教育・支援ツールを通じて、地域における標準的診療の普及と均てん化を図った。山梨の紹介基準バリエーション化、長野の CKD シール、栃木の機能別医療機関整理、群馬の e ラーニング、茨城の継続的講演会がその具体例である。

東京ブロック： 港区の微量アルブミン尿検査では対象者442名中272名（61.5%）が受診し、60名が専門医紹介対象であった。紹介対象者の受診状況の把握および運用上の課題整理を行った。

南関東ブロック： CKD 診療の質向上を目的に、標準治療の普及、eGFR 評価活用、データ基盤整備が

南関東で推進された。

東海ブロック：様々な講演会を通じ、CKD 診療ガイドライン 2023、CKD 診療ガイド 2024 で推奨されている標準診療を診療連携体制構築の一環として普及促進に努めた。

近畿ブロック：蛋白尿は心血管系疾患等および死亡のリスクであることが複数の疫学研究により明らかにされている。しかし、特定健診受診者における医療的介入が必要と考えられる中等度以上の蛋白尿患者が特定健診受診後に医療機関にアクセスし適切な医療に繋がられているかは、ほとんど検討されていない。そこで、特定健診にて発見された無治療の蛋白尿陽性患者の健診後の医療機関へのアクセスを保険者ごとに比較し、医療アクセス率の高い市町村区の特定健診とそれにかかる受診勧奨の体制等の取り組みを明らかにすることにより、適切な医療アクセススキームを検討することとした。医療機関アクセス率が上位である市町村区において、ヒアリング調査と検討会で得られた情報をもとにアンケート調査を実施した結果、個別健診の割合が高いことが高い医療機関アクセス率に関連している可能性が示された。

中国ブロック：各エリアでの CKD ネットワークをもととした勉強会が各地で行われた。

四国ブロック：徳島県保健福祉部 健康寿命推進課とともに活動し、徳島県における慢性腎臓病の診断技術の向上をおこなった。県主催及び県共催の腎疾患に関する研修会を開催し、受講を「CKD二次診療医」の認定条件とした。その結果かかりつけ医を中心とした地域の腎臓非専門医のCKD診療技術が向上した。

九州・沖縄ブロック：尿蛋白陽性者への UPCR 測定導入と専門医による書面助言体制により、久留米市の CKD 診療水準は向上した。平成 30 年以降、約 300 件の専門医連携が行われ、かかりつけ医における処方見直しや専門医紹介などの診療行動の変化が認められた。UPCR 測定を行う医療機関数や件数も増加し、CKD の定量的評価と適切なフォローアップが地域に普及した。

定点観測：

熊本市：病診連携パスのアップデートへ向けたプロジェクトを開始した。また熊本市医師会センターとの協働による eGFR slope の自動算出、アラートシステム導入を計画している。

沖縄県南城市：特定検診データから R7 年度の事業対象者 173 名を抽出し、未治療者 35 名中 4 名が医療機関受診した。111 名は保健・栄養指導実施、10 名は主治医にも情報共有した。プロジェクトチーム腎臓専門医と定期的に事例検討会を 5 回開催した。連携参加施設の医師、看護師むけに勉強会を実施した。

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づく CKD 対策の推進に資する研究（令和 4～6 年）」を引き継ぎ、2018 年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028 年の透析導入患者数を 3.5 万人以下にする”という全体目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携して CKD 対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県における CKD 対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCA サイクルを回すことで全国レベルでの CKD 対策を推進する。その進捗は HP を通して全国民に公開する。

特に診療水準の向上に関する研究では、

- (1) 標準医療の提供推進
- (2) eGFR スロープを用いた CKD 診療の普及

- (3) 腎硬化症のリスク因子候補の解明

J-CKD-DBEx を用いた腎硬化症のリスク因子候補の検出
を目的とする。

B. 研究方法

全国：

- (1) 標準医療の推進

連携体制を通して標準医療を普及促進し、遵守率をモニタリングする。

新たに上梓された高血圧管理・診療ガイドライン 2025 における CKD 患者の血圧管理目標が CKD 診療ガイドライン 2023 の血圧管理目標と乖離していることから、関連学会よりリエゾン委員を選出し、調整を試みる。

- (2) eGFR スロープの普及

HP で簡易計算機能を提供している eGFR スロープ

はCKD治療効果の見える化・患者アドヒアランスの向上に有用であり、また新たなCKD重症度指標・紹介基準となり得ることから、利活用を推進する。

(3)腎硬化症のリスク因子の解明（岡田、柏原）

若手研究協力者とともにJ-CKD-DBExを用いて蛋白尿を伴わないCKD患者のeGFRスロープを規定する因子を同定し、標準治療の確立されていない腎硬化症のリスク因子候補として発信する。

南北海道ブロック：

かかりつけ医にCKD診療2024、CKD診療ガイドライン2023に基づいたCKD診療に関する勉強会、講演会を行い診療水準の向上をはかる。また、診療情報提供書に対して教育的な観点を考慮した返信を行うことで、診療水準の向上をはかる。

東北ブロック：

家庭血圧測定・記録の普及

CKDの包括的リスク管理において薬物療法や療養指導による適切な血圧管理は特に重要である。家庭血圧測定・記録に基づく療養指導や診療実践の普及のため、血圧手帳を作成し配布する。

北陸ブロック：

各地域でCKD対策に関わる医療関係者に対して、講習会などが行われている。その実施状況を調査した。

北関東ブロック：

診療連携体制の整備を基盤として、各県で紹介基準の整備・改訂、連携マニュアルや教育資源の作成、療養支援ツールの活用促進を進め、地域における診療の標準化と均てん化を図った。北関東ブロックでは、これらの取組を共有し、現場で使いやすい形で運用されることを重視した。

東京ブロック：

港区では、令和3年度より微量アルブミン尿検査を実施している。糖尿病性腎症重症化予防事業の一環として、アルブミン尿を早期発見し早期介入することで、糖尿病を原疾患とする透析導入者数の減少を目的としている。対象は、前年度特定健康診査を受診し、HbA1c値6.5%以上かつ尿蛋白(―)または(±)であり、国民健康保険に加入している者である。

南関東ブロック：

ガイドライン整合を意識した診療フロー作成、eGFRスロープ活用、EBPMに基づくデータ可視化を進めた。

東海ブロック：

CKD診療ガイドライン2023、CKD診療ガイド2024で推奨されている標準診療を診療連携体制構築の一環として普及促進を行う。

近畿ブロック：

大阪府国民健康保険団体連合が管理する国民健康保険データベース(KDB)から、2020～2022年度の既存情報を抽出し、氏名、住所などの個人情報削除した情報を利用した。2020～2022年度の大阪府国民健康保険医療制度の被保険者287,036人を対象にした前向きコホート研究で、大阪府下の各市町村区保険者の特定健康診査と医療レセプトデータを用い、2021年度特定健診受診時点で無治療の生活習慣病と判定された被保険者の特定健診後の医療機関アクセス率を市町村区保険者ごとに検討した。さらに各市町村区保険者を対象に特定健診と受診勧奨の取り組みに関するアンケート調査を実施し、医療機関アクセス率に関連する要因を検討した。観察期間におけるアウトカム発症率はKaplan-Meier法で算出し、アウトカムのリスク評価はCox比例ハザードモデルを用いて検討した。

四国ブロック：

「CKD二次診療医」の認定条件としてかかりつけ医の先生方に上掲の講習会、講演会の聴講を年2回義務付け、診療技術の向上を図った。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、CKD診療水準向上を目的として、尿蛋白陽性者へのUPCR測定導入と、専門医による書面助言体制を整備した。専門医は、健診結果、二次検査結果、診療報酬明細書、KDB帳票など複数の情報をもとに総合的評価を行い、一般医へ診療方針や専門医紹介の必要性を助言した。対象者情報は匿名化し、倫理面に十分配慮して運用した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

(倫理面への配慮)

特に問題はない。

C. 研究結果

全国：

(3)CKD患者における降圧目標値の検討

日本高血圧学会より発刊された『高血圧管理・治療ガイドライン2025(JSH2025)』とCKD診療ガイドライン2023の整合性を図り、臨床現場での混乱を回避する観点から、CKD患者の血圧管理について、日本腎臓学会としての見解案(以下)を作成する際、本研究班も協力した。

4. **降圧目標の統一**：CKD 患者の降圧目標は、糖尿病の有無や蛋白尿区分（A1～A3）に関わらず、原則として診察室血圧 130/80 mmHg 未満（家庭血圧 125/75 mmHg 未満）とする。ただし、腎機能・年齢に応じた個別化対応が必要である。
5. **慎重な運用の推奨（A1 区分・糖尿病なし）**：「糖尿病を合併しない蛋白尿陰性の CKD 患者」においては、最新のエビデンスに基づき 130/80 mmHg 未満を目指すものの、急性腎障害やめまい等の有害事象に十分留意する。必要に応じて **140/90 mmHg 未満を中間目標とするなど、慎重に降圧を進めることを原則とする。**
6. **高齢者への対応**：75 歳以上の高齢者については、一律の基準ではなく、腎機能・年齢・ADL（日常生活動作）に応じた個別化対応を行う。
(4) eGFR スロープの CKD 診療への導入の促進
研究班 HP 上の eGFR スロープ簡易計算アプリの CKD 日常診療への積極的な使用を全国的に推進した。また新たなソフトの開発・導入が並行して進められており、本研究班も協力した。
(3) 腎硬化症のリスク因子の解明
多施設共同研究「J-CKD-DBExを用いた腎硬化症の予後規定因子の解析」に着手した。

北北海道ブロック：

定点観測を行っている旭川市において、病診連携体制を通して診療水準の向上が認められた。

＊（←昨年）の数値

連携体制に参加している腎臓専門医数：16（←14）
連携体制に参加している専門医療施設数：4（←4）
連携体制に参加したかかりつけ医数：85（←96）
連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）：12（←12）
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）：162（←182）
紹介基準に沿った紹介患者数（黄色枠での紹介数、eGFR>45 での紹介数）：55（←72）
腎代替療法の導入依頼患者数：14（←18）
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）20（←24）
病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数（連携患者数）：20（←20）

昨年と比し、各指標は昨年とほぼ同様であったが、連携体制に参加している専門医数は増加した。連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率：40%（←50%）
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率：50%（←60%）
連携体制でケア中の患者における血圧 < 140/90mmHg の割合（75 歳以上では血圧 < 150/90mmHg）：50%（←65%）
連携体制でケア中の患者における Hb11~13g/dL の割合（75 歳以上では Hb9~13g/dL）：80%（←75%）

連携体制でケア中の DKD 患者における HbA1c < 7% の割合（75 歳以上では HbA1c < 8%）：40%（←40%）
腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率：100%（←100%）

南北海道ブロック：

CKD 診療に必要な情報をかかりつけ医に対して CKD 診療 2024、CKD 診療ガイドライン 2023 に基づき、多くの講演会、勉強会を行った。

通常、CKD に興味のあるかかりつけ医ばかりが参加する事が多いが、特に循環器内科、糖尿病内科を中心に消化器内科など他疾患を専門とするかかりつけ医が参加 CKD のセミナーに参加してもらう事ができた。さらに今年度はかかりつけ医でも特に CKD の診療を熱心に行っている先生方を中心に CKD 連携医になっていただけるように準備を行った。

東北ブロック：

血圧手帳 3000 冊を作成し、腎臓外来を開設中の医療機関 11 施設（岩手県内 10 か所、青森県内 1 か所）に配布した。

北陸ブロック：

福井県では社会保険指導者講習会伝達講習会で講習を行った。新潟県では腎臓病療養指導士の会が開催され、現地参加 38 名/オンライン参加 44 名の計 82 名が参加した。

富山県では堀川恵子氏による透析患者の緩和ケアに関する講演があり、緩和ケア専門医と腎臓専門医・看護師との情報共有が図られた。

北関東ブロック：

・群馬県では、腎臓ケア e ラーニング講座を CKD 診療ガイドライン 2024 の反映を踏まえて更新し、医療従事者が最新知見を学習できる環境整備を継続した。また、糖尿病関連腎臓病重症化予防プログラムの保健指導マニュアル利用を促進し、保健師による該当患者への保健指導の均てん化を図った。

・栃木県では、CKD 診療に関わるかかりつけ医および腎臓専門医療機関の機能別要件、紹介基準、速やかな精査が必要な基準、県内医療機関一覧が整理され、地域における標準的治療と紹介判断の均てん化が図られた。

・山梨県では、紹介基準を簡便化した「バリアフリー化」を継続し、蛋白尿 1+ 以上、年齢に応じた eGFR 基準、簡便な紹介状様式により、かかりつけ医から腎臓専門医への紹介のしやすさを高めた。

・長野県では、松本市糖尿病性腎症・CKD 病診連携紹介基準として、eGFR、蛋白尿、微量アルブミン尿、血尿等に基づく明確な紹介基準が共有することを示した後ろ向きコホート研究が報告され、透析導入前管理の重要性を示すエビデンスが発信された。

さらに、CKD G4 期患者に対する SGLT2 阻害薬新規処方の後向き研究が学会発表され、1 年間の観察では腎保護効果や心血管イベント抑制効果は明らかでなかった一方、有害事象発生率は非投与群と同程度であったことが報告された。され、CKD シールの活用も複数地域で進められた。加えて、信州大学から、CKD stage G5 患者における計画的バスキュラーアクセス作成が入院医療費の低減に関連し、非高齢者では死亡率低下にも関連することを示した後ろ向きコホート研究が報告され、透析導入前管理の重要性を示すエビデンスが発信された。さらに、CKD G4 期患者に対する SGLT2 阻害薬新規処方の後ろ向き研究が学会発表され、1 年間の観察では腎保護効果や心血管イベント抑制効果は明らかでなかった一方、有害事象発生率は非投与群と同程度であったことが報告された。

・茨城県では、県内各地域でかかりつけ医を対象に CKD 関連講演会を多数実施し、標準的診療に関する継続的な学習機会が提供された。

東京ブロック：

令和 7 年度微量アルブミン尿検査の対象者 442 名に対して受診券を発送した。実際に受診したのは 272 名 (61.5%) であり、そのうち 70~74 歳が 46% を占め最多であった。受診者のうち、精密検査・治療のため専門医療機関への紹介対象である尿中アルブミン 30mg/gCr 以上は 60 名であった (微量アルブミン尿 58 名 [21.3%]、顕性アルブミン尿 2 名 [0.7%])。そのうち 44 名が専門医療機関 (27 名はみなと CKD 連携の会の 7 つの基幹病院の腎臓内科、17 名はその他の医療機関) を受診し、未受診または未把握は 16 名であった。

南関東ブロック：

ガイドライン整合を意識した診療方針共有や eGFR スロープ活用の推進により、CKD 進行評価に基づく診療が浸透しつつある。非専門医による早期リスク評価や適切な紹介判断が増加し、多職種連携による生活指導や治療介入が実践された。データ活用は地域差があるものの、診療の標準化と質の向上に一定の成果が認められた。

東海ブロック：

各地域において開催される学会、研究会、講演会において普及活動を行った。CKD の集約的治療と併せて、他職種連携の有効性を啓発した。

近畿ブロック：

尿蛋白患者 (尿蛋白 $\geq 2+$) における医療アクセス率に関して、対象者が 10 人未満の市町村区を除外したところ 56 市町村区が解析対象になった。上位市町村区の医療アクセス率は豊能町の 61.1% であ

るのに対し、下位市町村区では大阪市 A 区の 18.2% であった。B 市を基準とした場合に C 町が多変量補正ハザード比は 2 (95%信頼区間は 1.02-3.91) であり、大阪市 D 区が多変量補正ハザード比は 1.85 (95%信頼区間は 0.9-3.82) であった。一方で堺市 E 区の医療アクセス率は 20%、多変量補正ハザード比は 0.45 (95%信頼区間は 0.11-1.88) であり、大阪市 A 区が多変量補正ハザード比は 0.4 (95%信頼区間は 0.1-1.67) であった。

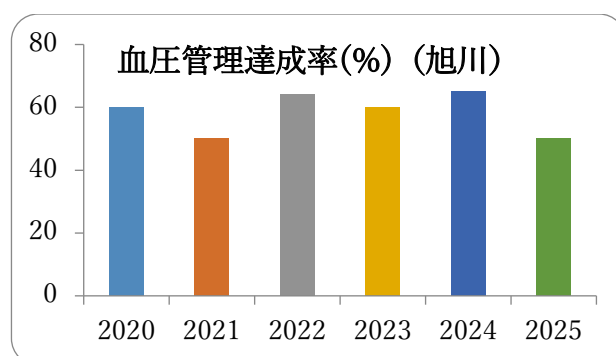
尿蛋白患者 (尿蛋白 $\geq 3+$) における医療アクセス率に関して、対象者が 10 人未満の市町村区を除外したところ 13 市町村区が解析対象になった。上位市町村区の医療アクセス率は F 市の 72.7% であるのに対し、下位市町村区では G 市の 26.3% であった。B 市を基準とした場合に F 市が多変量補正ハザード比は 1.79 (95%信頼区間は 0.68-4.74) であり、堺市 H 区では 1.73 (95%信頼区間は 0.59-5.01) であった。一方で I 市の医療アクセス率は 38.1%、多変量補正ハザード比は 0.89 (95%信頼区間は 0.34-2.35) であり、G 市が多変量補正ハザード比は 0.69 (95%信頼区間は 0.23-2.12) であった。

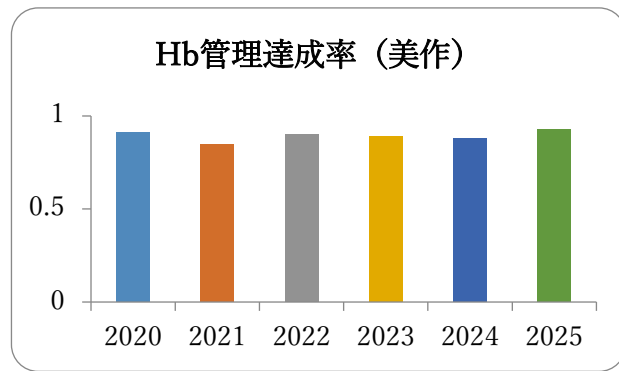
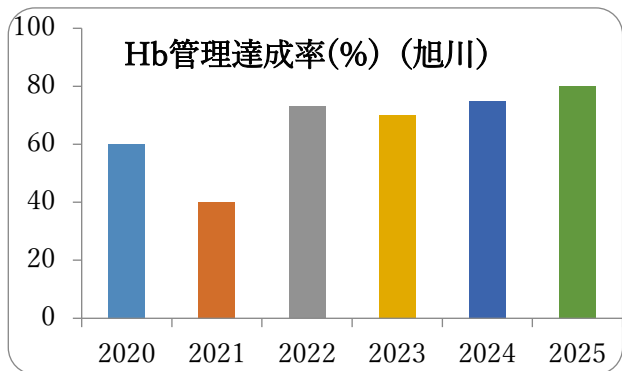
九州・沖縄ブロック：

書面助言は平成 30 年以降約 300 件実施され、一般医における処方内容の見直しや専門医紹介の実施など、具体的な診療行動の変化が認められた。また、UPCR を測定する医療機関数および測定件数は増加し、CKD の定量的評価とフォローアップの実施が広がった。さらに、透析患者数および透析導入患者数は減少傾向を示した。

定点観測：病診連携体制の拡大・成熟につれて、標準治療の遵守率が増加・安定する傾向が認められた。

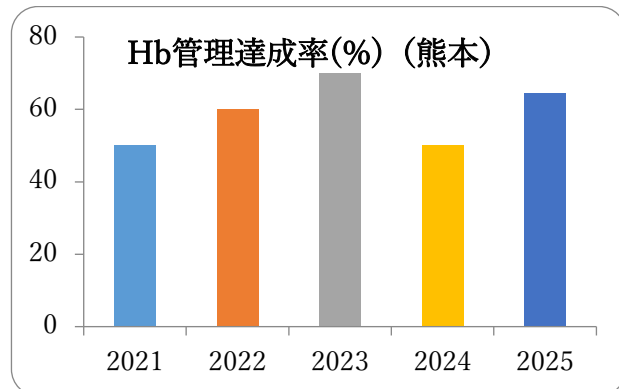
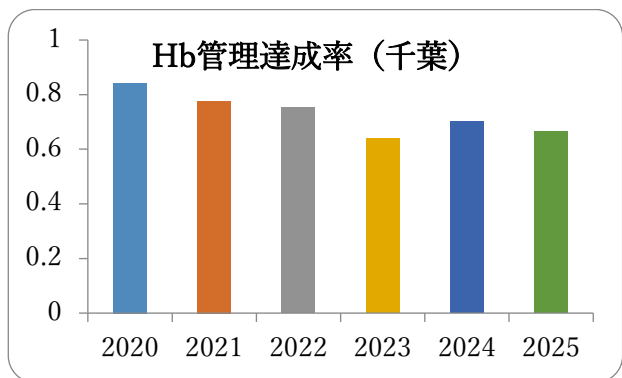
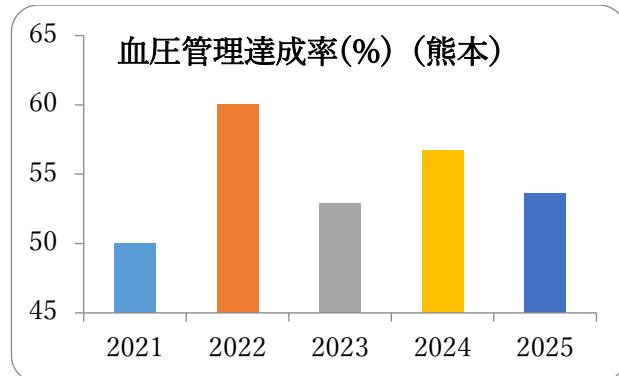
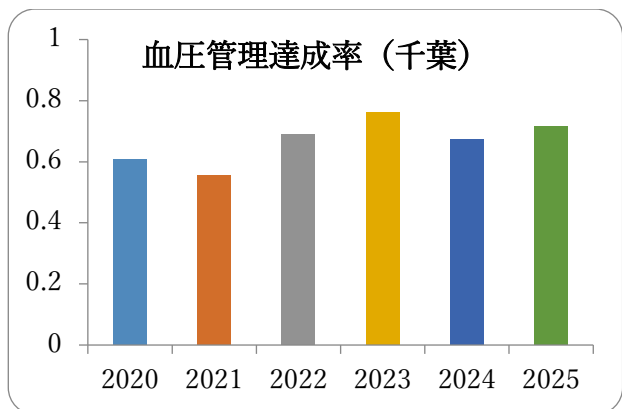
旭川市：



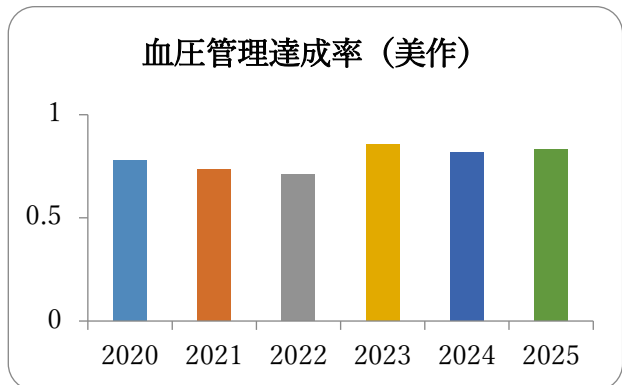


千葉県 :

熊本市 :



岡山県美作市 :



病診連携パスのアップデートへ向けたプロジェクトを開始した。

熊本市医師会センターとの協働によるeGFR slopeの自動算出、アラートシステム導入を計画中である。

沖縄県南城市：本年度より定点観測を開始した。

特定検診データから R7 年度の事業対象者 173 名を抽出、未治療者 35 名中 4 名が医療機関受診。111 名は保健・栄養指導実施、10 名は主治医にも情報共有。プロジェクトチーム腎臓専門医と定期的に事例検討会を 5 回開催した。ハイリスク患者の事例検討会を踏まえて個別評価、個別最適化治療を支援するための資料をかかりつけ医に届けた連携参加施設の医師、看護師むけに勉強会を実施した。

D. 考察

全国：

降圧目標の統一は臨床現場の混乱回避に有用だが、高齢者や低リスク例では個別化が不可欠である。eGFR スロープは進行評価に有効であり、腎硬化症研究は CKD 進展理解の深化に寄与すると考えられる。

北北海道ブロック：

定点観測では、全ての指標が昨年と同様で、腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率は 100%を維持した。

南北海道ブロック：

かかりつけ医の診療水準を向上するためには勉強会や講演会が不可欠であるが、いつも参加する医師が同じであるという問題があった。複数回参加しているかかりつけ医に関しては CKD 連携医になっていただけるように検討を行った。勉強会の内容としても、仮想症例を提示し、症例ベースの検討を行う事で、CKD の理解が深まったと考える。結果、CKD 連携制度の構築がより進んだと考えられる。SGLT2 阻害薬についても、啓蒙を行い、より多くのかかりつけ医が自身で処方できるように繋がった事は大きな成果と考えられる。

東北ブロック：

一般に血圧異常の多くは自覚症状がなく、季節による血圧変動もしばしば見られるため、家庭血圧測定に基づく血圧値、血圧変動の評価が重要である。家庭血圧測定は降圧目標達成のための処方調節や療養指導に有用なツールであり、CKD の診療の基本的実践として、かかりつけ医、専門医を問わず、より普及させる必要がある。

北陸ブロック：

北陸各地で講習会などが開催された。医師のみならず、CKD 診療にかかるメディカルスタッフに向けた講演会、講習会が企画された

北関東ブロック：

診療水準向上のためには、紹介基準の標準化だけでなく、現場で使いやすい様式、継続的な教育資源、多職種が共有できる支援ツールが不可欠である。2025 年度は、山梨県の簡便化された基準、長野県の CKD シール、栃木県の機能別整理、群馬県の e ラーニング、茨城県の継続的講演会など、実装性の高い工夫が各地域で示された。加えて、長野県からは透析導入前の計画的バスキュラーアクセス作成の有用性や、進行 CKD 患者における SGLT2 阻害薬投与の安全性に関する研究成果が報告され、診療体制整備を支えるエビデンスの蓄積も進んだ。

今後は、これらを地域の実臨床で継続運用し、標準的診療の遵守率向上につなげることが重要である。

東京ブロック：

港区では、特定健診や本検査をかかりつけ医が実施しているため、既に糖尿病で通院中の患者も本検査の対象に含まれる。このことは、尿中アルブミン検査の実施率向上に寄与していると考えられる。一方で、既通院患者が対象に含まれることは、専門医療機関受診率が相対的に低くなる一因となっている可能性がある。このため、事業の効率化の観点からは対象者抽出基準の見直しが課題である。また、本事業では専門医療機関受診後に生活習慣改善支援プログラム（保健指導）につなげることが期待されているが、参加率は低い。これは、かかりつけ医、専門医療機関、保健指導委託事業者間の役割分担や関与のあり方が十分に整理されていないことや、各主体における動機付けが明確でないことが一因と考えられる。したがって、検査実施から専門医受診、保健指導への接続までを一連の診療導線として整理するとともに、関係機関の役割および関与のあり方を再設計することが重要である。さらに、同様の取組を導入する際には、特定健診における各検査項目の位置づけや受診勧奨の基準を含め、全体として整合的な仕組みを設計することが重要である。また、行政、かかりつけ医、専門医等の関係者間で役割や運用を共有することが求められる。

南関東ブロック：

標準治療の整理や eGFR スロープ活用は、CKD 進行リスクを可視化し、早期介入の判断材料として有用であった。特に非専門医にとって、進行度を定量的に示すツールは診療支援効果が高い。一方、ツール理解度や運用頻度には施設間差があり、単なる導入だけでは効果は限定的である。継続的な教育とフィードバック、データを活用した診療改善サイクルの構築が不可欠と考えられる。

東海ブロック：

CKD の進展阻止には、地域における CKD 診療と治療の標準化は必須であり、他職種の介入により生活や食事に関する指導が重要である。

近畿ブロック：

医療機関アクセス率が上位である市町村区において、ヒアリング調査と検討会で得られた情報をもとにアンケート調査を実施した結果、個別健診の割合が高いことが高い医療機関アクセス率に関連している可能性が示された。

四国ブロック：

講演会の受講は非専門医の診療技術の向上に有

効と考えられた。その一方で、48%の三次医療機関への紹介は多いと思われた。三次機関でなくとも軽症のCKD患者が非専門医により経過観察されることが望ましく、三次機関、腎専門医への紹介の減少および三次からの逆紹介の増加が望ましい形と考えられる。

九州・沖縄ブロック：

診療水準向上には、単に専門医へ紹介するだけでなく、一般医が適切な評価と初期対応を行える体制づくりが重要である。本取り組みでは、UPCRの普及と専門医助言の導入により、従来不十分であった定量評価や診療判断の質が改善した可能性がある。また、補足スライドで示された情報基盤の整備は、助言内容の質を担保する上でも有用であったと考えられる。

定点観測：

沖縄県南城市：

降圧目標達成の重要性や新規の腎保護薬の特徴や好適例についての勉強会を通じてSGLT2阻害薬などの的確使用につながり慢性腎臓病診療の均てん化に繋がることが期待される。また、個別事例を通じた慢性腎臓病治療に対する理解を深め、慢性腎臓病診療水準の向上に繋がることが期待される。

E. 結論

全国：

CKD診療の質向上には、整合性ある血圧管理指針の提示、eGFRスロープの実装、病態解明研究の推進が重要である。これらを通じ、早期介入と予後改善を実現することが期待される。

北海道ブロック：

CKDセミナーの企画の工夫によってより多くの医師の参加が得られ、診療水準向上に繋がった。

東北ブロック：

CKD診療実践への家庭血圧測定・記録の普及のため、血圧手帳を作成し地域の医療機関に配布した。

北陸ブロック：

北陸地方のCKD診療水準の向上に向け、今後も講習会などの開催は、有用であると考えられた。

北関東ブロック：

2025年度は、北関東ブロックで紹介基準、連携様式、教育資源、機能別医療機関整理を通じた診療の標準化と均てん化が前進した。

東京ブロック：

港区の微量アルブミン尿検査は、早期発見の機会創出に寄与している。今後は、対象者抽出の適正化に加え、検査から精査・介入に至る診療導線の整理と役割分担の明確化、ならびに関係者間の連携強化が求められる。

南関東ブロック：

診療水準向上には、ツール実装と教育の継続が不可欠であり、南関東モデルは他地域展開の基盤となる。

東海ブロック：

CKD診療の標準化の重要性と他職種連携の有効性が示された。

近畿ブロック：

アンケート調査の結果を踏まえて医療機関アクセス率を検討したところ、医療機関アクセス率が上位である市町村は特定健診における個別健診の割合が高いことが明らかとなった。しかし、今回用いたアンケート調査では、個別健診の体制を詳細に明らかにすることはできなかった。個別健診は市区町村が個別医療機関に特定健診事業を委託して行うものであり、市区町村ごとに委託の内容は異なり、医療機関ごとに実施体制が異なるため、今後より詳細なアンケート調査を実施し、医療アクセス率に関連する要因を検討する必要がある。その後モデルとなる市町村区を選定し、実現可能な医療アクセススキームの構築を考察する必要がある。

四国ブロック：

講演会、研修会を通じた診療水準の向上が達成された。今後、より多くの軽症CKDが非専門医により適切に経過観察されるまでに地域のCKD診療のレベルが向上することが望まれる。

九州・沖縄ブロック：

久留米市の取り組みは、一般医におけるCKD診療の質の均てん化と向上に寄与し、地域全体の診療水準向上に有用であった。今後は、腎機能低下抑制や紹介率改善など、より具体的アウトカムを用いた検証が求められる。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

1.Nimura T, Harada M, Aomura D, Yamaka K, Hashimoto K, Kamijo Y. Impact of prepared

vascular access on mortality and medical expenses in elderly and non-elderly Japanese patients with chronic kidney disease stage G5: a retrospective cohort study. Clin Exp Nephrol. 2025;29:1063-1074.

2.Sugawara Y, Iwagami M, Nagasu H, Miyamoto Y, Oshima M, Kuwabara T, Sofue T, Nakagawa N. Review no. 1: designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills.

Clin Exp Nephrol. 2026; 30(2): 183-197.

3.Wang Y, Guan Y, Feng D, Maccioni L, Parra MA, Peiffer B, Mackowiak B, Kuwabara T, Mori K, Mukoyama M, Bataller R, Sun Z, Gao B. Infiltrating macrophages replace Kupffer cells and play diverse roles in severe alcohol-associated hepatitis. Cell Mol Immunol. 2025; 22(10):1262-1275.

4.Suetsugu-Ishizawa R, Sakuma H, Matsuki M, Itano S, Nagasu H, Morinaga H, Uchida HA, Kuwabara T, Imasawa T, Yamada K, Nakagawa N. Efficacy of a mobile health application on self-management among Japanese patients with chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol. 2025; 29(10):1354-1362.

5.D. Fujimoto, S. Umemoto, T. Mizumoto, T. Kanki, Y. Hata, Y. Nishiguchi, R. Date, J. Zhang, Y. Kakizoe, Y. Izumi, M. Adachi, H. Kojima, H. Yokoi, M. Mukoyama, T. Kuwabara*: Alvespimycin is identified as a novel therapeutic agent for diabetic kidney disease by chemical screening targeting extracellular vesicles. Scientific Reports,15:14436 (2025).

6.Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral

therapy-related chronic kidney disease. CEN Case Rep. 2025 Dec;14(6):805-808

7.Role of time in target range in blood pressure management for preventing renal decline in type 2 diabetes. Hypertens Res.2025 Jul;48(7):2119-2121

8.Reply to a letter to the editor regarding "Heterogeneous afferent arteriolopathy: a key concept for understanding blood pressure-dependent renal damage"Hypertens Res.2025 Dec;48(12):3315-3316

2.学会発表

1.松井 大介, 青村 大輝, 山家 公輔, 原田 真, 橋本 幸始, 上條 祐司. 慢性腎臓病 G4 期における SGLT2 阻害薬新規処方の効果の検証. 第 68 回日本腎臓学会学術総会. 横浜. 2025 年 6 月 20 日.

2.慢性腎臓病別に考える最適な高血圧治療 Heterogenous afferent arteriolopathyの視点からみた腎硬化症に対する戦略的降圧療法・第68回日本腎臓学会総会

3.尿酸排泄促進薬はCKD患者の腎保護に有用か?・第68回日本腎臓学会総会

4.尿酸と腎臓のホットトピック:研究の最前線 高尿酸血症と高血圧 腎細動脈の重要性・第55回日本腎臓学会東部学術集会

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 分担研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

人材育成に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授
中川直樹 旭川医科大学 教授
西尾妙織 北海道大学病院 教授
旭 浩一 岩手医科大学 教授
岩田恭宜 金沢大学 教授
南学正臣 東京大学 教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師
廣村桂樹 群馬大学 教授
丸山彰一 名古屋大学 教授
猪阪善隆 大阪大学 教授
和田 淳 岡山大学 教授
脇野 修 徳島大学 教授
深水 圭 久留米大学 教授
要 伸也 杏林大学 客員教授
山本直子 川崎医科大学 特任研究員

研究要旨

全国：CKD 対策への保健師参画推進を目的とした「第 2 回 保健師のための慢性腎臓病（CKD）対策 WEB セミナー」を開催した。

腎臓病療養指導士の育成と地域差是正を通じて、CKD 診療連携体制の充実を目指して研究活動を行った。具体的には、腎臓病療養指導士の第 8 回認定試験（387 名が新規資格取得）、資格更新（322 名が資格更新）を行い、地域差是正のための周知活動とともに、地域ごとに療養士の会の設立準備を進めた。また、厚労科学研究費要班とも連携し、チーム医療の診療報酬化、多職種介入試験の追加解析を実施し、多職種による標準教育プログラムの作成に向けた準備を行った。

北北海道ブロック：北北海道ブロック代表・地区幹事と旭川市内の腎臓病療養指導士の Web 講演会を開催し、現在の活動状況の共有、今後療養指導士を増加させるための方策について議論した。腎臓専門医が少ない地域においては、腎臓病療養指導士の役割は大きく、腎臓病療養指導士の活動を広く多職種に共有し、育成の促進が必要である。

南北海道ブロック：大学病院を中心に専門医と CKD 連携医の育成が進み、特に連携医の育成が大きく前進した。

北陸ブロック：福井大学より JHAT（日本災害時透析医療協働支援チーム）に 1 名が登録された。

北関東ブロック：かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等を対象に、研修会、認定制度、多職種組織化を推進した。山梨の病診連携医認定研修会、群馬の医療従事者向け研修会、長野・茨城の療養指導士会等の基盤整備、栃木の県計画における人材育成方針の明確化を通じ、多職種協働を支える継続教育基盤の形成が進んだ。

東京ブロック：腎臓病療養指導士等を中心としたメディカルスタッフの会議体について、港区に加え区西南部において立ち上げに向けた取組を実施した。多職種を対象とした講演会を開催し、参加者 46 名を得た。

南関東ブロック：CKD 対策を担う人材育成を目的に、医師・多職種向け教育を展開し、診療水準と連携力

の向上を図った。

東海ブロック：腎臓病療養指導士の取得を促進し、CKD 診療連携体制への参画を推進した。特に、専門医不在のエリアにおける腎臓病療養指導士の充足を目指す。

中国ブロック：各県で新たな腎臓病療養指導士が認定された。管理栄養士、薬剤師、看護師、保健師を対象とした勉強会を各地で開催した。

四国ブロック：徳島県保健福祉部 健康寿命推進課とともに活動し、徳島県における医師、保健師を中心とした人材育成をおこなった。地域における保健師への研修をおこなった。かかりつけ医にも同席してもらい、多方面からの研修が実施可能となり有益であった。

九州・沖縄ブロック：久留米市の CKD 対策では、検討委員会や校区イベント、専門医助言の運用を通じて、多職種の人材育成が進められた。保健師、かかりつけ医、腎臓専門医、糖尿病専門医が実践の中で連携し、共通理解を深めることで、地域全体の対応力向上につながった。顔の見える関係の構築は、継続的な相談や学びを支える基盤となり、CKD 重症化予防を担う人材育成に寄与した。

定点観測：

熊本市：昨年度に引き続き、対面で熊本県腎臓病療養指導士連絡協議会定例会を開催。療養指導士同士が独自案を出し合い、グループLINE立ち上げ、市民啓発の会についての振り返りと次回への改善点などをメーリングリストで共有するシステムなど構築している。

日本腎臓学会西部学術大会における活動報告を含めた講演を腎臓病療養指導士（薬剤師）が担当した。

沖縄県南城市：市役所内の新人保健師に研修を実施した。

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づく CKD 対策の推進に資する研究（令和 4～6 年）」を引き継ぎ、2018 年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028 年の透析導入患者数を 3.5 万人以下にする”という全体目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携して CKD 対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県における CKD 対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCA サイクルを回すことで全国レベルでの CKD 対策を推進する。その進捗は HP を通して全国民に公開する。

特に人材育成に関する研究では、

(1) CKD 協力医制度の立ち上げ

腎臓専門医機能を補足する CKD 協力医制度の立ち上げ

(2) CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成を目的とする。

B. 研究方法

全国：

(1) CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成

特に CKD 対策への保健師の関与を促進するため、腎臓専門医との意見交換会を開催する。

(2) 人材育成（腎臓病療養指導士の継続的な育成）：

第 9 回腎臓病療養指導士資格認定に向け、認定のための講習会の実施、研修記録の評価、試験応募および試験の実施と認定などを順次進める。また、資格更新対象者への更新作業を行う。

(3) 腎臓病療養指導士の地域差是正：各都道府県腎臓病療養指導士の協議会（連携の会）を設立するための準備を行い、その支援策について検討する。

(4) 診療報酬の普及と評価：当班の成果を中心とする CKD チーム医療に対するエビデンスが評価され、2025 年 6 月より新たな診療報酬「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が算定開始となった。本算定を全国に普及し、評価を行ってゆく。

(5) 多職種連携の推進とエビデンス構築と標準的な教育プログラムの作成：厚生労働科学研究腎疾患政策研究「慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究（代表要 伸也）」（要班第 2 期）において、前班のエビデンスに関して追加解析・追加調査を行い、その結果に基づいて CKD チーム医療に関する標準教育プログラムを作成する。

北北海道ブロック：

北北海道ブロックにおける腎臓病療養士の育成を目指す。

南北海道ブロック：

日本腎臓学会専門医育成を大学を中心に関連病院と連携して行う。

CKD 連携医をかかりつけ医との連携や啓蒙によ

り育成する。

北陸ブロック：

各地で人材育成がなされているが、北陸地方の状況を調査した。

北関東ブロック：

各県で医療従事者向け研修会、病診連携医認定研修、多職種講演会、療養指導士会の組織化等を実施し、北関東ブロックにおける人材育成を継続して。特に、かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等を含む多職種育成の推進を重視した。

東京ブロック：

CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成を目的として、港区のみならず腎臓を守る会に続き、区西南部（世田谷区、目黒区、大田区等）において、日産厚生会玉川病院の今村吉彦先生を中心に、腎疾患関連資格を有するメディカルスタッフの会議体の立ち上げに向けた講演会を開催した。

南関東ブロック：

医師会研修、e-learning、症例検討会、多職種研修を実施し、CKD 協力医や地域コーディネーター育成を進めた。

東海ブロック：

腎臓病療養指導士の育成を目的として、各都道府県単位で療養士同士の育成セミナーを開催する。愛知県では、9月と3月にセミナーの開催する。本活動には、愛知腎臓財団のCKD 対策委員会内に小委員会を設置し、協議を重ねている。

中国ブロック：

多職種によるCKD 医療連携の発展には腎臓病療養指導士の数を増やすこと、また腎臓病療養指導士でなくても、メディカルスタッフのレベル向上が重要である。

今年度岡山県では医療従事者（看護師／保健師、薬剤師、管理栄養士、愛育委員）を対象とした医療従事者研修会を開催し、医療従事者のCKD に関する医療レベル向上を図った。

- ①高梁市 高梁市愛育委員連合会研修会
- ②備前保健所 愛育・栄養委員リーダー研修会
- ③矢掛町 CKD 検討会 6月、11月の合計2回
- ④浅口市 栄養改善委員会研修会
- ⑤CKD オンライン研修会 7月、11月の合計2回
- ⑥医療費分析研修会 6月、2月の合計2回

四国ブロック：

地域の保健師を対象に研修会を開催した。

九州・沖縄ブロック：

久留米市では、人材育成を目的として、CKD 対策検討委員会を基盤に、腎臓・透析専門医、糖尿病専門医、かかりつけ医、市保健師が協働する体制を整備した。校区イベント、健康相談、二次検査運用、書面による専門医助言を通じて、各職種が実践の中で学び合う仕組みを構築した。対象者情報を用いる際は匿名化し、個人情報保護に配慮した。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

（倫理面への配慮）

特に問題はない。

C. 研究結果

全国：

(1)CKD 診療に長けたメディカルスタッフの育成

第2回保健師のための慢性腎臓病（CKD）対策セミナーを令和8年2月28日にWEB開催し、800名を超える保健師の参加を得て、受診勧奨先としての活用を推進するためCKD 協力医制度の情報を共有した。



CKD対策における保健師の役割

～今、私たちに求められること～

川崎医科大学 医学部 特任研究員
山本直子

CKD対策においても発症予防が何より大切



(2)腎臓病療養指導士の育成：2026年1月25日に第9回認定試験を実施、受験者301名中299名が合格となった。今年度の資格更新者は156名であった。これにより2026年4月1日現在の資格保有者は2,859名（前年比224名増）となった。また、地域差是正と地域の実情に見合った育成・

(3)腎臓病療養指導士の地域差是正：支援を行うため、各都道府県の連携協議会の設立を進めた。すでに12都府県で設立され、その他の複数の県で準備中である。今後は各都道府県への設立を推進し、J-CKDIブロックとも連携を取りつつ、地域毎の活動を強化し、療養士の育成や支援を一層進めてゆく。

(4)診療報酬の普及と評価：当班の成果を中心とするCKDチーム医療に対するエビデンスが評価され、2025年6月より新たな診療報酬「慢性腎臓病透析予防指導管理料」が算定開始となった。今後は、本算定を全国に普及するとともに、次項の追加エビデンスの結果も踏まえて、算定状況の評価を行ってゆく。

(5)多職種連携の推進とエビデンス構築：多職種連携の多施設共同研究（全国の24施設、3015名が参加）により、多職種介入がCKDステージG3～G5において腎機能悪化を抑制することを報告した（Abe M, Kaname S, Clin Exp Nephrol, 2023, Abe M, Kaname S, Front Endocrinol 2023, Abe M, Kaname S, Kidney Res Clin Pract 2025）。追加解析により、ステージG3bA1を含むオレンジゾーンのCKD患者にも多職種介入が有効であること、介入前の腎機能低下が大きい群で効果が見られること、介入前の蛋白尿の程度によらず効果が見られることを明らかにしている。R7年度は、さらに多職種介入の経済効果を検討し、透析予防により十分な費用対効果が期待できることを見出した。また、多職種連携エビデンス構築班において、教育プログラム作成WGを組織し、「多職種教育指導の手引き」および標準的なプログラムを作成した。

北北海道ブロック：

2025年7月5日（土）北北海道ブロック代表・地区幹事と旭川市内の腎臓病療養指導士のWeb講演会を開催した。現在の活動状況を共有し、今後療養

指導士を増加させるための方策について議論した。

南北海道ブロック：

北海道大学病院は北海道の中で最も腎臓専門医を輩出している。

CKD連携医に関しても、候補者が循環器内科医を中心に育成されてきている。

北陸ブロック：

福井県で、福井大学よりJHAT（日本災害時透析医療協働支援チーム）に1名登録した

北関東ブロック：

・群馬県では、令和7年度医療従事者向け慢性腎臓病予防研修会に約100名が参加し、糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム研修会にも約80名が参加した。保健指導マニュアルの作成も進められ、保健師等が活用しやすい資料整備が行われた。

・栃木県では、県保健医療計画（8期）において、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師等のCKDに関する基本的知識を有する人材育成が明示され、県全体の人材養成方針が整理された。

・山梨県では、CKD病診連携医認定研修会を2025年10～12月に県内5か所で開催し、医師（新規27名、更新75名）、保健師、管理栄養士、薬剤師が参加した。山梨県の病診連携医申請者数は計153名に増加した。さらに、保健指導従事者研修会には約45名が参加し、CKD基礎知識、減塩、多職種の取組事例が共有された。

・長野県では、長野県腎臓病療養指導士の会を基盤に、医師、看護師、保健師、薬剤師、管理栄養士、行政関係者まで参加可能な多職種コミュニティ形成が進められた。県慢性腎臓病対策協議会による支援や助成制度の検討も示された。

・茨城県では、県内各地域でCKD関連講演会が多数開催され、継続的な学習機会が提供された。加えて、2025年度を通じて5団体が連携して茨城県腎臓病療養指導士会の設立準備を進め、2026年3月の発足に至った。

東京ブロック：

本地域ではCKDEのみでは対象者が限られるため、腎代替療法専門指導士、腎不全認定看護師、腎臓リハビリテーション指導士など、腎疾患に関わる資格を有する者および資格取得を目指す者を対象として開催した。参加者は46名であり、世話人の選定や会則案の作成を進めている。

南関東ブロック：

研修参加者数は増加し、CKD協力医や非専門医の理解度向上が確認された。特にe-learningは時間制約のある医師の参加を促進し、修了者の診療参画

が進んだ。多職種研修では保健師や管理栄養士の関与が強化され、受診勧奨や生活指導への連携が拡大した。

東海ブロック：

それぞれの研究会に、栄養士、薬剤師、看護師、医師といった多職種が30名程度集まり、専門職の立場から問題となる症例について討論を行った。

中国ブロック：

①80名、②45名、③のべ29名、④108名、⑤合計192名、⑥合計89名、の参加となった。

各研修会でのアンケート調査の結果、各研修会参加者にとって各研修会に対する満足度は非常に高く、ほとんどが満足した、あるいはほぼ満足した、と回答であった。

九州・沖縄ブロック：

委員会の設置により、多職種が継続的に関与する基盤が形成された。校区イベントでは、保健師が説明や保健指導を担い、医師が健康相談を行うことで、現場での実践経験が蓄積された。また、一般医と専門医、さらに保健師との間で依頼、助言、報告の連携が繰り返されることで、地域全体のCKD対応力向上が期待される体制となった。

定点観測：

熊本市：

昨年度に引き続き、対面で熊本県腎臓病療養指導士連絡協議会定例会を開催。療養指導士同士が独自案を出し合い、グループLINE立ち上げ、市民啓発の会についての振り返りと次回への改善点などをメーリングリストで共有するシステムなど構築している。

日本腎臓学会西部学術大会における活動報告を含めた講演を腎臓病療養指導士（薬剤師）が担当した。

沖縄県南城市：

新人保健師に慢性腎臓病患者への保健指導に関して経験豊かな保健師による指導が行われた。

D. 考察

全国：

今後のCKD協力医制度の全国展開を見据えて、CKD診療に積極的な保健師を対象とした全国講演会をWEB開催し、CKD協力医制度についての情報を共有した。保健師からの受診勧奨先としてCKD協力医は適切であり、患者ごとに最適な管理体制へトリアージすることが可能となる。

腎臓病療養指導士の増加により、CKD療養指導の知識・技能を有し、チーム医療を支えるメディカルスタッフの育成が進みつつある。しかし、いまだそ

の人員数は不足しており、活躍の場も十分ではない。今後は、地域偏在も考慮したさらなる育成を進めるとともに、腎臓専門医と連動した地域活動、糖尿病療養指導士等の他の療養士との連携を推進していく必要がある。診療報酬が認められたことにより、さらなるチーム医療の推進が期待され、経済効果が見られたことから、加算の拡充が期待される。今後は、人材育成と多職種連携の推進、効果的な教育プログラムの開発により、より質の高い多職種チーム指導が普及することが期待される。

北北海道ブロック：

北北海道ブロックのように、腎臓専門医が少ない地域においては、腎臓病療養指導士の役割は大きく、腎臓病療養指導士の活動を広く多職種に共有し、育成を促進する必要がある。また、腎臓病療養指導士のモチベーション維持のためにも、療養指導士間の情報交換や活躍の場を提供していく必要がある。地域における「腎臓病療養指導士の会」の設立も検討したい。

南北海道ブロック：

腎専門医に関しては、北海道には腎専門医がまだまだ不足しており、一人でも多くの腎専門医育成のために腎臓病を学ぶ楽しさ、腎臓病の重要度をアピールしていく事が大切である。また、魅力的なプログラムの構築も必要であると考ええる。

CKD連携医の育成に関しては、多くの講演会でグループディスカッション場を設けたことにより、大勢にはできない質問などを直接腎専門医にできたことなどから、飛躍的に進んだと考えられる。

北関東ブロック：

2025年度は、専門医のみならず、かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等を含む多職種育成が各県で進められた。単発講演会にとどまらず、認定制度、研修会、療養指導士会等の継続的学習基盤へと発展している点が特徴である。北関東ブロックとしては、こうした多職種育成の基盤を相互に参照可能な形で共有し、地域で機能する人材育成モデルとして発展させることが重要である。

東京ブロック：

区西南部のみならず港区においても、CKDEに限定せず幅広い職種の参加を可能としており、診療連携の質の向上を支えるマンパワーの確保に寄与している。一方で、都内全体をカバーする枠組みの構築には課題がある。このため、地域単位でのボトムアップ型の取組を積み重ねていくことが現実的と考えられる。また、将来的には他疾患領域との連携も視野に入れた取組の展開が期待される。

南関東ブロック：

人材育成はCKD対策の基盤であり、専門医不足地域では非専門医・多職種の役割拡大が重要である。e-learningは普及性に優れる一方、実践力向上には対面研修や症例共有が不可欠である。継続的教育と活動機会の提供により、学習成果を地域医療に定着させる仕組みが求められる。

東海ブロック：

腎臓病療養指導士の適切な時期における適切な介入は患者さんの満足度を満たすと共に、CKDの進展阻止に有用であると考えられた。

中国ブロック：

CKD診療に深く関わる医療従事者には、看護師／保健師、薬剤師、管理栄養士があるが、それぞれその専門性が異なっている。自身の職種において、CKD患者にできる最新の医療、あるいは、医師診療との連携を高めるために、情報収集を研修機会が多ければ多いほうがよい。人事異動などで新しくCKD対策に従事する人が増減するため、前年度までに研修会を開催した市町村においても、継続した人材育成プログラムの運営が欠かせない。かつ、昨年度まで開催できていなかった市町村へ新たに研修会を開催できるよう各市町村役場へ働き掛けていくことが、CKD対策を拡充していくために重要である。今年は、浅口市で初めて栄養改善委員の方を対象とした研修会を行うことができた。岡山県内でこれまでに一度も研修会行っていない市町村は、残り5市町村（全体が27市町村）となった。

お互いの専門性を活かした効率よい医療連携のために、お互いの職種の特徴・強みなどを知ることにも重要であり、1回の研修会において様々な職種からの講演を取り入れた。3年前から⑤CKDオンライン研修会において、医師2名（保存期CKD管理について、および、腎代替療法について）、薬剤師、管理栄養士、看護師に加えてソーシャルワーカーによる講演を加えたことで、CKDの保存期から腎代替療法までの広範なCKD対策についての知識の共有とともに、複雑な社会制度についての知識を得ることができる機会となった。これも重要な多職種連携と考えられる。これら研修会の参加人数も、過去最高数となっており、人材育成が徐々に進んできていることがわかった。

岡山県には腎臓病療養指導士が昨年度まで66名いた。今年度もさらに指導士の増加が達成できている。上記の取り組みなどを踏まえて、各エリアでCKD診療のリーダーや核となるべき人材育成が徐々に進んでいる成果の現れと考えられる。

四国ブロック：

年1回であるが、こうしたかかりつけ医、専門医を交えた研修会はCKDを専門とする保健師の人材開

発に有効と考えられた。その一方で、普段から地域における保健師とかかりつけ医との間の連携がないとこうした研修会も保健師のみが対象に終わりその意義がうすれてしまう。後述のCKD二次診療医へのアンケート調査では、CKD二次診療医と地域保健従事者（保健師等）との連携の有無に関しては79%がないと回答されていた。この保健師、かかりつけ医間の連携の強化が課題と考えられる。アンケートの自由記載において、連携の実例としては、医師会の事業（腎症予防）で連携している、糖尿病腎症予防連絡会議等で町行政と医師会が密接な関連がありお互い協力しあっている、市から年に1度説明にくる、医師が市の保健師より年間数例追加検査を依頼を受けるなどが挙げられていたので、こうした機会を利用することが重要と思われた。

九州・沖縄ブロック：

本取り組みは、市民啓発や診療支援に加え、地域でCKD対策を担う人材の育成にも寄与したと考えられる。特に、専門医、一般医、保健師が共通の情報をもとに連携することは、知識の共有と実践的能力の向上につながる。さらに、顔の見える関係の構築は、継続的な相談や学びを支える重要な基盤である。一方で、人材育成効果を定量的に示す指標の整備は今後の課題である。

定点観測：

沖縄県南城市：

保健指導スキルの維持、継承のため指導内容の標準化が重要だと考えられる。慢性腎臓病療養指導士の資格取得なども検討する必要がある。

E. 結論

全国：

CKD協力医制度の情報をCKD診療に積極的な保健師と共有した。

腎臓病療養指導士を中心とするCKD診療メディカルスタッフの育成とその効果検証、および効果的な教育プログラム作成により、質の高い多職種連携・チーム医療が全国に普及し、腎臓病診療の水準向上に寄与することが望まれる。

北海道ブロック：

今後も継続して人材育成を行い、CKD診療における診療連携体制の構築に資するように、各地域での更なる活動の支援が重要である。

北海道ブロック：

腎専門医・CKD連携医育成のために一層の努力を続ける。

北関東ブロック：

2025 年度の人材育成は、多職種協働を前提とした継続教育体制の整備段階に入り、地域で機能する教育基盤の形成が進んだ。

東京ブロック：

先行事例を横展開し、地域単位での CKD 診療メディカルスタッフの会議体の拡充を図る。

南関東ブロック：

CKD 人材育成は一定の成果を示しており、今後は継続教育と役割明確化により地域完結型医療を支える人材基盤強化が重要である。

東海ブロック：

集約的治療の実現のため、地域の腎臓病療養指導士の育成を行った。同時に、他職種連携の有効性を普及啓発した。

中国ブロック：

岡山県での人材育成は確実に進んでいると考えられた。

四国ブロック：

CKD 専門の保健師を始めとしたコメディカルの育成には多方面の職種が参加する研修会が望ましい。コメディカルと地域かかりつけ医の連携の構築が今後の課題である。

九州・沖縄ブロック：

久留米市の CKD 対策は、多職種連携の実践を通じて、保健師、一般医、専門医の育成と連携強化に寄与した。こうした人材育成は、地域における CKD 重症化予防の持続的推進に不可欠であり、今後も継続的な教育・連携体制の充実が求められる。

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市や連携施設の慢性腎臓病患者重症化予防に関わる医療者に対する継続的な教育を行うことが重要だと考えられる。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Tomishima H, Odawara M, Hatta T, Imamura Y, Sakurada T, Maruyama T, Abe M, Kaname S, Nangaku M, Nishi H. Cost-effectiveness of

multidisciplinary care for patients with chronic kidney disease in Japan. *Cli Exp Nephrol* 2026, in press.

2. Abe M, Hatta T, Imamura Y, Sakurada T, Kaname S: Examine the optimal multidisciplinary care teams for patients with chronic kidney disease from a nationwide cohort study. *Kidney Res Clin Pract* 2025;44(2):249-264.

3. Weiner M, Sugiyama H, Kaname S, Skrunes R, Prenner A, Crnogorac M, Geddes C, Türkmen K, Galesic K, Rosenkranz AR, Suzuki Y, Fujimoto S, Segelmark M. Aetiology of acute/subacute nephritic syndrome: results from kidney biopsy registries in Japan and Europe. *BMC Nephrol* 2025;26(1):625.

4. Kaname S, Ong ML, Mathias J, Gatta F, Law L, Wang Y. Outcomes in patients with thrombotic microangiopathy associated with a trigger following plasma exchange: A systematic literature review. *Transfus Apher Sci.* 2025 Feb;64(1):104048.

5. Geetha D, Neumann T, Karras A, Cid MC, Merkel PA, Bray S, Bozeman AM, Jayne DRW; Members of the ADVOCATE Study Group. Efficacy and safety of avacopan for treatment of patients with ANCA-associated vasculitis receiving cyclophosphamide. *RMD Open.* 2025 Oct 5;11(4):e005743.

6. Nagasaka K, Amano K, Nagafuchi H, Sada KE, Komagata Y, Yamamura M, Kato M, Endo T, Nakaya I, Takeuchi T, Murakawa Y, Sugihara T, Saito M, Hayashi T, Furuta S, Karasawa K, Banno S, Endo S, Majima M, Dobashi H, Kaname S, Tamura N, Arimura Y, Harigai M. Nation-wide cohort study of Japanese patients with ANCA-associated vasculitis using rituximab: effectiveness and safety after two years. *Mod Rheumatol.* 2025 Jun 9:roaf052. doi: 10.1093/mr/roaf052. Online ahead of print.

7. Ohmura K, Shimizu H, Tanaka Y, Hiromura K, Hayashi H, Kamada K, Minowa K, Kawahito Y, Iwashita A, Kaname S, Yasuda S, Hiramoto K, Maruyama S, Yajima N, Iwata Y, Matsumoto I, Gono T, Sato H, Kubo S, Nakayamada S, Ikeuchi H, Yuzawa Y, Kono M, Tamura N, Seno T, Kida T, Sakashita A, Onishi A, Morinobu A, Kawakami T, Hosoya T, Yamaguchi T, Kaneko Y, Hanaoka H, Kato S, Maeda K, Nakagawa S, Kondo Y, Kuwana M, Ishii T, Sumitomo S, Miyakoshi C, Atsumi T. Impact of glucocorticoid tapering speed on renal outcomes in proliferative lupus nephritis: a multicentre retrospective study. *Rheumatology (Oxford).* 2025 Sep 1;64(9):5014-5022.

8. Geetha D, Pagnoux C, Sattui SE, Merkel PA, Weiner M, Draibe J, Faguer S, Bray S, Gurlin RE, Balcells-Oliver M, Bruchfeld A, Jayne DR; ADVOCATE Study Group. Efficacy and safety of avacopan in patients aged 65 years and older with ANCA-associated vasculitis: a post hoc analysis

of data from the ADVOCATE trial. Rheumatology (Oxford). 2025 Jun 1;64(6):3863-3871.

9.要 伸也：SLEの腎障害とSGLT2阻害薬.リウマチ科 74(5);480-487,2025.

10.要 伸也：第4回臨床医学における血液ガスと酸塩基平衡分析の100年.連載 腎臓学100年史.腎と透析 74(5):1-8, 2025.

2.学会発表

1.森 秀和. 薬局薬剤師が多職種と協力して地域の CKD 啓発のためにできること. シンポジウム 08 (座長栗原孝成) (腎臓病療養指導士企画) 各地域での CKD 診療における多職種連携の促進と活性化のための腎臓病療養指導士をはじめとした様々な職種の活動. 第 55 回日本腎臓学会西部学術大会 (2025 年 10 月 12 日、奈良)

2.Kaname S: Importance of multidisciplinary team care in dietary education for CKD patients. International Workshop on Dietary Therapy for CKD 2025. Naha, March 29, 2025.

3.要 伸也:CKD 診療における多職種連携と人材育成の現状と課題～診療報酬の話題も含めて～. 第7回愛知県腎臓病療養指導士チーム医療セミナー. 名古屋, 2025 年 8 月 30 日.

4.要 伸也:CKD 診療における多職種連携と人材育

成の現状と課題～診療報酬の話題も含めて～.腎臓病療養指導士のための CKD 連携セミナーin 大阪. オンライン, 2025 年 9 月 4 日.

5.要 伸也:腎臓病療養指導士の現状と今後の課題. シンポジウム 4: 糖尿病、腎臓病と心不全療養指導士の歩みと連携・協力への展望. 第 18 回 CKD チーム医療研究会. 東京, 2025 年 9 月 14 日.

6.要 伸也: 今後の腎臓病療養指導士に期待すること. 第 2 回神奈川県腎臓病療養指導士の会. 川崎, 2025 年 11 月 8 日.

7.要 伸也:CKD 診療における多職種連携の重要性～腎性貧血に対する HIF-PH 阻害薬の使用方を含めて～.第 12 回 Pharmacist Conference, 2026 年 2 月 12 日.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患政策研究事業）
R7 年度 分担研究報告書
腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する
地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

研究開発に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授
中川直樹 旭川医科大学 教授
西尾妙織 北海道大学病院 教授
旭 浩一 岩手医科大学 教授
岩田恭宜 金沢大学 教授
若杉三奈子 新潟大学 特任准教授
南学正臣 東京大学 教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師
廣村桂樹 群馬大学 教授
丸山彰一 名古屋大学 教授
猪阪善隆 大阪大学 教授
和田 淳 岡山大学 教授
脇野 修 徳島大学 教授
深水 圭 久留米大学 教授

研究要旨：

CKD対策支援のために、都道府県別に男女別・年齢階級別に、2023年の透析導入率（人口千人あたりの新規透析導入患者数）を計算し、当研究班のホームページに公開されている2006年から2022年までの年次推移に、その結果が追加された。年齢調整した透析導入率を全国との比較、及び、2016年との比較を行うことで、都道府県を4つのカテゴリーに分類し、重点介入エリア（全国比で透析導入率：高、2016年比：増）を明らかにした。日本透析医学会統計調査と人口動態統計（死因統計）を用いて透析非導入患者数を推計し、その経年変化を評価したところ、透析非導入割合の増加は認めず、非導入も含めた全末期腎不全発症率の低下を認めた。近年の透析導入率の低下には、透析非導入の増加ではなく、全末期腎不全発症率の低下が寄与していることが示唆された。

「慢性腎臓病（CKD）を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、CKD重症化予防を徹底するために、わが国におけるCKD患者数を把握し、CKD患者数に影響を与える因子を解明することはCKD対策としても重要である。2005年に11都道府県の健診データ等を参考にわが国のCKD患者は1330万人と推定されている。しかし、本調査は全都道府県からのデータを抽出したのではなく、またデータベースにも偏りがある。この報告は健診データを基に解析しているが、CKD患者の有病率は健診受診者に比べて非受診者で高いことが指摘されており、CKD患者数を過小評価する可能性がある。過去の健診受診状況等で重み付けを行い、CKD患者数を推定した。

A. 研究目的

本研究では、先行する「腎疾患対策検討会報告書に基づくCKD対策の推進に資する研究（令和4～6年）」を引き継ぎ、2018年に発出された「腎疾患対策検討会報告書」の“2028年の透析導入患者数を3.5万人以下にする”という全体目標を達成するために、腎疾患政策研究班、日本腎臓学会、日本腎臓病協会と連携してCKD対策の社会実装を目指す。具体的には各都道府県におけるCKD対策（普及啓発、連携体制構築、診療水準向上、人材育成）の現状を把握し、重点介入エリアを中心に行政・医師会と協力して好事例を参考とした改善策を提案し、PDCAサイクルを回すことで全国レベルでのCKD対策を推進する。その進捗はHPを通して全国民に公開する。

特に研究開発に関する研究では、CKD対策支援データベースを経年的に更新し、CKD診療に関わる医療者や行政担当者のみならず、国民へCKD対策の進捗についての見える化を図る。並行してCKD患者数の推定、新規透析導入患者数の減少の背景に関する考察を行うことを目的とする。

B. 研究方法

(1)CKD対策支援用データベースの更新

研究班のホームページで公開しているCKD対策支援データベース（収納データ：各エリアのa）普及・啓発の取り組みと認知度（visual abstract）、b）診療連携体制構築の取り組み（visual abstract）、c）腎臓専門医・連携協力医の所属、d）腎臓病療養

指導士数（できれば所属）、e) 新規透析導入患者数（人口当たり・年齢調整）の年次推移）を年度ごとに更新し、CKD 対策の進捗状況の見える化を図る。本年度も、日本透析医学会の統計調査「わが国の慢性透析療法の現況」ならびに政府統計を用いて、

③ 2023 年の都道府県別・男女別・年齢階級別・透析導入率（人口千人あたりの新規透析導入患者数）を明らかにする。

④ 上記で求めた 2023 年の透析導入率を用いて、全国の 2023 年透析導入率と比較したもの（全国比）、及び、2016 年の各都道府県と比較したもの（2016 年比）の 2 種類を計算し、都道府県を 4 つのカテゴリーに分類した。そして、重点介入エリア（全国比で透析導入率：高、2016 年比：増であった都道府県）を明らかにする。

(2) 新規透析導入患者数の減少における透析非導入の影響

近年、透析導入率は低下傾向にあるが、透析導入の見合わせ（透析非導入）が増加した可能性も考えられる。そこで、2023 年の日本透析医学会の統計調査「わが国の慢性透析療法の現況」と人口動態統計（死因統計）を用いて、85 歳以上の透析非導入患者数とその割合を計算し、2017 年からの経年変化を評価することで、統計調査からみた透析非導入の実態を明らかにした。

推計方法は、以前に報告した方法（日腎会誌 61：91- 97, 2019）を応用した。透析非導入は、「慢性腎不全で死亡したが透析患者ではない者」と定義し、慢性腎不全を原死因とする死亡者数から、維持透析患者の死亡数を差し引いて、男女別・年齢階級別に求めた。慢性腎不全を原死因とする死亡は、疾病および関連保健問題の国際統計分類（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems：ICD）第 10 回改訂（ICD-10）コードで定義した。なお、2017 年に ICD-10 コードの分類が変更されたため、今回用いた ICD-10 コードの分類は前回報告した方法（日腎会誌 61：91- 97, 2019）とは異なっている。前回は、慢性腎不全を原死因とする死亡を、ICD-10 コード N-18（慢性腎不全）または N-19（詳細不明の腎不全）と定義したが、今回は N-18 . 5（慢性腎臓病、ステージ 5）、N-18.9（慢性腎臓病、詳細不明）、N-19（詳細不明の腎不全）、I-12 . 0（腎不全を伴う高血圧性腎疾患）、I-13 . 1（腎不全を伴う高血圧性心腎疾患）、I-13 . 2（心不全（うっ血性）および腎不全の合併を伴う高血圧性心腎疾患）のいずれかと定義した。

性・年齢階級別に非導入患者数を求め、同年の導入患者数との和を分母、非導入患者数を分子とした非導入割合を求めた。

(3) CKD 患者数の推定

1) CKD 患者数の実態調査

わが国の CKD 有病者数を調査する方法として、特定健診データ、各地のコホート研究、NDB データなど、どのデータを用いるのが適切か検討した。

CKD 有病割合の推定について、集団の特性によって推定値が影響を受けるため、就労世代の健保データ、高齢世代を中心とした自治体国保データの両者の分析を行う。また、健診受診者、医療機関受診者の結果を一般集団に外挿する際にはサンプリングバイアスの影響を考慮する必要があるため健診受診（医療機関受診）確率を推定し、受診確率によって重みづけした CKD 有病割合推定を行う。

2) CKD 患者数に影響を与える因子の解明

わが国の CKD 患者数は、高齢化や糖尿病など生活習慣病の影響で増加していることが予想される。しかしながら、それらの要因の影響は地域によって差があることが予想される。わが国の CKD 対策の均等化のためにも、CKD 患者数に影響を与える因子を解明することは重要である。そこで、大阪府内での生活習慣病罹患率と CKD 罹患率の関連を検討することとした。また、上記の CKD 患者数の実態調査において、CKD 患者数に影響を与える因子を解明する方法についても検討した。

個人レベルでの CKD リスク因子に関する検討も行う。健診で取得される古典的なリスク因子に加えて社会経済因子等の検討も行う。

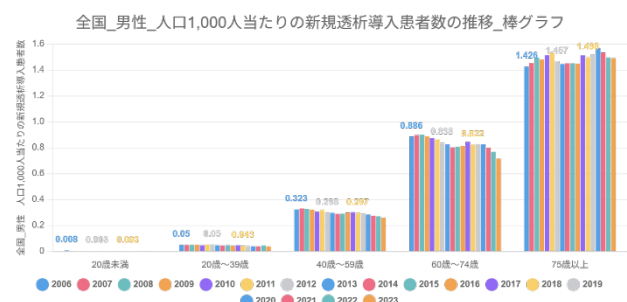
（倫理面への配慮）

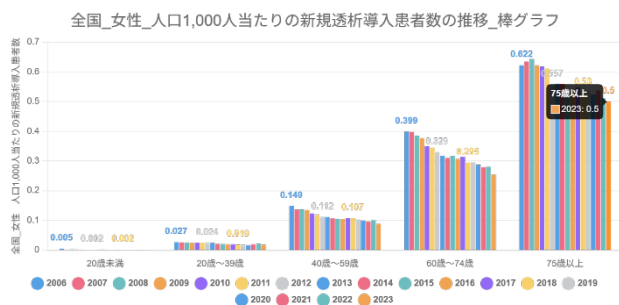
本解析は、個人情報を含まない公表されている集計数字を用いた解析であり、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省、令和 3 年 3 月 23 日、令和 4 年 3 月 10 日一部改正、令和 5 年 3 月 27 日一部改正）の適用外である。

C. 研究結果

(1) CKD 対策支援データベースの更新

対策班ホームページで公開している CKD 対策支援データベースの新規透析導入率の年次推移について、2023 年度のデータを加えて更新した。男性においては 75 歳未満の世代で、女性においてはすべての世代で新規透析導入の減少傾向が認められた。

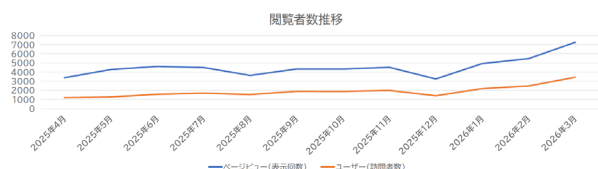




研究班 HP の閲覧に関しては順調に増加しており（令和 8 年 3 月の閲覧者数 3000 人越）、国民に向けた CKD 対策の見える化に貢献できているものと想定される。

直近1年間(2025年4月～2026年3月まで)の閲覧回数と訪問者数

	2025年4月	2025年5月	2025年6月	2025年7月	2025年8月	2025年9月	2025年10月	2025年11月	2025年12月	2026年1月	2026年2月	2026年3月
ページビュー(表示回数)	3385	4284	4620	4503	3625	4339	4238	4523	3241	4934	5475	7254
ユーザー(訪問者数)	1199	1264	1568	1691	1534	1886	1870	1987	1405	2192	2482	3435
平均エンゲージメント時間(滞在時間)	0:58	1:23	1:04	1:01	0:55	0:47	0:54	0:47	0:54	0:50	0:53	0:43



①都道府県別・男女別・年齢階級別・透析導入率

日本透析医学会の統計調査では、2023 年の新規透析導入患者数は施設調査による集計で 38,764 人（前年より 919 人減）、患者調査票による集計で 36,115 人（前年より 924 人減）と、人口高齢化にも関わらず、いずれの調査でも前年より減少していた。

この間、わが国の総人口も減少しているが、その寄与は限定的であった。人口推計によれば、2022 年から 2023 年の 1 年間で総人口は 59.5 万人減少したが、年齢階級別にみると 15 歳未満（33 万人減少）、15～64 歳（25.6 万人減少）、65～74 歳（72.3 万人減少）と若い年代で減少した一方で、75 歳以上では 71.4 万人の増加が認められていた。仮に 2023 年の透析導入率が 2022 年と同一ならば（5 歳階級別透析導入率で計算）、これらの年代での人口減少による透析導入患者数減少は、15 歳未満で 1 人減少、15～64 歳で 55 人増加（50～64 歳では人口が増加しているため、全体では増加となる）、65～74 歳で 429 人減少と合計 374 人の透析導入患者数減少に寄与する計算となる。しかし、75 歳以上の総人口増加による透析導入患者数の増加が 659 人と計算されるため、差し引き 285 人の透析導入患者数の増加と計算される。すなわち、総人口は減少しても、75 歳以上では増加していたため、透析導入率が前年と同一ならば、透析導入患者数の減少には繋がらないのである。実際には、前年よりも透析導入患者数が減少していたことは、2023 年の透析導入率が 2022 年よりも低下したことを示している。

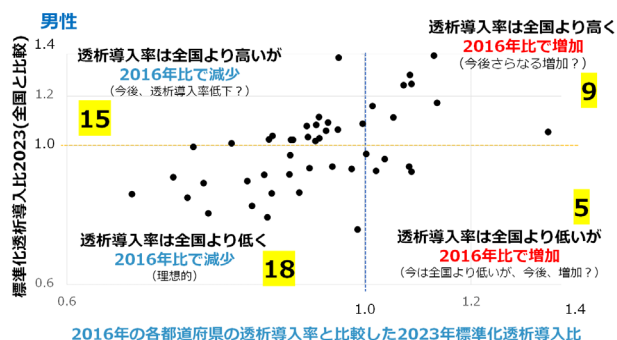
患者調査票のデータを用いて、2023 年の透析導入率（人口千人あたりの新規透析導入患者数）を男女別・年齢階級別に計算し、当研究班のホームページに公開されている 2006 年から 2022 年までの年次推移に、その結果が追加された。全国でみると、男女とも透析導入率は前年よりもさらに低下していた。都道府県別では、前回までと同様に、透析導入率は都道府県により異なっていた。

②都道府県別・男女別・透析導入率の変化と比較

都道府県により異なっていた 2023 年の透析導入率について、年齢調整をした透析導入比を、全国の 2023 年透析導入率と比較したもの、及び、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較したもので計算し、都道府県を 4 つのカテゴリーに分類した。

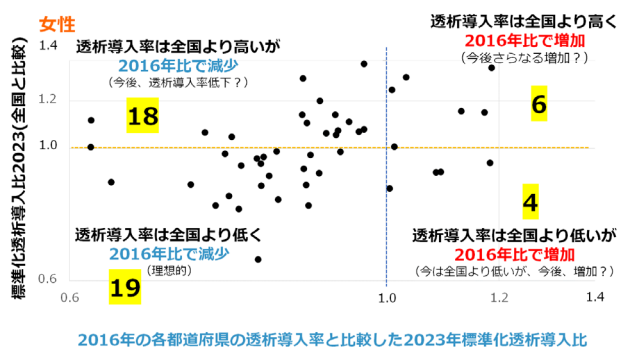
男性では、全国と比較した 2023 年の透析導入比が 1 未満の都道府県が 23 あり、1 以上の都道府県は 24 であった。一方、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較した透析導入比が 1 未満の都道府県は 33、1 以上が 14 であった。腎疾患対策検討会報告書（平成 30 年 7 月）には、評価指標として「新規透析導入患者数について、2016 年比で、5 年で 5%以上減少、10 年で 10%以上減少を達成する都道府県数等」があるが、2016 年比で 5%減少、10%減少を達成した都道府県数は、それぞれ 29、19 都道府県であった。

4 つのカテゴリーに分けると、透析導入率が全国よりも低く、2016 年比で減少している都道府県数は 18（下図の左下）、透析導入率は全国より高いが 2016 年比で減少した都道府県数は 15（下図の左上）、透析導入率は全国より低いながら 2016 年比で増加した都道府県数は 5（下図の右下）、そして、透析導入率は全国より高く 2016 年比で増加した都道府県数は 9（下図の右上）であった。

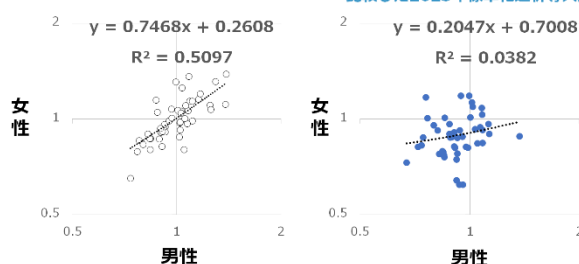


女性では、全国と比較した 2023 年の透析導入比が 1 未満の都道府県数は 23、1 以上が 24 であった。一方、それぞれの都道府県の 2016 年透析導入率と比較した透析導入比が 1 未満の都道府県数は 37、1 以上が 10 であった。2016 年比で 5%減少、10%減少を達成した都道府県数は、それぞれ 34、28 都道府県であった。

4つのカテゴリーに分けると、透析導入率が全国よりも低く、2016年比で減少している都道府県数は19（下図の左下）、透析導入率は全国より高いが2016年比で減少した都道府県数は18（下図の左上）、透析導入率は全国より低いが2016年比で増加した都道府県数は4（下図の右下）、そして、透析導入率は全国より高く2016年比で増加していた都道府県数は6（下図の右上；重点介入エリアに相当）は6であった



2つの都道府県別・標準化透析導入比の男女間での相関
標準化透析導入比2023(全国と比較) 2016年の各都道府県の透析導入率と比較した2023年標準化透析導入比

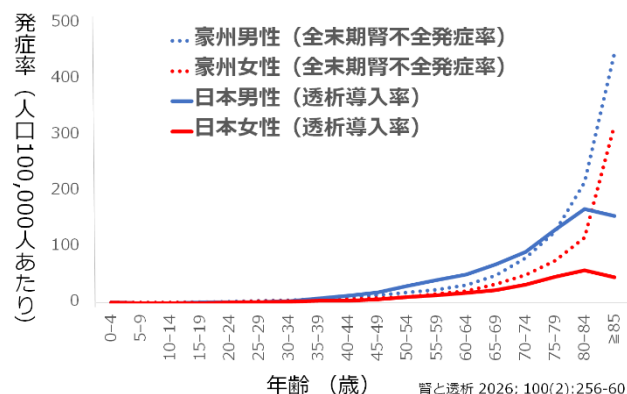


男女で4つのカテゴリーに分類される都道府県数が異なっていたため、男女間の相関をみたところ、全国と比べた標準化透析導入比では男女間で強い相関を認めたのに対し（下図の左、 $R^2=0.5097$ ）、2016年比で男女間の標準化透析導入比は相関が弱かった（下図の右、 $R^2=0.0382$ ）。

(2) 透析非導入の実態

・豪州の全末期腎不全発症率と日本の透析導入率の比較

豪州の透析非導入を含む全末期腎不全発症率と日本の透析導入率を、男女別・年齢階級別にグラフ化すると（下図）、豪州の全末期腎不全発症率では男女とも加齢とともに上昇し85歳以上で最も高くなるのに対し、日本の透析導入率は80～84歳で最も高くなり、85歳以上では低下していた。このことから、少なくとも日本の85歳以上には、透析非導入を選択する末期腎不全患者が存在することが示唆された。



・透析非導入患者数の推計

そこで、日本の85歳以上での透析非導入患者数を、以前に報告した方法（日腎会誌 61：91～97，2019）を応用して推計した。男性は90歳以上、女性は85歳以上の年齢階級で、慢性腎不全を原因とする死亡者数が維持透析患者死亡数を上回っており、透析非導入患者数の推計が可能であった（表）。

表 2023年の性年齢階級別：透析非導入患者数とその割合

年齢（歳）	男性				
	慢性腎不全を原因とする死亡者数	維持透析患者死亡数	透析非導入患者数 ^{*1}	透析導入患者数	透析非導入割合（%） ^{*1}
85～89	3,757	4,207	NA	2,546	NA
90～94	2,917	1,960	957	763	55.6
≥95	1,048	362	686	68	91.0

年齢（歳）	女性				
	慢性腎不全を原因とする死亡者数	維持透析患者死亡数	透析非導入患者数 ^{*1}	透析導入患者数	透析非導入割合（%） ^{*2}
85～89	3,335	2,486	849	1,507	36.0
90～94	3,849	1,542	2,307	556	80.6
≥95	2,317	411	1,906	45	97.7

^{*1}: (慢性腎不全を原因とする死亡者数) - (維持透析患者死亡数) で計算。ただし、男性85～89歳は、(慢性腎不全を原因とする死亡者数) が (維持透析患者死亡数) よりも小さいため、計算不能 (NA: not available)。

^{*2}: (非導入患者数) / (非導入患者数 + 透析導入患者数) で計算。

2023年の非導入患者数は、男性は90歳以上で1,643人、女性は85歳以上で5,062人、あわせて6,705人と推計された。

・透析非導入割合の推計

同年の透析導入患者数との和を分母、非導入患者数を分子として求めた非導入割合は、前回の検討（日腎会誌 61：91～97，2019）と同様に、男女とも加齢とともに増大し、最も高かった95歳以上の年齢階級では、男性91.0%、女性97.7%であった。この非導入患者数は低めの見積もりではあるが、例えば95歳以上の年齢階級では透析非導入患者数は男性686人、女性1,906人と、透析導入患者数（男性68人、女性45人）の10倍（男性）ないし40倍以上（女性）と推計された。

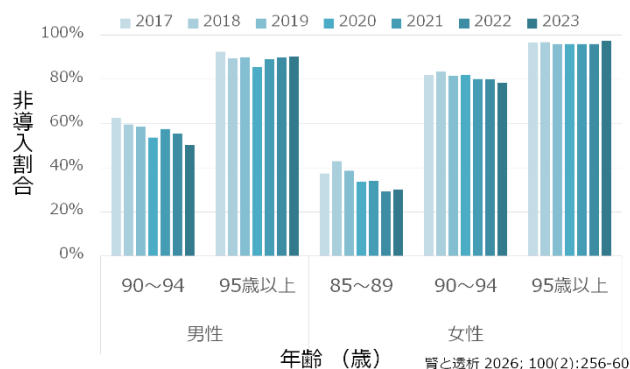
・2023年末調査を用いた全末期腎不全発症率

上記で計算された透析非導入患者数を、男性 90 歳以上、女性 85 歳以上で透析導入患者数に加えて全末期腎不全発症率を計算し、透析導入率のグラフに重ねると（下図）、わが国においても末期腎不全の発症率は加齢とともに指数関数的に増加することが示された。また、グラフの形状から、今回推計できなかった男性 85～89 歳にも非導入が存在することが示唆された。



・透析非導入割合の経年変化

2017 年から 2023 年までの日本透析医学会統計調査と人口動態統計（死因統計）を用いて同様に推計し、その経年変化を評価したところ（下図）、透析非導入割合が増えた年齢階級は認められず、男性 90～94 歳、女性 85～89 歳ではむしろ低下傾向であった。近年、透析導入率は低下傾向にあるが、その理由として透析非導入の割合増加は考えにくいと思われた。



・全末期腎不全発症率の経年変化

同様に、2017 年から 2023 年までの全末期腎不全発症率を計算し、その経年変化をグラフ化すると（下図）、男性 90～94 歳、女性 85～89 歳、及び 90～94 歳では低下傾向を認めた。このことから、近年の透析導入率の低下には全末期腎不全発症率の低下が寄与していることが示唆された。

(3)CKD 患者数の推定

1) CKD 患者数の実態調査

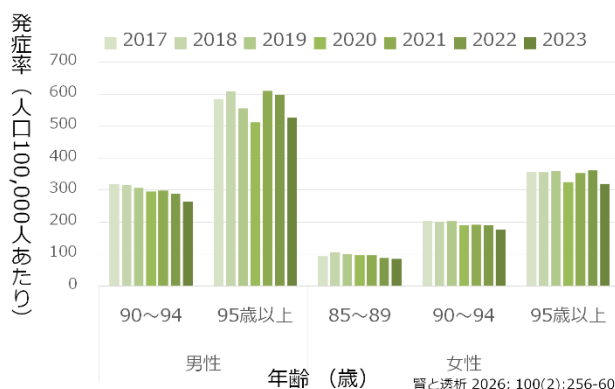
2005 年の CKD 患者数の調査では特定健診データ、各地のコホート研究データが用いられている。本

調査においても、上記データを用いて、年次的な推移などを調査することも検討したが、地域に偏りがあることや、会社の健診データを使用することは個人情報保護の観点から利用が難しいこともあり、NDB データを用いた解析を行うこととした。NDB データを用いた解析では全患者データによる解析と部分抽出データによる解析を並行して行うこととした。

また、全国規模国保組合、全国協会けんぽ、自治体国保データでの CKD 有病割合推定アルゴリズムを設計した。

65 歳以上の高齢者については、DeSC データを分析し、自治体国保に所属する 65 歳～90 歳高齢者 298 万人を対象とした。年齢、性別、本人・被扶養者、過去健診受診状況で重み計算を行い、各年齢別に CKD の割合を求めた。75 歳から 79 歳、80 歳から 84 歳、85 歳から 89 歳における CKD の割合はそれぞれ 25.47%、36.21%、49.41%であった。本研究では 90 歳以上の CKD の割合は測定していない。2025 年 1 月の人口推計概算値はそれぞれの年代で、803 万人、612 万人、396 万人となり、CKD 患者数はそれぞれ 204.5 万人、221.6 万人、195.7 万人となる。90 歳以上の高齢者における CKD 患者の割合を 50%とすると、75 歳以上の高齢者の CKD 患者数は 760 万人と推定される。

35 歳から 74 歳について、日本最大の就労世代保険者データベースである協会けんぽデータを分析した。2021-2023 年の腎機能スクリーニングデータを用いて、健診受診確率で逆数重みづけを行うことで、スクリーニング対象者全体で（35～74 歳）の CKD 有病割合を推定した。CKD 患者の割合は 13.2%と推定された。年齢によって CKD 有病割合は増加し、50 歳以下で 3.0%、50～64 歳で 11.0%、65～74 歳で 22.2%であった。20～34 歳については腎機能スクリーニングデータが不足しており、CKD 有病割合を推定していない。2025 年 1 月の人口推計概算値は 20～49 歳 4200 万人、50～64 歳 2700 万人、65～74 歳 1700 万人であり、各層での CKD 有病割合は 20～49 歳 126 万人、50～64 歳 297 万人、65～74 歳 377 万人となり、20 歳から 74 歳における CKD 患者数は 800 万人と推定される。以上からわが国における CKD 患者数は 1560 万人と推定される。

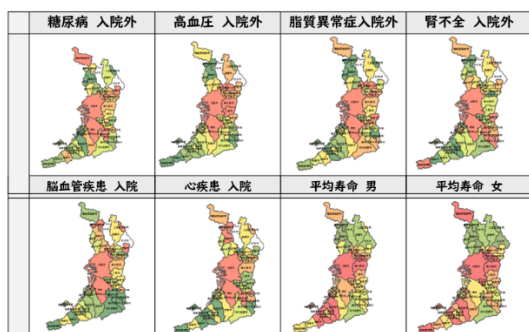


なお、重みづけの計算や CKD 定義方法によって推定値が変わる可能性があること、人口構成が推定値に大きな影響があることに注意が必要であり、現在の推定値は最終的なものではない。今後、NDB データ、大規模保険者データなどのさらなる解析が必要となる。

2) CKD 患者数に影響を与える因子の解明

上記の NDB データを用いた解析では糖尿病や高血圧など生活習慣病に関連するデータも抽出し、CKD 患者数に影響を与える因子を解明することとした。

また、大阪府において、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎不全の入院外医療費、脳血管疾患、心疾患の入院医療費、および平均寿命の調査を行ったところ、図のように地域の差が認められた。



D. 考察

2023 年の新規透析導入患者数は前年より減少しており、「2028 年までに、年間新規透析導入患者数を 3 万 5000 人以下に減少させる」という KPI 達成に近づいていた。事実、昨年末に報告された 2024 年の日本透析医学会統計調査結果では、患者調査票による新規透析導入患者数は 33,888 人（前年より 2,227 人減）と KPI を達成していた。施設調査による集計では、新規透析導入患者数は 36,404 人（前年より 2,360 人減）と、まだ KPI は達成されていないが、いずれの調査でも前年より大幅に減少しており、2028 年までには施設調査の集計でも KPI 達成が期待される。この透析導入患者数の減少に、総人口の減少の寄与は限定的であり、透析導入率の低下が寄与していた。

都道府県レベルでみると、透析導入率の経年変化は、これまでと同様、都道府県により異なっていた。年齢調整した透析導入率を全国との比較、及び、2016 年との比較を行うことで、都道府県を 4 つのカテゴリーに分類し、重点介入エリア（全国比で透析導入率：高、2016 年比：増）を明らかにすることができた（本報告書では都道府県名は明記していない）。

本研究は、2016 年比で 5%減少を達成した都道府県数は、男性 29、女性 34、10%減少を達成した都道府県数は、男性 19、女性 28であることを明

かにした。令和 5 年 10 月に、「腎疾患対策及び糖尿病対策の推進に関する検討会」が公表した「腎疾患対策検討会報告書（平成 30 年 7 月）に係る取組の中間評価と今後の取組について」では、「2016 年比で、5 年で新規透析導入患者数が 5%以上減少を達成した都道府県数は 12 道県あった」と報告されており、その頃よりも 5%減少を達成した都道府県数が増加していた。

さらに、男女間の相関で、全国と比べた標準化透析導入比では強い相関を認めたのに対し、2016 年比で男女間の標準化透析導入比は相関が弱いことは新たな発見であった。全国と比べた都道府県の標準化透析導入比が男女間で強い相関を示すことは、以前にも認められており（Clin Exp Nephrol. 2023 ;27(2):132-140.）、全国と比べてその都道府県の透析導入率が高いか低いかにについては男女共通の要因が関与していることが示唆される（透析導入あるいは非導入を選ぶ文化的背景などが、その一例に挙げられるかもしれない）。一方、2016 年比では男女間で相関が弱かったことは、2016 年以降行われている CKD 対策が、都道府県によっては男女で異なる効果を示している可能性を示している。2016 年比が男女で大きく数字が異なる都道府県では、その CKD 対策が男女どちらかに偏っていないか（効果が出ていない方に届きにくい施策になっていないか）等を検討することで、現状の CKD 対策をより効果的に修正できる可能性がある。

本研究は、統計調査を用いて非導入の実態を明らかにした。経年変化を評価したところ、透析非導入割合の増加は認めず、非導入も含めた全末期腎不全発症率が低下していた。すなわち、近年の透析導入率の低下は、透析非導入の増加ではなく、全末期腎不全発症率の低下によると考えられた。その低下理由を本研究で直接明らかにすることは困難だが、腎疾患対策の 5 本柱（①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進）を進めていくことで、透析導入患者数の減少という効果だけではなく、透析導入が必要な末期腎不全患者数も減少させている可能性が考えられた。

なお、本推計で 2023 年の非導入患者数は男性 90 歳以上で 1,643 人、女性は 85 歳以上で 5,062 人、あわせて 6,705 人と計算されたが、これは低めに見積もった数字である。透析非導入患者で別の原死因に分類されている可能性、維持透析患者の死亡例で別の原死因に分類されている可能性、さらに、これよりも若い年代での透析非導入を含んでいない数字だからである。日本全体ではもっと多い透析非導入があると考えられ、決して少なくはない人数と考えられる。2025 年 9 月に、日本透析医学会、日本緩和医療学会、日本腎臓学会の 3 学会合同で「腎不全患者のための緩和ケアガイドライン」が作成されたが、この決して少なくはない人数で

ある非導入患者へのケアが向上することは、CKD 患者の QOL 向上に繋がると考えられる。

CKD 患者数の推定に関しては、NDB データを用いた CKD 患者数の実態調査を行うことにより、正確な CKD 患者数が把握できるとともに、CKD 患者数に影響を与える生活習慣病などの因子が解明できると考えられる。

E. 結論

2023 年の新規透析導入患者数は前年より減少し、KPI 達成に近づいていることが示された。透析導入患者数の減少に、総人口の減少の寄与は限定的であり、透析導入率の低下が寄与していた。都道府県別では、2016 年比で低下している都道府県数が男女とも増加していた。非導入患者数の推計から、近年の透析導入率の低下には、非導入の増加ではなく、全末期腎不全発症率の低下が寄与していると考えられた。腎疾患対策の 5 本柱が、透析導入患者数の減少という効果だけではなく、透析導入が必要な末期腎不全患者数も減少させている可能性が考えられる。

また CKD 患者の早期発見、早期治療および重症化対策のためには、CKD の実態調査および影響を与える因子の解明が重要である。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. 若杉三奈子, 岡田浩一, 山本卓. 統計調査からみた透析非導入の実態. 腎と透析 2026;100(2): 256-260

2. 学会発表

1. 岡田浩一, 若杉三奈子. 近年の新規透析導入患者数の減少について: CKM 選択の関与の可能性. シンポジウム「透析患者総数減少に関する検討、分析」第70回日本透析医学会学術集会・総会 2025年6月29日

2. 岡田浩一 日本のCKD対策のこれから. シンポジウム日本の透析患者数の推移について再考する: 2023年度統制調査結果を踏まえて. 第68回日本腎臓学会学術総会 2025年6月22日

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
栞原孝成	代謝性アシドーシス	福井次矢, 高木 誠, 小室一成 総編集	今日の治療指針 2025年版	医学書院	東京	2025	641-642

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Usui J, et al.	Status of initial treatment for rapidly progressive glomerulonephritis in Japan: an analysis of a personal clinical records database.	Clin Exp Nephrol.	29(8)	1095-1101	2025
Nakamura H, et al.	Exploring factors associated with Kidney Disease Quality of Life in patients with advanced chronic kidney disease: The Reach-J CKD cohort study.	Clin Exp Nephrol.	29(6)	765-776	2025
Takano M, et al.	Peritoneal dialysis-associated peritonitis due to Nocardia farcinica : A case report.	IDCases	42	e02379	2025
Nakamura Y, et al.	IgG-secreting lymphoplasmacytic lymphoma presenting massive kidney infiltration.	Clin Case Rep	13(11)	e71290	2025
Kashihara N, et al.	Efficacy and safety of patiromer for hyperkalemia: a randomized, placebo-controlled phase 3 study.	Clin Exp Nephrol.	29(7)	899-911	2025
中川直樹	多職種の協働で、患者の笑顔と安心を守る	透析ケア	31	7	2025

Konta T, Asahi K, Tamura K, Tanaka F, Fukui A, Nakamura Y, Hirose J, Ohara K, Shiohara Y, Carter M, Meredith K, Harris J, Åkerborg Ö, Kashihara N, Yokoo T.	The health-economic impact of urine albumin-to-creatinine ratio testing for chronic kidney disease in Japanese non-diabetic patients.	Clin Exp Nephrol.	29(5)	583-595	2025
Ortiz A, Kramer A, Rychlík I, Nangaku M, Yanagita M, Jager KJ, Caskey FJ, Stel VS, Kashihara N, Kuragano T, Suzuki Y, Takemoto Y, Yokoi H, Palladino G, Fliser D, Torra R, Wanner C.	Maintaining kidney health in aging societies: a JSN and ERA call to action	Nephrol Dial Transplant.	40(8)	1498-1511	2025
Yano Y, Okami S, Kanegae H, Oberprieler NG, Johannes C, Yamashita S, Yoshikawa-Ryan K, Kovesdy CP, Vizcaya D, Kashihara N.	Transitional changes in medication-initiation cohort profiles in persons with chronic kidney disease and type 2 diabetes-A hospital-based cohort study in Japan	Diabetes Obes Metab.	27(7)	3714-3724	2025
Nagasu H, Nakashima T, Ihara K, Fujimori R, Goto T, Nitta D, Kishi S, Sasasaki T, Kashihara N.	Prediction of estimated glomerular filtration rate slope and kidney prognosis of patients with chronic kidney disease	Sci Rep.	16(1)	8883	2026
Kashihara N, Itano S, Nakashima T, Goto T, Yoshihara K, Eguchi S, Iekushi K, Isaka Y, Nagasu H; J-CKD-DB collaborators.	Proteinuria reduction as a surrogate endpoint for clinical study of IgA nephropathy in Japanese patients: data from the J-CKD-DB-Ex	Clin Exp Nephrol	30(2)	309-319	2026
Tanaka M, Hosojima M, Kabasawa H, Goto S, Itano S, Kishi S, Nagasu H, Kashihara N, Yamamoto S.	Assessment and treatment of metabolic acidosis in CKD: a registry-based study	Sci Rep	16(1)	5104	2026

Yano Y, Nagasu H, Kanegae H, Itano S, Nanagaku M, Suzuki H, Ohashi M, Okada H, Suzuki Y, Kashiwara N.	Association between early proteinuria reduction and kidney outcomes in Japanese patients with IgA nephropathy: The Japanese Chronic Kidney Disease Database	Clin Exp Nephrol	30(3)	424-433	2026
角谷裕之、柏原直樹	多職種連携によるCKD実践モデル - 医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカーなどのチームケア	腎と透析	100(2)	167-171	2026
柏原直樹	腎臓病学の歩みと今後の方向性	医学のあゆみ	296(5)	332-339	2026
Junko Nakamura, Ryohei Kaseda, Mizuki Takeuchi, Kou Kitabayashi, Ichiei Narita	Adolescents and parents' knowledge of chronic kidney disease: the potential of school-based education.	Clinical and Experimental Nephrology	29(3)	292-300	2025
若杉三奈子, 岡田浩一, 山本卓	統計調査からみた透析非導入の実態	腎と透析	100(2)	256-260	2026
Watanabe S; Nakayama M; Yokoo T; 他	Lubiprostone in Chronic Kidney Disease: Insights into Mitochondrial Function and Polyamines from a Randomized Phase 2 Clinical Trial	Science Advances	11(35)	eadw3934	2025
Kadariswantini Ningsih IN; Okunaga I; Yamasaki K; 他	CCL5 paradoxically regulates glomerular injury by skewing macrophage polarization	JCI Insight		e173742	2025
Ida M; Yamada H; Shirata N; 他	MAGI-2 regulates the organization of podocyte actin cytoskeleton through its interaction with α -actinin-4 and synaptopodin	Kidney360		10.34067/KID.0000001034	2025
Nimura T, Harada M, Aomura D, Yamaka K, Hashimoto K, Kamijo Y.	Impact of prepared vascular access on mortality and medical expenses in elderly and non-elderly Japanese patients with chronic kidney disease stage G5: a retrospective cohort study.	Clin Exp Nephrol.	29	1063-1074.	2025

Nakamura H, Okubo R, Kumagai M, Anayama M, Makino Y, Tamura K, Nagasawa M, Okada H, Maruyama S, Hoshino J, Wada T, Narita I, Yamagata K.	Exploring factors associated with Kidney Disease Quality of Life in patients with advanced chronic kidney disease: the Reach-J CKD cohort study.	Clin Exp Nephrol	29(6)	765-776	2025
Imaizumi T, Komaba H, Hamano T, Nangaku M, Murotani K, Hasegawa T, Fujii N, Nitta K, Isaka Y, Wada T, Maruyama S, Fukagawa M.	Clinically meaningful eGFR slope as a surrogate endpoint differs across CKD stages and slope evaluation periods: the CKD-JAC study.	Clin Kidney J	18(2)	sfae398	2025
Asano Y, Imaizumi T, Katsurabayashi Y, Sakurai D, Takai N, Toda T, Mikami T, Maekawa M, Kato S, Hagiwara Y, Yoshida Y, Maruyama S.	Impact of eGFR-based physician-visit recommendations on CKD-related clinical practices following health screening: a regression discontinuity study.	BMC Nephrol	27(1)	94	2026
小杉 智規, 丸山 彰一	【慢性腎臓病診療におけるポイント】慢性腎臓病の診断・診療のポイント	日本内科学会雑誌	114(5)	800-807	2025
小池 和彦, 大島 恵, 大西 康博, 丸山 彰一	【慢性腎臓病(CKD)「CKD診療ガイドライン2023」および「CKD診療ガイド2024」の要点】これからのCKDの診療 かかりつけ医と腎臓専門医の連携	Medical Practice	42(6)	802-817	2025
古橋 和弘	特集 慢性腎臓病(CKD)「CKD診療ガイドライン2023」および「CKD診療ガイド2024」の要点 難治性腎疾患に対する再生治療	Medical Practice	42 (6)	914-917	2025
田中 章仁, 古橋 和弘, 丸山 彰一	【CKD・DKDの新規治療法】脂肪細胞由来間葉系間質細胞の慢性腎臓病・糖尿病関連腎臓病に対する治療効果	日本腎臓学会誌	67(5)	640-645	2025

小杉 智規, 丸山 彰一	【革新する腎臓病学-臨床と研究の最前線】 診断と評価 CKD診療を拓くガイドライン 実践的活用(解説)	医学のあゆみ	296(5)	414-418	2026
Matsuoka-Uchiyama N, Uchida HA, Asakawa T, Sakurabu Y, Katayama K, Okamoto S, Onishi Y, Tanaka K, Takeuchi H, Takemoto R, Umemabayashi R, Wada J	The association of fasting triglyceride variability with renal dysfunction and proteinuria in medical checkup participants.	Clin Exp Nephrol	29(7)	920-927	2025
Uchida HA, Wada J, Nagao Y, Ihara K.	First-time diagnosis and referral practices for individuals with CKD by primary care physicians: a study of electronic medical records across multiple clinics in Japan.	Clin Exp Nephrol.	29(10)	1342-1353	2025
栗原孝成	CKD対策の現在地「日本のCKD対策の現場1：専門医の立場から」	日腎会誌	67 (3)	289-293	2025
Sugawara Y; Iwagami M; Nagasu H; Miyamoto Y; Oshima M; Kuwabara T; Sotofue T; Nakagawa N	Review no. 1: designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills	Clinical and Experimental Nephrology	30(2)	183-197	2026
Wang Y; Guan Y; Feng D; MacCioni L; Parra MA; Peiffer B; Mackowiak B; Kuwabara T; Misori K; Mukoyama M; Bataller R; Sun Z; Gao B	Infiltrating macrophages replace Kupffer cells and play diverse roles in severe alcohol-associated hepatitis	Cellular & Molecular Immunology	22(10)	1262-1275	2025

Suetsugu-Ishizawa R; Sakuma H; Matsuki M; Itano S; Nagasawa H; Morinaga H; Uchida HA; Kuwabara T; Imasawa T; Yamada K; Nakagawa N	Efficacy of a mobile health application on self-management among Japanese patients with chronic kidney disease	Clinical and Experimental Nephrology	29(10)	1354-1362	2025
Fujimoto D; Umemoto S; Mizumoto T; Kanki T; Hata Y; Nishiguchi Y; Date R; Zhang J; Kingakizoe Y; Izumi Y; Adachi M; Kojima H; Yokoi H; Mukoyama M; Kuwabara T	Alvespimycin is identified as a novel therapeutic agent for diabetic kidney disease by chemical screening targeting extracellular vesicles	Scientific Reports	15	14436	2025
Kohagura K	Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral therapy-related chronic kidney disease	CEN Case Report	14(6)	805-808	2025
Kohagura K	Role of time in target range in blood pressure management for preventing renal decline in type 2 diabetes	Hypertension	48(7)	2119-2121	2025
Kohagura K	Reply to a letter to the editor regarding "Heterogeneous afferent arteriopathy: a key concept for understanding blood pressure-dependent renal damage"	Hypertension	48(12)	3315-3316	2025
Tomishima H, Odawara M, Hattata T, Imamura Y, Sakurada T, Maruyama T, Abe M, Kaname S, Nangaku M, Nishi H	Cost-effectiveness of multidisciplinary care for patients with chronic kidney disease in Japan.	Clin Exp Nephrol			2026, in press.

Abe M, Hatta T, Imamura Y, Sakurada T, Kaname S.	Examine the optimal multidisciplinary care teams for patients with chronic kidney disease from a nationwide cohort study.	Kidney Res Clin Pract	44(2)	249-264	2025
Weiner M; Sugiyama H; Kaname S; Skrunes R; Prenner A; Crnogorac M; Gieddes C; Türkmen K; Galesic K; Rosenkranz AR; Suzuki Y; Fujimoto S; Segelmark M	Aetiology of acute/subacute nephritic syndrome: results from kidney biopsy registries in Japan and Europe	BMC Nephrology	26(1)	625	2025
Kaname S; Ong ML; Mathias J; Gatta F; Larow L; Wang Y	Outcomes in patients with thrombotic microangiopathy associated with a trigger following plasma exchange: A systematic literature review	Transfusion and Apheresis Science	64(1)	104048	2025
Geetha D; Neumann T; Karras A; Cid MC; Merker PA; Bray S; Bozeman A; Jayne DRW; ADVOCATE Study Group	Efficacy and safety of avacopan for treatment of patients with ANCA-associated vasculitis receiving cyclophosphamide	RMD Open	11(4)	e005743	2025
Nagasaka K; Aramano K; Nagafuchi H; Sada K; Komagata Y; Yamamura M; Kato M; Endo T; Nakaya I; Takeuchi T; Murakawa Y; Sugihara T; Saito M; Hayashi T; Furuta S; Karasawa K; Banno S; Endo S; Majima M; Dobashi H; Kaname S; Tamura N; Arimura Y; Harigai M	Nation-wide cohort study of Japanese patients with ANCA-associated vasculitis using rituximab: effectiveness and safety after two years	Modern Rheumatology			2025

Ohmura K; Shimizu H; Tanaka Y; Hiromura K; Hayashi H; Kamada K; Mineo K; Kawahito Y; Iwashita A; Kaname S; Yasuda S; Hiramoto K; Maruyama S; Yajima N; Iwata Y; Matsumoto I; Gono T; Sato H; Kubo S; Nakayama S; Ikeuchi H; Yuzawa Y; Kono M; Tamura N; Seno T; Kida T; Sakashita A; Onishi A; Morinobu A; Kawakami T; Hosoya T; Yamaguchi T; Kaneko Y; Hanaoka H; Kato S; Maeda K; Nakagawa S; Kondo Y; Kuwana M; Ishii T; Sumitomo S; Miyakoshi C; Aizumi T	Impact of glucocorticoid tapering speed on renal outcomes in proliferative lupus nephritis: a multicentre retrospective study	Rheumatology (Oxford)	64(9)	5014-5022	2025
Geetha D; Pagnoux C; Sattui E; Merkel PA; Weiner M; Draibe J; Faguer S; Bray S; Gurlin RE; Balcells-Oliver M; Bruchfeld A; Jayne DR; ADVOCATE Study Group	Efficacy and safety of avacopan in patients aged 65 years and older with ANCA-associated vasculitis: a post hoc analysis of data from the ADVOCATE trial	Rheumatology (Oxford)	64(6)	3863-3871	2025
要 伸也	SLEの腎障害とSGLT2阻害薬	リウマチ科	74(5)	480-487	2025
要 伸也	第4回臨床医学における血液ガスと酸塩基平衡分析の100年	腎と透析	74(5)	1-8	2025
旭浩一	【革新する腎臓病学・臨床と研究の最前線】社会的側面と今後の課題 わが国の腎臓病対策における地域連携・患者支援の実際	医学のあゆみ	296 巻 5 号	560-563	2026

令和 8 年 4 月 1 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 埼玉医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 竹内 勤

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患対策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD) に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 岡田 浩一・オカダ ヒロカズ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☒	埼玉医科大学病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

- (※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する ☐ にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 川崎医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 砂田 芳秀

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部・学長付特任教授
（氏名・フリガナ） 柏原 直樹・カシハラ ナオキ
4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒ ☐	☒	埼玉医科大学病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年1月21日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 旭川医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 西川 祐司

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部・教授
（氏名・フリガナ） 中川 直樹・ナカガワ ナオキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 北海道大学

所属研究機関長 職 名 総長

氏 名 寶金 清博

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名）血液浄化部・教授
（氏名・フリガナ）西尾 妙織・ニシオ サオリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

- （※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
- （※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

- （留意事項）
- ・該当する□にチェックを入れること。
- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8年 5月 7日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 岩手医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 小笠原 邦昭

次の職員の(元号) 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患対策研究事業

2. 研究課題名 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

3. 研究者名 (所属部署・職名) 岩手医科大学 医学部・教授

(氏名・フリガナ) 旭 浩一・アサヒコウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名 称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人金沢大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 和田 隆志

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医薬保健研究域医学系 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 岩田 恭宜 ・ イワタ ヤスノリ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人 新潟大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 染矢 俊幸

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD) に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医歯学総合研究科 客員研究員
(氏名・フリガナ) 若杉 三奈子 (ワカスギ ミナコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 藤井 輝夫

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部附属病院・教授
（氏名・フリガナ） 南学 正臣（ナンガク マサオミ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 東京慈恵会医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 松藤 千弥

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・講師
(氏名・フリガナ) 福井 亮・フクイ アキラ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 23 日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人千葉大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 横手 幸太郎

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD) に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 腎臓内科学講座 教授
(氏名・フリガナ) 浅沼 克彦 (アサヌマ カツヒコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関における C O I の管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関における C O I 委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係る C O I についての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係る C O I についての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人群馬大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 石崎 泰樹

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病(CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科 教授
(氏名・フリガナ) 廣村 桂樹 (ヒロムラ ケイジュ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称：)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関：)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由：)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容：)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年3月6日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人東海国立大学機構

所属研究機関長 職 名 機構長

氏 名 松尾 清一

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医学系研究科・教授
（氏名・フリガナ） 丸山 彰一 ・ マルヤマ ショウイチ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☒	☐	☒	名古屋大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年3月2日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人大阪大学

所属研究機関長 職 名 大学院医学系研究科長

氏 名 石井 優

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業

2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究

3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医学系研究科・教授
（氏名・フリガナ） 猪阪 善隆・イサカ ヨシタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ ☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 3月 12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人岡山大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 那須 保友

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 腎疾患政策研究事業
- 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
- 研究者名 （所属部署・職名） 学術研究院医歯薬学域・教授
（氏名・フリガナ） 和田 淳・ワダ ジュン
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 3月 12日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人岡山大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 那須 保友

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 腎疾患政策研究事業
- 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
- 研究者名 （所属部署・職名）学術研究院医歯薬学域・教授
（氏名・フリガナ）内田 治仁・ウチダ ハルヒト
- 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年3月31日

厚生労働大臣 殿

機関名 徳島大学

所属研究機関長 職 名 学 長

氏 名 河村 保彦

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

- 研究事業名 腎疾患政策研究事業
- 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書の基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
- 研究者名 （所属部署・職名） 大学院医歯学薬学研究部腎臓内科学分野・教授
（氏名・フリガナ） 脇野 修（ワキノ シュウ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。 ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年 5月 11日

厚生労働大臣 殿

機関名 久留米大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 内村直尚

次の職員の(令和) 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 内科学講座腎臓内科部門 主任教授
(氏名・フリガナ) 深水 圭 ・ フカミ ケイ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8年 4月 16日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長） 殿~~
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 熊本大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 小川 久雄

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 大学院生命科学研究部・准教授
（氏名・フリガナ） 栗原 孝成 （クワバラ タカシゲ）

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：）	☐	☒	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関：）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由：）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容：）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。

- ・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 4月 28日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人琉球大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 喜納 育江

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病(CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究(25FD1001)
3. 研究者名 (所属部署・職名) 琉球大学病院血液浄化療法部・部長 准教授
(氏名・フリガナ) 古波蔵 健太郎 コハグラ ケンタロウ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

- (※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和8年 4 月 27 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 杏林大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 渡邊 卓

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病 (CKD)に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科学・客員教授
(氏名・フリガナ) 要 伸也 (カナメ シンヤ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	■ □	■	杏林大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□ ■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□ ■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	□ ■	□		□

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■ 未受講 □
-------------	------------

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ■ 無 □ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ■ 無 □ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 □ 無 ■ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣 殿

機関名 川崎医科大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 砂田 芳秀

次の職員の令和7年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 腎疾患対策検討会報告書に基づく慢性腎臓病（CKD）に対する地域における診療連携体制構築の推進に資する研究
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部・特任研究員
（氏名・フリガナ） 山本 直子・ヤマモト ナオコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
		審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ 有 ☒ 無	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること （指針の名称： ）	☐ 有 ☒ 無	☐		☐

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査の場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ （無の場合はその理由： ）
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ （有の場合はその内容： ）

（留意事項） ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。