

厚生労働行政推進調査事業費補助金
腎疾患政策研究事業

腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および
新たな対策の提言に資するエビデンス構築

令和7年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 柏原直樹

令和8（2026）年 5月

目 次

I. 総括研究報告書

腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および 新たな対策の提言に資するエビデンス構築 柏原直樹	-----	1
--	-------	---

II. 分担研究報告書

1. 普及、啓発		
(1) 普及啓発資材の開発	-----	21
中川直樹、内田治仁、今澤俊之、研究協力者：栞原孝成、 長洲一		
(2) CKD診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率、 均霑化率の評価、普及啓発活動の評価	-----	23
伊藤孝史、福井亮		
＜参考資料：表1、図1～4＞		
2. 診療連携体制構築		
(1) 医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化	-----	29
伊藤孝史、福井亮		
＜参考資料：表1・2、図1～12＞		
(2) 医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普 及・啓発	-----	38
田村功一、福井亮		
(3) 好事例共有・横展開	-----	41
和田淳、森下義幸、古波蔵健太郎、上條祐司、岩田恭宜、 古市賢吾、内田治仁		
(4) 協力医（連携医）制度の構築・難治性疾患診療レベルの 向上・均霑化	-----	45
猪阪善隆		
(5) 検診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進	-----	47
旭浩一、中川直樹、福井亮		

3. 診療水準の向上		
(1) 移行期医療（トランジション）	-----	51
石倉健司、研究協力者：寺野千香子、三浦健一郎、後藤芳充、幡谷浩史、郭 義胤、張田 豊		
(2) 高齢CKD患者、透析・移植後患者のQOL維持向上	-----	58
酒井謙、祖父江理		
(3) 尿中アルブミンの測定診療報酬化	-----	60
横尾隆、旭浩一、田村功一、今田恒夫		
(4) 災害・感染症パンデミックに対する腎臓病診療、患者のレジリエンス強化のための方策の開発	-----	62
横井秀基、田村功一、岩田恭宜、安田日出夫、古市賢吾、研究協力者：栞原孝成		
4. 人材育成	-----	65
要伸也、和田健彦		
5. 研究の推進：研究開発・国際比較		
(1) AMED、厚労省等の公的研究	-----	68
深水圭、田村功一		
(2) 国際動向	-----	70
南学正臣、深水圭		
(3) 疫学調査	-----	72
猪阪善隆、福間真悟、今田恒夫		
(4) CKD患者データベース（J-CKD-DB）等を活用した研究	-----	75
柏原直樹、研究協力者：長洲一		
6. 情報発信、広報	-----	78
西山成、祖父江理		
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	79

厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）
腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築

総括研究報告書

研究代表者 柏原直樹 川崎医科大学 学長付特任教授

研究要旨

本研究は、腎疾患対策検討会報告書の5課題実現・社会実装のための具体的な計画・方法の立案、評価・進捗管理の方法開発を行う。全国各地の腎疾患対策を評価・分析し、課題抽出、新たな対策立案のPDCAサイクルを回し、継続的に腎疾患対策が実現する体制を構築することを目的とし、1) CKD重症化を防止し、新規透析導入患者を減少させ、2) さらに、CKD患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る体制を構築する。

研究分担者

岡田浩一	埼玉医科大学 教授
南学正臣	東京大学 教授
要 伸也	杏林大学 客員教授
酒井 謙	東邦大学 教授
猪阪善隆	大阪大学 教授
田村功一	横浜国立大学 主任教授
和田 淳	岡山大学 教授
今田恒夫	山形大学 教授
旭 浩一	岩手医科大学 教授
横尾 隆	東京慈恵会医科大学 教授
古市賢吾	金沢医科大学 教授
今澤俊之	千葉東病院 統括診療部長
伊藤孝史	帝京大学 教授
古波蔵健太郎	琉球大学 教授
深水 圭	久留米大学 教授
上條祐司	信州大学 診療教授
西山 成	香川大学 教授
石倉健司	北里大学 教授
和田健彦	虎の門病院 部長
安田日出夫	浜松医科大学 准教授
横井秀基	熊本大学 教授
森下義幸	自治医科大学 教授
岩田恭宜	金沢大学 教授
内田治仁	岡山大学 教授
中川直樹	旭川医科大学 教授
福井 亮	東京慈恵会医科大学 講師
福岡真悟	広島大学 教授
祖父江理	香川大学 講師

A. 研究目的

＜研究全体の目的＞

本邦の腎疾患対策をさらに推進するために、平成29年12月より、厚生労働省健康局「腎疾患対策検討会」において検討が重ねられた。平成30年7月「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」が、全国自治体、関係団体に広く発出された。

同報告書には「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」の5本柱に実施すべき取組が整理された。また、2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるという成果目標（KPI）も設定された。

本研究では、同報告書の5課題実現・社会実装のための具体的な計画・方法の立案、評価・進捗管理の方法開発を行う。全国各地の腎疾患対策を評価・分析し、課題抽出、新たな対策立案のPDCAサイクルを回し、継続的に腎疾患対策が実現する体制を構築することを目的とする。これにより1) CKD重症化を防止し、新規透析導入患者を減少させ、2) さらに、CKD患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る体制を構築する。R5年10月に中間評価を受審した。評価内容を反映させる。

令和4年～6年、厚生労働省政策研究班「腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築」研究に取り組んで来た。本研究はこれをさらに推し進めるものである。

＜新規注力プロジェクト＞

1) ロジックモデルを活用した進捗管理

ロジックモデルを活用してCKD政策研究班事業の進捗管理を行い、効果的な研究体制を確立する。

「データベースを活用した慢性腎臓病（CKD）の診療実態把握と最適化を目的とした体制構築（24FD1001）研究班と緊密に連携する。

2) 地域の腎臓医療提供体制の強靱化

国内では地方で医療者の高齢化が進み、特に透析クリニックの開設者の高齢化による事業の継続困難事例が増加している。遠隔医療技術等を活用した医療資源の乏しい地域での腎疾患診療、特に透析医療の持続可能性を確保する方法論を開発する。

3) 災害・感染症パンデミック等に対する腎臓病診療、患者のレジリエンス強化のための方策の開発

我が国は地震、水害等の天災による大被害を定期的に経験している。加えて新型コロナウイルス感染症は、今後も地球規模の新興感染症のパンデミックリスクが存在することの警鐘となった。腎臓病患者（透析患者、移植後患者を含む）は、これら災害に対して脆弱（vulnerable）であり、人的被害を最小化するために、医療体制、感染予防策の強化等、腎臓病診療の強靱化・レジリエンス強化が必要である。具体的な方策を開発する。

4) 腎臓医の裾野の拡大：CKD 協力医、連携医制度の構築と普及

血圧管理、運動、食事指導等はかかりつけ医が得意とするところであり、かかりつけ医の中に腎臓病診療の基本を理解する「協力医」「連携医」を育成する。

5) 腹膜透析を含めた在宅透析普及の課題抽出と対策立案

本邦においてHDに比してPDが少ない要因を解析し、解決策を提案する。バランスのとれた腎代替療法実現のための課題抽出と対策を立案する。

6) 腎不全期CKD、透析期の腎不全症状と管理の実態調査と対策立案

CKD進行と伴に様々な症状が出現する。進行したCKD及び透析期患者の腎不全症状とその管理について実態調査を行う。

7) 腎臓専門医による専門的腎臓難病診療の体制強化

IgA腎症、血管炎症候群等に有効な薬剤が次々に開発されている。これらは腎臓専門医が診るべき疾患である。専門医の担う領域は拡大・深化しており、専門性の維持・向上が必要である。専門医の適性配置、過度の負担軽減等の方策を立案する。

具体的には、以下に取り組む。

B. 研究方法

1. 普及、啓発

(1)普及啓発資材の開発 ○中川、内田、今澤、協力者 栗原（熊本大学）、長洲（川崎医科大学）

ライフスタイルに着目した慢性腎臓病（CKD）対策に資する研究班（研究代表者：中川直樹）と連携し、CKDを発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々が治療と仕事の両立に関して障壁となる問題点を抽出し、治療と仕事の両立に関する手引きを作成する。

(2)KD診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率、均霑化率の評価、普及啓発活動の評価

○伊藤、福井

1) 日本腎臓病協会と協力し、年度末に全国4箇所（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）を対象にCKD診療連携体制の定点観測アンケート調査を行った。

定点観測のアンケート内容として、「診療連携体制の実際」と「診療連携による医療水準の向上」を調査した。

「診療連携による医療水準の向上」に関しては、病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者において、連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率、連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率、連携体制でケア中の患者における血圧<140/90 mmHgの割合（75歳以上では血圧<150/90 mmHg）、連携体制でケア中の患者におけるHb11-13 g/dLの割合（75歳以上ではHb9-13 g/dL）、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%）、腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率を評価した。

2) 日本腎臓病協会(JKA)への後援申請に基づき、2025年度の普及啓発活動の実施数の経年的な変化等について調査した。

3) 協和キリン株式会社の協力のもと、20～70歳の一般市民1,625名を対象に、CKD認知度についてインターネットによる2024年度全国アンケート調査を実施した。

4) JKA慢性腎臓病対策部会の各都道府県担当者に対して例年実施しているアンケートでは、特に、国の中間評価で指摘された「勤労世代への啓発」や、腎疾患対策検討会報告書（平成30年7月）で強調されている「計画的、効率的・効果的な活動」に引き続き注目し、2024年度の普及啓発活動の実態や方針についての調査を行なった。

2. 地域における診療連携体制構築

(1)医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化 ○伊藤、福井

・日本腎臓病協会と協力し、年度末に全都道府県を対象にJKAアンケート調査（A.都道府県でのCKD対策に関する会議体の設置と検討内容について、B.市町村単位での新規透析導入患者数の把握と低減目標について、C.都道府県での普及啓発活動の実態や方針について、D.J-CKDIの活動状況に関する調査、E.人材育成に関する実態調査）を行った。

・紹介基準の普及に関しては、日本腎臓学会作成・日本医師会監修の「かかりつけ医から腎臓専門医、専門医療機関への紹介基準」（表1）をもとに、全国各地で連携強化を行なった。

・日本腎臓病協会と協力し、年度末に全国4箇所（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）を対象にCKD診療連携体制の定点観測アンケート調査を行った。

・定点観測のアンケート内容として、「診療連携体制の実際」と「診療連携による医療水準の向上」を調査した。

・「診療連携体制の実際」に関しては、連携体制に参加している腎臓専門医数、連携体制に参加してい

1) 特定保健指導対象者における生活習慣スコアならびに保健指導実施の有無と経年的な生活習慣スコア、健診受診率の検証

生活習慣は、次の各項目を用いてスコア化する帳票を作成した。①【BMI】25 kg/m²未満、②【質問票】たばこは吸わない、または禁煙に成功した、③【質問票】1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施しており、かつ日常生活において歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施している、④【質問票】朝食を週に 4 日以上食べ、かつ朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物をほとんど摂取しない、⑤【質問票】お酒は節酒している(日本酒なら 1 日 1 合未満またはほとんど飲まない)。これら①～⑤の項目を満たす場合を 1 点とし、0 点から 5 点を与えた。高得点であるほど望ましい生活習慣と考えた。

上記帳票を用いて、福島県国民健康保険団体連合会がデータを保有する令和 4 年度および令和 5 年度の 2 年連続で特定健診を受診した者 129,867 名のうち、特定保健指導対象者で保健指導が実施された者 2,894 名と実施されなかった者 11,119 名について、令和 5 年度の生活習慣スコアの変化や令和 5 年度の健診受診率を検証した(行動変容の実態把握)。

2) 生活習慣スコアと生活習慣病・CKD の新規発症との関連の検証

上記 129,867 名(特定健診を令和 4 年度と令和 5 年度に 2 年連続受診)のうち、質問票への回答または健診項目に欠損のある者を除く 98,168 名について、令和 4 年度の生活習慣スコアが低い群(0～2 点)を対照として、生活習慣スコアの高い各群(3～5 点)における高血圧、糖尿病、CKD(蛋白尿)の新規発症のオッズ比を、単変量ロジスティック回帰解析を用いて解析した(アウトカムの把握)。

3) 解析結果を活用した保健事業の展開

上記データを全県レベルの保健事業として活用するため、研修会を開催し、市町村にフィードバックした。

3. 診療水準の向上

(1) 移行期医療(トランジション) ○石倉

研究デザイン：

多施設共同調査研究(調査研究)

研究対象：

2023 年度に実施した先行研究「成人期に達した小児期発症慢性腎疾患患者の成人医療への移行に関する実態把握のための調査研究」(厚生労働行政推進調査事業費補助金(腎疾患政策研究事業))「腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築」班(研究代表者：柏原直樹先生))に参加した小児医療機関(35 施設)で本研究に参加同意を得た施設

目標登録施設数：35 施設

研究方法：Google フォーム等を用いた無記名調査研究

解析方法：記述的に解析を行う

調査項目(詳細は別紙調査票参照)：

- ・施設の基本情報(病院形態、病床数、主な診療科)
- ・移行プログラム等の有無
- ・移行プログラムに対する体制・人的資源(移行コーディネーターの有無、関与職種等)
- ・移行プロセスの実態(移行プログラム開始年齢、プログラム対象患者、プログラムの具体的な内容、面談の所要時間)、使用している移行支援資材、移行カンファレンス実施の有無
- ・移行プログラム使用下での転科困難例・中断例の有無
- ・病院職員や院内啓発のための取り組み
- ・記述式として
 - 移行の主な障壁、促進要因
 - 病院形態特有の課題
 - 今後必要な支援・政策提案
 - 自律困難患者に対する取り組み
 - 現在のプログラムの問題点

研究期間：倫理審査承認後から 2027 年 12 月 31 日まで

(2) 高齢 CKD 患者、透析・移植後患者の QOL 維持向上 ○酒井、祖父江

2024 年度は移植患者のその後の就労、就業、結婚、育児、老後、ACP などの QOL 調査「全国腎移植者(待機者)の医療・福祉ニーズに関する調査」のアンケートの結果が得られ、引き続き周知、報告を行った。

2025 年度は、3 学会による腎不全患者の緩和ケアガイドランスも発表され、台湾大学医学部付属病院作成の「腎臓病患者の終末期における緩和ケアガイドラ

イン」の和訳第3版作成を行った。

(3)難治性腎疾患の診療レベルの向上・均霑化 ○猪阪

難治性腎疾患の研究動向の把握：厚生省研究班との連携

(4)尿中アルブミンの測定診療報酬化 ○横尾、旭、田村、今田

研究では、英国のモデルを日本版に適応させた意思決定分析マルコフ・コホートモデルが構築された。健康状態は、KDIGOのヒートマップに基づき、「低リスク」から「末期腎不全 (ESKD)」、および「死亡」までの6つの状態で定義された。シミュレーションは60歳から100歳までの生涯にわたる期間を想定し、サイクル長は1年とした。データソースとして、山形県や岩手県の地域住民健診データ、日本の診療報酬点数表、および系統的文献レビューの結果が統合された。基本解析（ベースケース）では、標準治療としてACE阻害薬またはARBによる治療を想定し、費用と便益については年率2%の割引率を適用して算出された。

(5)地域における腎臓病・透析医療の継続性を担保するために、遠隔医療等の方法論を開発 ○柏原

地域における高齢化の進展が医療提供体制に及ぼす影響を明らかにすることを目的とし、特に医療従事者の高齢化および医療機関の承継者不足に着目して分析を行う。具体的には、高齢化率の高い地域における医療者の年齢構成、医療機関の存続状況を把握し、それらの関連性を検討する。さらに、透析医療においては患者の移動制約が大きいという特性を踏まえ、医療提供体制の脆弱化が患者アクセスに与える影響を評価する。その上で、遠隔医療の活用可能性を含む代替的な医療提供モデルについて検討し、地域特性に応じた持続可能な対策の方向性を検討する。

(6)災害・感染症パンデミックに対する腎臓病診療、患者のレジリエンス強化のための方策の開発 ○横井、田村、岩田、安田、古市、協力者 栗原（熊本大学）

災害や感染症に対するレジリエンス強化の方策を開発するために、被災地域（熊本、能登）の情報を収集し、論点を整理する。

能登半島地震に関しては、被災血液透析患者が搬送された石川県内外の29医療機関の協力の下、発災時から現在までの患者追跡、合併症、予後解析を行う。発災により透析医療にかかる逼迫度、勤務時間、医療者数の変化など、経時的に調査し、非常時における医療体制の課題を見出す。各患者の透析記録を登録する際の問題点、課題を明らかにし、解決のためのシステム構築に取り組む。

熊本地震においては学会活動を中心に情報を収集

し、医療機関へのアンケートの準備を進める。神奈川県においては、慢性腎臓病診療連携構築事業を進める。

感染症対策としては、CKD患者を対象としたワクチン手帳を作成し、ワクチン普及を評価する。

4. 人材育成 ○要、和田健彦

1) 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、本年度の資格更新対象者の資格更新を進める。

2) 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。

3) 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し、評価を行ってゆく。

4) 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。

5. 研究の推進：研究開発・国際比較

(1)AMED,厚生省等の公的研究のCKD関連研究をとりまとめ、本邦のCKD関連研究の現況と経年変化が把握できる環境を整備する。 ○深水

2008年度から2024年度において日本腎臓学会員による公的資金獲得データの収集・解析を行った。

まずはアンケートにより集計したのちに、今回は2024年度 厚生労働科学研究補助金・日本医療研究開発機構研究費 JSN公的研究班研究成果合同発表会において発表された研究者に対してメールにてデータの収集を行なった。これまでの合計集計数は249件であり、金額は円単位で集計した。

(2)海外のCKD診療体制、ESRD・腎代替療法（RRT）の実態の調査を行う。 ○南学、深水

ISN Global Kidney Health Atlas 2023、およびISNの日本国別指標、さらに日本透析医学会統計調査（JRDR）や日本腎臓学会関連資料を用いて検討を行った。比較項目として、①CKDおよび腎不全の疾病負担、②保存期CKD診療の提供体制、③血液透析・腹膜透析・腎移植の実施体制、④腎臓専門医・レジストリなど

の医療資源、⑤公的医療保障の状況を抽出し、日本と世界全体、ならびに高所得国・北東アジア地域との比較を実施した。災害について国際腎臓学会に参加し、情報収集を行なった。

(3)疫学調査 ○猪阪、福岡、今田

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。

(4)腎疾患対策の効果のより適切な評価方法の確立

○柏原、岡田

腎疾患対策の進捗状況および政策効果をより適切に評価するため、ロジックモデルに基づく評価体系の構築を進めた。

(5)CKD患者データベース（J-CKD-DB）等を活用した研究を進める。○柏原、協力者 長洲（川崎医科大学）

J-CKD-DB-Ex は 2014 年から 2024 年までの約 60 万人の CKD 患者データが収集されている。本データベースを用いて、診療実態解明・薬剤による予後への影響・AI 解析による予後予測モデル構築などを行う。

6. 情報発信、広報 ○西山、祖父江

共同HPを活用し、診療連携好事例や普及啓発資料等を収集・整理・掲載するとともに、アクセス解析に

より利用状況を把握し、継続的な改善を実施した。

C. 研究結果

1. 普及、啓発

(1) 普及啓発資料の開発

CKD を発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々に関する情報、具体的な症例に基づく事業者と医療機関との情報共有に関する CKD における治療と仕事の両立に関する手引きを作成した。

1) 基礎編では、CKD の基礎知識や原因、患者数、経過、治療方法などを解説し、さまざまな疾患や病態が CKD を引き起こすことを明記する。CKD の進行は初期には自覚症状がなく、早期発見・治療が重要であることを強調した。

2) 両立支援に当たる際の留意事項では、CKD の特徴を踏まえた対応や周囲の対応の工夫、不正確な理解や知識による問題への対応、障害特性に応じた配慮などを示し、復職後の職場適応やメンタルヘルスについても注意を促すこととした。

3) 事例編では、保存期 CKD や血液透析、腹膜透析、腎移植に関する具体的な事例を提示し、それぞれの治療法における労働者の状況や配慮すべきポイントを紹介した。

また、CKD の治療と仕事の両立に関する留意事項をまとめたリーフレットを作成した。



また、健常な若年層における CKD の認知度向上を図るため、インターネット広告の活用に向けた企画・制作準備に着手した。

(2)地域における普及啓発活動の評価

1) 診療連携による医療水準の向上に関するデータは表1に示す。連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率は横ばいから増加傾向であった。栄養指導の実施率は地域差はあるものの概ね横ばいであった。血圧管理の遵守率は横ばいから増加傾向であった。Hb の遵守率は地域によって違っていた。DKD 患者の HbA1c 遵守率は横ばいから増加傾向であった。腎代替療法導入依頼患者における SDM 実施率は地域によって大きく違っていた。

表1 定点観測における診療連携による医療水準の向上に関するデータ

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
施設等					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	59.0	65.0	65.0	50.0	60.0
連携参加ケアマネの普及率における栄養指導の実施率 (%) (70歳以上ではHbA1c<100mg/dl) (%)	40	54.5	60.0	60.0	50.0
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<100mg/dlの割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<100mg/dl) (%)	50.0	63.6	60.0	65.0	50.0
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	40.0	52.7	50.0	55.0	40.0
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	40.0	52.7	50.0	60.0	40.0
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	65.0	66.7	100	100	100
市町村					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	61.0	66.8	63.8	61.3	66.9
連携参加ケアマネの普及率における栄養指導の実施率 (%)	63.0	59.3	51.6	59.1	59.4
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<100mg/dlの割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<100mg/dl) (%)	53.5	68.9	76.1	67.3	71.6
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	57.7	73.3	63.9	70.2	66.6
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	57.4	71.7	64.9	69.2	70.6
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	69.5	69.6	69.7	64.5	60.3
施設等					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	66.7	77.4	66.9	61.2	60.6
連携参加ケアマネの普及率における栄養指導の実施率 (%)	60.3	59.1	61.6	51.9	59.6
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<100mg/dlの割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<100mg/dl) (%)	73.6	71.9	61.6	61.6	60.3
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	64.7	66.3	69.9	67.8	66.8
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	66.5	64.9	66.8	66.4	61.1
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	59.0	51.8	100.0	75.9	66.7
市町村					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	100	100	100	66.0	67.0
連携参加ケアマネの普及率における栄養指導の実施率 (%)	69.0	69.0	77.0	57.1	59.6
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<100mg/dlの割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<100mg/dl) (%)	69.0	59.0	63.0	50.0	52.1
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	69.0	59.0	62.1	54.3	53.7
連携参加ケアマネの普及率におけるHbA1c<7%の割合 (%) (70歳以上ではHbA1c<7%) (%)	69.0	59.0	62.5	56.6	62.1
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	-	79.5	16.6	57.3	20.8

2) JKA に申請のあった普及啓発イベント数は、2021 年度は 110 件、2022 年度は 135 件、2023 年度は 148 件、2024 年度は 140 件、2025 年度は 151 件と増加傾向であった。

3) 「慢性腎臓病(CKD)」の認知率(症状も含めてよく知っている+病名だけは知っている)は全体 (20~70 代) で 42.6%であった。年代が上がるほど認知率は高く、勤労世代の認知率は 4 割に満たなかった。CKD の診断指標である尿蛋白の検査値の意味をあまり知らない割合は全体で 67.5%と高く、特に 30 代では 72.5%でもっとも高かった。一方の eGFR は、尿蛋白よりもさらに知られておらず、特に 30~50 代での認知率が低い、という結果であった。主な原疾患が糖尿病と高血圧であることも、勤労世代ではわからないが半数を超えていた。既に CKD を認知している人に対して、どこから情報を得たかを聞いたところ、全世代ではインターネット、テレビ、医師が上位であった。

4) 2024 年度の JKA 年度末アンケートの結果

・全 47 都道府県 (北海道は南北別にカウント、計 48 地域) から回答があり、初めて回収率 100% (2023 年度は 44 地域) を達成した。普及啓発に関する結果の概要 (図 1-4) を示す。

図1 <C. 普及啓発活動の実態や方針について>

問15	勤労世代 (20~50代) を主な啓発対象とした活動を実施していますか? →23都道府県 (昨年は18)
<回答の抜粋>	
活動の「場」のキーワード: ・産業保健・県庁/市役所・商業施設・コンビニ・組合健保・学校等	
(北海道) 北海道内の産業保健総合支援センター (全17ヶ所) に啓発資料を配布。 (岩手県) 岩手県庁職員の対象とした生活習慣病/CKD重症化予防啓発のための講話 (山形県) 山形大学オリジナル健康アプリWell-Being YUを用いた受診勧奨、生活習慣改善アドバイス (茨城県) 水戸内原イオンモールでCKDの啓発、健診受診促進、CKDに関連した市民講座に行政職員や水戸市長も参加して行う活動をしている (2013年から) (埼玉県) 県が運営するFMラジオ香取でのCKD啓発、大規模商業施設でのCKD啓発コーナー (千葉県) 協会けんぽ協会の協力を得て、受診勧奨を行っている (R5年度は約1600件程度) (山梨県) やまなし減塩フェスタ (新潟県) セブンイレブン (県内440店舗) にてCKD啓発リーフレット配布 等 (福井県) 商業施設内での啓発活動、市民公開講座 (岐阜県) イオンモール大垣でのイベント、県の広報誌での食事・運動療法などの啓発活動 (京都府) 腎臓大学啓発イベント (ゼスト連池地下街での血圧測定、栄養関連イベント等) (大阪府) 新たに40歳になった国民加入者へ特定保健受診案内を郵送 (徳島県) 組合健保での講演会 (香川県) CKD重症化予防対策に係る保健事業担当者等研修会、香川県産業保健総合支援センター主催研修会、保健者協議会専門部会でのCKD対策事業の講習会 (福岡県) 福岡市市民ホームページサイトでの普及啓発、学校区別の親に対する啓発 (その他、複数の県にて) 市民公開講座、世界腎臓大学啓発 等	

図2 <C. 普及啓発活動の実態や方針について>の続き

問18	貴都道府県での普及啓発活動の方針に当てはまるものをお答え下さい (複数回答可)。
例年の活動を継続している	
行政からの要望に応じて実施している	
人口の多い地域で実施している	
医師会からの要望に応じて実施している	
施設からの要望に応じて実施している	
活動が不十分な地域や対象が遅れている地域で実施しようとしている	
企業からの要望に応じて実施している	
厚労科研等の予算を用いて実施している	
自施設の予算を用いて実施している	
患者会からの要望に応じて実施している	
<その他>	
(岩手県) 厚労科研等の予算で資料 (成果物) を印刷しパンフレットを作成。あるいは血圧手帳を納入し医療機関に配布、啓蒙や連携に活用している。	
(宮城県) 公益財団法人日本腎臓病協会との連携、県内市町村に化学療法士と連携する。	
(福島県) その医療圏の危機感に応じて自然発生的に起こっています。	

図3 <C. 普及啓発活動の実態や方針について>の続き

低予算、低負担等、持続可能性が高いと考えられる活動事例をご記入下さい。	
<回答の抜粋>	
アイデアのキーワード: ・糖尿病/循環器・製薬企業講演会・Youtube・e-ラーニング・図書館 ・CKDシール・療養指導士の会・健診結果への同封/動画配信・ボランティア等	
(北海道) 岩手県、秋田県) 糖尿病関連事業を利用した行政との連携 (北海道) テレビ朝日のライオンアップ (香川県) 宮城県) 製薬企業の講演会の中で、かかりつけ医とのディスカッションの場を設ける (山形県) 山形大学オリジナル健康アプリ、ドラッグストアと連携して全国展開を開始 (群馬県) YoutubeへのCKD関連動画配信、オンラインでのCKD e-ラーニング講座 (長野県) 岐阜県、三重県、和歌山県) CKDシール (愛知県) 腎臓病療養指導士の会と連携した活動 (高知県) 病院薬剤師の啓発活動、処方箋メモの活用 (鳥取県) しまね健康情報e-ラーニングシステムの活用、健診会場での動画の配信 (岡山県) 患者会の提出、市町村庁舎内でのロールアップバナーの掲出 (山口県) 健康増進のイベントへの協賛 (徳島県) 認定医リストラの作成と健診結果への同封 (香川県) 市町村主催の集団腎臓病教室 (愛媛県) CKD ヒートマップやeGFRの医療者の健診結果への同封 (鹿児島県) 看護学生ボランティアによる市民講座 (沖縄県) CKD症例集刊と連携した教育活動 (その他、複数の県にて) 市民公開講座	

図4 <C. 普及啓発活動の実態や方針について>の続き

問19	貴都道府県での非医療者への普及啓発活動の効果検証方法に当てはまるものをお答え下さい (複数回答可)。
啓発活動後にアンケートを配布している	
受診勧奨数、受診に至った割合や実施数を指標としている	
健診受診率を指標としている	
保健指導実施数を指標としている	
定期的にCKDの認知度調査を実施している	
問20	貴都道府県での医療者への普及啓発活動の効果検証方法に当てはまるものをお答え下さい (複数回答可)。
専門医への紹介件数を指標としている	
受診勧奨数、動員後に受診に至った割合や実施数を指標としている	
専門医への紹介基準に則った紹介件数を指標としている	
保健指導実施数を指標としている	
<その他>	
(三重県) CKDシールの配布枚数 (佐賀県) 佐賀県保健医療計画の糖尿病対策の目標として特定健診の受診率および特定保健指導の実施率	

・勤労世代（20～50代）を主な啓発対象とした活動を実施していると、23都府県（2023年度は18都府県）から回答があった。それらの活動の場のキーワードとして、産業保健、県庁/市役所、商業施設、コンビニ、組合健保、学校等が挙げられた。

・各都道府県での普及啓発活動の方針としては、例年の活動を継続している地域（41 地域）や、人口の多い地域（26 地域）で実施しているケースが多いものの、活動が不十分・対策が遅れている地域で実施するようにしているという回答も 16 地域からあり、2023 年度の 11 地域より増加した。

・持続可能性が高いと考えられる活動事例のキーワードとしては、糖尿病/循環器との連携、製薬企業講演会、YouTube、e-ラーニング、図書館、CKD シール、療養指導士の会、健診結果への同封/動画配信、ボランティア等が挙げられた。

・新潟県では、腎機能および CKD に関する質問票調査を実施し中学生およびその保護者における腎機能および CKD に関する知識が不十分であることを示した。また、生徒と保護者の間で CKD の認知に有意な相関が認められた。これらの結果は、腎臓の健康に関する公衆教育および認知向上を図るためのターゲットを絞った戦略の必要性を示唆している。

2. 地域における診療連携体制構築

(1)医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化

・JKA アンケート調査 A.8「貴都道府県において、千葉県の CKD 対策協力医や、熊本市の CKD 病診連携医のように、動画の視聴や説明会への参加等の要件を満たした CKD 対策推進に賛同・協力するかかりつけ医が、健診後の受診勧奨先となることや、専門医療機関への紹介基準等を活用した連携等を行なう制度はありますか？」では、2023 年度は「あり」が 16、「なし」が 33 であったが、2024 年度は「あり」が 22、「なし」が 26 と連携制度の増加が認められた。また、D.23「貴都道府県において、J-CKDI が連携している団体等として当てはまるものをお答えください。」では、2023 年度は都道府県 34 件、都道府県医師会 29、歯科医師会 10、薬剤師会 20、栄養士会 17 であったが、2024 年度は都道府県 42、都道府県医師会 30、歯科医師会 12、薬剤師会 26、栄養士会 20 といずれも増加していた。

・診療連携体制の実際に関するデータは表 2 に示す。紹介患者数は増加していたが、紹介基準に沿った紹介患者割合は増加していなかった。逆紹介患者数は増加していた。病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数はいずれの地域でも増加していた。千葉県では、CKD 対策協力医制度を立ち上げており、協力医に対して連携にアンケート調査（図 1）を行ったところ、「CKD 診療連携は行いやすくなりましたか？」に対して、66%が行いやすくなったと回答された一方で、26%は行いやすくなっていないという回答であった。また、「CKD 病診連携に満足されていますか？」に対して、73%が満足していると回答された一方で、18%は不満という回答であった。

・医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及啓発活動について：愛知県では県内の 4 大学が共同で「愛知県で慢性腎

臓病（CKD）を診療いただいている皆様へ」（図 2）を作成している。千葉県では医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性を普及・啓発するために、千葉県健康福祉部から千葉県医師会等へ添付のようなチラシ（図 3）を配布している。

・CKD 診療連携強化に係る連携方法（パスの使用など）について：

群馬県の CKD 病診連携システムを示す（図 4）。令和 5 年からは前橋市が開始し、平成 28 年から実施している高崎市では連携システムをバージョンアップさせている。また、国保の特定健診のみならずその他の保険検診受診者もシステムに乗るようになった。

山梨県では、以前から病診連携医制度を行なっていたが、令和 6 年度からは紹介基準をバリアフリー化（腎臓内科医に紹介したいでも OK）とした（図 5）。松本市では、糖尿病性腎症・CKD 病診連携ネットワークにより紹介・逆紹介を回しながら、そこに保健指導もうまく絡めて稼働させている（図 6）。また、そのネットワークでは、検査別（図 7）と疾患別（図 8）の紹介基準を用いている。

長野県では、CKD 病診連携フォローチャート（図 9）を作成し、検尿と eGFR によって、「紹介を強く推奨」、「紹介推奨」、「要治療・要経過観察」に分け、二人主治医制をうまく回している。

静岡県では糖尿病性腎症重症化予防プログラムに相乗りし、CKD 病診連携パスを使用し、運用している（図 10）。

久留米市では、保健指導・医療連携強化のため、（図 11）に示すように、一般医用、腎臓専門医/糖尿病専門医用の保健指導連絡票を用いて、その実施医療機関、実施件数が年々増加している。

岡山県では（図 12）に示すように、病院の統廃合など様々な課題があるが、県内全域で CKD 病診連携システムが稼働している。

・石川県では、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された。

・富山県では、行政が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が、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なり、県内共通の CKD 紹介状を郡市医師会で普及する予定である。

表2 定点観測における診療連携体制の実際に関するデータ

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
福岡県					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	110	140	165	182	162
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄緑色での紹介数、eGFR<45での紹介数）（%）	75.0	51.0	45.5	39.6	34.0
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	8	11	25	24	20
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）（人）	10	11	15	20	20
千葉県					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	219	387	426	910	995
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄緑色での紹介数、eGFR<45での紹介数）（%）	40.8	42.3	41.5	43.4	41.6
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	203	195	194	1049	1242
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）（人）	229	328	710	965	1,358
岡山県					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	17	47	48	38	37
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄緑色での紹介数、eGFR<45での紹介数）（%）	14.9	57.4	67.0	55.3	51.4
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	0	32	37	28	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）（人）	72	93	146	147	180
熊本県					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	12	230	193	315	380
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄緑色での紹介数、eGFR<45での紹介数）（%）	100	100	100	100	100
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	-	63	45	115	165
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）（人）	9	47	32	86	144

図1 令和6年千葉県CKD対策協力医アンケート結果

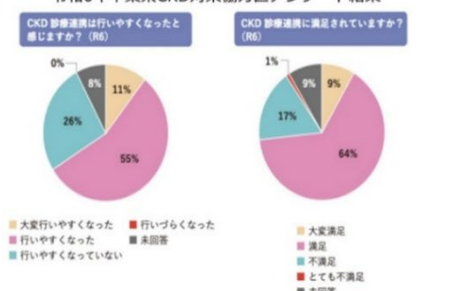
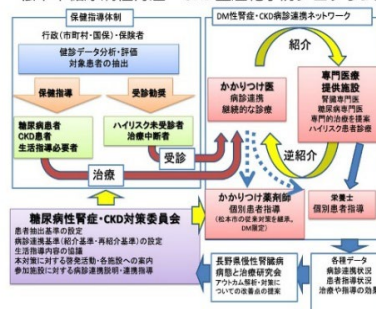
 松本市糖尿病性腎症・CKD重症化予防プログラム

図2 愛知県で慢性腎臓病(CKD)を診療した病院にしている皆様の



図7 松本市糖尿病性腎症・CKD病診連携紹介基準（検査別）

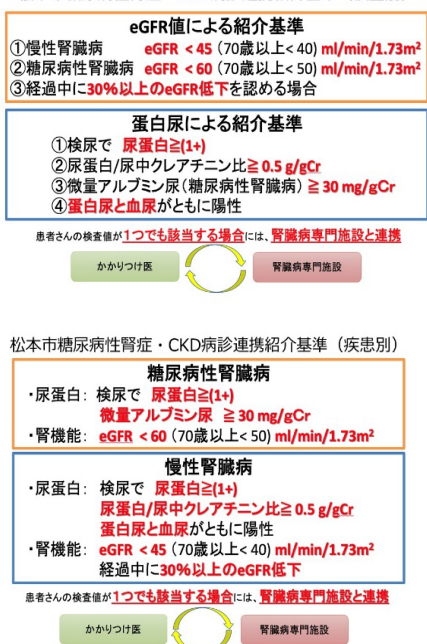


図4 群馬県内のCKD病診連携システム

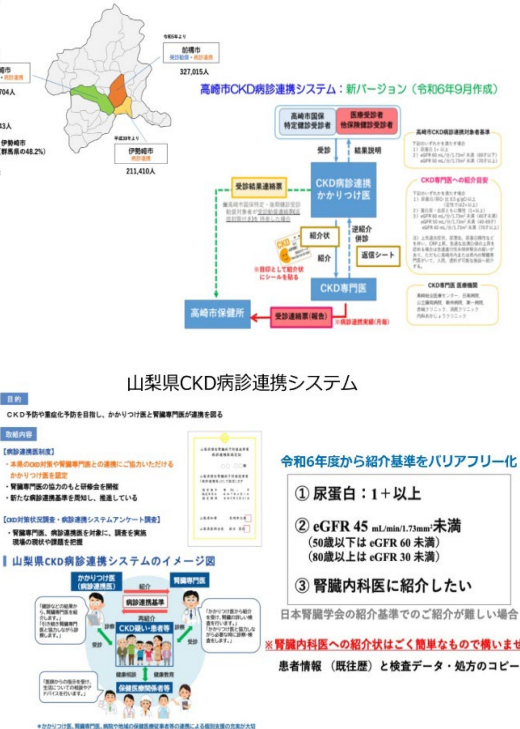


図11 久留米市における保健指導・医療連携の強化

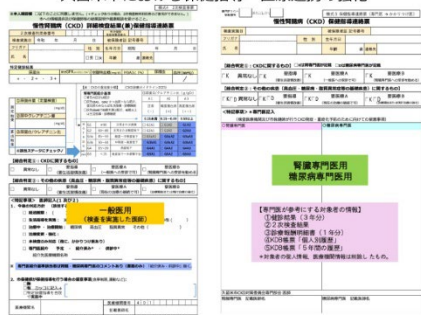
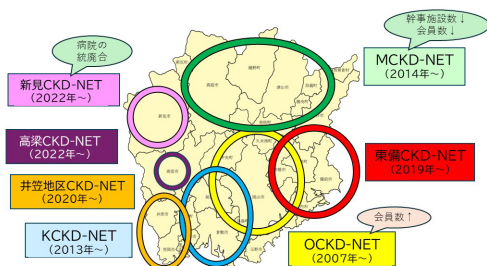


図12 岡山県内のCKD病診療連携システム

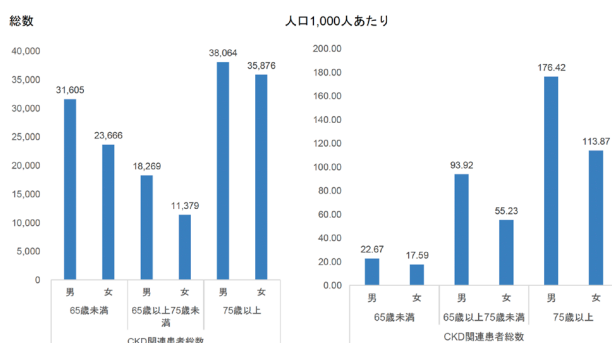


(2)医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発

『横浜市医療ビッグデータ (YoMDB: Yokohama Original Medical Data Base) および社会保険診療報酬支払基金レセプトデータを活用した医療ビッグデータ分析結果では、横浜市におけるCKD患者はともに75歳以上の後期高齢者の割合が高いことが示された (図1)。

図1:

横浜市におけるCKD患者総数

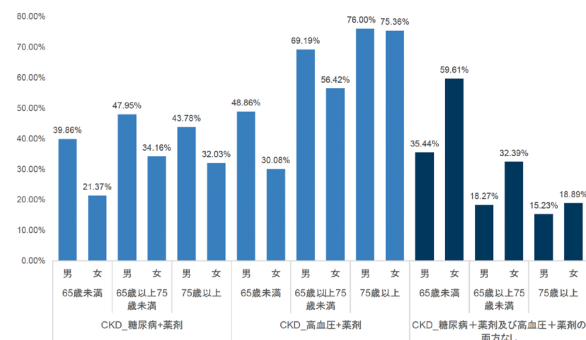


注) YoMDB及び支払基金より2024年4月診療（5月審査）～2025年3月診療レセプトデータから抽出（患者住所別別）

一方で、65歳未満では糖尿病と高血圧をとまわらないCKD患者の割合が高いことも示され、今後はこれから生活習慣病を介さないCKD患者の割合が高いことも示された (図2)。

図2:

CKDのうち、生活習慣病を持つ/持たない患者の割合

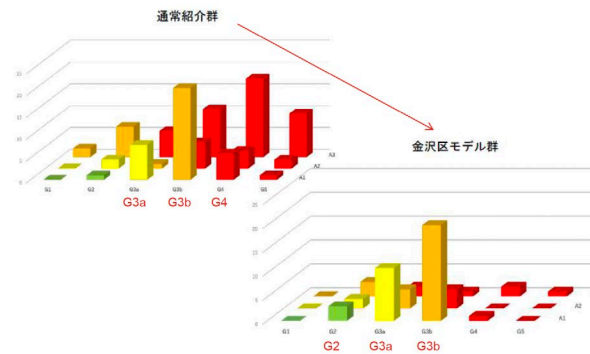


注) YoMDB及び支払基金より2024年4月診療（5月審査）～2025年3月診療レセプトデータから抽出（患者住所別別）

そして、18区ある横浜市の金沢区を先行実施対象地域として実施した、慢性腎臓病(CKD)診療連携もどる事業においては、通常の紹介パターンの場合 (CKDステージG3a-G3b-G4に多い紹介患者数) に比較して、CKD患者紹介用に新規に開発した統一的CKD患者紹介書式を用いての紹介パターン (金沢モデル) の場合 (G2-G3a-G3b) にCKD患者層が変化していた。つまり、地域の医療機関からの慢性腎臓病 (CKD) 患者の専門医療機関への紹介が、より早期に行われる状況に変容するという変化が認められた (図3)。

図3:

通常紹介群と金沢区モデル群の比較



(3)好事例共有・横展開

まず、令和6年度に厚労省から、令和6年度版標準的な健診保健指導プログラムが発出された。この中で、最新のCKD診療ガイドライン2023およびCKD診療ガイド2024と連携している内容として、尿蛋白(±)の扱いが変わった。すなわち、CKD診療ガイドラインやCKD診療ガイドにおいては、尿蛋白(±)を軽度蛋白尿、(+)以上を高度タンパク尿と位置づけ、「2年連続健診で尿蛋白(±)であればかかりつ

け医に受診勧奨」という項が設けられている。標準的な健診保健指導プログラムにおいても、 $eGFR \geq 45$ においても、尿蛋白（±）の場合は保健指導の対象となることが明記されている。これを受けて、各自治体における行政と医療機関の連携対象者の見直しが必要と考えられた。そこで岡山県においては、岡山県が大学とともに2015年に策定していた「特定健診・特定保健指導の手引き～CKD（慢性腎臓病）フォローアップ対策編～」を、これらのガイドラインやガイドなどの内容にあわせ第2版として改訂した。

(<https://www.pref.okayama.jp/page/423366.html>)

CKD 協力医制度については、講演会などを通じてその周知が図られた。各都道府県において、既存の連携体制の規模感やその進展達成度などが異なることから、各都道府県において、CKD 協力医制度に関する聞き取りが行われた。

全47都道府県から、「普及啓発」および「診療連携」に対する取り組みのスライド作成を依頼し、全都道府県（北海道は北と南あり、福岡県は複数あり）において上記2つに対する個別のスライドを作成した。それらのスライドを2班合同ホームページ(<https://ckd-research.jp/>)にとりまとめて掲載し、公開した。

(図1)

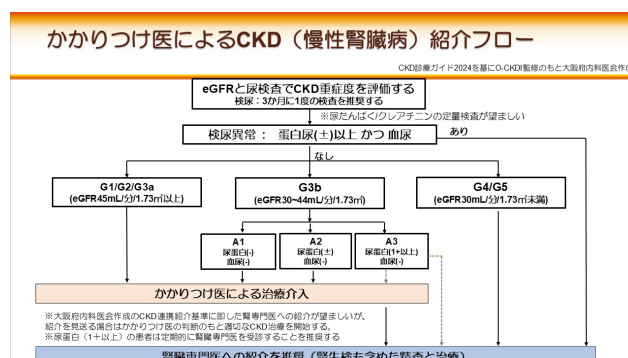


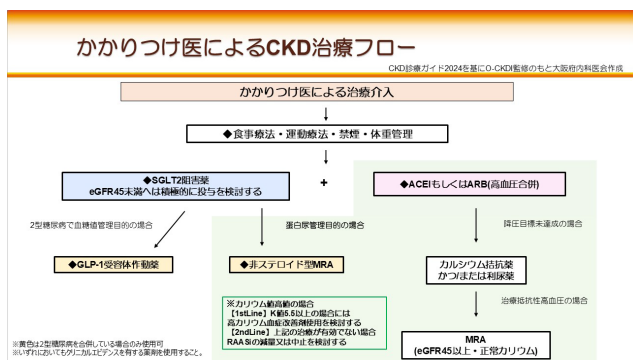
具体的には上記ホームページの「研究開発の推進」(図1)をクリックする。次に「全国での取り組み・年次推移」の項をクリックすると全国地図(図2)が表示される。ここで閲覧を希望する都道府県をクリックすることで知りたい都道府県の情報へアクセスできるようになっている。ホームページの中で、例えば岡山県をクリックすると岡山県の普及啓発の取り組みと認知度に関するスライドや、診療連携体

制構築の取り組みに関するスライドをいつでもどこからでもダウンロードできるようになっている。CKD診療ガイドラインや診療ガイドの改訂をうけ、また、各都道府県におけるCKD診療連携の進展はさらに深化していると考えられたため、今研究班において、最新のものにupdateすることが望ましいとされた。これらのHPの存在およびその内容を利活用してさらなるCKD普及啓発を推進し全国展開するために、今年度は各都道府県での行政関係者および医療従事者の研修会や、一般住民対象の普及啓発イベントや市民公開講座などで本HPの紹介および情報共有を図った。具体的には、R7年度岡山県においては、医師向けに県内計7つのCKD医療連携ネットワーク講演会や、行政関係者や保険者、医療関係者対象の計20回の研修会（モデル事業、オンライン研修会等）で、一般市民向けには計6回の公開講座/健康教室で本HPの供覧と見方について情報共有を行った。

(4) 腎臓専門医療機関とCKD診療に関するかかりつけ医機能を有する医療機関の連携強化・協力医（連携医）制度の構築

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診療の均質化を図った。





また、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。

(5)健診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進

1) 特定保健指導対象者における生活習慣スコアならびに保健指導実施の有無と次年度生活習慣スコア、健診受診率の検証

特定健診を令和4年度と令和5年度に連続して受診した者について、令和4年度の生活習慣スコアの変化と令和5年度特定健診未受診者数を集計した(表1-a～c)。

表1 令和4年度特定健診受診者の翌年(令和5年度)の生活習慣スコアと特定健診未受診状況

a. 特定健診2か年連続受診者(令和4年・令和5年)

令和4年度生活習慣スコア (人)		令和5年度生活習慣スコア										令和5年度未受診者 (人)	
		0点		1点		2点		3点		4点		5点	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0点	1,354	531	0.41%	313	0.24%	91	0.07%	12	0.01%		0.00%		0.00%
1点	10,555	266	0.20%	4,456	3.43%	2,308	1.78%	503	0.39%	60	0.05%	6	0.00%
2点	35,943	57	0.04%	2,125	1.64%	17,182	13.23%	6,220	4.79%	856	0.66%	54	0.04%
3点	54,757	10	0.01%	392	0.30%	5,602	4.31%	28,746	22.13%	6,298	4.85%	404	0.31%
4点	23,813		0.00%	26	0.02%	717	0.55%	5,774	4.45%	10,201	7.85%	1,112	0.86%
5点	3,445		0.00%	2	0.00%	38	0.03%	353	0.27%	1,094	0.84%	1,098	0.85%
計	129,867	864	0.67%	7,314	5.63%	25,938	19.97%	41,608	32.04%	18,509	14.25%	2,674	2.06%

b. 令和4年度特定保健指導対象者のうち特定保健指導を実施された者

令和4年度生活習慣スコア (人)		令和5年度生活習慣スコア										令和5年度未受診者 (人)	
		0点		1点		2点		3点		4点		5点	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0点	73	35	1.21%	21	0.73%	4	0.14%		0.00%		0.00%		0.00%
1点	482	23	0.79%	203	7.01%	122	4.22%	40	1.38%	7	0.24%	1	0.03%
2点	1,275	2	0.07%	82	2.83%	637	22.01%	283	9.78%	40	1.38%	3	0.10%
3点	797		0.00%	10	0.35%	153	5.29%	402	13.89%	109	3.77%	8	0.28%
4点	245		0.00%		0.00%	24	0.83%	76	2.63%	99	3.42%	13	0.45%
5点	22		0.00%		0.00%	1	0.03%	3	0.10%	5	0.17%	9	0.31%
計	2,894	60	2.07%	316	10.92%	941	32.52%	804	27.78%	260	8.98%	34	1.17%

c. 令和4年度特定保健指導対象者のうち特定保健指導を実施されなかった者

令和4年度生活習慣スコア (人)		令和5年度生活習慣スコア										令和5年度未受診者 (人)	
		0点		1点		2点		3点		4点		5点	
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)
0点	363	128	1.15%	74	0.67%	14	0.13%	3	0.03%		0.00%		0.00%
1点	1,829	64	0.58%	715	6.43%	351	3.16%	84	0.76%	15	0.13%	1	0.01%
2点	4,908	10	0.09%	327	2.94%	2,163	19.45%	790	7.10%	106	0.95%	9	0.08%
3点	2,982	2	0.02%	61	0.55%	518	4.66%	1,203	10.82%	310	2.79%	25	0.22%
4点	937		0.00%	4	0.04%	53	0.48%	251	2.26%	317	2.85%	44	0.40%
5点	100		0.00%		0.00%	3	0.03%	14	0.13%	28	0.25%	19	0.17%
計	11,119	204	1.83%	1,181	10.62%	3,102	27.90%	2,345	21.09%	776	6.98%	98	0.88%

このデータをもとに、令和4年度受診者全体、特定保健指導対象者のうち保健指導実施群および非実施群における生活習慣スコアの変化と令和5年度特定健診未受診率を集計した。その結果、生活習慣スコアの改善割合は、特定保健指導実施群で22.49%であり、未

実施群の16.42%に比して高かった。また、次年度特定健診受診率は、特定保健指導実施群で83.45%であり、未実施群の69.30%に比して高率であった(図1-a, b)。

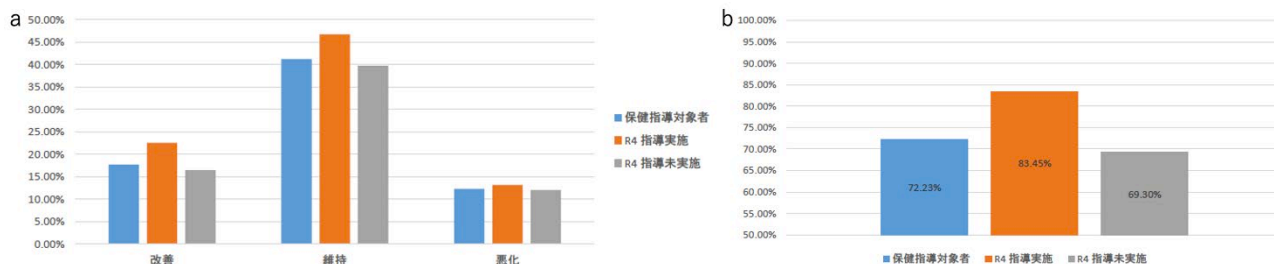


図1 特定保健指導の効果 a. 令和4年度特定保健指導実施有無による令和5年度の生活習慣改善の状況、
b. 令和4年度特定保健指導実施有無による令和5年度の特定健診継続受診者の状況

2) 生活習慣スコアと生活習慣病・CKD の新規発症との関連の検証

令和4年度の生活習慣スコアが低い群(0~2点)に対し、生活習慣スコアの高い各群(3~5点)における高血圧、糖尿病、CKD(蛋白尿)の新規発症のオッズ比(95%信頼区間)は、それぞれ高血圧 0.71(0.68~0.75)、糖尿病 0.52(0.48~0.58)、CKD(蛋白尿)0.76(0.70~0.82)であった。

3) 解析結果を活用した保健事業の展開

解析結果を踏まえ、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(図2)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。上記解析結果をフィードバックするとともに、PDCAサイクルによる効果的な保健指導の進め方や、CKDの病態と対策の地域での実践について啓発した。

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	
次 第	
日 時：令和7年10月20日(月) 10時30分~15時30分 開催方法：Web開催(Zoom使用)	
1 開 会	
2 検 挙	
3 内 容	
第1部	『保健事業を著実に実践するために ~PDCAサイクルによる効果的な保健指導の進め方~』 講師：福島県国民健康保険団体連合会 保健事業課
第2部	情報提供
(1)	研究『5つの生活習慣は慢性腎臓病の発症率を減少させる』(動画視聴60分) 講師：新潟大学大学院 医学部総合研究科 腎・膠原病内科 客員研究員 若杉 三奈子 氏
(2)	『5つの生活習慣での保健事業の評価について』 福島県国民健康保険団体連合会 保健事業課
講演	『慢性腎臓病(CKD)病態と対策の地域での実践について』 講師：岩手医科大学 医学部 内科学講座 腎・高血圧内科分野 教授 旭 浩一 氏 (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 副委員長)

図2 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 次第

3. 診療水準向上

(1) 移行期医療

研究協力者と推敲を加え、研究計画書と調査票の作成を行った。調査票は選択式の設問が28問、記述式の設問が8問の計36問から構成される。調査票の詳細な項目については分担研究報告書内、添付資料を参照して頂きたい。

(2) 高齢 CKD 患者、透析・移植後患者の QOL 維持向上

台湾における、末期腎不全の緩和ケアでは、CKMにおいて一時的透析が含まれる。現在本邦でも台湾のようにCKMの経過で一時的透析(time limited dialysis)を含めるか否か、議論が始まった。同様にCKMの定義、KSC(腎臓支持療法)の位置づけも議論が始まった。

D. 考察

2026年には診療報酬改定も予定され、両立支援と腎不全の緩和ケアの議論の活発化を得た。なお本邦のCKMの考え方、KSCの普及には、まだ欧米との隔りがある。

(3) 難治性腎疾患の診療レベルの向上・均霑化

厚生労働科学研究費補助金・難治性疾患政策研究事業「難治性腎障害に関する調査研究」と緊密に連携し、研究推進を行った。

(4) 尿中アルブミンの測定診療報酬化

T2D患者における結果 UACR 検査は、「検査なし」と比較して1,000人あたり100.45の生存年(LY)と94.20の質調整生存年(QALY)の増加をもたらした。これに伴う生涯費用の増加は249,896,684円であり、ICERは2,652,693円/QALYとなった。また、UPCR 検査との比較では、UACR 検査によって54.68 QALYの追加獲得と0.83件の透析回避が示され、ICERは2,460,453円/QALYであった。さらに詳細なシナリオ分析により、以下の点が明らかになった：

・尿試験紙検査との関連：事前の試験紙検査が陰性または「±」であっても、UACR 検査の実施は一貫して費用対効果が高く(ICER 217万~270万円)、試験紙単独では多くの腎損傷が見逃されているこ

とが示された。

・CKD ステージ別：ステージ1 から4 のいずれで検査を開始しても費用対効果は維持され、特にステージ4 での ICER は 405, 995 円と極めて良好であった。

・新規治療薬の導入：SGLT2 阻害薬やフィネレノンなどの最新治療を組み合わせた場合、薬剤費の増加を考慮しても ICER は 500 万円の閾値を下回り続け、早期発見の価値が損なわれないことが証明された。

非糖尿病患者における結果 非糖尿病集団においても同様の傾向が確認された。UACR 検査は「検査なし」に対して 1, 000 人あたり 32. 90 QALY を獲得し、ICER は 1, 953, 958 円であった。UPCR 検査との比較では 18. 77 QALY の増加に対し、ICER は 1, 966, 433 円となった。

・臨床イベントの抑制：UACR 検査の実施により、1, 000 人あたり 1. 08 件の透析導入と 0. 61 件の心血管 (CV) イベントが回避された。

・リスク段階別の優位性：初期段階 (低リスク) では治療介入がないため ICER は算出されないが、高リスクおよび極めて高リスクの段階では、UACR 検査は「ドミナント (費用を削減しつつ健康を改善する)」であり、早期介入が医療コストの純減に直結することが示された。

・心血管イベントの内訳：回避された CV イベントには心筋梗塞、脳梗塞、脳出血等が含まれ、多方面での臨床的メリットが確認された。

(5)地域における腎臓病・透析医療の継続性を担保するために、遠隔医療等の方法論を開発

透析情報や診療情報を医療機関間で共有可能な基盤整備を進め、災害時の避難透析や患者移送時に必要な情報連携体制の構築を行った。また、患者自身による健康情報管理および医療機関間連携の実現可能性について評価した。これにより、地域差や災害時医療アクセス低下の影響を軽減し、腎臓病診療の継続性向上に資する基盤整備が進展した。

(6)災害・感染症パンデミックに対する腎臓病診療、患者のレジリエンス強化のための方策の開発

能登半島の研究課題については、現時点で 400 名のうち、270 名より承諾書を収集している。被災 A 病院の 15 人を解析したところ、基準体重が有意に低下した。被災および避難が、患者の病態に影響したことを示唆する結果であると考えられる。各患者の透析情報を Personal Health Record の仕組みを用いて、登録するシステムを構築した。災害時には、避難先で透析情報を引き出すことが可能となるシステムが確立した。

熊本地震に関しては、学会活動を通じて、腹膜透析および血液透析患者を含む CKD 患者における災害時の備え、情報共有体制、医療機関の役割分担の重要性を再認識し、その知見をアンケート項目に反映した。熊本県の医療施設を対象としたアンケートについては、熊本県透析施設協議会と連携の

もと内容を立案中である。

また、腎臓病対策推進のために神奈川県が設置している組織体である神奈川県慢性腎臓病 (CKD) 対策連絡協議会が令和7年11月12日に開催され、日本腎臓学会-日本腎臓病協会から本研究分担者の田村功一が構成員として出席し、平時と災害時における腎臓病対策についての検討を行った。

感染症対策に関しては、浜松医大附属病院での透析導入時のワクチン接種率が 2020 年度と比べ 2025 年度は、带状疱疹ワクチン 1 割から 2 割、B 型肝炎ワクチン 1 割以下から 3 割、肺炎球菌ワクチン 3 割から 5 割へと上昇した。

4. 人材育成

1) 腎臓病療養指導士の継続的な育成：認定のための講習会を本年度よりオンディマンドのみで行い 469 名の参加があった。認定試験には 304 名の応募があり、2026 年 1 月 25 日に認定試験を実施、受験者 301 名中 387 名が合格となった。今年度の資格更新者は 156 名であった。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。

2) 腎臓病療養指導士の地域差是正：地域の実情に見合った支援が必要なことから、各都道府県の連携協議会の設立を進める必要がある。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ことが判明、これを推進するための支援策について検討を行った。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る。

3) 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し、評価を行ってゆく。

4) 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)。さらに追加解析により、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た。教育プログラム作成WGを組織し、多職種による指導教育の手引きと標準教育プログラムを作成した。今後はこの手引きの普及と活用を推進する方針である。

5. 研究の推進：研究開発・国際比較

(1)AMED,厚労省等の公的研究

- ・ 総件数は 249 件、総額は 150.5 億円であった。
- ・ 研究代表者は 93 名であった。
- ・ 研究機関は 68 機関であった。
- ・ 資金は一部の研究代表者に集中しており、上位 10 名で総額の 73.7% を占めた。

資金源別の比較

資金源	件数	総額 (億円)	構成比	平均額 (万円)	中央値 (万円)
AMED	83	103.1	68.5%	12,568	3,894
厚労科研	84	39.6	26.3%	4,719	1,335
JST	82	7.8	5.2%	947	429

- ・ AMED は 83 件で件数シェアは 33.3%だが、総額では 68.5% を占め、1 件あたりの金額が最も大きかった。
- ・ 厚労科研は 84 件で件数が最も多く、中規模研究の集積がみられた。
- ・ JST は 82 件と件数は多い一方、平均額・中央値ともに相対的に小さく、小型研究中心の構成であった。

研究開始年度ベースでみると、資金獲得額のピークは 2021 年 (28.2 億円)、2022 年 (23.5 億円)、2024 年 (21.2 億円) であった。特に 2021 年、2022 年、2024 年は大型案件の影響が大きく、全体の山を形成していた。研究分野別では、総額上位は その他 (36.6 億円)、CKD 対策 (19.4 億円)、病態解明 (17.7 億円)、難治性疾患事業 (15.6 億円)、創薬事業 (14.6 億円)、臨床研究 (11.6 億円) であった。「その他」は大型案件を含むため総額が大きい、件数ベースでは「病態解明」が最多であり、基礎・病態研究の厚みが示唆された。一方、CKD 対策や難治性疾患事業は、政策・事業系資金との親和性が高い構成であった。

(2) 国際動向

日本は高所得国として保存期 CKD 診療、血液透析、腹膜透析、腎移植の各診療モダリティ自体は充実しており、腎代替療法へのアクセスも比較的整備されていた。日本を含む北東アジア地域は、透析および移植レジストリ整備、腎代替療法の提供体制、腎臓専門医数の面で比較的良好であり、各地域の中でも高い水準にあると報告されている。一方、腹膜透析や腎移植の普及は血液透析ほど高くはないことが共通の特徴として示されている。ISN GKHA では、世界的には保存期 CKD 診療や腎疾患関連薬剤への公的補償、専門人材、レジストリ整備に大きな国際格差があることが示されている。2019 年版で

は、保存期 CKD 診療が公的にカバーされる国は 48% にとどまり、高所得国ほど公的保障が厚い一方、低・中所得国では患者自己負担やアクセス制限が大きいことが報告されている。日本では保存期 CKD 診療については、公的保証は充実しており、一定の自己負担を伴いながらも制度的には整備されている。各国における災害対策は、災害の種類によって大きく異なっていた。

(3)疫学調査

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。

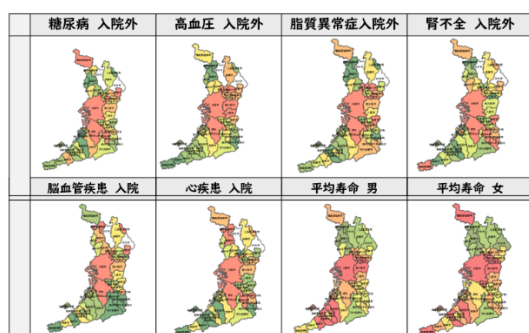
65 歳以上の高齢者については、DeSC データを分析し、自治体国保に所属する 65 歳～90 歳高齢者 298 万人を対象とした。年齢、性別、本人・被扶養者、過去健診受診状況で重み計算を行い、各年齢別に CKD の割合を求めた。75 歳から 79 歳、80 歳から 84 歳、85 歳から 89 歳における CKD の割合はそれぞれ 25.47%、36.21%、49.41%であった。本研究では 90 歳以上の CKD の割合は測定していない。2025 年 1 月の人口推計概算値はそれぞれの年代で、803 万人、612 万人、396 万人となり、CKD 患者数はそれぞれ 204.5 万人、221.6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



(4)腎疾患対策の効果のより適切な評価方法の確立

腎疾患対策の進捗状況および政策効果をより適切に評価するため、ロジックモデルに基づく評価体系の構築を進めた。最終アウトカムとして新規透析導入患者数の減少を設定し、その達成に向けた初期アウトカム、中間アウトカム、アウトプット、インプット指標を整理した。さらに、全国定点観測地域における CKD 対策の実施状況や診療連携体制、普及啓発活動状況等の情報収集を行い、政策評価に必要な指標候補を抽出した。加えて、J-CKD-DB、NDB、自治体データ等のリアルワールドデータを活用した評価手法の検討を進め、地域差を考慮した継続的な PDCA サイクル構築に向けた基盤整備を行った。

(5)CKD患者データベース (J-CKD-DB) 等を活用した研究を進める。

診療実態解明に関しては高血圧合併 CKD 患者における降圧薬の処方実態を 2014 年から継続的に評価した。また腎臓病の合併症のうち重要な高カリウム血症と腎予後に関して解析を行い、相関関係があることが示された。同時に time dependent Cox 解析により、平均的なカリウム値より一過性の高カリウム血症がより腎イベント発症に関連するこ

とがわかった。また、国際比較として「台湾データベース研究と J-CKD-DB における CKD 進行リスク因子の比較」も検討している。その他、糖尿病患者におけるアルブミン尿 30 mg/gCr 未満が腎予後に影響を及ぼすかどうか検討を行っている。

6. 情報発信・広報

これまでの研究で明らかとなった取組の進捗が不十分な地域に対しては、他地域の先進的取組をモデルとして提示し、具体的な導入手順を含めた情報提供を強化した。また、ウェブサイトのアクセス状況について、閲覧数、利用者属性、閲覧ページ等の解析を実施し、利用実態の把握および課題の抽出を行った。これらの結果を踏まえ、コンテンツの見直しおよび新規コンテンツの追加等、継続的な改善を行い、情報発信の到達性および実効性の向上を図った。以上の取組により、腎疾患対策に関する情報の可視化および知見共有の基盤を強化し、各地域における診療連携体制の構築および普及啓発活動の推進に寄与した。



D. 考察

本研究は、令和元年度から令和3年度、令和4年度から令和6年度に実施された厚生労働省政策研究班の成果を踏まえ、腎疾患対策検討会報告書に基づく CKD 対策をさらに推進し、その進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンスを構築することを目的として実施している。令和7年度は、新たな3年計画の1年目として、これまでに構築された普及啓発、診療連携、診療水準向上、人材育成、研究開発・国際比較、情報発信の各取組を継承しつつ、全国における CKD 対策の実装状況を再評価し、地域差や未解決課題を明確化する年度と位置づけられる。

本年度の成果として、第一に、CKD 対策の進捗を全国的に把握するための基盤が引き続き強化された。日本腎臓病協会等と連携した全国調査、定点観測、各地域における取組状況の把握により、普及啓発活動、診療連携体制、受診勧奨、協力医・連携医制度、多職種連携の実装状況を可視化することが可能となった。これにより、単に活動の有無を把握する段階から、地域ごとの課題を抽出し、重点的に介入すべき領域を検討する段階へ進みつつある。

第二に、地域における CKD 診療連携体制の構築については、行政、医師会、保険者、腎臓専門医、かかりつけ医、保健師、腎臓病療養指導士等が連携する体制整備が各地で進展していることが確認された。

一方で、連携体制の成熟度、紹介基準の運用状況、健診後の受診勧奨体制、専門医療機関へのアクセスには地域差が残されている。したがって、今後は好事例の単なる紹介にとどまらず、地域特性に応じて導入可能な標準的プログラムとして整理し、実装可能性を高めることが重要である。

第三に、保健指導、生活習慣改善、尿中アルブミン測定、CKD診療ガイドライン遵守、J-CKD-DB等を活用した解析により、CKD重症化予防に資する実証的知見が蓄積されつつある。特に、健診データや保険者データ、NDB、J-CKD-DB等を活用した解析は、CKD患者数の推定、地域別の医療提供体制の評価、診療内容とアウトカムの関連を検討するうえで重要である。今後は、これらのデータを統合的に活用し、CKD対策の効果をより適切に評価する指標の確立が求められる。

第四に、CKD患者のQOL維持向上、移行期医療、高齢CKD患者への対応、腎不全緩和ケア、災害・感染症パンデミック時の腎疾患診療のレジリエンス強化など、従来の「透析導入抑制」ととどまらない課題への取組も進められた。腎疾患対策検討会報告書では、新規透析導入患者数の減少のみならず、透析患者および腎移植患者を含むCKD患者のQOL維持向上が重要な目標として掲げられている。したがって、今後のCKD対策では、早期発見・重症化予防とともに、ライフステージや病期に応じた包括的支援体制を整備する必要がある。

以上より、本年度の研究により、これまでの第1期・第2期で構築されたCKD対策の基盤を継承しつつ、第3期における進捗管理、地域差の是正、重点介入、社会実装に向けた課題が明確化された。今後は、得られた知見を厚生労働省、日本腎臓学会、日本腎臓病協会、公募研究班、自治体および医療関係団体と共有し、全国でCKD対策のPDCAサイクルを持続的に機能させることが重要である。

E. 結論

腎疾患対策検討会報告書では、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こと、ならびにCKD患者、透析患者および腎移植患者のQOLの維持向上を図ることが全体目標として掲げられている。また、2028年までに年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させることが具体的な目標とされている。令和7年度は、新たな3年計画の1年目として、これまでの研究班活動により構築されたCKD対策の基盤を踏まえ、全国における取組の進捗把握、地域差の評価、好事例の横展開、診療連携体制の強化、CKD対策の効果を評価するためのデータ基盤整備を進めた。これにより、CKD重症化予防および患者QOL向上に向けた政策的・実務的課題がより明確となった。今後は、得られた成果を活用し、地域の実情に応じたCKD対策

をさらに推進するとともに、重点介入が必要な地域や領域を明確化し、実装、評価、改善を継続する体制を確立する必要がある。本研究で得られた知見は、CKDの早期発見・早期介入、新規透析導入患者数の減少、CKD患者のQOL維持向上に資する今後の政策提言および社会実装の基盤となる。

(倫理面への配慮)

すべての研究者は「ヘルシンキ宣言（2013年10月改正）」、「個人情報保護に関する法律（2015年9月改正）」、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（2017年4月改正）」、「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(2021年3月)」、「医薬品の床試験の実施の基準に関する省令(GCP省令)(2021年1月改正)」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5.1版(2021年1月改正)」を厳格に遵守する。個人情報保護法に基づき、被験者の秘密保護に十分配慮する。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yano Y, Nagasu H, Kanegae H, Itano S, Nangaku M, Suzuki H, Ohashi M, **Okada H**, Suzuki Y, **Kashihara N**. Association between early proteinuria reduction and kidney outcomes in Japanese patients with IgA nephropathy: The Japan Chronic Kidney Disease Database. *Clin Exp Nephrol*. 2026 Mar;30(3):424-433.
- 2) Pecoits-Filho R, Kanda E, **Kashihara N**, Ofori-Asenso R, Chen H, Pentakota S, Järbrink K, Garcia Sanchez JJ, Lam CSP, Fishbane S, Pollock C. Characteristics and cardio-renal outcomes in patients with CKD receiving guideline-directed medical therapy: insights from DISCOVER CKD. *Nephrol Dial Transplant*. 2026 Feb 27;41(3):500-510.
- 3) Kinguchi S, Tamura K, Yano Y, Nangaku M, Isaka Y, Maruyama S, Kanegae H, Heerspink HL, Nakagawa N, Nishio S, Asahi K, Yamagata K, Fukui A, **Okada H**, Narita I, Tsuruya K, Wada J, Terada Y, Mukoyama M, Imai E, Yokota N, Kobayashi K, **Kashihara N**. Design of the Japan Kidney Association-Pemafibrate Intervention for Chronic Kidney Disease patients Study (JKAPI-CKD Study). *Clin Kidney J*. 2026 Feb 23;19(4):sfag053.
- 4) Tuttle KR, Mann JFE, Mayrdorfer MM, Rayner B, Pugliese G, Pratley RE, Perkovic V, Mahaffey KW, **Kashihara N**, Jeppesen OK, Gumprecht J, Correa-Rotter R, Cherney DZI, Bosch-Traberg H, Arici M,

- Rossing P; FLOW Trial Investigators. Kidney and Survival Outcomes with Semaglutide by CKD Severity in the FLOW Trial. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2026 Feb 18.
- 5) Nagasu H, Nakashima T, Ihara K, Fujimori R, Goto T, Nitta D, Kishi S, Sasaki T, **Kashihara N**. Prediction of estimated glomerular filtration rate slope and kidney prognosis of patients with chronic kidney disease. *Sci Rep*. 2026 Feb 17;16(1):8883.
 - 6) **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*. 2026 Feb;30(2):309-319.
 - 7) 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*. 2026 Jan 13;16(1):5104.
 - 8) Zhang H, Perkovic V, Barratt J, Rizk DV, Rovin B, Trimarchi H, Maes B, Merkel T, Desai M, Ansari S, Renfurm R, Hach T, **Kashihara N**. Iptacopan in Patients With IgA Nephropathy From East Asia. *Kidney Int Rep*. 2025 Nov 7;11(1):117-128.
 - 9) Layton JB, Ziemiecki R, Johannes CB, Pladevall-Vila M, Khan AM, Ebert N, Kovesdy CP, Christiansen CF, García-Sempere A, Kanegae H, Coleman CI, Walsh M, Andersen IT, Rodríguez-Bernal C, Cabaniñas CR, Thomsen RW, Farjat AE, Gay A, Gee P, Hurtado I, **Kashihara N**, Munch PV, Liu F, Okami S, Yamashita S, Yano Y, Vizcaya D, Oberprieler NG. Outcomes in New User Cohorts of SGLT2 Inhibitors or GLP-1 Receptor Agonists with Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease. *Diabetes Ther*. 2025 Aug;16(8):1597-1614.
 - 10) 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*. 2025 Aug 1;40(8):1498-1511.
 - 11) 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-initiator cohort profiles in persons with chronic kidney disease and type 2 diabetes- A hospital-based cohort study in Japan. *Diabetes Obes Metab*. 2025 Jul;27(7):3714-3724.
 - 12) Ohashi M, Ishikawa Y, Arai S, Nagao T, Kitaoka K, Nagasu H, Yano Y, **Kashihara N**. Comparative analysis of kidney function prediction: traditional statistical methods vs. deep learning techniques. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jun;29(6):745-752.
 - 13) Pladevall-Vila M, Ziemiecki R, Johannes CB, Khan AM, Mines D, Ebert N, Kovesdy CP, Thomsen RW, Baak BN, García-Sempere A, Kanegae H, Coleman CI, Walsh M, Andersen IT, Bernal CR, Cabaniñas CR, Christiansen CF, Farjat AE, Gay A, Gee P, Herings RMC, Hurtado I, **Kashihara N**, Kristensen FPB, Liu F, Okami S, Overbeek JA, Beest FJAP, Yamashita S, Yano Y, Layton JB, Vizcaya D, Oberprieler NG. Clinical Profile and Treatment Patterns in Individuals with Type 2 Diabetes and Chronic Kidney Disease Who Initiate a GLP-1 Receptor Agonist: A Multinational Cohort Study. *Diabetes Ther*. 2025 May;16(5):931-954.
 - 14) 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, **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*. 2025 May;29(5):583-595.
 - 15) **Kashihara N**, Kumeda Y, Higashino Y, Maeda Y, Kaneko Y, Kanai H, Taniguchi Y, Ishii T, Tomioka Y. Efficacy and safety of patiromer for non-dialysis and dialysis patients with hyperkalemia: the randomized, placebo-controlled and long-term study. *Clin Exp Nephrol*. 2025 May;29(5):548-559.
 - 16) Usui J, Kimura T, Yamagata K, Nakajima K, Kaneko S, Sada KE, Tsuboi N, **Okada H**, Hiromura K, Isaka Y, Narita I. 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.
 - 17) 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*. 2025 Jun;29(6):765-776.
- 18) Tokano M, Tarumoto N, Furukawa H, Kusuyama Y, Ito M, Oba H, Yamazaki H, Arika R, Suda M, Tanioka M, **Okada H**, Maesaki S. Peritoneal dialysis-associated peritonitis due to *Nocardia farcinica*: A case report. *IDCases*. 2025 Sep 19;42:e02379.
 - 19) Nakamura Y, Itoh Y, Sakamoto T, Kakegawa E, Terui Y, Tarusawa T, Inoue T, **Okada H**, Ishizawa K, Yamada T. IgG-Secreting Lymphoplasmacytic Lymphoma Presenting With Massive Kidney Infiltration. *Clin Case Rep*. 2025 Oct 30;13(11):e71290.
 - 20) Matsuoka-Uchiyama N, **Uchida HA**, et al. AsakaThe association of fasting triglyceride variability with renal dysfunction and proteinuria in medical checkup participants. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jul;29(7):920-927.
 - 21) **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.
 - 22) 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
 - 23) **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
2. 学会発表
- 1) Mai Tanaka, Michihiro Hosojima, Hideyuki Kabasawa, Shin Goto, Seiji Itano, Seiji Kishi, Hajime Nagasu, **Naoki Kashihara**, Suguru Yamamoto. Assessment and Treatment of Metabolic Acidosis in Japanese Patients with CKD: Data from the Japan Chronic Kidney Disease Database Extension (J-CKD-DB-EX). WCN 2026. 2026.3.28
 - 2) Seiji Itano, **Naoki Kashihara**, Takaya Nakashima, Tadahiro Goto, Keisuke Yoshihara, Shunsuke Eguchi, Kazuma Iekushi, Yoshitaka Isaka, Hajime Nagasu. Protein Reduction as a Surrogate Endpoint for Clinical Study of IgA Nephropathy in Japanese Patients: Data from the J-CKD-DB-Ex. WCN 2026. 2026.3.29
 - 3) Hajime Nagasu, Takaya Nakashima, Tadahiro Goto, Seiji Kishi, Kazumi Take, Norimasa Kikuchi, Akira Hirano, Seiji Itano, Mariko Hashimoto, **Naoki Kashihara**. Association Between Systemic Inflammation and Chronic Kidney Disease Progression in Japan: A Retrospective Cohort Study Using the J-CKD-DB-EX Registry. WCN 2026. 2026.3.30
 - 4) Mai Tanaka, Michihiro Hosojima, Hideyuki Kabasawa, Shin Goto, Seiji Kishi, Seiji Itano, Hajime Nagasu, **Naoki Kashihara**, Suguru Yamamoto. Assessment and Treatment of Metabolic Acidosis in CKD: Registry-Based Study. American Society of Nephrology Kidney Week 2025. 2025.11.6
 - 5) 長洲一, 中島誉也, 渭原克仁, 藤森遼, 後藤匡啓, 新田大介, 岸誠司, 佐々木環, **柏原直樹**. J-CKD-DB-Exを用いた慢性腎臓病患者のeGFR slope予測モデルの開発とwebアプリによるリスクの可視. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.20
 - 6) 岸誠司, 長洲一, 磯崎隆司, 北岡かおり, 矢野裕一郎, **柏原直樹**. 急性腎臓病(AKD)からCKDへの進展に関する因果分析: J-CKD-DB-Exを用いたCALCによる検討. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.21
 - 7) **柏原直樹**. 腎臓病診療のレジリエンス強化と感染症対策. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.20
 - 8) 寺野千香子, 三浦健一郎, 伊藤孝史, 服部元史, **柏原直樹**, 石倉健司. 成人期に達した小児期発症慢性腎疾患患者の成人医療への移行に関する実態把握のための調査研究結果. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.21
 - 9) 上條祐司, 原田兼司, 豊泉夏紀, 岡田浩一, **柏原直樹**. 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総会. 2025.6.22
 - 10) 板野精之, 長洲一, 岸誠司, 佐々木環, **柏原直樹**. 慢性腎臓病に対する直接経口抗凝固薬の処方実態調査: J-CKD-DB-Exより.
 - 11) **柏原直樹**. 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. 2025.6.29
 - 12) **柏原直樹**. 腎臓病の克服をめざして: 課題, 成果, 展望. 第70回日本透析医学会学術集会・総会. 2025.6.29
 - 13) 内田治仁, 梅林亮子, 内山奈津実, 杉山斉, 有元克彦, 平松信, **柏原直樹**, 和田淳. 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集会・総会. 2025.6.27
 - 14) **柏原直樹**. 心腎代謝連関病から腎臓難病への回帰. 第55回日本腎臓学会東部学術大会. 2025.9.27
 - 15) **柏原直樹**. 腎疾患治療の漸進的歩みと未来—なぜ私ではなくあなたなのか—. 第55回日本腎臓学会西部学術大会. 2025.10.11
 - 16) **柏原直樹**. CKD 診療における望ましい降圧療法のあり方を熟考する—益を最大化し害を最小化する—. 第55回日本腎臓学会西部学術大会. 2025.10.12
 - 17) 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

- 18) 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
- 19) 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
- 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

分担研究報告書

普及、啓発：普及啓発資材の開発

研究分担者	中川 直樹	旭川医科大学	教授
	内田 治仁	岡山大学	教授
	今澤 俊之	順天堂大学	客員教授
研究協力者	栗原 孝成	熊本大学	准教授
	長洲 一	川崎医科大学	准教授

研究要旨

医療従事者、行政機関、患者・家族、国民全体に慢性腎臓病（CKD）について普及啓発を行いより多くの人が腎疾患対策を主体的に実践する体制を構築することを目標とした。CKD を発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々に関する情報、具体的な症例に基づく事業者と医療機関との情報共有に関する CKD における治療と仕事の両立に関する手引きを作成した。また、健常な若年層における CKD の認知度向上を図るため、インターネット広告の活用に向けた企画・制作準備に着手した。

A. 研究目的

国民、医療者を対象に CKD 早期発見、受診勧奨、専門医受診に資する資材を作成する。

B. 研究方法

ライフスタイルに着目した慢性腎臓病（CKD）対策に資する研究班（研究代表者：中川直樹）と連携し、CKD を発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々が治療と仕事の両立に関して障壁となる問題点を抽出し、治療と仕事の両立に関する手引きを作成する。

（倫理面への配慮）

本事業では個人情報扱わない。

C. 研究結果

CKD を発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々に関する情報、具体的な症例に基づく事業者と医

療機関との情報共有に関する CKD における治療と仕事の両立に関する手引きを作成した。

1) 基礎編では、CKD の基礎知識や原因、患者数、経過、治療方法などを解説し、さまざまな疾患や病態が CKD を引き起こすことを明記する。CKD の進行は初期には自覚症状がなく、早期発見・治療が重要であることを強調した。

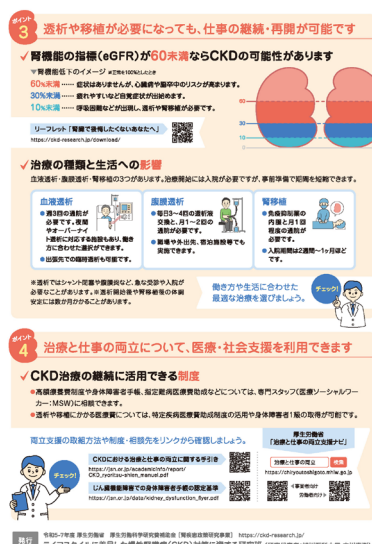
2) 両立支援に当たる際の留意事項では、CKD の特徴を踏まえた対応や周囲の対応の工夫、不正確な理解や知識による問題への対応、障害特性に応じた配

慮などを示し、復職後の職場適応やメンタルヘルスについても注意を促すこととした。

3) 事例編では、保存期 CKD や血液透析、腹膜透析、腎移植に関する具体的な事例を提示し、それぞれの治療法における労働者の状況や配慮すべきポイントを紹介した。

また、CKD の治療と仕事の両立に関する留意事項をまとめたリーフレットを作成した。





また、健常な若年層における CKD の認知度向上を図るため、インターネット広告の活用に向けた企画・制作準備に着手した。

D. 考察

特に中等度～高度な腎機能低下（例えば、CKD ステージ G3b～G4 以降）を有する方については、労働者の自覚症状や仕事内容に応じて、重労働や時間外労働の制限、短時間勤務など作業負荷への配慮や、脱水を引き起こしやすい高温環境の回避のため、適宜業務上の配置転換等も考慮することが望まれる。過度な身体活動は、多量の老廃物の発生や、発汗による体液量の急激な変化を伴う危険性があり、また、休養によって老廃物を排泄する過程を十分に保つ必要がある。一般に、高温の環境では発汗による脱水が腎機能にしばしば悪影響を及ぼす。長時間労働、夜間勤務や、労働により起こりうる睡眠不足、運動不足等も腎不全進行のリスクとされており、寒冷的環境も感冒や血圧上昇などにより腎不全進行の要因となりえるため、特に冬季は防寒対策も重要であることが示唆され、事業者には、疾患の理解を深め、労働者の病状や業務内容を踏まえた就業上の措置を検討することが望まれる。

E. 結論

今後も様々な場面で使用可能な普及啓発資料を作成し、さらには患者会や行政との連携を強化することで、CKDの早期発見・重症化予防に繋がることが期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Ikeda M, Imasawa T, Akanuma T, Goto Y I, Okazaki Y, Murayama K, Ohara M, Suzuki T. Mitochondrial Nephropathy With m.5538G>A Mutation Within the tRNA-Trp Region Assessed by Mitochondrial Function Analysis: A Case Report. Nephrology (Carlton). 2025 Nov;30(11):e70153.
- 2) Matsui I, Matsumoto A, Imai A, Okushima H, Niioka H, Abe M, Tamai N, Nagasu H, Kanda E, Uchino E, Sofue T, Ima

sawa T, Yano Y, Kinashi H, Miyoshi KI, Harada T, Nagasawa Y, Fujimoto K, Kurokawa Y, Kato S, Kaseda R, Koizumi M, Kusunoki Y, Ohya M, Kawazoe Y, Abe H, Matsukuma Y, Kosugi T, Ueda Y, Fujii N, Takeji M, Suzuki A, Nagatoya K, Oka K, Ando Y, Izumi M, Komiya T, Tsukamoto T, Mimura I, Kuragano T, Nakano T, Tsurya K, Ito Y, Minamino T, Yamaguchi O, Yamamoto S, Komaba H, Furuichi K, Fukami K, Araki SI, Masaki T, Tsuboi N, Yokoyama H, Shimizu A, Ushiku T, Maruyama S, Yanagita M, Nangaku M, Yamamoto R, Inoue K, Isaka Y. Domain-adaptive semi-supervised learning for efficient rare pathological lesion detection with minimal annotation. NPJ Digit Med. 2025 Nov 23;8(1):778.

- 3) Tanaka H, Imasawa T, Tsugawa K, Inoki Y, Endo M, Nozu K. Unveiling long-standing low-molecular-weight proteinuria: A proximal tubular mitochondrial enzyme impairment caused by EHHADH mutation. Pediatr Nephrol. 2025 Oct 21. doi: 10.1007/s00467-025-07020-9. Epub ahead of print. Sue tsugu-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 Oct;29(10):1354-1362.
- 4) Kuwabara T, Miyasato Y, Kanki T, Mizumoto T, Matsubara T, Sawa N, Sugiyama H, Maruyama S, Sato H, Tsukamoto T, Murata T, Miyazaki M, Imasawa T, Mukoyama M, Murakami N, Jhaveri KD, Yanagita M; JSN Onconephrology working group. SURvey of renal Biopsy registry database and Anticancer dRUG therapy in Japan (S UBARU-J study). Clin Kidney J. 2024 Nov 28;17(12):sfac327.
- 5) Imasawa T, Murayama K, Hirano D, Nozu K. Comprehensive review of mitochondrial nephropathy—a renal phenotype in mitochondrial disease: causative genes, clinical and pathological features, diagnosis, prognosis, and treatment. Clin Exp Nephrol. 2025 Jan;29(1):39-56.

2. 学会発表

なし

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

厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）
腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築

分担研究報告書

普及・啓発：CKD 診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率、
均霑化率の評価、普及啓発活動の評価

研究分担者 伊藤孝史 帝京大学 教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

研究要旨

CKD 診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率を評価するため定点観測地域（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）で、診療連携体制の実際と診療連携による医療水準に関するアンケートを実施した。定点観測地点での紹介基準に沿った紹介や二人主治医制などの CKD 診療連携体制は年々充実してきていることが伺えた。今回の定点観測の結果からは、CKD 診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の阻害要因ははっきりしなかった。定点観測実施地域は、CKD 対策に積極的な地域であり、この状況を全ての市町村で同じように実施はできないと思われ、好事例の横展開も含め、それぞれの地域の実情に合わせた対応が必要である。

日本腎臓病協会（JKA）に申請のあった普及啓発イベント数は、2021 年度は 110 件、2022 年度は 135 件、2023 年度は 148 件、2024 年度は 140 件、2025 年度は 151 件と増加傾向であった。また、20～70 歳代の一般市民の慢性腎臓病（CKD）の認知率は 42.6%であったが、年代が上がるほど認知率は高く、勤労世代の認知率は 4 割に満たなかった。JKA アンケートの主な結果として、23 都府県（2023 年度は 18 都府県）から、勤労世代（20～50 代）を主な啓発対象とした活動を実施していると回答があった。

勤労世代の認知率向上には、認知の契機となりやすいインターネットやテレビ等による啓発の充実と、無関心層に対するより能動的な啓発が必要と考えられる。また、勤労世代では、医師や医療者との接点少ないことが、低認知率の一因と考えられるため、勤労者の義務である労働安全衛生法に基づく健診を啓発機会として活用することが期待される。また、「若い市民としての勤労世代」への啓発のみならず、企業の経営層・産業医、協会けんぽ等との連携も期待される。

A. 研究目的

・CKD 診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率を評価し、それを阻害する要因を抽出し、解決策を考案する。

・普及・啓発の浸透度は地域によって異なる。R4～6 年度の研究で同定・抽出した普及度が不足している地域において、普及・啓発を促進する。特に勤労世代へのアプローチを強化する。

B. 研究方法

1) 日本腎臓病協会と協力し、年度末に全国4箇所（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）を対象にCKD 診療連携体制の定点観測アンケート調査を行った。

定点観測のアンケート内容として、「診療連携体制の実際」と「診療連携による医療水準の向上」を調査した。

「診療連携による医療水準の向上」に関しては、病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者において、連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率、連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率、連携体制でケア中の患者における血圧 <140/90 mmHg の割合（75歳以上では血圧<150/90

mmHg）、連携体制でケア中の患者におけるHb11-13 g/dLの割合（75歳以上ではHb9-13 g/dL）、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%）、腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率を評価した。

2) 日本腎臓病協会（JKA）への後援申請に基づき、2025 年度の普及啓発活動の実施数の経年的な変化等について調査した。

3) 協和キリン株式会社の協力のもと、20～70 歳代の一般市民 1,625 名を対象に、CKD 認知度についてインターネットによる 2024 年度全国アンケート調査を実施した。

4) JKA 慢性腎臓病対策部会の各都道府県担当者に対して例年実施しているアンケートでは、特に、国の中間評価で指摘された「勤労世代への啓発」や、腎疾患対策検討会報告書（平成 30 年 7 月）で強調されている「計画的、効率的・効果的な活動」に引き続き注目し、2024 年度の普及啓発活動の実態や方針についての調査を行なった。

（倫理面への配慮）
該当なし

C. 研究結果

1) 診療連携による医療水準の向上に関するデータは表1に示す。連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率は横ばいから増加傾向であった。栄養指導の実施率は地域差はあるものの概ね横ばいであった。血圧管理の遵守率は横ばいから増加傾向であった。Hbの遵守率は地域によって違っていた。DKD患者のHbA1c遵守率は横ばいから増加傾向であった。腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率は地域によって大きく違っていた。

2) JKAに申請のあった普及啓発イベント数は、2021年度は110件、2022年度は135件、2023年度は148件、2024年度は140件、2025年度は151件と増加傾向であった。

3) 「慢性腎臓病(CKD)」の認知率(症状も含めてよく知っている+病名だけは知っている)は全体(20~70代)で42.6%であった。年代が上がるほど認知率は高く、勤労世代の認知率は4割に満たなかった。CKDの診断指標である尿蛋白の検査値の意味をあまり知らない割合は全体で67.5%と高く、特に30代では72.5%でもっとも高かった。一方のeGFRは、尿蛋白よりもさらに知られておらず、特に30~50代での認知率が低い、という結果であった。主な原疾患が糖尿病と高血圧であることも、勤労世代ではわからないが半数を超えていた。既にCKDを認知している人に対して、どこから情報を得たかを聞いたところ、全世代ではインターネット、テレビ、医師が上位であった。

4) 2024年度のJKA年度末アンケートの結果

- ・全47都道府県(北海道は南北別にカウント、計48地域)から回答があり、初めて回収率100%(2023年度は44地域)を達成した。普及啓発に関する結果の概要(図1-4)を示す。

- ・勤労世代(20~50代)を主な啓発対象とした活動を実施していると、23都府県(2023年度は18都府県)から回答があった。それらの活動の場のキーワードとして、産業保健、県庁/市役所、商業施設、コンビニ、組合健保、学校等が挙げられた。

- ・各都道府県での普及啓発活動の方針としては、例年の活動を継続している地域(41地域)や、人口の多い地域(26地域)で実施しているケースが多いものの、活動が不十分・対策が遅れている地域で実施するようにしているという回答も16地域からあり、2023年度の11地域より増加した。

- ・持続可能性が高いと考えられる活動事例のキーワードとしては、糖尿病/循環器との連携、製薬企業講演会、YouTube、e-ラーニング、図書館、CKDシール、療養指導士の会、健診結果への同封/動画配信、ボランティア等が挙げられた。

- ・新潟県では、腎機能およびCKDに関する質問票調査を実施し中学生およびその保護者における腎機能およびCKDに関する知識が不十分であることを示した。また、生徒と保護者の間でCKDの認知に有意な相関が認められた。これらの結果は、腎臓の健康に関する公衆教育および認知向上を図るためのターゲットを絞った戦略の必要性を示唆している。

D. 考察

1) 定点観測地点での医療水準の向上に関するデータ

では、いずれの地域でもガイドラインの基準の遵守率は上がってはいたものの、それを阻害する要因を見つけ出すことはできなかった。

今回の定点観測の結果からは、CKD診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の阻害要因ははっきりしなかった。定点観測実施地域は、CKD対策に積極的な地域であり、この状況を全ての市町村で同じように実施はできないと思われ、好事例の横展開も含め、それぞれの地域の実情に合わせた対応が必要である。

2) 普及啓発イベント数は、増加傾向ではあるが、その伸びは鈍化している。近年ではYouTubeの活用など、啓発活動が多様化していることが一因であり、実施数のみでは普及啓発活動の浸透度の評価は困難と考えられる。一方で、JKAへの申請に基づくイベント数であることから、より実状を反映できるよう、申請の徹底をさらに周知する必要がある。

3) 全世代のCKD認知率42.6%という結果は、新潟県の大規模調査ともほぼ一致し、実状に近い値と考えられる。勤労世代の認知率向上には、勤労世代がCKDを認知する契機となりやすいインターネットやテレビ等による啓発の充実が、引き続き重要である。

一方で、未認知層は無関心層である可能性があり、より能動的な啓発も必要と考えられる。また、勤労世代では、高齢者の主な認知の契機である医師や医療者との接点少ないことが、低認知率の一因と考えられる。その中で、勤労者の義務である労働安全衛生法に基づく健診は、無関心層を含む勤労世代と医療者が確実に接点を持てる数少ない機会である。令和9年度から予定されている血清CrおよびeGFR検査の必須化を契機に、十分な活用が期待される。

「慢性腎臓病(CKD)」という文言の認知率の上昇のみならず、診断に必要なeGFRや蛋白尿、原疾患、早期受診の必要性といった行動変容に必要な情報も含めた啓発が重要である。そのためには、腎臓病療養指導士等のメディカルスタッフやかかりつけ医といった医療者、ならびに行政・企業関係者は、啓発の担い手としても重要であり、さらなる啓発・連携が期待される。

4) 勤労世代を主な啓発対象とした活動を実施していると回答した地域は、2023年度の18から23に増加しており、各地の担当者の意識向上が伺えた。一方で、CKD罹患率の低い勤労世代では、より効率的な啓発が求められることから、「若い市民としての勤労世代」への啓発のみならず、企業の経営層・産業医、協会けんぽ等との連携も期待される。

普及・啓発の浸透度が不足している地域において、普及・啓発を促進する必要があるが、そのためのマンパワーや予算が不足しているケースが少なくないと推測される。そこで、前項に記載した低負荷・低予算でも可能な持続可能性の高い啓発活動の活用、横展開が期待される。

E. 結論

CKD診療ガイドライン、紹介基準、標準治療の普及率を評価するために実施した定点観測のデータでは、紹介基準に沿った紹介や二人主治医制などのCKD診療連携体制は年々充実してきているが、その阻害要因ははっきりしなかった。定点観測実施地域は、C

KD対策に積極的な地域であり、この状況を全ての市町村で同じように実施はできないと思われ、好事例の横展開も含め、それぞれの地域の実情に合わせた対応が必要である。さらなる充実のために地域の実情に応じた医療機関間の紹介基準等の普及および連携の強化が必要である。

普及啓発イベントは多様化し増加傾向であるが、無関心層を含む勤労世代へはより効率的な啓発が求められることから、「若い市民としての勤労世代」への啓発のみならず、企業の経営層・産業医、協会けんぽ等との連携も期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

なし

表1 定点観測における診療連携による医療水準の向上に関するデータ

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
旭川市					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	50.0	45.0	45.0	50.0	40.0
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率 (%)	40	54.5	60.0	60.0	50.0
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) (%)	50.0	63.6	60.0	65.0	50.0
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) (%)	40.0	72.7	70.0	75.0	80.0
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%) (%)	40.0	66.7	50.0	40.0	40.0
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	83.3	85.7	100	100	100
千葉県					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	81.0	88.8	93.8	91.3	95.9
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率 (%)	62.9	29.3	21.6	19.1	33.4
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) (%)	55.5	68.9	76.1	67.3	71.6
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) (%)	77.7	75.3	63.9	70.2	66.6
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%) (%)	71.4	77.7	64.9	83.2	79.6
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	89.5	88.8	89.7	84.5	90.3
岡山県美作市					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	85.7	77.4	82.9	91.2	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 (%)	40.3	59.1	61.6	51.0	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) (%)	73.6	71.0	85.6	81.6	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) (%)	84.7	90.3	89.0	87.8	92.8
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%) (%)	89.5	84.9	80.8	85.4	91.1
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	50.0	11.8	100.0	75.0	66.7
熊本県					
連携参加かかりつけ医におけるガイドライン普及率 (%)	100	100	100	86.0	87.0
連携体制でケア中の患者における栄養指導の実施率 (%)	25.0	40.0	27.9	37.1	32.6
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) (%)	50.0	50.0	43.9	30.0	52.1
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) (%)	50.0	50.0	42.1	34.3	33.7
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%) (%)	-	50.0	42.5	36.6	42.1
腎代替療法導入依頼患者におけるSDM実施率 (%)	-	20.0	18.6	17.2	20.8

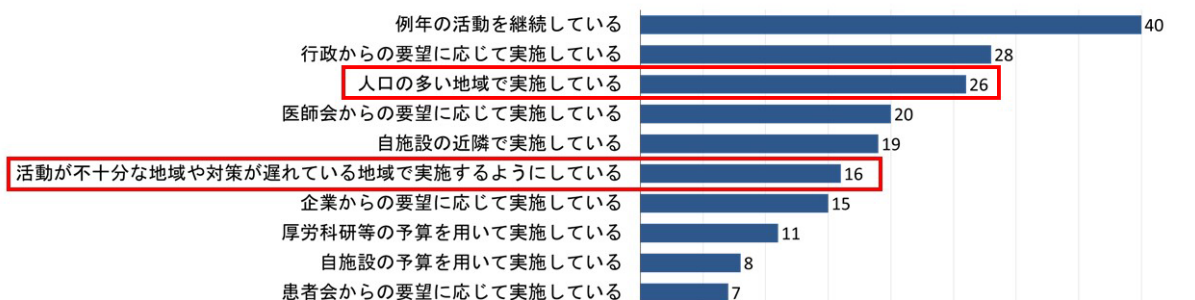
図1 < C. 普及啓発活動の実態や方針について >

問15	勤労世代（20～50代）を主な啓発対象とした活動を実施していますか？ →23都道府県（昨年は18）
問16 問17	<回答の抜粋> 活動の「場」のキーワード： ・産業保健 ・県庁/市役所 ・商業施設 ・コンビニ ・組合健保 ・学校 等 （北海道）北海道内の産業保健総合支援センター（全17ヶ所）に啓発資材を配布。 （岩手県）岩手県庁職員を対象とした生活習慣病/CKD重症化予防啓発のための講話 （山形県）山形大学オリジナル健康アプリWell-Being YUを用いた受診勧奨、生活習慣改善アドバイス （茨城県）水戸内原イオンモールでCKDの啓発、健診受診推進、CKDに関連した市民講座に行政職員や水戸市長も参加して行う活動をしている（2015年から） （埼玉県）県が運営するFMラジオ番組でのCKD啓発、大規模商業施設でのCKD啓発コーナー （千葉県）協会けんぽ組合の協力を得て、受診勧奨を行っている（R5年度は約1600件程度） （山梨県）やまなし減塩フェスタ （新潟県）セブンイレブン（県内440店舗）にてCKD啓発用リーフレット配布 等 （福井県）商業施設内での健康相談、県民公開講座 （岐阜県）イオンモール大垣でのイベント、県の広報誌での食事・運動療法などの啓発活動 （京都府）腎臓デー啓発イベント（ゼスト御池地下街での血圧測定、栄養関連イベント等） （大阪府）新たに40歳になった国保加入者へ特定健診受診案内を郵送 （徳島県）組合健保での講演会 （香川県）CKD重症化予防対策に係る保健事業担当職員等研修会、香川産業保健総合支援センター主催研修会、保険者協議会専門部会でのCKD対策事業の講習会 （福岡県）福岡市役所ホームページ内サイトでの普及啓発、学校校区別の親に対する啓発 （その他、複数の県にて）市民公開講座、世界腎臓デー啓発 等

図2

<C. 普及啓発活動の実態や方針について>の続き

問18 貴都道府県での普及啓発活動の方針に当てはまるものをお答え下さい（複数回答可）。



<その他>

- (岩手県) 厚労科研費等の予算で資材（成果物）を印刷しパンフレットを作成，あるいは血圧手帳を購入し医療機関に配布，啓蒙や連携に活用している。
- (宮城県) 公益財団法人宮城県腎臓協会における腎臓病重症化予防事業とリンクする。
- (福島県) その医療圏の危機感に応じて自然発生的に起こっています。

図3

<C. 普及啓発活動の実態や方針について>の続き

低予算、低負荷等、持続可能性が高いと考えられる活動事例をご記入下さい。

<回答の抜粋>

アイデアのキーワード：

・糖尿病/循環器 ・製薬企業講演会 ・Youtube ・e-ラーニング ・図書館
・CKDシール ・療養指導士の会 ・健診結果への同封/動画配信 ・ボランティア 等

問21

- (北北海道、岩手県、秋田県) 糖尿病関連事業を利用した行政との連携
- (南北海道) テレビ塔のライトアップ
- (青森県、宮城県) 製薬企業の講演会の中で、かかりつけ医とのディスカッションの場を設ける
- (山形県) 山形大学オリジナルの健康アプリ、ドラッグストアと連携して全国展開を開始
- (群馬県) YoutubeへのCKD関連動画配信、オンラインでのCKD e-ラーニング講座
- (長野県、岐阜県、三重県、和歌山県) CKDシール
- (愛知県、熊本県) 腎臓病療養指導士の会と連携した活動
- (鳥取県) 病院発行の情報誌への掲載、地元メディアとの連携
- (島根県) しまね健康情報e-ラーニングシステムの活用、健診会場での動画の配信
- (岡山県) 懸垂幕の掲出、市区町村庁舎内でのロールアップバナーの掲出
- (山口県) 循環器分野のイベントへの相乗り
- (徳島県) 認定医リストの作成と健診結果への同封
- (香川県) 市町村主催の集団腎臓病教室
- (愛媛県) CKDヒートマップやeGFRの国保の健診結果への同封
- (鹿児島県) 看護学生ボランティアによる市民講座
- (沖縄県) CKD登録医制度と連携した教育活動

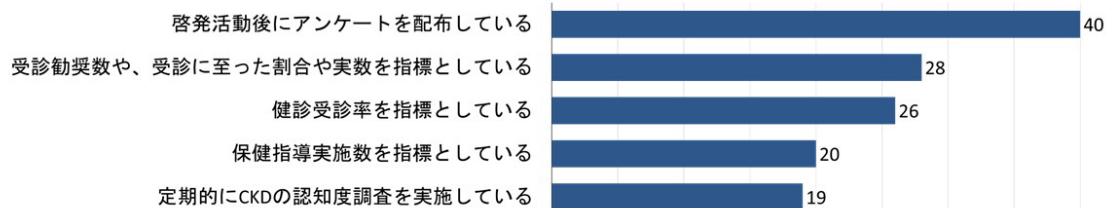
(その他、複数の県にて) 市民公開講座



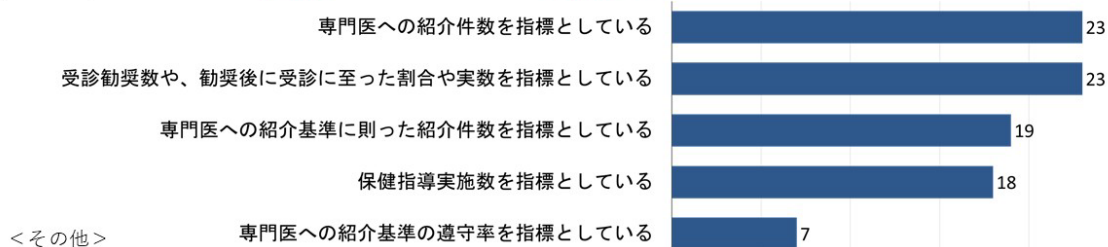
図4

< C. 普及啓発活動の実態や方針について > の続き

問19 貴都道府県での**非医療者**への普及啓発活動の**効果検証方法**に当てはまるものをお答え下さい（複数回答可）。



問20 貴都道府県での**医療者**への普及啓発活動の**効果検証方法**に当てはまるものをお答え下さい（複数回答可）。



（三重県）CKDシールの配布枚数

（佐賀県）佐賀県保健医療計画の糖尿病対策の指標として特定健診の受診率および特定保健指導の実施率

分担研究報告書

地域における診療連携体制構築：医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化

研究分担者 伊藤孝史 帝京大学 教授

福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

研究要旨

全国各地の診療連携体制構築の実態を継続的に調査、把握し、さらに医療機関間の紹介基準の普及および連携を強化すること、そして、早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発と、医療機関間の連携強化に資する連携パスを活用することを目的とし、定点観測地域（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）で、診療連携体制の実態と診療連携による医療水準に関するアンケートを実施した。

定点観測地点での紹介基準に沿った紹介や二人主治医制などの CKD 診療連携体制は年々充実してきていることが伺えた。しかし、積極的に受診勧奨を行なっても、診療連携の強化は十分ではない。

さらなる充実のために地域の実情に応じた医療機関間の紹介基準等の普及および連携の強化が必要である。

A. 研究目的

本 WG では、以下の 3 点を目的とする。

- ・全国各地の診療連携体制構築の実態を継続的に調査、把握し、さらに医療機関間の紹介基準の普及および連携を強化する。
- ・医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性を普及・啓発する。
- ・腎臓専門医療機関と CKD 診療に関するかかりつけ医機能を有する医療機関の連携強化に資する連携パスを活用する。

介患者数、腎代替療法の導入依頼患者数、逆紹介患者数、病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数を評価した。

- ・全国各地での医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及啓発活動やCKD診療連携強化に係る連携方法（パスの使用など）についても調査した。

（倫理面への配慮）

特に問題はない。

B. 研究方法

- ・日本腎臓病協会と協力し、年度末に全都道府県を対象にJKAアンケート調査（A.都道府県でのCKD対策に関する会議体の設置と検討内容について、B.市町村単位での新規透析導入患者数の把握と低減目標について、C.都道府県での普及啓発活動の実態や方針について、D.J-CKDIの活動状況に関する調査、E.人材育成に関する実態調査）を行った。
- ・紹介基準の普及に関しては、日本腎臓学会作成・日本医師会監修の「かかりつけ医から腎臓専門医、専門医療機関への紹介基準」（表1）をもとに、全国各地で連携強化を行なった。
- ・日本腎臓病協会と協力し、年度末に全国4箇所（旭川市、千葉県、岡山県美作市、熊本市）を対象にCKD診療連携体制の定点観測アンケート調査を行った。
- ・定点観測のアンケート内容として、「診療連携体制の実態」と「診療連携による医療水準の向上」を調査した。
- ・「診療連携体制の実態」に関しては、連携体制に参加している腎臓専門医数、連携体制に参加している専門医療施設数、連携体制に参加したかかりつけ医数、連携体制に参加している職種数、かかりつけ医から専門医への紹介患者数、紹介基準に沿った紹

C. 研究結果

・JKA アンケート調査 A.8「貴都道府県において、千葉県の CKD 対策協力医や、熊本市の CKD 病診連携医のように、動画の視聴や説明会への参加等の要件を満たした CKD 対策推進に賛同・協力するかかりつけ医が、健診後の受診勧奨先となることや、専門医療機関への紹介基準等を活用した連携等を行なう制度はありますか？」では、2023 年度は「あり」が 16、「なし」が 33 であったが、2024 年度は「あり」が 22、「なし」が 26 と連携制度の増加が認められた。また、D.23「貴都道府県において、J-CKDI が連携している団体等として当てはまるものをお答えください。」では、2023 年度は都道府県 34 件、都道府県医師会 29、歯科医師会 10、薬剤師会 20、栄養士会 17 であったが、2024 年度は都道府県 42、都道府県医師会 30、歯科医師会 12、薬剤師会 26、栄養士会 20 といずれも増加していた。

・診療連携体制の実態に関するデータは表 2 に示す。紹介患者数は増加していたが、紹介基準に沿った紹介患者割合は増加していなかった。逆紹介患者数は増加していた。病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数はいずれの地域でも増加していた。千葉県では、CKD 対策協力医制度を立ち上げ

ており、協力医に対して連携にアンケート調査（図 1）を行ったところ、「CKD 診療連携は行いやすくなりましたか？」に対して、66%が行いやすくなったと回答された一方で、26%は行いやすくなっていないという回答であった。また、「CKD 病診連携に満足されていますか？」に対して、73%が満足していると回答された一方で、18%は不満という回答であった。

・医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及啓発活動について：

愛知県では県内の 4 大学が共同で「愛知県で慢性腎臓病（CKD）を診療いただいている皆様へ」（図 2）を作成している。千葉県では医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性を普及・啓発するために、千葉県健康福祉部から千葉県医師会等へ添付のようなチラシ（図 3）を配布している。

・CKD 診療連携強化に係る連携方法（パスの使用など）について：

群馬県の CKD 病診連携システムを示す（図 4）。令和 5 年からは前橋市が開始し、平成 28 年から実施している高崎市では連携システムをバージョンアップさせている。また、国保の特定健診のみならずその他の保険検診受診者もシステムに乗るようになった。

山梨県では、以前から病診連携医制度を行っていたが、令和 6 年度からは紹介基準をバリアフリー化（腎臓内科医に紹介したいでも OK）とした（図 5）。

松本市では、糖尿病性腎症・CKD 病診連携ネットワークにより紹介・逆紹介を回しながら、そこに保健指導もうまく絡めて稼働させている（図 6）。また、そのネットワークでは、検査別（図 7）と疾患別（図 8）の紹介基準を用いている。

長野県では、CKD 病診連携フォローチャート（図 9）を作成し、検尿と eGFR によって、「紹介を強く推奨」、「紹介推奨」、「要治療・要経過観察」に分け、二人主治医制をうまく回している。

静岡市では糖尿病性腎症重症化予防プログラムに相乗りし、CKD 病診連携パスを使用し、運用している（図 10）。

久留米市では、保健指導・医療連携強化のため、（図 11）に示すように、一般医用、腎臓専門医/糖尿病専門医用の保健指導連絡票を用いて、その実施医療機関、実施件数が年々増加している。

岡山県では（図 12）に示すように、病院の統廃合など様々な課題があるが、県内全域で CKD 病診連携システムが稼働している。

・石川県では、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された。

・富山県では、行政が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が、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なり、県内共通の CKD 紹介状を郡市医師会で普及する予定である。

D. 考察

・CKD 対策推進に賛同・協力するかかりつけ医が、健診後の受診勧奨先となることや、専門医療機関への紹介基準等を活用した連携等を行なう制度を実施している都道府県は増加し、連携している団体等も増加し、CKD 診療連携体制は強化されてきている。

・定点観測地点での紹介患者数や逆紹介患者数、二人主治医制などの CKD 診療連携体制は年々充実してきていることが伺えるが、紹介基準に沿った紹介患者の割合は増加していなかった。

・千葉県では、CKD 対策協力医リストを作成し積極的に受診勧奨を進めているが、なかなか進んでいない。CKD 協力医に紹介することのメリットとその意義を理解していただくような働きかけを行い、連携強化を図りたいと考えている。

・定点観測実施地域は、CKD 対策に積極的な地域であり、この状況を全ての市町村で同じように実施はできないと思われ、好事例の横展開も含め、それぞれの地域の実情に合わせた対応が必要である。

E. 結論

定点観測のデータでは、紹介基準に沿った紹介や二人主治医制などの CKD 診療連携体制は年々充実してきているが、さらなる充実のために地域の実情に応じた医療機関間の紹介基準等の普及および連携の強化が必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし

2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし

表1 かかりつけ医から腎臓専門医、専門医療機関への紹介基準

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病関連腎臓病		尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30 未満	30～299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+～)
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90		血尿＋なら紹介。 蛋白尿のみなら生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		血尿＋なら紹介。 蛋白尿のみなら生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介。 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

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

原疾患に糖尿病（DM）がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患にDMがある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
①DM治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
②DM合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク患者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
③上記DM合併症を発症している場合

（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

表2 定点観測における診療連携体制の実際に関するデータ

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2025年度
旭川市					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	110	140	165	182	162
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄色枠での紹介数、eGFR>45での紹介数）（%）	75.0	51.0	45.5	39.6	34.0
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	8	11	25	24	20
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）（人）	10	11	15	20	20
千葉県					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	219	387	426	910	995
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄色枠での紹介数、eGFR>45での紹介数）（%）	40.8	42.3	41.5	43.4	41.6
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	203	195	194	1049	1242
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）（人）	229	328	710	965	1,358
岡山県美作市					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	17	47	48	38	37
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄色枠での紹介数、eGFR>45での紹介数）（%）	14.9	57.4	67.0	55.3	51.4
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	0	32	37	28	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）（人）	72	93	146	147	180
熊本市					
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）（人）	12	230	193	315	380
紹介基準に沿った紹介患者割合（黄色枠での紹介数、eGFR>45での紹介数）（%）	100	100	100	100	100
逆紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）（人）	-	63	45	115	165
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）（人）	8	47	32	86	144

図1 令和6年千葉県CKD対策協力医アンケート結果

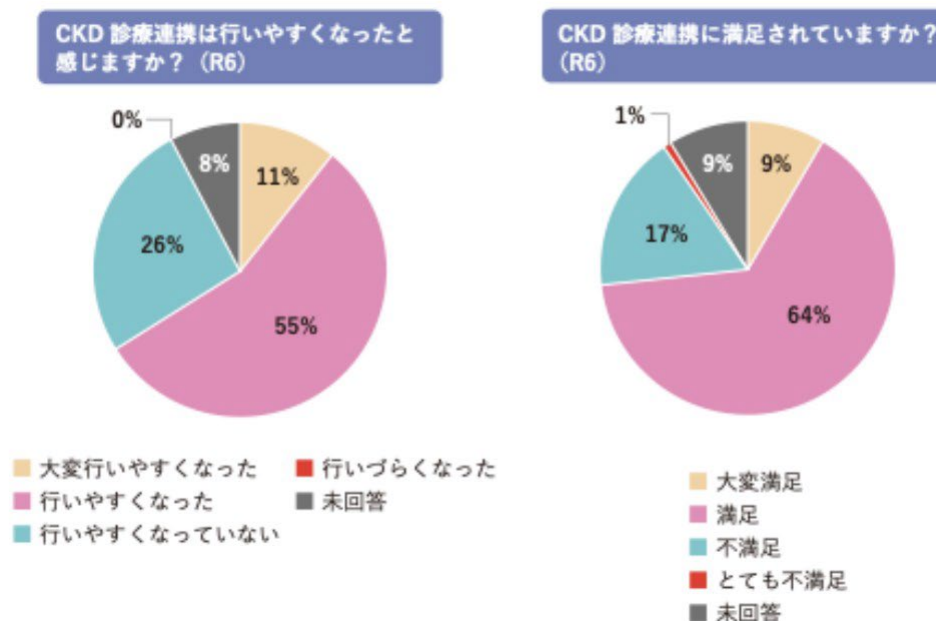
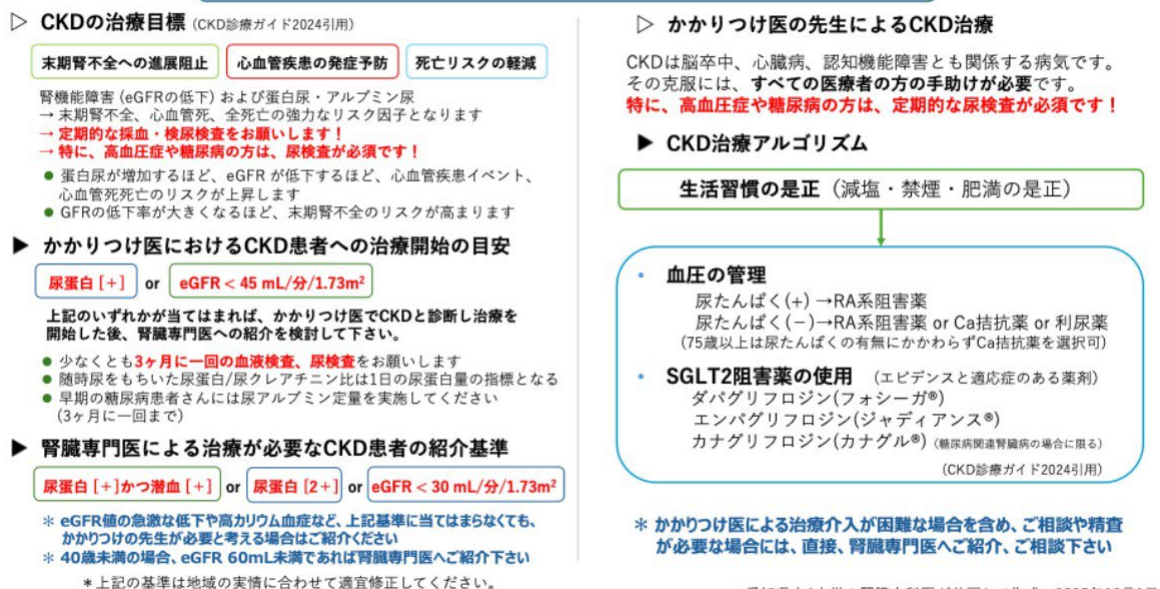


図2 愛知県で慢性腎臓病(CKD)を診療いただいている皆様へ



山梨県CKD病診連携システム

図5

目的

CKD予防や重症化予防を目指し、かかりつけ医と腎臓専門医が連携を図る

取組内容

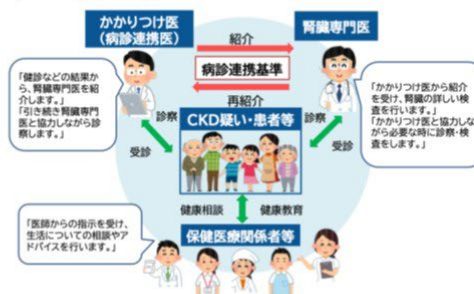
【病診連携制度】

- ・本県のCKD対策や腎臓専門医との連携にご協力いただけるかかりつけ医を認定
- ・腎臓専門医の協力のもと研修会を開催
- ・新たな病診連携基準を周知し、推進している

【CKD対策状況調査・病診連携システムアンケート調査】

- ・腎臓専門医、病診連携医を対象に、調査を実施
- ・現場の現状や課題を把握

山梨県CKD病診連携システムのイメージ図



*かかりつけ医、腎臓専門医、病院や地域の保健医療従事者等の連携による個別支援の充実が大切

令和6年度から紹介基準をバリアフリー化

- ① 尿蛋白：1+以上
- ② eGFR 45 mL/min/1.73mm²未満
(50歳以下は eGFR 60 未満)
(80歳以上は eGFR 30 未満)
- ③ 腎臓内科医に紹介したい

日本腎臓学会の紹介基準でのご紹介が難しい場合

※腎臓内科医への紹介状はごく簡単なもので構いません

患者情報（既往歴）と検査データ・処方のコピー

図6

松本市糖尿病性腎症・CKD重症化予防プログラム

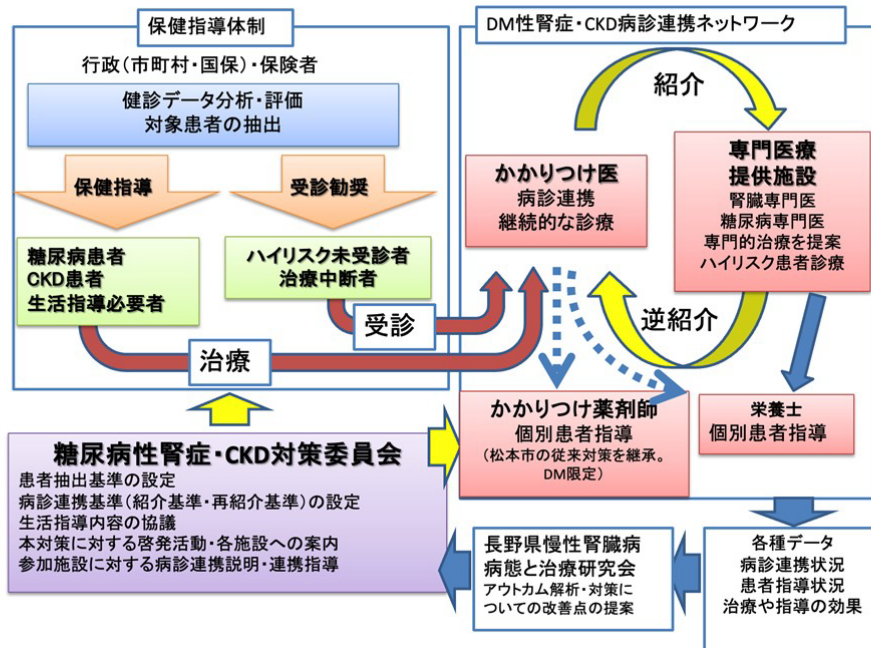


図7 松本市糖尿病性腎症・CKD病診連携紹介基準（検査別）



図8 松本市糖尿病性腎症・CKD病診連携紹介基準（疾患別）



図9

長野県CKD病診連携フローチャート（案）

検尿とeGFRによるCKD重症度評価（3～6ヶ月毎）



図10

静岡県糖尿病性腎症重症化予防プログラム



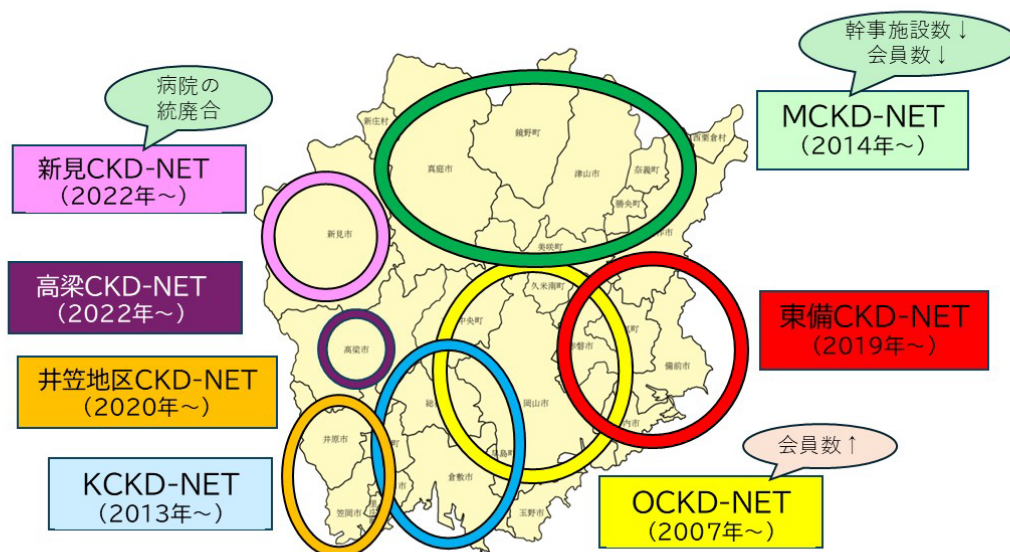
CKD病診連携パス表													
20●●年	患者名 静岡花子				かかりつけ医				腎臓病専門医				施設ID
月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
かかりつけ医受診日	5月27日	6月24日	7月24日	8月23日		10月23日	11月25日	12月25日	1月23日				
専門医受診日					9月29日								
血圧	110/72	124/72	132/84	137/98	122/88	134/84	120/80	138/80	146/90				
体重	52.5	52.6	53	52.8	52	52.6	53.9	53.9	53.6				
Cr	2.81			2.63	2.92		2.63						
K	5.3			5.2	5.3		5.8						
血糖					142								
HbA1c/g-Alb					14.8								
LDL	91				106								
尿蛋白/尿creat				63/2.63	330								
Hb	16.1			16.4	16.4		16.5						
eGFR	18.2			19.6	17		19.6						
Ccreat	17			18.5	12.7								
cystatineC					3.04		3.05						
コメント													
実務指導													

専門医は次回の受診予定日をその月の欄に書きこむ。

図11

患者ID番号		性別		年齢		検査実施日		検査実施場所	
①以下の上の2項目に同意しサイン（※4項目のうち1項目のみ、20年度以降の初年度のみ実施となります。） ※1 同意の両方を選択した場合、同意の両方とも有効となり、2項目とも有効となります。									
慢性腎臓病（CKD）詳細検査結果（※）保健指導連絡票									
2次検査実施日		令和 年 月 日		被保険者証 記号番号		性 別		生年月日	
フリガナ		年 齢		性別		生年月日		年 齢	
氏 名		性別		生年月日		年 齢		検査実施日	
特定検査項目									
尿蛋白検査 ☐		血中尿素窒素検査 ☐		血中クレアチニン検査 ☐		血中カルシウム検査 ☐		血中リン酸検査 ☐	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定量検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血中クレアチニン検査（mg/dl）		血中カルシウム検査（mg/dl）		血中リン酸検査（mg/dl）	
尿蛋白検査（定性検査） （mg/dl）		血中尿素窒素検査（mg/dl）		血					

岡山県内のCKD病診連携システム



分担研究報告書

地域における診療連携体制構築：医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発

研究分担者 田村 功一 横浜市立大学 主任教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

研究要旨

本WGでは、医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発を推進していくにあたって、今年度は横浜市・神奈川県での方策をモデルケースからの展開を図ることとした。そして、自治体独自の医療ビッグデータに社会保険診療報酬支払基金が持つレセプトデータを加えた医療ビッグデータの分析と、それに基づく疾患関連データの可視化を通じ、これら2種類のビッグデータを対象としたデータサイエンス手法を駆使した解析を行い、ヘルスデータ駆動型の診療連携モデルの構築を目指す。今回は対象疾患を慢性腎臓病（CKD）として、1）横浜市独自の医療ビッグデータベース、2）社会保険診療報酬支払基金データベースを合わせた統合的医療ビッグデータを解析対象とし、特定健診・企業健診からの保健指導実施数、健診からの医療機関への紹介・受診者数、横浜市内CKD患者数、慢性透析患者総数・新規透析導入患者数、CKDの原因（原疾患）や治療法等を含む精緻なCKD関連データを収集し、データに基づいて可視化していく。それらの結果を踏まえ、職種・領域横断的な『横浜慢性腎臓病（CKD）対策協議会』によりデータに基づくCKD対策推進と効果検証を行うモデル構築を開始するための活動を行なった。

A. 研究目的

本WGでは、『横浜市医療ビッグデータ（YoMDB: Yokohama Original Medical Data Base）および社会保険診療報酬支払基金レセプトデータを活用した医療ビッグデータ分析によるエビデンスに基づく腎疾患対策（EBPM）推進の恩恵をすべての市民、地域に行きわたらせ魅力あふれる都市をつくる』をテーマとして、第一段階の取り組みを開始した。

B. 研究方法

本WGでは、今年度は横浜市・神奈川県での方策をモデルケースからの展開を図るために、横浜市・横浜市立大学（附属病院/市民総合医療センター）・大学院医学研究科・国際マネジメント研究科・データサイエンス研究科ヘルスデータサイエンス専攻が密に連携できる体制を構築する。そのための本WG実施推進を担う職種・領域横断的な組織として全ての関連団体を包括するために設置した『横浜慢性腎臓病（CKD）対策協議会』を活用して効率的推進体制とした。そして、具体的には以下の三つをテーマとして一段階の取り組みを開始した。

- I. ヘルスデータに基づく慢性腎臓病（CKD）対策の普及戦略の開発
- II. 自治体独自の医療ビッグデータに社会保険診療報酬支払基金が持つレセプトデータを加えた医療ビッグデータの分析と、それに基づくCKD関連データの可視化
- III. ヘルスデータ駆動型の自治体健診・健保組合等

と連携した積極的な受診勧奨実施モデル構築

上記の取り組みを通じて、1）横浜市独自の医療ビッグデータベース（YoMDB）、2）レセプト社会保険診療報酬支払基金データベースを合わせた統合的医療ビッグデータを解析対象として、特定健診・企業健診からの保健指導実施数、健診からの医療機関への紹介・受診者数、横浜市内CKD患者数、慢性透析患者総数・新規透析導入患者数、CKDの原因（原疾患）や治療法等を含む精緻なCKD関連データを収集し、データに基づいて可視化していくための基盤的取り組みを行なった。

（倫理面への配慮）

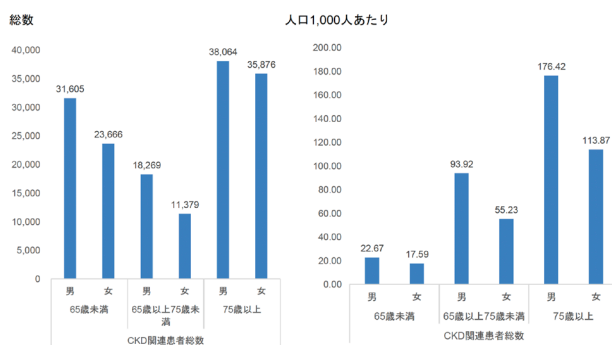
関連の法規を遵守した研究活動をおこなった。

C. 研究結果

『横浜市医療ビッグデータ（YoMDB: Yokohama Original Medical Data Base）および社会保険診療報酬支払基金レセプトデータを活用した医療ビッグデータ分析結果では、横浜市におけるCKD患者はともに75歳以上の後期高齢者の割合が高いことが示された（図1）。

図1：

横浜市におけるCKD患者総数



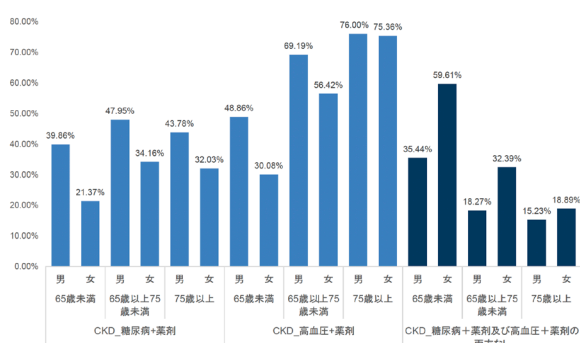
注) YoMDB及び支払基金より2024年4月診療（5月審査）～2025年3月診療レセプトデータから抽出（患者住所別別）

10

一方で、65歳未満では糖尿病と高血圧をとまわらないCKD患者の割合が高いことも示され、今後はこれら生活習慣病を介さないCKD患者の割合が高いことも示された（図2）。

図2：

CKDのうち、生活習慣病を持つ/持たない患者の割合



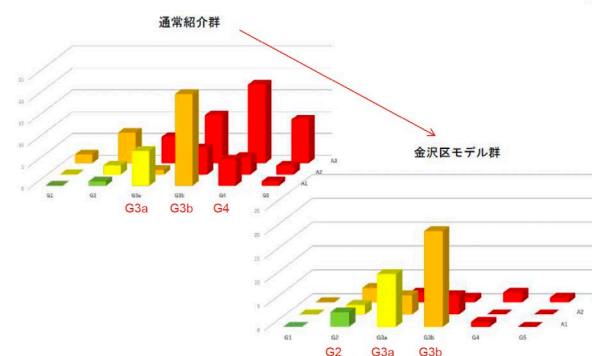
注) YoMDB及び支払基金より2024年4月診療（5月審査）～2025年3月診療レセプトデータから抽出（患者住所別別）

15

そして、18区ある横浜市の金沢区を先行実施対象地域として実施した、慢性腎臓病(CKD)診療連携もでる事業においては、通常の紹介パターンの場合（CKDステージG3a-G3b-G4に多い紹介患者数）に比較して、CKD患者紹介用に新規に開発した統一的CKD患者紹介書式を用いての紹介パターン（金沢モデル）の場合（G2-G3a-G3b）にCKD患者層が変化していた。つまり、地域の医療機関からの慢性腎臓病（CKD）患者の専門医療機関への紹介が、より早期に行われる状況に変容するという変化が認められた（図3）。

図3：

通常紹介群と金沢区モデル群の比較



D. 考察

本WGでは、医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発を推進していくにあたって、今年度は横浜市・神奈川県での方策をモデルケースからの展開を図ることとした。そして、自治体独自の医療ビッグデータに社会保険診療報酬支払基金が持つレセプトデータを加えた医療ビッグデータの分析と、それに基づく疾患関連データの可視化を通じ、これら2種類のビッグデータを対象としたデータサイエンス手法を駆使した解析を行い、ヘルスデータ駆動型の診療連携モデルの構築をめざすこととしている。

今年度は対象疾患を慢性腎臓病(CKD)として、1)横浜市独自の医療ビッグデータベース、2)社会保険診療報酬支払基金データベースを合わせた統合的医療ビッグデータを解析対象とし、特定健診・企業健診からの保健指導実施数、健診からの医療機関への紹介・受診者数、横浜市内CKD患者数、慢性透析患者総数・新規透析導入患者数、CKDの原因(原疾患)や治療法等を含む精緻なCKD関連データを収集し、データに基づいて可視化していく方針を設定し、本WGでのヘルスデータに基づくCKD対策の普及戦略として、本研究開発推進を担う職種・領域横断的な組織として『横浜慢性腎臓病(CKD)対策協議会』を設置・運用した。

その結果、横浜市においても75歳以上の後期高齢者のCKD患者数が多いことが確認できたが、65歳以下の比較的若い年代のCKD患者においては、代表的な生活習慣病とされる糖尿病と高血圧が認められないCKD患者の相対的比率が高く、これら糖尿病や高血圧が認められないCKD患者に対する早期発見・早期治療の促進のための取り組みの重要性が確認できた。

そして、『横浜慢性腎臓病(CKD)対策協議会』を活用しての先行的効率的CKD診療連携体制構築の効果として、実際にCKDのより早期のステージの患者のかかりつけ医から腎臓専門医療機関への紹介につながることが確認された。

E. 結論

本WGでは、医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発を推進していくにあたって、今年度は横浜市・神奈川県での方策をモデルケース

からの展開を図ることとし、その有効性について確認することができた。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Cross-sectional Survey of Hypertension Management among Patients Stratified by Chronic Kidney Disease in Japan.

Kobayashi K, Chin K, Furuki T, Sakai H, Miyakawa M, Asayama K, Eguchi N, Katsuya T, Sato K, Tamura K, Kanamori A.

JMA J. 2025 Oct 15;8(4):1240-1249. doi: 10.3162/jmaj.2025-0037.

2. The health-economic impact of urine albumin-to-creatinine ratio testing for chronic kidney disease in Japanese non-diabetic patients.

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, Kashihara N, Yokoo T.

Clin Exp Nephrol. 2025 May;29(5):583-595. doi: 10.1007/s10157-024-02600-9.

3. The health-economic impact of urine albumin-to-creatinine ratio testing for chronic kidney disease in Japanese patients with type 2 diabetes.

Asahi K, Konta T, Tamura K, Tanaka F, Fukui A, Nakamura Y, Hirose J, Ohara K, Shijoh Y, Carter M, Meredith K, Harris J, Åkerborg Ö, Kashihara N, Yokoo T.

J Diabetes Investig. 2025 Jan;16(1):108-119. doi: 10.1111/jdi.14293.

4. Comparison of renal effects between sacubitril/valsartan and thiazide diuretics among patients with uncontrolled hypertension and chronic kidney disease in Japan.

Sotozawa M, Chiba K, Kobayashi K, Chin K, Shimura H, Tsuge T, Ito S, Sakai H, Furuki T, Matsuzaki A, Nakajima S, Takada N, Yamamoto H, Takeda H, Iwasawa T, Aoyama T, Toyoda M, Kanamori A, Wakui H, Tamura K.

Clin Exp Nephrol. 2025 Oct;29(10):1465-1475. doi: 10.1007/s10157-025-02743-3

2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

1. 小林 竜、岩野剛久、金井大輔、金岡知彦、小豆島 健護、涌井広道、田村功一.

厚生省-横浜CKD診療連携モデル事業における「金沢区」先行モデルの検討.

第55回日本腎臓学会東部学術大会(横浜), 2025.09.27-28. 日本腎臓学会雑誌, 67(6-E):678-894, 2025.

2. 田村功一. 特別講演5:慢性腎臓病(CKD)国内2000万人時代の腎臓病・高血圧研究と診療の高みをめざす-心腎代謝連関制御の克服へ向けて-.

日本総合健診医学会第54回大会(横浜), 2026.01.23-24.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

分担研究報告書

地域における診療連携体制構築：好事例共有・横展開

研究分担者 和田 淳 岡山大学学術研究院医歯薬学域 教授
古波蔵健太郎 琉球大学病院血液浄化療法部 准教授・部長
森下義幸 自治医科大学医学部 教授
上條祐司 信州大学医学部附属病院腎臓内科 診療教授
岩田恭宜 金沢大学・医薬保健研究域医学系・教授
古市賢吾 金沢医科大学・医学部・教授
内田治仁 岡山大学学術研究院医療開発領域 教授

研究要旨 平成30年7月に厚生労働省から発出された腎疾患対策検討会報告書に基づき、今後の腎疾患対策の更なる推進のための対策5本柱を中心に、腎疾患対策が進められてきた。普及啓発や地域における医療提供体制の整備が各地で取り組まれてきた。本WGにおいて今年度は腎疾患対策が進んでいる地域を好事例としてその共有と、全国への横展開のさらなる拡充を図ることを目的とした。そのひとつとしてCKD協力医という制度を拡充させていくための周知が計画された。ひとつ前の研究班において、J-CKDIにおける全都道府県別の普及啓発および診療連携に関する現状をとりまとめホームページに掲載してきたが、本研究班でもそのHPの継続及び拡充が図られている。最新の情報に拡充する計画を進めた。

A. 研究目的

慢性腎臓病（CKD）は21世紀の国民病と言われてきているが、本邦においては2023年現在で約2000万人、すなわち5人に1人が罹患していると推定され、ますます患者数が増加している。CKDは末期腎不全の強力な危険因子であるのみならず、生命を脅かす脳心血管疾患の発症および死亡の危険因子であることから、CKD対策は国民の生命を守る観点で重要な意義がある。

平成30年に発出された腎疾患対策検討会報告書の中で「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WGにおける研究の目的は、この5本柱の中でも

特に「普及啓発」、「地域における医療提供体制の整備」における好事例の共有を目的とし、また今年度はこれらの好事例を横展開することで地域格差を是正し、診療レベルの均てん化をより推進することを目的とした。

B. 研究方法

先駆的に取り組んでいる地域での好事例を共有し、かつこれから取り組みを進めていく地域へのよい手本としていつでも活用できる体制を整えるため、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）対策の推進に資する研究班（代表・岡田浩一）と強力に協働し、今年度も2班合同会議にて研究方法について検討した。

令和6年度に厚労省から、令和6年度版標準的な健診保健指導プログラムが発出された。その前に、CKD診療ガイドライン2023およびCKD診療ガイド2024が相次いで発出されていることから、この保健

指導プログラムの内容とあわせて、各自治体における特定健診事業から抽出される CKD ハイリスク住民の拾い上げ、その後のかかりつけ医への連携、について検討した。

CKD 患者数は日本全国にいるため、その診療レベルの均てん化を図る必要がある。そのためのひとつの方法として、これまでいくつかの自治体レベルで存在していた、かかりつけ医と腎臓専門医の CKD 診療協力体制を拡充させるべく、全国に展開する CKD 協力医制度について検討した。

過去の研究班において、日本腎臓病協会（JKA）の中にある J-CKDI の全国各都道府県代表や各ブロック代表に依頼し、各都道府県での「普及啓発」および「診療連携体制」の現状あるいは今後の構想についてのスライド作成を依頼し、集めた紹介スライドを 2 班合同 Web ホームページに掲載し、あらゆる人が全都道府県の取り組みについて情報を得ることができるようにしていた。このホームページのさらなる拡充について検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は多施設共同ではあるものの患者さんに直接関係する情報を集めるものではない。各都道府県での CKD 対策の進捗状況をまとめる際に個人情報に十分配慮したスライド作成を依頼する方針を検討した。

C. 研究結果

まず、令和 6 年度に厚労省から、令和 6 年度版標準的な健診保健指導プログラムが発出された。この中で、最新の CKD 診療ガイドライン 2023 および CKD 診療ガイド 2024 と連携している内容として、尿蛋白（±）の扱いが変わった。すなわち、CKD 診療ガイドラインや CKD 診療ガイドにおいては、尿蛋白（±）を軽度蛋白尿、（+）以上を高度タンパク尿と位置づけ、「2 年連続健診で尿蛋白（±）であればかかりつけ医に受診勧奨」という項が設けられている。標準的な健診保健指導プログラムにおいても、 $eGFR \geq 45$ においても、尿蛋白（±）の場合は保健指導の対象となることが明記されている。これを受けて、各自

治体における行政と医療機関の連携対象者の見直しが必要と考えられた。そこで岡山県においては、岡山県が大学とともに 2015 年に策定していた「特定健診・特定保健指導の手引き～CKD（慢性腎臓病）フォローアップ対策編～」を、これらのガイドラインやガイドなどの内容にあわせ第 2 版として改訂した。

(<https://www.pref.okayama.jp/page/423366.html>)

CKD 協力医制度については、講演会などを通じてその周知が図られた。各都道府県において、既存の連携体制の規模感やその進展達成度などが異なることから、各都道府県において、CKD 協力医制度に関する聞き取りが行われた。

全 47 都道府県から、「普及啓発」および「診療連携」に対する取り組みのスライド作成を依頼し、全都道府県（北海道は北と南あり、福岡県は複数あり）において上記 2 つに対する個別のスライドを作成した。それらのスライドを 2 班合同ホームページ (<https://ckd-research.jp/>) にとりまとめて掲載し、公開した。

（図 1）



具体的には上記ホームページの「研究開発の推進」

（図 1）をクリックする。次に「全国の取り組み・年次推移」の項をクリックすると全国地図（図 2）が表示される。ここで閲覧を希望する都道府県をクリックすることで知りたい都道府県の情報へアクセスできるようになっている。ホームページの中で、例えば岡山県をクリックすると岡山県の普及啓発の取り組みと認知度に関するスライドや、診療連携体制構築の取り組みに関するスライドをいつでもどこからでもダウンロードできるようになっている。CKD 診療ガイドラインや診療ガイドの改訂をうけ、また、各都道府県における CKD 診療連携の進展はさらに深化していると考えられたため、今研究班において、

最新のものに update することが望ましいとされた。これらの HP の存在およびその内容を利活用してさらなる CKD 普及啓発を推進し全国展開するために、今年度は各都道府県での行政関係者および医療従事者の研修会や、一般住民対象の普及啓発イベントや市民公開講座などで本 HP の紹介および情報共有を図った。具体的には、R7 年度岡山県においては、医師向けに県内計 7 つの CKD 医療連携ネットワーク講演会や、行政関係者や保険者、医療関係者対象の計 20 回の研修会（モデル事業、オンライン研修会等）で、一般市民向けには計 6 回の公開講座/健康教室で本 HP の供覧と見方について情報共有を行った。

D. 考察

診療水準の向上において、ハイリスク患者の早期発見・早期介入は極めて重要である。CKD に対する新規薬剤や CKD 患者の新しいエビデンスが続々と発出され、日常の CKD 医療レベルも進化している。そのため、時代の流れに即して、早期発見・早期介入の方策についても改訂が望まれていた。これまでの取り組みから、CKD 医療連携は従前より深化してきたと思われるが、最新の情報に基づいた連携内容の更新は必要である。県レベル、市町村レベル、医療ネットワークレベルなど、各医療連携体制において継続した情報共有が重要であると考えられた。具体例として挙げた岡山県の特定健診・特定保健指導の手引きの改定により、新規のハイリスク患者が抽出され、さらなる診療水準の向上に貢献すると考えられた。このような連携体制の強靱化を目指した改訂を全国展開していくことは、今後の課題である。

CKD 協力医制度については、講演会などを通じてその周知が図られ、CKD 協力医制度の仕組みや全体像が具体化された。一方、各都道府県において、既存の連携体制が確立されているところにおいては、新たに協力医制度として立ち上げるかどうか慎重に検討を重ねることとなった。むしろ、これまで様々な事情でなかなか医療連携体制が発展・拡充していないエリアにおいて、CKD 協力医制度を打ち出していくことが重要であるとも考えられた。また、今後

CKD 協力医制度を導入していくうえで、その継続性および発展の方向性については、次年度以降の課題と考えられた。

E. 結論

今年度の研究を行うにあたり、過去の研究班で策定したホームページのさらなる利活用を図るための方策を検討した。自治体職員、医療関係者を対象とした CKD 研修会において本ホームページを紹介すると、非常に好評なコメントが毎年挙がっている。長所として、他都道府県の CKD 対策好事例が場所や時間を問わず参照できることに対する利便性が特に注目されている。特に自治体では 2～3 年毎に担当者が交代することが多く、新しい担当者にも所属する県市町村の情報に加え、他県市町村でどのような事業が行われているのか、閲覧をすることで、さらなる良質な診療連携の継続/発展が期待される。本年度中のホームページの完全な更新が間に合わなかったため、次年度前半には最新のものへ更新し、さらなる好事例の横展開を図ることが課題である。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Matsuoka-Uchiyama N, Uchida HA, Wada J, 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.
- 2) 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.
- 3) Hirai K, Shibata H, Shizukuishi K, Hatori M, Taniguchi Y, Ugata Y, Jinnouchi H, Ito K, Watanabe T, Onoguchi A, Watano T, Manabe O, Sakakura K, Ookawara S, Omoto K, Oyama-Manabe N, Fujita H, Morishita Y. Prevalence of Significant Coronary Artery Stenosis and Relationship with Carotid Maximum Intima-Media Thickness in Asymptomatic Patients with Moderate-to-Severe Chronic Kidney Disease: A Single-Center, Prospective, Cross-Sectional Study. Vasc Health Risk Manag. 2025; 21:1079-1091. doi: 10.2147/VHRM.S558663.
- 4) Masuda T, Asakura-Kinoshita M, Oka K, Ohara K, Sakai M, Miura M, Misawa K, Hirai K, Morinari M, Akimoto T, Shimada K, Nagata D, M

- orishita Y.** SGLT2 inhibitor requires co-administration with diuretics to effectively reduce interstitial fluid retention: the DAPA-BODY trial. *Hypertens Res.* 2026; 49: 499-507. doi: 10.1038/s41440-025-02388-5.
- 5) Yanai K, Hirai K, Kitano T, Miyazawa H, Ito K, Ookawara S, **Morishita Y.** Efficacy of dapagliflozin on uric acid in patients with moderate-to-severe chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol.* 2026; 30: 75-86. doi: 10.1007/s10157-025-02766-w.
 - 6) Watanabe Y, Kaneko S, Yamamoto R, Ogishi T, Okamoto S, Yuyama K, Matsuoka A, Nakamura Y, Ando S, Ito K, Hirai K, Ookawara S, **Morishita Y.** Severe hypercalcemia requiring emergency hemodialysis and multidrug therapy in a case of diffuse large B-cell lymphoma with multiple bone lesions. *BMC Nephrol.* 2025; 26: 488. doi: 10.1186/s12882-025-04422-7.
 - 7) Yanai K, Hirai K, Kitano T, Miyazawa H, Ito K, Ookawara S, **Morishita Y.** Systolic blood pressure is associated with early and long-term changes in renal function in patients with dapagliflozin-treated moderate-to-advanced chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol.* 2025; 29: 1200-1211. doi: 10.1007/s10157-025-02678-9.
 - 8) Morino J, Hirai K, Yoshida K, Kako S, Ookawara S, Oshiro H, Sugawara H, **Morishita Y.** Successful Treatment of TAFRO (Thrombocytopenia, Anasarca, Fever, Renal Insufficiency, and Organomegaly) Syndrome With Triple Combination Therapy of Corticosteroid, Tocilizumab, and Cyclosporine: A Case Report. *Cureus.* 2025; 17: e80274. doi: 10.7759/cureus.80274.
 - 9) Ito K, Ookawara S, Sanayama H, Kakuda H, Kanai C, Iguchi K, Shindo M, Tanno K, Ishibashi S, Kakei M, Tabei K, **Morishita Y.** Association between psoas muscle mass index and bone mineral density in patients undergoing hemodialysis. *Sci Rep.* 2025 Jan 2;15(1):544. doi: 10.1038/s41598-024-84873-4.
 - 10) Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral therapy-related chronic kidney disease. *CEN Case Rep.* 2025 Dec;14(6):805-808
 - 11) 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
 - 12) 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
 - 13) Nimura T, Harada M, Aomura D, Yamakawa K, Hashimoto K, **Kamijo Y.** Impact of repaired 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 (8) 1063-1074, 2025
2. 学会発表
 - 1) 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. 田中景子、**内田治仁**、**和田淳**ほか、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
 - 2) 岡山県における透析患者の現状2023～ODN Survey (Okayama Dialysis Network Survey) ～. **内田治仁**、**和田淳** ほか、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
 - 3) 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. **古波蔵健太郎**・第68回日本腎臓学会総会
 - 4) 尿酸排泄促進薬はCKD患者の腎保護に有用か? **古波蔵健太郎**・第68回日本腎臓学会総会
 - 5) 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 **古波蔵健太郎**・第55回日本腎臓学会東部学術集会
 - 6) 慢性腎臓病G4期におけるSGLT2阻害薬新規処方の方の効果の検証. 松井大介、青村大輝、山家公輔、原田真、橋本幸始、**上條祐司**. 第68回日本腎臓学会学術総会2025/6/20-22・パシフィコ横浜
 - 7)
 - H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）
分担研究報告書

地域における診療連携体制構築：CKD協力医制度構築・難治性腎疾患の診療レベルの向上

【研究分担者】

猪阪善隆 大阪大学大学院医学系研究科腎臓内科学

研究要旨

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。

A. 研究目的

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、「CKD 診療ガイド 2024」の内容をより広くかかりつけ医に浸透させることを試みた。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ための制度設計が必要である。

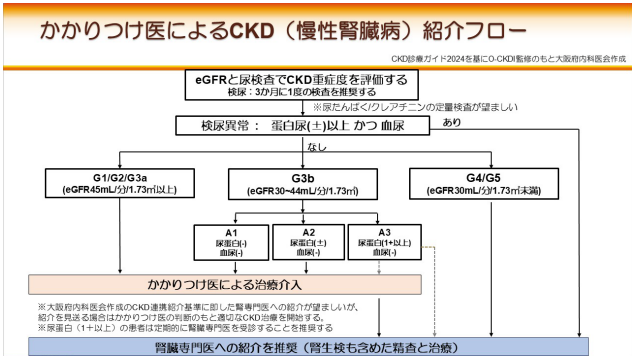
B. 研究方法

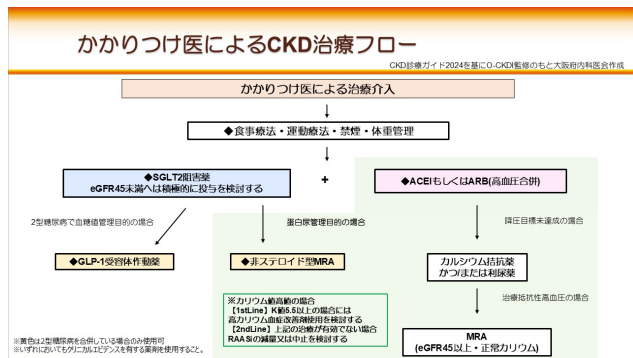
大阪府内科医会と連携し、かかりつけ医による CKD 紹介フローおよび CKD 治療フローを作成した。

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。

C. 研究結果

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。





また、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。

D. 考察

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って考えられる。

E. 結論

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。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

分担研究報告書

地域における診療連携体制構築：検診結果に基づく保健指導、受診勧奨の推進

研究分担者 旭 浩一 岩手医科大学医学部・教授
中川直樹 旭川医科大学医学部・教授
福井 亮 東京慈恵会医科大学・講師

研究要旨

都道府県レベルの保健事業の取り組みとして、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 つの健康習慣に着目して生活習慣を 5 段階にスコア化し、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。その結果、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 新規発症低減との関連が示唆された。以上のデータを元に県単位の保健事業の一環として上記帳票、既存啓蒙資料、講演による市町村へのフィードバックを実施した。

A. 研究目的

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

CKD 重症化予防のための保健指導の効果を評価するアウトカム指標として、新規透析患者数や死亡などのハードアウトカム、あるいは医療費などを設定することは、介在する諸要因の影響が大きいため、必ずしも適切ではない。有効な保健指導の推進に資するため、特定健診データを用いて、保健指導の直接的な効果である住民・患者の行動変容を定量的・経時的に評価する方法を検討し、保健指導の現場で活用する。

B. 研究方法

1) 特定保健指導対象者における生活習慣スコアならびに保健指導実施の有無と経年的な生活習慣スコア、健診受診率の検証

生活習慣は、次の各項目を用いてスコア化する帳票を作成した。①【BMI】25 kg/m²未満、②【質問票】たばこ

は吸わない、または禁煙に成功した、③【質問票】1 日 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施しており、かつ日常生活において歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施している、④【質問票】朝食を週に 4 日以上食べ、かつ朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物をほとんど摂取しない、⑤【質問票】お酒は節酒している（日本酒なら 1 日 1 合未満またはほとんど飲まない）。これら①～⑤の項目を満たす場合を 1 点とし、0 点から 5 点を与えた。高得点であるほど望ましい生活習慣と考えた。

上記帳票を用いて、福島県国民健康保険団体連合会がデータを保有する令和 4 年度および令和 5 年度の 2 年連続で特定健診を受診した者 129,867 名のうち、特定保健指導対象者で保健指導が実施された者 2,894 名と実施されなかった者 11,119 名について、令和 5 年度的生活習慣スコアの変化や令和 5 年度の健診受診率を検証した（行動変容の実態把握）。

2) 生活習慣スコアと生活習慣病・CKD の新規発症との関連の検証

上記 129,867 名(特定健診を令和 4 年度と令和 5 年度に 2 年連続受診)のうち、質問票への回答または健診項目に欠損のある者を除く 98,168 名について、令和 4 年度の生活習慣スコアが低い群(0～2 点)を対照として、生活習慣スコアの高い各群(3～5 点)における高血圧、糖尿病、CKD(蛋白尿)の新規発症のオッズ比を、単変量ロジスティック回帰解析を用いて解析した(アウトカムの把握)。

3)解析結果を活用した保健事業の展開

上記データを全県レベルの保健事業として活用する

ため、研修会を開催し、市町村にフィードバックした。

C. 研究結果

1) 特定保健指導対象者における生活習慣スコアならびに保健指導実施の有無と次年度生活習慣スコア、健診受診率の検証

特定健診を令和 4 年度と令和 5 年度に連続して受診した者について、令和 4 年度の生活習慣スコアの変化と令和 5 年度特定健診未受診者数を集計した(表 1-a～c)。

表1 令和4年度特定健診受診者の翌年(令和5年度)の生活習慣スコアと特定健診未受診状況

a. 特定健診2か年連続受診者(令和4年・令和5年)

令和5年度生活習慣スコア														令和5年度 未受診者
令和4年度生活 習慣スコア (人)		0点		1点		2点		3点		4点		5点		
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
0点	1,354	531	0.41%	313	0.24%	91	0.07%	12	0.01%		0.00%		0.00%	407
1点	10,555	266	0.20%	4,456	3.43%	2,308	1.78%	503	0.39%	60	0.05%	6	0.00%	2,956
2点	35,943	57	0.04%	2,125	1.64%	17,182	13.23%	6,220	4.79%	856	0.66%	54	0.04%	9,449
3点	54,757	10	0.01%	392	0.30%	5,602	4.31%	28,746	22.13%	6,298	4.85%	404	0.31%	13,305
4点	23,813		0.00%	26	0.02%	717	0.55%	5,774	4.45%	10,201	7.85%	1,112	0.86%	5,983
5点	3,445		0.00%	2	0.00%	38	0.03%	353	0.27%	1,094	0.84%	1,098	0.85%	860
計	129,867	864	0.67%	7,314	5.63%	25,938	19.97%	41,608	32.04%	18,509	14.25%	2,674	2.06%	32,960

b. 令和4年度特定保健指導対象者のうち特定保健指導を実施された者

令和5年度生活習慣スコア													令和5年度 未受診者	
令和4年度生活 習慣スコア	(人)	0 点		1 点		2 点		3 点		4 点		5 点		(人)
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
0点	73	35	1.21%	21	0.73%	4	0.14%		0.00%		0.00%		0.00%	13
1点	482	23	0.79%	203	7.01%	122	4.22%	40	1.38%	7	0.24%	1	0.03%	86
2点	1,275	2	0.07%	82	2.83%	637	22.01%	283	9.78%	40	1.38%	3	0.10%	228
3点	797		0.00%	10	0.35%	153	5.29%	402	13.89%	109	3.77%	8	0.28%	115
4点	245		0.00%		0.00%	24	0.83%	76	2.63%	99	3.42%	13	0.45%	33
5点	22		0.00%		0.00%	1	0.03%	3	0.10%	5	0.17%	9	0.31%	4
計	2,894	60	2.07%	316	10.92%	941	32.52%	804	27.78%	260	8.98%	34	1.17%	479

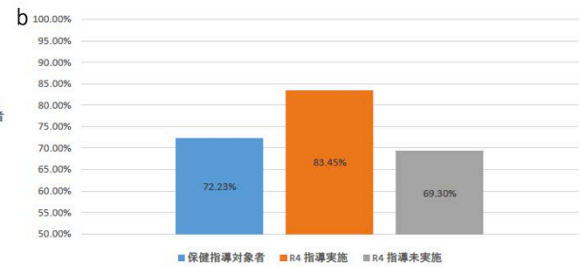
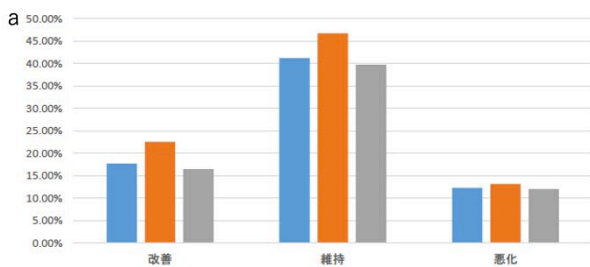
c. 令和4年度特定保健指導対象者のうち特定保健指導を実施されなかった者

令和5年度生活習慣スコア													令和5年度	
令和4年度生活 習慣スコア	(人)	0 点		1 点		2 点		3 点		4 点		5 点		未受診者
		(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	(人)	(%)	
0点	363	128	1.15%	74	0.67%	14	0.13%	3	0.03%		0.00%		0.00%	144
1点	1,829	64	0.58%	715	6.43%	351	3.16%	84	0.76%	15	0.13%	1	0.01%	599
2点	4,908	10	0.09%	327	2.94%	2,163	19.45%	790	7.10%	106	0.95%	9	0.08%	1,503
3点	2,982	2	0.02%	61	0.55%	518	4.66%	1,203	10.82%	310	2.79%	25	0.22%	863
4点	937		0.00%	4	0.04%	53	0.48%	251	2.26%	317	2.85%	44	0.40%	268
5点	100		0.00%		0.00%	3	0.03%	14	0.13%	28	0.25%	19	0.17%	36
計	11,119	204	1.83%	1,181	10.62%	3,102	27.90%	2,345	21.09%	776	6.98%	98	0.88%	3,413

このデータをもとに、令和 4 年度受診者全体、特定保健指導対象者のうち保健指導実施群および非実施群における生活習慣スコアの変化と令和 5 年度特定健診未受診率を集計した。その結果、生活習慣スコアの改善割合は、特定保健指導実施群で 22.49%であり、未

実施群の 16.42%に比して高かった。また、次年度特定健診受診率は、特定保健指導実施群で 83.45%であり、未実施群の 69.30%に比して高率であった(図 1-a, b)。

図1 特定保健指導の効果 a. 令和4年度特定保健指導実施有無による令和5年度の生活習慣改善の状況、b. 令和4年度特定保健指導実施有無による令和5年度の特定健診継続受診者の状況



2) 生活習慣スコアと生活習慣病・CKD の新規発症との関連の検証

令和4年度の生活習慣スコアが低い群(0～2点)に対し、生活習慣スコアの高い各群(3～5点)における高血圧、糖尿病、CKD(蛋白尿)の新規発症のオッズ比(95%信頼区間)は、それぞれ高血圧0.71(0.68～0.75)、糖尿病0.52(0.48～0.58)、CKD(蛋白尿)0.76(0.70～0.82)であった。

3) 解析結果を活用した保健事業の展開

解析結果を踏まえ、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(図2)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。上記解析結果をフィードバックするとともに、PDCAサイクルによる効果的な保健指導の進め方や、CKDの病態と対策の地域での実践について啓発した。

図2 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 次第

D. 考察

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。今回、生活習慣スコアの観察により、比較的短期間(1年間)の観察でも、高血圧、糖尿病およびCKD(蛋白尿)の新規発症リスクを検出することが可能と考えられた。しかし、さらに長期の経年変化の分析により、住民の行動変容と高血圧症、糖尿病およびCKD(蛋白尿、腎機能低下)などの重症化との関連を検出できるかについては、さらなる検討が必要である。

今回のようなKDBからのデータ抽出による帳票作成や解析、各市町村の保健指導の方法や内容の共有を普及するにあたっては、マンパワーや技術的な観点から、都道府県レベルの保健当局や国民健康保険団体連合会がリーダーシップを発揮し、市町村の保健事業支援の一環として積極的に関与することが効率的であると考えられる。都道府県国保連合会等による保健事業支援の機会に、既存の連携資材の活用や講演等を組み合わせた研修会等のフィードバックの機会を提供することで、健診結果に基づく、より有効な保健指導の実践につながると考えられる。今後、集団レベルでの評価の各保険者(市町村)へのフィードバックや、個別

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	
次 第	
日 時	令和7年10月20日(月) 10時30分～15時30分
開催方法	Web開催(Zoom使用)
1 開 会	
2 換 拶	
3 内 容	
第1部	『保健事業を着実に実践するために ～PDCAサイクルによる効果的な保健指導の進め方～』 講師：福島県国民健康保険団体連合会 保健事業課
第2部	情報提供
(1)	研究『5つの生活習慣は慢性腎臓病の発症率を減少させる』(動画視聴60分) 講師：新潟大学大学院 医学部 内科学講座 腎・膠原病内科 客員研究員 若杉 三奈子 氏
(2)	『5つの生活習慣での保健事業の評価について』 福島県国民健康保険団体連合会 保健事業課
講演	『慢性腎臓病(CKD)病態と対策の地域での実践について』 講師：岩手医科大学 医学部 内科学講座 腎・高血圧内科分野 教授 旭 浩一 氏 (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 副委員長)

指導への具体的な活用のあり方をさらに詳細に検討していく必要がある。

E. 結論

5つの健康習慣に基づく生活習慣スコアは、特定健診データを用いて住民・患者の行動変容を定量的・経時的に評価する指標として活用可能であると考えられた。特定保健指導実施群では未実施群に比べて生活習慣スコアの改善割合および次年度特定健診受診率が高く、保健指導が生活習慣および健診受診行動の改善に寄与する可能性が示唆された。また、生活習慣スコアが高い群では、高血圧、糖尿病およびCKD(蛋白尿)の新規発症リスクが低い傾向を認め、生活習慣スコアは保健指導の効果評価や生活習慣病・CKD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得る。今後は、長期的な経年変化の解析を進めるとともに、保険者単位でのフィードバックや個別保健指導への具体的な活用方法を検討し、検診結果に基づく保健指導を推進し、PDCAサイクルに基づく保健事業の展開につな

げていく必要がある。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 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
- 2) 旭浩一. 地域でのCKD対策の実践のための基礎知識—アルブミン尿/蛋白尿, eGFRの捉え方も含めて. 岩手県予防医学協会令和7年度保健活動連絡会議. 令和8年2月10日. 盛岡市

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。

分担研究報告書

診療水準向上：移行期医療

研究分担者	石倉 健司	北里大学医学部小児科学 教授
研究協力者	寺野千香子	北里大学医学部小児科学 講師
	三浦健一郎	東京女子医科大学腎臓小児科 准教授
	後藤芳充	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院小児科 小児腎臓科部長
	幡谷浩史	東京都立小児総合医療センター腎臓・リウマチ膠原病科 部長
	郭 義胤	福岡市立こども病院 腎・泌尿器センター センター長
	張田 豊	東京大学医学部附属病院小児科 准教授

研究要旨

背景：近年、小児期発症慢性腎疾患（C-CKD）患者の生命予後の改善に伴い、成人期まで継続的な医療を必要とする症例が増加しており、小児医療から成人医療への円滑な移行（トランジション）の重要性が強調されている。しかし本邦では移行期医療の体制整備は未だ十分とはいえず、2023 年の先行研究においても移行プログラムを有する施設や移行コーディネーター配置施設は限られており、多職種連携や成人診療科との連携にも課題が残されている。

目的：本邦における小児期発症腎疾患患者の移行期医療の体制（移行プログラム、人的配置、支援内容等）の現状を明らかにする。また、医療機関の形態（大学病院、小児専門病院、総合病院等）による差異や移行支援における課題および阻害因子を検討し、標準化された移行プログラム作成に資する基礎資料を得ることを目的とする。

方法：本研究は多施設共同の無記名調査研究である。2023 年度に実施した先行研究に参加した小児医療機関 35 施設を対象に、Google フォームを用いたアンケート調査を実施する。調査項目は施設背景、移行プログラムの有無、人的体制、移行プロセス、支援資材、困難例の有無、院内啓発、ならびに移行の障壁や促進要因等とし、記述的に解析を行う。

結果：研究協力者とともに研究計画書および調査票の作成を行った。調査票は選択式 28 問、記述式 8 問の計 36 問から構成されており、現在、対象施設への調査実施に向けた準備を進めている。

考察：2014 年および 2023 年の調査結果から、本邦における移行期医療の体制整備は依然として不十分であり、特に移行プログラムや移行コーディネーターの不足、多職種連携や成人診療科との連携体制の未整備が課題として示されている。医療機関の形態による差異も想定されるが、体系的に検討した研究は限られており、本研究によりこれらの点を明らかにする意義は大きい。

結論：本研究により、本邦における小児期発症腎疾患患者の移行期医療の現状と課題を明らかにし、標準化された移行プログラムの構築および実装に向けたエビデンスの創出が期待される。

背景

近年小児期発症慢性腎疾患患者の生命予後の改善に伴い、成人期まで継続的に医療を必要とする症例が増加している。このため、小児医療から成人医療への円滑な移行（トランジション）の重要性が国内外で強調されている。しかしながら、本邦における移行期医療の体制整備は未だ不十分であり、2023 年に実施した先行研究においても、移行プログラムを有する施設は限られており、移行コーディネーター配置施設は少数であることが明らかになっている。また多職種連携の体制が未整備で、成人診療科との連携のばらつきも問題となる。

さらに、大学病院、小児専門病院、総合病院など医療機関の形態によって移行支援の実態や課題が異なる可能性があるが、これを体系的に検討した研究は限られている。本研究はこれらの現状を詳細に把握し、将来的な標準化された移行プログラムの構築に資するエビデンスを創出することを目的とする。

A. 研究目的

本邦における小児期発症腎疾患患者の移行期医療に関する体制（プログラム、人的配置、支援内容等）の現状を明らかにする。また医療機関の形態（大学病院、小児病院、総合病院等）による差異や移行支援における課題および阻害因子を明らかにし、標準化された移行プログラム作成に向けた基礎資料を得る。

主要評価項目：

本邦における各医療機関における移行期医療に関する体制（プログラム、人的配置、支援内容等）の現状を明らかにする。

B. 研究方法

研究デザイン：

多施設共同調査研究（調査研究）

研究対象：

2023 年度に実施した先行研究「成人期に達した小児期発症慢性腎疾患患者の成人医療への移行に関する実態把握のための調査研究」（厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）「腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築」班（研究代表者：柏原直樹先生））に参加した小児医療機関（35 施設）で本研究に参加同意を得た施設

目標登録施設数：35 施設

研究方法：Google フォーム等を用いた無記名調査研究

解析方法：記述的に解析を行う

調査項目（詳細は別紙調査票参照）：

- ・施設の基本情報（病院形態、病床数、主な診療科）
- ・移行プログラム等の有無
- ・移行プログラムに対する体制・人的資源（移行コーディネーターの有無、関与職種等）
- ・移行プロセスの実態（移行プログラム開始年齢、プログラム対象患者、プログラムの具体的な内容、面談の所要時間）、使用している移行支援資材、移行カンファレンス実施の有無
- ・移行プログラム使用下での転科困難例・中断例の有無
- ・病院職員や院内啓発のための取り組み
- ・記述式として
 - 移行の主な障壁、促進要因
 - 病院形態特有の課題
 - 今後必要な支援・政策提案
 - 自律困難患者に対する取り組み
 - 現在のプログラムの問題点

研究期間：倫理審査承認後から 2027 年 12 月 31 日

まで

(倫理面への配慮)

本研究は医師から各施設の体制について調査を行うもので、患者の個人情報の取り扱いを行わない。このためオプトアウトを含めた同意取得は不要である。

C. 研究結果

研究協力者と推敲を加え、研究計画書と調査票の作成を行った。調査票は選択式の設問が28問、記述式の設問が8問の計36問から構成される。調査票の詳細な項目については添付資料を参照して頂きたい。

D. 考察

2014年に「成人期に達した小児期発症慢性腎疾患患者の成人医療への移行に関する実態把握のための調査研究」が行われた。結果2014年時点で移行プログラムを有していた施設は小児施設で4/101施設(4.0%)、成人施設では0/103(0%)施設であり、移行コーディネーターがいると回答した施設は小児施設3/101施設(3.0%)、成人施設で1/101施設(0.9%)と病院内の体制面の整備が十分ではないことが明らかとなった。その後学会や公的研究班が中心となり、移行期医療の必要性・重要性の啓発が行われ、徐々に移行期医療について認識が広がり移行期医療について認知と体制整備が進んだことが期待されたため、2023年度に同一施設を対象としたフォローアップ調査を改めて実施した。その結果移行プログラムを有していると回答した施設は小児施設で4/34施設(11.8%)、成人施設では1/24施設(4.2%)と割合は増加しているように見えるが実際にプログラムを有している施設数に大きな変化が見られなかった。移行コーディネーターがいると回答した施設は小児施設4/34施設(11.8%)、成人施設で0/24施設(0%)であった。これらの結果から、依然として移行プログラムや移行コーディネーターの病院内設

置の不足や情報提供のあり方など体制整備が十分ではないことが明らかであり、より良い移行医療のために各施設の体制整備が大きな課題であると考えられた。この結果を踏まえ、本邦における小児期発症腎疾患患者の移行期医療に関するより詳細な体制(プログラム、人的配置、支援内容等)の現状を把握し、移行支援における課題および阻害因子を明らかにすることで、標準化された移行プログラム作成に向けた基礎資料を得ることを目的として本研究を立案した。調査票が完成したため、今後は2023年度の移行期医療調査研究に協力を頂いた35施設に調査票を送付予定である。

E. 結論

依然として、移行プログラムや移行コーディネーターの病院内設置の不足や情報提供のあり方など体制整備が十分ではないことが明らかであり、より良い移行医療のために各施設の体制整備が大きな課題である。本研究により各施設の現状と問題点を明らかにし、標準化した移行プログラムの提案と実装を目的として本研究を遂行していく。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1) Terano C, Ishikura K, Miura K, Ito T, Kaneko T, Hattori M, Kashiwara N.

Establishing a transition program and carefully handling cases with complications are necessary: results of a nationwide survey for adolescents with kidney diseases in Japan. 2025 IPNA, Cape Town, South Africa

2) 寺野千香子、三浦健一郎、伊藤孝史、服部元史、石倉健司、柏原直樹. 思春期-青年期を迎えた先天性腎尿路異常症例の現状 -小児期発症慢性腎臓病患者の移行に関する全国実態調査研究結果から-。第60回日本小児腎臓病学会学術集会、名古屋、20

25年5月24

3) 寺野千香子、三浦健一郎、伊藤孝史、服部元史、
柏原直樹、石倉健司．成人期に達した小児期発症
慢性腎疾患患者の成人医療への移行に関する実
態把握のための調査研究結果．第 68 回日本腎臓
学会学術総会，横浜，2025 年 6 月 22 日

4) 寺野千香子、三浦健一郎、伊藤孝史、服部元史、
柏原直樹、石倉健司．思春期・青年期年齢の腎代

替療法を要した患者の現状-小児期発症慢性腎疾
患患者の移行に関する全国実態調査研究結果か
ら-．第 46 回日本小児腎不全学会学術集会，箱根，
2025 年 12 月 19 日

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし

<添付資料：移行期プログラム調査票案>

移行プログラム調査票案

A. 回答施設の基本情報（全施設回答必須）

1. 病院形態 小児病院/大学病院/一般病院
2. 病床数 0-200 床/200-499 床/500 床以上
3. 主な診療科 小児科/小児腎臓科を含む専門診療科/その他
4. 主な対象疾患（複数選択） ネフローゼ症候群・慢性腎炎症候群等/慢性腎臓病（非透析）/透析患者/移植後/泌尿器疾患/その他

B. 移行プログラムの位置づけ（全施設回答必須）

5. 移行プログラムの有無 病院全体の公式なプログラムがある/診療科単位のプログラムがある/
非公式だが科毎に定型的な取り組みを行っている/プログラムはないが主治医の裁量で移行に対する
取り組みを行っている/それ以外の取り組みを行っている（自由記載）/全くない

以下は移行プログラムもしくはそれに準じたものや移行についての取り組みを行っているご施設に
回答をいただきます。上記5の設問でプログラムが「全くない」以外を回答したご施設がご回答く
ださい。

*以下で移行プログラムもしくはそれに準じたものや移行についての取り組みを合わせて「移行プ
ログラム等」と表記します。

また、以下の設問には患者によって異なる場合、典型的な症例を想定し最も頻度が高い/該当する
と考えられる選択肢を選択してください。

C. 体制・人的資源

6. 移行コーディネーターの配置

専任/兼任/なし

7. 移行コーディネーター・医師以外の移行に関わるスタッフの有無

ある程度決まった担当者が兼任で担当/外来看護師が担当しその都度異なる看護師が担当する/
なし

8. 関与職種（複数選択科）

小児科医師/成人科医師/看護師/栄養士/薬剤師/ MSW/心理士/事務/その他

- D. 移行プロセスの実態（プログラム等実施施設）
9. 主な転科先
院内/院外/その他
10. 移行医療として介入を開始する年齢として最も多い年齢
10-12 歳/13-15 歳/16-18 歳/19 歳-/年齢基準なし
11. プログラム等の対象患者①：以下から対象としている患者を選択して下さい
全患者（自律困難患者を含む）/自律可能な全患者と一部の自律困難患者/自律可能な全患者/医師が必要と判断した患者のみ/その他
12. プログラム等の対象患者②：以下から対象としている患者を選択して下さい
全患者/転科が必要である患者/医師が自立支援等を必要と判断した患者/その他
13. 12 で「全患者（自立困難患者を含む）」と回答した場合以下から最も実情に合うものを選択してください
全症例で同一のプログラム等を使用している/自立可能な患者と困難な患者でプログラム等を分けている/その他
14. プログラム等に含まれる具体的な項目（複数回答可）
病気理解/服薬管理/症状対応/就学・就労/制度利用/性と生殖/その他
15. 完了基準
年齢基準を設けている/到達目標達成（具体的に記載をお願いします：）/小児科終診時/成人科初診完了時/その他
16. 転科後のフォロー体制
一定期間併診を行う/併診なし/必要時のみ再介入/特に決めていない
17. 16 で併診を行う場合平均的な併診期間
1-2 か月/3-4 か月/6-11 か月/12 か月以上
18. 成人科と情報共有のための移行カンファレンスの有無
定期的に実施/個々の症例毎に実施/直接的な医師間の情報共有のみ/なし/その他
19. 18.で定期的もしくは症例毎に移行カンファレンスを実施していると回答した場合、移行カンファレンスへの参加職種（複数選択可）
小児科医/成人科医/看護師/栄養士/薬剤師//MSW/心理士/事務/その他
20. 使用移行支援資材（複数選択可）
移行チェックリスト/移行サマリー/教育資材/自己管理ノート/その他（記述）
21. 知的発達症等を伴わない一般的な症例における、1 回の外来で移行プログラムや移行関連の介入・お話しのためにかける平均的な時間（医師、看護師がそれぞれかけた時間の合計を選択して下さい）
5-15 分/15-30 分/30-45 分/45-60 分/60 分以上
22. 知的発達等のない一般的な症例における移行プログラム等完了までの介入回数
1-2 回/3-4 回/5-6 回/7 回以上

E. アウトカム・転帰

23. 過去2年間の転科困難例・中断例 あり/なし

24. 23で「あり」と回答した場合その理由（複数選択可）

通院中断/患者・家族の拒否/成人科側の受け入れ困難//転科後成人科自己中断小児科再受診/自立支援下での自律不十分・困難/その他

25. 転科困難例の特徴（複数選択可）

医療的ケア児/発達・知的特性あり/精神疾患合併例/希少疾患/患者・家族の意向/社会的要因（経済・家族）/言語・文化/その他

26. 移行プログラム等の効果をどのように評価していますか（複数選択可）

成人科通院継続率（小児科から転科後の再診率）/自己管理能力/患者満足度/成人科からの評価/転科後のノンアドヒアランス/転科後の腎疾患の予後/その他/評価していない

F. 教育・啓発

27. 職員向け移行支援研修（複数選択可）

定期的に実施/不定期に実施/計画中/未実施

28. 院内啓発のための取り組み（複数選択可）

ポスター/病院ホームページ/配布資料/院内勉強会/院外も含めた勉強会/未実施

G. 記述式

29. 移行の主な障壁（重要と考える順に3つ）

30. 移行の促進要因（重要と考える順に3つ）

31. 病院形態特有の課題があれば記載をお願いします

32. 今後必要な支援・政策提案があれば記載をお願いします

33. 今後移行プログラム等の効果をどのように評価するとよいと思いますか

34. 自律困難患者に対する各施設の取り組みがあれば記載をお願いします

35. 現在のプログラム等の問題点があれば教えてください

36. 自由記載（全体を通して）

分担研究報告書

診療水準向上：高齢 CKD 患者、透析・移植後患者の QOL 維持向上

研究分担者 酒井 謙 東邦大学 教授
祖父江 理 香川大学 講師

研究要旨

【目的】

高齢CKD患者においては、2025年に3学会（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）による腎不全患者の緩和ケアガイドランスが発表される。緩和ケアの議論が国民的感心を以て進んでおり、関係資料の刷新も必要となった。また診療報酬は、緩和ケアのみならず、両立支援にもその方向性が示され、移植者アンケートの就労情報の実態を通してその実装を計画した。

【方法】

2024年度においては、移植者の就労状況について就労支援に繋ぐ資料作成を目指した。透析医会においても維持血液透析患者のACPが調査されており、移植患者調査においても同様にACPの調査を行った。この和文冊子体（移植者アンケート調査結果）は2025年3月に刊行された。また2025年度においては、台湾国立大学「腎臓病患者の終末期における緩和ケアガイドライン」の和訳第3版作成を行った。

【発表経過】

台湾国立大学作成のガイドラインの和訳第3版作成においては、令和6年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）「腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築」（研究代表者 柏原直樹）の研究費にて制作した。他方、高齢者CKD診療におけるCKMを含めた論点整理を行い、3学会における、腎不全患者の緩和ケアガイドランスの提言作成に加わった。また国際腎臓学会（2026年3月開催 横浜）にて、台湾国立大学の末期腎不全緩和ケアガイドライン作成者との意見交換を得た。

参加者（3月30日 於東邦大学）

1) Dr. Mei-Ching Yu
Division of Pediatric Nephrology,
Chang Gung Memorial Hospital-Linko Medical Center
and Chang Gung University, Taiwan.

2) Hung-Bin Tsai, MD, PhD, EMBA
Taiwan Organ Sharing Registry

3) Chia Ter Chao MD PHD FASN
National Taiwan University hospital

腎センター 村松真樹 濱崎祐子 酒井 謙 高上紀之

後援： 国際交流センター（東邦大学医学部）

議題： 腎移植生体ドナーの透析導入（腎臓摘出後）（台湾）
台湾日本の腎不全の緩和医療について（台湾）（日本）

【結果】

2026年には診療報酬改定も予定され、腎不全の緩和ケアの議論の活発化を得た。

【考察】

緩和ケアの議論が国民的感心を以て進んでおり、腎不全の緩和ケアの議論が進んだが、本邦の良好な透析療法の成績において、CKMの考え方には欧米との隔たりがまだ存在する。

A. 研究目的

2025 年は両立支援（中川班）においても、診療報酬加点が予想され、移植者アンケートの結果（就労状況）はその政策に資するものとなる。また 2025 年に 3 学会（日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会）による腎不全患者の緩和ケアガイドランスが発表される。本年度は、両立支援に加え、高齢 CKD 患者の QOL ADL ACP CKM において、活動を行う。

B. 研究方法

2024 年度は移植患者のその後の就労、就業、結婚、育児、老後、ACP などの QOL 調査「全国腎移植者（待機者）の医療・福祉ニーズに関する調査」のアンケートの結果が得られ、引き続き周知、報告を行った。2025 年度は、3 学会による腎不全患者の緩和ケアガイドランスも発表され、台湾大学医学部付属病院作成の「腎臓病患者の終末期における緩和ケアガイドライン」の和訳第 3 版作成を行った。

（倫理面への配慮）

「末期腎臓病人安寧緩和ガイドライン」（国立台湾大学）の翻訳の印刷配賦の可否については 既に柏原直樹先生と国立台湾大学（洪冠予教授）との調印済である。

C. 研究結果

台湾における、末期腎不全の緩和ケアでは、CKM において一時的透析が含まれる。現在本邦でも台湾のように CKM の経過で一時的透析（time limited dialysis）を含めるか否か、議論が始まった。同様に CKM の定義、KSC（腎臓支持療法）の位置づけも議論が始まった。

D. 考察

2026 年には診療報酬改定も予定され、両立支援と腎不全の緩和ケアの議論の活発化を得た。なお本邦の CKM の考え方、KSC の普及には、まだ欧米との隔りがある。

E. 結論

緩和ケアの議論が国民的感心を以て進んでおり、腎不全の緩和ケアの議論が進んだ。腎不全患者の両

立支援においては、移植者アンケート（就労状態）が、その資料として、大いに活用された。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会編 「腎不全患者の緩和ケアガイドランス」 2025年9月（各学会のHPで発表公開された）大西弘夏、酒井謙： 高齢者のCKDのACPと腎代替療法選択. 日本老年医学会雑誌 62 (2) : 145 -149 , 2025
- 2) 祖父江理, 中井真一, 中川直樹, 酒井謙 腎移植患者における就労状況・生活状況に関する実態調査 日本臨床腎移植学会雑誌 13(2): 121-127, 2025
- 3) 酒井謙、小坂志保： わが国の慢性腎不全医療とCKM. 臨床透析 42 (1) : 41 -50 , 2
- 4) Shibagaki Y, Sofue T, Kawarazaki H, et al. Japanese Patients' Perceptions of Shared Decision-Making in Renal Replacement Therapy Kidney Int Rep. 2025;10(8):2778-2788.
- 5) Designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills. Sugawara Y, Iwagami M, Nagasu H, Miyamoto Y, Oshima M, Kuwabara T, Sofue T, Nakagawa N. Clin Exp Nephrol. 2026 Feb;30(2):183-197.

2. 学会発表

- 1) 祖父江理, 濱崎 祐子, 中川直樹, 中井真一, 酒井謙 腎移植患者における就労状況・生活状況に関する実態調査 第58回日本臨床腎移植学会総会 2025/2 広島市
- 2) 祖父江理 腎代替療法選択の現況 SY20-2 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（JSN/JSOT共同事業企画運営委員会企画）第68回日本腎臓学会学術総会 2025/6 横浜市
- 3) 祖父江理 健診から始まるCKD対策 ～療養指導と病診連携～第66回日本人間ドック・予防医療学会学術大会 2025-8 - 22京都市
- 4) 祖父江理 慢性腎臓病における病診連携の未来 第55回日本腎臓学会西部学術大会 2025-10-11 奈良市

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

分担研究報告書

診療水準の向上：尿中アルブミンの測定診療報酬化

研究分担者 横尾 隆 東京慈恵会医科大学 教授

旭 浩一 岩手医科大学 教授

田村功一 横浜市立大学 主任教授

今田恒夫 山形大学 教授

研究要旨

本報告書は、日本の2型糖尿病患者および非糖尿病患者を対象に、慢性腎臓病（CKD）の早期発見におけるUACR検査の費用対効果を評価した2つの研究をまとめたものである。両研究ともに、日本のヘルスケアの観点からマルコフ・モデルを用いた生涯にわたるシミュレーションを実施した。その結果、UACR検査は尿蛋白・クレアチニン比（UPCR）検査や検査なしと比較して、両集団において費用対効果が高い（cost-effective）ことが示された。具体的には、増分費用効果比（ICER）が日本の公的な支払意思額の閾値である500万円を下回っており、早期のCKD診断と治療介入が、透析導入の回避や生活の質の向上、さらに医療費の抑制に寄与することが実証された。

A. 研究目的

CKDは世界的に主要な死因の一つであり、日本でも成人の10～13%が罹患していると推定されているが、初期は無症状のため約半数が見逃されている。糖尿病はCKDの強力なリスク要因であるが、非糖尿病の集団においても高齢化に伴い負担が増大している。ガイドラインでは、腎損傷の指標としてUACR検査が推奨されているものの、日本では診療報酬の制限により、精度が低いUPCR検査や、あるいは検査自体が行われないケースが散見される。本研究の目的は、日本における2型糖尿病患者および非糖尿病患者に対し、定期的なUACR検査を実施することの臨床的利点と経済的影響を定量化し、現在の診断・管理戦略と比較することにある。

B. 研究方法

研究では、英国のモデルを日本版に適応させた意思決定分析マルコフ・コホートモデルが構築された。健康状態は、KDIGOのヒートマップに基づき、「低リスク」から「末期腎不全（ESKD）」、および「死亡」までの6つの状態で定義された。シミュレーションは60歳から100歳までの生涯にわたる期間を想定し、サイクル長は1年とした。データソースとして、山形県や岩手県の地域住民健診データ、日本の診療報酬点数表、および系統的文献レビューの結果が統合された。基本解析（ベースケース）では、標準治療としてACE阻害薬またはARBによる治療を想定し、費用と便益については年率2%の割引率を適用して算出された。

（倫理面への配慮）

両研究において、研究プロトコルの承認およびイン

フォームド・コンセントの取得については「該当なし（N/A）」と明記されている。これは、本研究が個々の患者に直接介入する臨床試験ではなく、既存の文献値や統計学的に集計・匿名化されたデータを用いた医療経済シミュレーションモデルに基づいているためと考えられる。なお、研究資金はバイエル薬品株式会社より提供され、コンサルタント会社であるWickenstones Ltd.によって実施された。著者らには製薬企業との金銭的關係（講演料、顧問料など）が含まれており、これらは利益相反（COI）として論文内で適切に開示されている。

C. 研究結果

T2D患者における結果 UACR検査は、「検査なし」と比較して1,000人あたり100.45の生存年（LY）と94.20の質調整生存年（QALY）の増加をもたらした。これに伴う生涯費用の増加は249,896,684円であり、ICERは2,652,693円/QALYとなった。また、UPCR検査との比較では、UACR検査によって54.68 QALYの追加獲得と0.83件の透析回避が示され、ICERは2,460,453円/QALYであった。さらに詳細なシナリオ分析により、以下の点が明らかになった：

- ・尿試験紙検査との関連：事前の試験紙検査が陰性または「±」であっても、UACR検査の実施は一貫して費用対効果が高く（ICER 217万～270万円）、試験紙単独では多くの腎損傷が見逃されていることが示された。
- ・CKDステージ別：ステージ1から4のいずれで検査を開始しても費用対効果は維持され、特にステージ4でのICERは405,995円と極めて良好であった。
- ・新規治療薬の導入：SGLT2阻害薬やフィネレノン

などの最新治療を組み合わせた場合、薬剤費の増加を考慮しても ICER は 500 万円の閾値を下回り続け、早期発見の価値が損なわれないことが証明された。

非糖尿病患者における結果 非糖尿病集団においても同様の傾向が確認された。UACR 検査は「検査なし」に対して 1,000 人あたり 32.90 QALY を獲得し、ICER は 1,953,958 円であった。UPCR 検査との比較では 18.77 QALY の増加に対し、ICER は 1,966,433 円となった。

・臨床イベントの抑制: UACR 検査の実施により、1,000 人あたり 1.08 件の透析導入と 0.61 件の心血管 (CV) イベントが回避された。

・リスク段階別の優位性: 初期段階 (低リスク) では治療介入がないため ICER は算出されないが、高リスクおよび極めて高リスクの段階では、UACR 検査は「ドミナント (費用を削減しつつ健康を改善する)」であり、早期介入が医療コストの純減に直結することが示された。

・心血管イベントの内訳: 回避された CV イベントには心筋梗塞、脳梗塞、脳出血等が含まれ、多方面での臨床的メリットが確認された。

D. 考察

本解析の結果は、UACR 検査が UPCR 検査よりも微量アルブミン尿 (A2) をより高精度に検出できるという物理的特性に基づいている。この高い感度こそが、治療介入の機会を前倒しし、腎機能低下を遅らせる最大のドライバーとなっている。

臨床的・経済的意義と政策的課題 算出された ICER (195 万~265 万円) は、厚生労働省が規定する技術評価 (HTA) の閾値 500 万円を大幅に下回っており、日本の医療環境において UACR 検査は投資価値が極めて高い。しかし、現状では T2D 患者における検査実施率は 19.4% に留まっており、非糖尿病患者に至っては UACR 検査が治療目的で正式に診療報酬対象となっていないという大きな制度的ギャップが存在する。この現状は、本来防げるはずの透析導入や合併症を見逃している可能性を示唆している。

多角的な便益と将来性 アルブミン尿は腎疾患のみならず、全身の血管損傷を反映する「心血管リスク」の独立した因子である。そのため、UACR による早期発見は、透析回避のみならず、心筋梗塞や脳卒中、さらには透析合併症としての閉塞性動脈硬化症の予防にも波及効果を持つ。また、デンマークやスウェーデン等の諸外国では、UACR 検査の実施率に応じたインセンティブ制度等が導入されており、日本もこれらを手本とした検査体制の構築を検討すべき時期に来ている。

研究の保守性と限界

本モデルの推定は、以下の理由から「保守的 (便益を控えめに見積もっている)」であると考えられる:

1. 非薬物療法の除外: 専門医への紹介後に期待されるライフスタイル改善 (運動・食事療法) による腎保護効果がモデルに反映されていない。
2. 誤診に伴う費用の未算入: UPCR 検査による過小診断の結果として、不適切な管理から生じる追加の合併症治療コストが考慮されていない。
3. 治療効果の仮定: 遷移確率や治療効果のパラメータには、近年のより高い効果を示すデータではなく、あえて保守的な文献値が採用されている。これらの要素を考慮すれば、実際の UACR 検査の費用対効果は本研究の数値以上に優れている可能性が高い。

E. 結論

本研究は、60 歳以上の日本の 2 型糖尿病患者および非糖尿病患者において、定期的な UACR 検査が臨床的・経済的に極めて優れた選択肢であることを実証した。UACR 検査による早期診断は、UPCR 検査や検査なしの場合と比較して、透析導入や重篤な合併症を確実に抑制し、公的医療費の最適化に寄与する。以上のエビデンスに基づき、CKD リスクを抱える広範な患者群に対し、eGFR と UACR を組み合わせた包括的な腎機能評価を標準診療として確立し、それを支える診療報酬体系の整備を推進することが強く推奨される。

G. 研究発表

1. 論文発表
 - 1) 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, 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. 2025 May;29(5):583-95.
 - 2) Asahi K, Konta T, Tamura K, Tanaka F, Fukui A, Nakamura Y, Hirose J, Ohara K, Shijoh 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 patients with type 2 diabetes. J Diabetes investing. 2025;16:108-19.
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
特に無し

分担研究報告書

診療水準の向上：災害・感染症パンデミックに対する腎臓病診療、患者のレジリエンス強化のための方策の開発

研究分担者	横井秀基	熊本大学	教授
	田村功一	横浜市立大学	教授
	岩田恭宜	金沢大学	教授
	安田日出夫	浜松医科大学	准教授
	古市賢吾	金沢医科大学	教授
	栗原孝成	熊本大学	准教授

研究要旨

本研究は、地震や水害などの自然災害および新興感染症に対して脆弱な慢性腎臓病患者、特に透析患者を対象に、医療体制の強靱化とレジリエンス向上を目的として実施した。能登半島地震および熊本地震を対象に、被災時の患者予後や透析医療体制への影響を検討した。

被災地域の情報収集と課題整理を行い、能登半島地震では透析患者を受け入れた 29 医療機関の協力のもと、患者の追跡、合併症および予後の解析を行った。また、医療体制の逼迫度や人的資源の変化を経時的に評価し、災害時の課題を抽出した。さらに、透析情報の共有を可能とする Personal Health Record (PHR) システムの構築を進めた。能登地域では 400 名中 270 名の同意を取得し、被災病院の解析において透析患者の基準体重の有意な低下が認められ、避難や生活環境の変化が病態に影響する可能性が示唆された。また、PHR を用いた透析情報共有システムを構築し、災害時の医療継続性向上に資する基盤を確立した。熊本地震に関しては、学会活動を通じた情報収集および医療機関へのアンケート準備を行い、学会活動を通じて、慢性腎臓病患者の災害対策や医療機関の役割分担の重要性が再認識された。神奈川県においては、CKD 対策連絡協議会に本研究分担者が参画し、平時および災害時における腎臓病対策の検討を行った。感染症対策としては、CKD 患者を対象としたワクチン手帳を導入した結果、带状疱疹・B 型肝炎・肺炎球菌の各ワクチン接種率が向上した。

以上より、本研究は災害時における透析患者の病態変化と医療体制、および感染症予防の各側面において、今後の CKD 患者に対する災害・感染症対策の方策策定に資する基盤的知見となると考えられる。

A. 研究目的

我が国は地震や水害等の天災による大被害を定期的に経験している。加えて新型コロナウイルス感染症の流行は今後も地球規模の新興感染症のパンデミックリスクが存在することを示した。腎臓病患者は、これら

災害に対して脆弱であり、人的被害を最小化するために、医療体制および感染予防策を強化、腎臓病診療の強靱化とレジリエンス強化へ向けた方策の開発を目的とする。

具体的には以下 4 つの柱で研究を推進する。第一

に、能登半島地震において、能登北部での医療体制不全により、血液透析患者を石川県南部や近隣県に短期間で輸送する事態が生じたことを踏まえ、被災患者の予後や透析治療への影響、受け入れ医療機関の診療状況の変化について調査・検討することを目的とした。第二に、熊本地震の経験を基盤として、学会活動を含めた情報収集と、それに基づく災害対策の方策を開発する。第三に、神奈川県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会と神奈川県内の医療・行政・関係団体が連携して、地域における慢性腎臓病診療連携構築事業を行う。第四に、CKD に対する感染症予防対策を講じて CKD 患者の入院、QOL、生命予後を改善させる。

B. 研究方法

災害や感染症に対するレジリエンス強化の方策を開発するために、被災地域（熊本、能登）の情報を収集し、論点を整理する。

能登半島地震に関しては、被災血液透析患者が搬送された石川県内外の 29 医療機関の協力の下、発災時から現在までの患者追跡、合併症、予後解析を行う。発災により透析医療にかかる逼迫度、勤務時間、医療者数の変化など、経時的に調査し、非常時における医療体制の課題を見出す。各患者の透析記録を登録する際の問題点、課題を明らかにし、解決のためのシステム構築に取り組む。

熊本地震においては学会活動を中心に情報を収集し、医療機関へのアンケートの準備を進める。神奈川県においては、慢性腎臓病診療連携構築事業を進める。

感染症対策としては、CKD患者を対象としたワクチン手帳を作成し、ワクチン普及を評価する。

（倫理面への配慮）

能登半島の研究課題は、瑞穂会研究倫理委員会で中央一括審査をうけ承認された。石川県透析連絡協議会を中心に行われ、金沢大学、金沢医科大学は共同研究者として参画している。

熊本大学における研究の倫理審査については、アンケート対象および内容決定の後、必要に応じて申請を行う。

C. 研究結果

能登半島の研究課題については、現時点で 400 名のうち、270 名より承諾書を収集している。被災 A 病院の 15 人を解析したところ、基準体重が有意に低下した。被災および避難が、患者の病態に影響したことを示唆する結果であると考えられる。各患者の透析情報を Personal Health Record の仕組みを用いて、登録するシステムを構築した。災害時には、避難先で透析情報を引き出すことが可能となるシステムが確立した。

熊本地震に関しては、学会活動を通じて、腹膜透析および血液透析患者を含む CKD 患者における災害時の備え、情報共有体制、医療機関の役割分担の重要性を再認識し、その知見をアンケート項目に反映した。熊本県の医療施設を対象としたアンケートについては、熊本県透析施設協議会と連携のもと内容を立案中である。

また、腎臓病対策推進のために神奈川県が設置している組織体である神奈川県慢性腎臓病（CKD）対策連絡協議会が令和 7 年 11 月 12 日に開催され、日本腎臓学会-日本腎臓病協会から本研究分担者の田村功一が構成員として出席し、平時と災害時における腎臓病対策についての検討を行った。

感染症対策に関しては、浜松医大附属病院での透析導入時のワクチン接種率が 2020 年度と比べ 2025 年度は、带状疱疹ワクチン 1 割から 2 割、B 型肝炎ワクチン 1 割以下から 3 割、肺炎球菌ワクチン 3 割から 5 割へと上昇した。

D. 考察

被災および関連する治療環境の変化により、血液透析患者を含む慢性腎臓病患者の病態が変化することが明らかとなった。ストレス下での避難生活が、患者の栄養状態に影響したことが考えられるが、現在栄養指標などを評価している。今後、上記のように検討を進め、本邦で起こりうる災害に対して、強靱な慢性腎臓病診療を構築するための基盤となる知見を得ることを目指す。現在具体的な登録準備作業を進めている。高齢者や認知症の症例など、自身のデータを登録困難な症例に対する対策を検討中であ

る。

ワクチン手帳を患者に渡す際にCKD患者に有益なワクチンについて直接説明する機会が増加した。それに伴ってワクチン接種率が向上した。

E. 結論

災害における透析患者を含む慢性腎臓病患者の病態の把握を行い、学会や協議会での情報収集と発信を行った。また、ワクチン手帳の導入によりワクチン接種率の向上が認められ、感染症予防を通じたCKD患者のQOL向上に寄与する可能性が示唆された。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Inoue Y, Ishii A, Ishimura T, Yamada H, Sugioka S, Handa T, Ikushima A, Nishio H, Kato Y, Ohno S, Nakagawa Y, Kuwahara K, Matsusaka T, Tokudome T, Yanagita M, Yokoi H. Finerenone ameliorates diabetic kidney disease exacerbated by deletion of natriuretic peptide/guanylyl cyclase-A signaling and dietary high-protein load. *Sci Rep* 15(1): 41378, 2025.
- 2) Ohno S, Yokoi H, Shinkawa K, Fukuma S, Yanagita M. Relationship Between Changes in Brain Natriuretic Peptide Levels After Initiation of Peritoneal Dialysis and Duration of Peritoneal Dialysis Monotherapy: A Retrospective Observational Study. *Cureus*. 17(6):e86126, 2025.
- 3) Ortiz A, Yanagita M, Yokoi H, Torra R. Evolving strategies for early diagnosis, proactive prevention and treatment of CKD. *Nephrol Dial Transplant*. 41(3): 418-427, 2026.
- 4) Ishimura T, Osaki K, Sugioka S, Ishii A, Yamada H, Toda N, Ohno S, Kato Y, Matsusaka T, Tokudome T, Yanagita M, Yokoi H. Matrix metalloproteinase-(MMP)10 aggravates podocyte injury in glomerulonephritis. *Nephrol Dial Transplant*. 40: 1961-1976, 2025.
- 5) Fujimoto D, Umemoto S, Mizumoto T, Kanki T, Hata Y, Nishiguchi Y, Date R, Zhang J, Kakizoe 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. *Sci Rep*. 15(1):14436, 2025.

- 6) Ortiz A, Kramer A, Rychlik 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.
 - 7) Toda N, Komiya T, Ishii A, Mori KP, Sugitani S, Yanagita M, Yokoi H. Daily change of peritoneal ultrafiltration volume in patients with hybrid dialysis. *Ther Apher Dial* 29(1):89-95, 2025.
- ##### 2. 学会発表
- 1) **横井秀基、水本輝彦**
腹膜透析患者が大規模災害に遭った場合
第70回日本透析医学学会学術集会・総会
2025年6月27-29日、大阪国際会議場、口演
 - 2) **古市賢吾、岩田恭宜**：災害時透析医療における透析情報共有の課題，第70回日本透析医学学会学術集会・総会（大阪，20250629）
 - 3) **安田 日出夫**
CKD患者における感染症とその予防戦略
第55回日本腎臓学会東部学術大会
ランチョンセミナー4
2025年9月27日（土）横浜
 - 4) 須田拓也，大島恵，沖野遼，小真頼明斗，桑原大知，松本洋，越野瑛久，水島伊知郎，坂井宣彦，**岩田恭宜** 能登半島地震で被災した透析患者の1年間の経過と合併症 第55回日本腎臓学会西部学術大会
 - 5) 坂井宣彦，**岩田恭宜** 大災害でおこること：血液透析の場合 第71回日本透析医学学会学術総会
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

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

分担研究報告書

人材育成

研究分担者 要 伸也 杏林大学 客員教授

和田 健彦 虎の門病院 腎センター内科 部長

研究要旨

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 9 回認定試験(299 名が新規資格取得)、資格更新(156 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、多職種による指導教育の手引きと標準教育プログラムの作成を行った。

A. 研究目的

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する。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。

B. 研究方法

- 1) 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、本年度の資格更新対象者の資格更新を進める。
- 2) 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。
- 3) 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し、評価を行ってゆく。
- 4) 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。

（倫理面への配慮）

腎臓病療養指導士名を公開するにあたり、個人情報管理に十分な配慮を行った。

C. 研究結果

1) 腎臓病療養指導士の継続的な育成：認定のための講習会を本年度よりオンディマンドのみで行い 469 名の参加があった。認定試験には 304 名の応募があり、2026 年 1 月 25 日に認定試験を実施、受験者 301 名中 387 名が合格となった。今年度の資格更新者は 156 名であった。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。

2) 腎臓病療養指導士の地域差是正：地域の実情に見合った支援が必要なことから、各都道府県の連携協議会の設立を進める必要がある。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ことが判明、これを推進するための支援策について検討を行った。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る。

3) 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し、評価を行ってゆく。

4) 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)。さらに追加解析により、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た。教育プログラム作成WGを組織し、多職種による指導教育の手引きと標準教育プログラムを作成した。今後はこの手引きの普及と活用を推進する方針である。

D. 考察

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、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。

E. 結論

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。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) ○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 Mar;44(2):249-264.
- 2) 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.
- 3) **Kaname S**, Ong ML, Mathias J, Gattaf 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.
- 4) 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 a vacopan for treatment of patients with ANCA-associated vasculitis receiving cyclophosphamide. *RMD Open*. 2025 Oct 5;11(4):e005743.
- 5) 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. On line ahead of print.
- 6) Ohmura K, Shimizu H, Tanaka Y, Hiro-mura 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, Ya

maguchi 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.

- 7) Geetha D, Pagnoux C, Sattui SE, Merkle 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.
- 8) 要 伸也: SLEの腎障害とSGLT2阻害薬. リウマチ科 74(5);480-487, 2025.
- 9) 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.
- 10) 和田健彦. CKD発症予防・重症化予防啓発における多職種アプローチ: 内科医の視点から. 東京都薬剤師会雑誌 2025; 74(4): 231-233

2. 学会発表

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

- 1) **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.
- 2) 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.
- 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～. 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 土井悦子, 和田健彦. 東京都港区における多職種・多施設チームのCKD重症化予防の取り組み. 第18回日本CKDチーム医療研究会. 東京. 2025/9/13
- 8) 水谷 真希子, 小中原 康子, 吉田 和代, 干川 三稀, 松尾 七重, 青木 和美, 後関 素子, 四方 公亮, 土井 悦子, 和田健彦. 腎臓病療養指導士ってどういう活動をしているのか知っ

てトライしてみませんか 腎臓病療養指導士としての活動 多職種連携と地域に根ざした管理栄養士の役割. 第19回日本腎臓病薬物療法学会. シンポジウム. 東京 2025/11/2

- 9) 和田健彦. J-OSLER-JINを用いた専攻医指導. 第68回日本腎臓学会学術総会. 指導医講習会. 横浜 2025/6/22

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし
3. その他
該当なし

分担研究報告書

研究の推進（研究開発・国際比較）：AMED、厚労省等の公的研究

研究分担者 深水 圭 久留米大学 教授
研究分担者 田村 功一 横浜市立大学 教授

研究要旨
2008年度から2024年度において日本腎臓学会員による公的資金獲得データの収集・解析を行った。総獲得数250件、AMED83件、JST82件、厚労科研84件であった。総獲得研究資金は150.5億円、AMED103.1億円、JST7.8億円、厚労科研39.6億円であった。日本腎臓学会として多くの資金を獲得していた。

A. 研究目的
日本腎臓学会員の公的研究費データベースをもとに、AMED、JST、厚労科研の獲得状況を横断的に集計し、件数、総額、研究分野の観点から特徴を整理することを目的とした。

B. 研究方法
2008年度から2024年度において日本腎臓学会員による公的資金獲得データの収集・解析を行った。まずはアンケートにより集計したのちに、今回は2024年度 厚生労働科学研究補助金・日本医療研究開発機構研究費 JSN 公的研究班研究成果合同発表会において発表された研究者に対してメールにてデータの収集を行なった。これまでの合計集計数は249件であり、金額は円単位で集計した。

C. 研究結果
・ 総件数は 249 件、総額は 150.5 億円であった。
・ 研究代表者は 93 名であった。
・ 研究機関は 68 機関であった。
・ 資金は一部の研究代表者に集中しており、上位 10 名で総額の 73.7% を占めた。

資金源別の比較

資金源	件数	総額 (億円)	構成比	平均額 (万円)	中央値 (万円)
AMED	83	103.1	68.5%	12,568	3,894
厚労科研	84	39.6	26.3%	4,719	1,335
JST	82	7.8	5.2%	947	429

・ AMED は 83 件で件数シェアは 33.3%だが、総額では 68.5% を占め、1 件あたりの金額が最も大きかった。
・ 厚労科研は 84 件で件数が最も多く、中規模研究の集積がみられた。
・ JST は 82 件と件数が多い一方、平均額・中央値ともに相対的に小さく、小型研究センターの構成であった。
研究開始年度ベースでみると、資金獲得額のピークは 2021 年 (28.2 億円)、2022 年 (23.5 億円)、2024 年 (21.2 億円) であった。特に 2021 年、2022 年、2024 年は大型案件の影響が大きく、全体の山を形成していた。研究分野別では、総額上位は その他 (36.6 億円)、CKD 対策 (19.4 億円)、病態解明 (17.7 億円)、難治性疾患事業 (15.6 億円)、創薬事業 (14.6 億円)、臨床研究 (11.6 億円) であった。「その他」は大型案件を含むため総額が大きいが、件数ベースでは「病態解明」が最多であり、基礎・病態研究の厚みが示唆された。一方、CKD 対策や難治性疾患事業は、政策・事業系資金との親和性が高い構成であった。

D. 考察
・ 件数だけを見るとAMED・JST・厚労科研はほぼ同規模であるが、金額規模は大きく異なり、AMEDが大型研究を牽引している。
・ 厚労科研は政策課題や疾患対策に近いテーマとの結びつきが強く、一定規模の案件を広く支え

ている。

- ・ JSTは若手育成や萌芽的・基盤的テーマを含む小型案件の比重が高く、裾野の広さに寄与している可能性がある。

- ・ 研究費の集中度は高く、トップ研究者・トップ機関が全体額を大きく押し上げている。この点は、研究基盤の強さを示す一方で、裾野拡大や次世代育成の観点からも検討余地がある。

E. 結論

日本腎臓学会員の公的研究費獲得状況は、件数ベースではAMED、JST、厚労科研が拮抗している一方、金額ベースではAMEDが圧倒的に大きな比重を占めていた。厚労科研は中規模研究の厚み、JSTは小型研究の裾野の広さという特徴がみられた。また、研究費は一部の研究代表者・研究機関に集中する傾

向があり、今後は大型研究の継続的創出と、若手・中堅層への展開を両立させる視点が重要と考えられる。

G. 研究発表

1. 論文発表
特になし
2. 学会発表
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録
特になし
3. その他
特になし

分担研究報告書

研究の推進：研究開発・国際比較
国際動向

研究分担者 南学正臣 東京大学 教授

研究分担者 深水 圭 久留米大学 教授

研究要旨

海外のCKD診療体制の調査を経時的に行い、国際比較・国際動向を把握し日本との違いを検討することにより、今後の我が国における CKD診療・研究の方向性を検討し、国際社会に貢献する。

A. 研究目的

ISN Global Kidney Health Atlas および関連する公的資料・レジストリを用いて、日本における CKD 診療体制の現状を整理し、諸外国との国際比較を通じて、日本の強みと課題を明らかにし、今後の CKD 診療体制整備および研究の方向性を検討することを目的とした。さらに各国における災害時の対応の差について検討した。

B. 研究方法

ISN Global Kidney Health Atlas 2023、および ISN の日本国別指標、さらに日本透析医学会統計調査（JRDR）や日本腎臓学会関連資料を用いて検討を行った。比較項目として、①CKD および腎不全の疾病負担、②保存期CKD診療の提供体制、③血液透析・腹膜透析・腎移植の実施体制、④腎臓専門医・レジストリなどの医療資源、⑤公的医療保障の状況を抽出し、日本と世界全体、ならびに高所得国・北東アジア地域との比較を実施した。災害について国際腎臓学会に参加し、情報収集を行なった。

C. 研究結果

日本は高所得国として保存期 CKD 診療、血液透析、腹膜透析、腎移植の各診療モダリティ自体は充実しており、腎代替療法へのアクセスも比較的整備されていた。日本を含む北東アジア地域は、透析および移植レジストリ整備、腎代替療法の提供体制、腎臓専門医数の面で比較的良好であり、各地域の中でも高い水準にあると報告されている。一

方、腹膜透析や腎移植の普及は血液透析ほど高くないことが共通の特徴として示されている。ISN GKHA では、世界的には保存期 CKD 診療や腎疾患関連薬剤への公的補償、専門人材、レジストリ整備に大きな国際格差があることが示されている。2019 年版では、保存期 CKD 診療が公的にカバーされる国は 48%にとどまり、高所得国ほど公的保障が厚い一方、低・中所得国では患者自己負担やアクセス制限が大きいことが報告されている。日本では保存期 CKD 診療については、公的保証は充実しており、一定の自己負担を伴いながらも制度的には整備されている。各国における災害対策は、災害の種類によって大きく異なっていた。

D. 考察

日本のCKD診療は、国際的にみて、透析医療へのアクセス、診療体制、レジストリ整備の面で高い水準にある。特に、透析施設網の充実と全国規模レジストリは、日本の大きな強みである。一方で、CKD患者数の多さや高齢化の進行を背景に、腎代替療法患者、特に血液透析患者が多いことが課題である。このため、保存期CKDの早期発見・早期介入による進展予防が一層重要と考えられる。また、日本では透析医療は充実しているが、腎移植や腹膜透析にはさらなる活用の余地がある。今後は、治療選択肢の最適化に加え、保存期CKD対策、地域連携、患者教育を一層推進していく必要がある。災害前に国際的な災害に対する協調したモダ

リティが必要である。

E. 結論

日本のCKD診療体制は、保存期CKD診療、透析医療、レジストリ整備の面で国際的に高水準にある。一方で、CKD患者数の多さ、高齢化、糖尿病性腎症、血液透析への依存といった課題も抱えている。今後は、早期介入の強化と治療選択肢の最適化を進め、診療の質向上と国際的発信につなげることが重要である。さらに、既存の保険診療におけるCKDに対する薬物治療や多職種連携の医学・経済学的な効果の検証も今後必要とされる。災害対策においても継続した情報収集が必須である。

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

World Congress of Nephrology, Yokohama 2026.
Kei Fukami. Earthquake Disaster: Lessons Learned from Japan. ISN-JSN-APSN joint session

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）
分担研究報告書

研究の推進（研究開発・国際比較）：疫学調査

【研究分担者】

猪阪善隆	大阪大学大学院医学系研究科腎臓内科学 教授
福岡真悟	広島大学・医系科学研究科 疫学・疾病制御学 教授
今田恒夫	山形大学・公衆衛生学・衛生学

研究要旨

「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

「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。

B. 研究方法

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に影響を受けるため、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。

C. 研究結果

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～

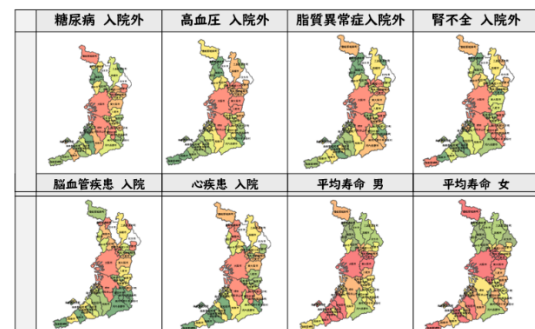
74 歳 1700 万人であり、各層での CKD 有病割合は 20～49 歳 126 万人、50～64 歳 297 万人、65～74 歳 377 万人となり、20 歳から 74 歳における CKD 患者数は 800 万人と推定される。以上からわが国における CKD 患者数は 1560 万人と推定される。なお、重みづけの計算や CKD 定義方法によって推定値が変わる可能性があること、人口構成が推定値に大きな影響があることに注意が必要であり、現在の推定値は最終的なものではない。今後、NDB データ、大規模保険者データなどのさらなる解析が必要となる。

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

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

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。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Kobayashi A, Hirano K, Okuda T, Ikenoue T, Yokoo T, Fukuma S. Estimating the prevalence of chronic kidney disease in the older population using health screening data in Japan. Clin Exp Nephrol. 2025 Mar;29(3):276-282.
 - 2) Keita Hirano, Shingo Fukuma. Constipation Prevalence and Its Association With Kidney Function: A Large Nationwide Japanese Health Check-Up Cohort Study. Clin Kid J. 2026 in press
 - 3) Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma. Estimating the prevalence of chronic kidney disease in the older population using health screening data in Japan. Clin Exp Nep, 29 276-282, 2025
 - 4) Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma. Investigating the patterns of renal function variability in early-stage chronic kidney disease by cluster analysis. BMC Nephrol, 26 433, 2025
 - 5) Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma. Comprehensive Conservative Kidney Management among Older Population A Nationwide Administrative Claims Database Analysis. Kidney 360, 6(10): 1713-1721, 2025
 - 6) Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma. An evaluation of stage-based survival and renal prognosis in the general super-older population of Japan. Clin Exp Nephrol, 30: 388-396, 2025
 - 7) 猪阪 善隆 日本の CKD 患者数の概算 日本医師会雑誌 2024 年 7 月号
2. 学会発表
なし
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
- 1. 特許取得**
なし
- 2. 実用新案登録**
なし

分担研究報告書

研究の推進（研究開発・国際比較）：CKD 患者データベース（J-CKD-DB）等を活用した研究の促進

研究分担者 柏原 直樹 川崎医科大学 学長付特任教授

研究協力者 長洲 一 川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学 教授

研究要旨

本研究は、診療に資する研究力の推進を目的とし、次世代型腎疾患症例データベース（J-CKD-DB-Ex）を中心としたリアルワールドデータ（RWD）を利活用することで、慢性腎臓病（CKD）の診療実態の解明、およびガイドライン遵守による予後改善効果等の検証を行うことを目指した。2014 年から 2024 年までの期間に収集された約 60 万人の CKD 患者データを含む J-CKD-DB-Ex を使用し、時系列での診療実態解析（国際比較含む）、薬剤投与による予後への影響評価、および AI 解析を用いた予後予測モデルの構築などの研究を行う。RWD の利活用により、CKD 治療薬の使用実態やガイドライン遵守状況の把握を進めるとともに、国際比較を通じて本邦固有の課題を明確にすることを目的とする。同時に本研究成果を基盤として、データベースの更なる拡充を図り、「腎疾患対策検討会報告書」に基づく対策の進捗管理および新たな施策提言に資するエビデンス構築を継続していく。

A. 研究目的

診療に資する研究力の推進を行うことを目的とする。また本目的を達成するべく J-CKD-DB などを中心とした Real world data を利活用し診療実態の解明や、ガイドライン遵守による予後改善効果などの検証を行う。

B. 研究方法

J-CKD-DB-Ex は 2014 年から 2024 年までの約 60 万人の CKD 患者データが収集されている。本データベースを用いて、診療実態解明・薬剤による予後への影響・AI 解析による予後予測モデル構築などを行う。

（倫理面への配慮）

J-CKD-DB-Ex の倫理審査は既におこなっており、二次研究に関しても個別に倫理審査を通して研究をおこなっている。

C. 研究結果

診療実態解明に関しては高血圧合併 CKD 患者にお

ける降圧薬の処方実態を 2014 年から継続的に評価した。また腎臓病の合併症のうち重要な高カリウム血症と腎予後に関して解析を行い、相関関係があることが示された。同時に time dependent Cox 解析により、平均的なカリウム値より一過性の高カリウム血症がより腎イベント発症に関連することがわかった。また、国際比較として「台湾データベース研究と J-CKD-DB における CKD 進行リスク因子の比較」も検討している。その他、糖尿病患者におけるアルブミン尿 30 mg/gCr 未満が腎予後に影響を及ぼすかどうか検討を行っている。

D. 考察

データベースの利活用により実臨床での診療実態を明らかにすることができた。今後は CKD 治療薬の使用実態を解明し、ガイドライン遵守の状況を明らかにしたい。また国際比較検討も行い本邦での問題点を明らかにしていくことが重要であると考え。更

なる解析に資するデータベースの拡充を行なっていきたい。

E. 結論

real world dataを駆使し、診療実態の解明と同時に新たなリスク因子の解明を行うことができた。現在、多数の研究をおこなっており引き続き「腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築」をおこなっていききたい。

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yano Y, **Nagasu H**, Kanegae H, Itano S, Nangaku M, Suzuki H, Ohashi M, Okada H, Suzuki Y, **Kashihara N**. Association between early proteinuria reduction and kidney outcomes in Japanese patients with IgA nephropathy: The Japan Chronic Kidney Disease Database. *Clin Exp Nephrol*. 2026 Mar;30(3):424-433.
- 2) **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*. 2026 Feb;30(2):309-319.
- 3) 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*. 2026 Jan 13;16(1):5104.
- 4) Ohashi M, Ishikawa Y, Arai S, Nagao T, Kitaoka K, **Nagasu H**, Yano Y, **Kashihara N**. Comparative analysis of kidney function prediction: traditional statistical methods vs.

deep learning techniques. *Clin Exp Nephrol*. 2025 Jun;29(6):745-752.

2. 学会発表

- 1) Mai Tanaka, Michihiro Hosojima, Hideyuki Kabasawa, Shin Goto, Seiji Itano, Seiji Kishi, **Hajime Nagasu**, **Naoki Kashihara**, Suguru Yamamoto. Assessment and Treatment of Metabolic Acidosis in Japanese Patients with CKD: Data from the Japan Chronic Kidney Disease Database Extension (J-CKD-DB-EX). WCN 2026. 2026.3.28
- 2) Seiji Itano, **Naoki Kashihara**, Takaya Nakashima, Tadahiro Goto, Keisuke Yoshihara, Shunsuke Eguchi, Kazuma Iekushi, Yoshitaka Isaka, **Hajime Nagasu**. Protein Reduction as a Surrogate Endpoint for Clinical Study of IgA Nephropathy in Japanese Patients: Data from the J-CKD-DB-Ex. WCN 2026. 2026.3.29
- 3) **Hajime Nagasu**, Takaya Nakashima, Tadahiro Goto, Seiji Kishi, Kazumi Take, Norimasa Kikuchi, Akira Hirano, Seiji Itano, Mariko Hashimoto, **Naoki Kashihara**. Association Between Systemic Inflammation and Chronic Kidney Disease Progression in Japan: A Retrospective Cohort Study Using the J-CKD-DB-EX Registry. WCN 2026. 2026.3.30
- 4) Mai Tanaka, Michihiro Hosojima, Hideyuki Kabasawa, Shin Goto, Seiji Kishi, Seiji Itano, **Hajime Nagasu**, **Naoki Kashihara**, Suguru Yamamoto. Assessment and Treatment of Metabolic Acidosis in CKD: Registry-Based Study. American Society of Nephrology Kidney Week 2025. 2025.11.6
- 5) 長洲一, 中島誉也, 渭原克仁, 藤森遼, 後藤匡啓, 新田大介, 岸誠司, 佐々木環, 柏原直樹.J

-CKD-DB-Exを用いた慢性腎臓病患者のeGFR slope予測モデルの開発とwebアプリによるリスクの可視. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.20

- 6) 岸誠司, 長洲一, 磯崎隆司, 北岡かおり, 矢野裕一郎, 柏原直樹. 急性腎臓病(AKD)からCKD

への進展に関する因果分析. J-CKD-DB-Exを用いたCALCによる検討. 第68回日本腎臓学会学術総会. 2025.6.21

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況
該当なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金（腎疾患政策研究事業）
腎疾患対策検討会報告書に基づく 対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築

分担研究報告書

情報発信、広報

研究分担者 西山 成 香川大学医学部薬理学 教授

祖父江 理 香川大学医学部循環器・腎臓・脳卒中内科学 講師

研究要旨

本研究における情報発信・広報では、腎疾患対策の進捗管理および施策の均てん化に資する基盤として、研究成果および各地域の取組の体系的な集約・発信を実施した。令和4年度に本研究班と公募研究班（岡田班）が共同で構築したウェブサイト（<https://ckd-research.jp/>）を中核的基盤として位置づけ、令和7年度においては当該基盤の継続的運用および機能強化を行った。具体的には、全国各地における診療連携体制構築の好事例、普及啓発資材、診療ガイドライン関連情報等を収集し、一定の様式に基づき整理・掲載した。これにより、医療機関、自治体、関係団体等が実務的に活用可能な情報提供を実現した。特に、これまでの研究で明らかとなった取組の進捗が不十分な地域に対しては、他地域の先進的取組をモデルとして提示し、具体的な導入手順を含めた情報提供を強化した。また、ウェブサイトのアクセス状況について、閲覧数、利用者属性、閲覧ページ等の解析を実施し、利用実態の把握および課題の抽出を行った。これらの結果を踏まえ、コンテンツの見直しおよび新規コンテンツの追加等、継続的な改善を行い、情報発信の到達性および実効性の向上を図った。以上の取組により、腎疾患対策に関する情報の可視化および知見共有の基盤を強化し、各地域における診療連携体制の構築および普及啓発活動の推進に寄与した。

A. 研究目的

腎疾患対策の進捗管理および施策の均てん化に資するため、研究成果および地域の取組を体系的に集約・発信する基盤の運用と強化を目的とした。

B. 研究方法

共同HPを活用し、診療連携好事例や普及啓発資材等を収集・整理・掲載するとともに、アクセス解析により利用状況を把握し、継続的な改善を実施した。

（倫理面への配慮）

特になし

C. 研究結果

実務的に活用可能な情報提供基盤を整備し、特に取組が遅れている地域へのモデル提示を強化するとともに、アクセス解析に基づくコンテンツ改善を実現した。

D. 考察

本基盤は腎疾患対策の可視化と知見共有に有用であり、地域間格差の是正および診療連携体制の構築促進に寄与することが示唆された。

E. 結論

共同HPを中核とした情報発信基盤の整備と継続的改善により、全国的なCKD対策の推進および均てん化に資する有効な手法であることが確認された。

G. 研究発表

1. 論文発表
特になし

2. 学会発表
特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）

1. 特許取得
特になし

2. 実用新案登録
特になし

3. その他
特になし

研究成果の刊行に関する一覧表

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
和田健彦	ナトリウム	和田健彦・深川雅史	CKD・透析・腎移植臨床検査ガイド	文光堂	東京	2025	233-239
和田健彦	尿タンパク陽性	宮地良樹	オールラウンド外来診療ガイドブック	中山書店	東京	2025	
和田健彦	ネフローゼ症候群	深川雅史・安田隆	レジデントのための腎臓診療マニュアル	医学書院	東京	2025	422-449
和田健彦	電解質の異常：ナトリウム異常	山縣邦弘・南学正臣・星野純一	腎疾患・透析最新の治療 2026-2028	南江堂	東京	2026	54-57
和田健彦	高 K 血症、低 K 血症	福井次矢・高木誠・小室一成	今日の治療指針	医学書院	東京	2026	668-670

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
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
Ortiz A, Kramer A, Rychlík 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

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-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
Nagasu H, Nakashima T, Ihara K, Fujimori R, Goto T, Nitta D, Kishi S, Sasaki 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, Nangaku M, Suzuki H, Ohashi M, Okada H, Suzuki Y, Kashihara 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
Ohashi M, Ishikawa Y, Arai S, Nagao T, Kitaoka K, Nagasu H, Yano Y, Kashihara N.	Comparative analysis of kidney function prediction: traditional statistical methods vs. deep learning techniques.	Clin Exp Nephrol.	9(6)	745-752.	2025

Matsuoka-Uchiyama N, Uchida HA, Asakawa T, Sakurabu Y, Katayama K, Okamoto S, Onishi Y, Tanaka K, Takeuchi H, Takemoto R, Umebayashi 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
Kohagura K	Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral therapy-related chronic kidney disease	CEN Case Rep	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	Hypertens Res	48(7)	2119-2121	2025
Kohagura K	Reply to a letter to the editor regarding "Heterogeneous afferent arteriolopathy: a key concept for understanding blood pressure-dependent renal damage"	Hypertens Res	48(12)	3315-3316	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 (8)	1063-1074	2025

Shibagaki Y, Sofue T, Kawarazaki H, et al.	Japanese Patients' Perceptions of Shared Decision-Making in Renal Replacement Therapy	Kidney Int Rep.	10(8)	2778-2788.	2025
Sugawara Y, Iwagami M, Nagasu H, Miyamoto Y, Oshima M, Kuwabara T, Sofue T, Nakagawa N.	Designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills.	Clin Exp Nephrol.	30(2)	183-197.	2026
Inoue Y, Ishii A, Ishimura T, Yamada H, Sugioka S, Handa T, Ikushima A, Nishio H, Kato Y, Ohno S, Nakagawa Y, Kuwahara K, Matsusaka T, Tokudome T, Yanagita M, Yokoi H.	Finerenone ameliorates diabetic kidney disease exacerbated by deletion of natriuretic peptide/guanylyl cyclase-A signaling and dietary high-protein load.	Sci Rep	15(1)	41378	2025
Ohno S, Yokoi H, Shinkawa K, Fukuma S, Yanagita M.	Relationship Between Changes in Brain Natriuretic Peptide Levels After Initiation of Peritoneal Dialysis and Duration of Peritoneal Dialysis Monotherapy: A Retrospective Observational Study.	Cureus.	17(6)	e86126	2026
Ishimura T, Osaki K, Sugioka S, Ishii A, Yamada H, Toda N, Ohno S, Kato Y, Matsusaka T, Tokudome T, Yanagita M, Yokoi H.	Matrix metalloproteinase-10 (MMP)10 aggravates podocyte injury in glomerulonephritis.	Nephrol Dial Transplant.	40	1961-1976	2025

Fujimoto D, Umemoto S, Mizumoto T, Kanki T, Hata Y, Nishiguchi Y, Date R, Zhang J, Kakizoe 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.	Sci Rep.	15(1)	14436	2025
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, 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	26(1)	625	2025
Kaname S, Ong ML, Mathias J.	Outcomes in patients with thrombotic	Transfus Anher Sci	64(1)	104048.	2025

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).	64(9)	5014-5022.	
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).	64(6)	3863-3871.	2025

Kobayashi A, Hirano K, Okuda T, Ikenoue T, Yokoo T, Fukuma S.	Estimating the prevalence of chronic kidney disease in the older population using health screening data in Japan.	Clin Exp Nephrol.	29(3)	276-282.	2025
Keita Hirano, Shingo Fukuma.	Constipation Prevalence and Its Association With Kidney Function: A Large Nationwide Japanese Health Check-Up Cohort Study.	Clin Kid J.	In press		2026
Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma.	Estimating the prevalence of chronic kidney disease in the older population using health screening data in Japan.	Clin Exp Nep,	29	276-282	2025
Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma.	Investigating the patterns of renal function variability in early-stage chronic kidney disease by cluster analysis.	BMC Nephrol	26	433	2025
Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma.	Comprehensive Conservative Kidney Management among Older Population A Nationwide Administrative Claims Database Analysis.	Kidney 360	6(10)	1713-1721	2025
Arisa Kobayashi, Shingo Fukuma.	An evaluation of stage-based survival and renal prognosis in the general super-older population of Japan.	Clin Exp Nephrol.	30	388-396	2025
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
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

大西弘夏、酒井謙	日本緩和医療学会、日本腎臓学会、日本透析医学会編 「腎不全患者の緩和ケアガイドンス」 高齢者の CKD の ACP と腎代替療法選択.	日本老年医学会雑誌	62 (2)	45 -149	2025
祖父江理, 中井真一, 中川直樹, 酒井謙	腎移植患者における就労状況・生活状況に関する実態調査	日本臨床腎移植学会雑誌	13(2)	121-127	2025
酒井謙、小坂志保	わが国の慢性腎不全医療と CKM.	臨床透析	42 (1)	41 -50	
安田 日出夫	敗血症と AKI—発症機序とその対策	腎と透析	100 巻 1 号	51-54	2026
和田健彦	CKD 発症予防・重症化予防啓発における多職種アプローチ：内科医の視点から	東京都薬剤師会雑誌	74(4)	231-233	2025

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年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
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)	☒ ☐	☒	東京慈恵会医科大学	☐
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11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 腎疾患政策研究事業

2. 研究課題名 データベースを活用した慢性腎臓病（CKD）の診療実態把握と最適化を目的とした体制構築

3. 研究者名 （所属部局・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		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。

厚生労働大臣 殿

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年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
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 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年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
- 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 4月 1日

厚生労働大臣 殿

機関名 順天堂大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 代田 浩之

次の職員の令和7年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
- 研究者名 (所属部署・職名) 難治性疾患診断・治療学講座・客員教授
(氏名・フリガナ) 今澤 俊之・イマサワ トシユキ

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。

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 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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 腎臓・高血圧内科 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）	☒ ☐	☒	東京慈恵会医科大学倫理委員会	☐
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： ）

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 帝京大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 冲永 佳史

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部 教授
（氏名・フリガナ） 伊藤孝史・イトウタカフミ

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： ）

令和8年4月17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 横浜市立大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 石川 義弘

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名）循環器・腎臓・高血圧内科学 ・ 主任教授
（氏名・フリガナ）田村 功一 ・ タムラ 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）	☒ ☐	☒	横浜市立大学	☐
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： ）

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年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
- 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03月13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 自治医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 永井良三

次の職員の令和8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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 内科学講座腎臓内科学部門・教授
(氏名・フリガナ) 森下義幸・モリシタ ヨシユキ

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：)

令和 8 年 4 月 23 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 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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 病院・准教授 部長
(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		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 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 国立大学法人信州大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 中村 宗一郎

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 (所属部署・職名) 腎臓内科・診療教授
(氏名・フリガナ) 上條祐司 (カミジョウ ユウジ)

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
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。

令和 8 年 3 月 16 日

厚生労働大臣 殿

機関名 金沢医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 宮澤 克人

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 古市 賢吾・フルイチ ケンゴ

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 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。

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年度厚生労働行政推進調査事業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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築

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)	☐ 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
~~（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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 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		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。

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 北里大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 砂塚 敏明

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部・教授
（氏名・フリガナ） 石倉 健司・イシクラ ケンジ

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）	☒ ☐	☒	北里大学	☐
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 4 月 15 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 東 邦 大 学
所属研究機関長 職 名 学 長
氏 名 渡 邊 善 則

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 酒井 謙 (サカイ ケン)

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 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
~~（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 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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 腎臓・高血圧内科 教授
（氏名・フリガナ） 横尾 隆 （ヨコオ タカシ）

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）	☒ ☐	☒	東京慈恵会医科大学倫理委員会	☐
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： ）

令和 8年 3月31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 山形大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 玉手 英利

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。

- 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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
- 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 今田 恒夫・コンタ ツネオ
- 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)	☒ ☐	☒	山形大学	☐
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：)

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院生命科学研究部・教授
(氏名・フリガナ) 横井 秀基 (ヨコイ ヒデキ)

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：)

令和 8 年 4 月 22 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 国立大学法人 浜松医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 渡邊 裕司

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 内科学第一講座・准教授
(氏名・フリガナ) 安田 日出夫 (ヤスダ ヒデオ)

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)	☒	☐	☒	浜松医科大学	☐
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 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。

令和 8 年 4 月 20 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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
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		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)	■	□	■	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:)

令和 8 年 4 月 15 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 虎の門病院
所属研究機関長 職 名 院長
氏 名 門脇 孝

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 腎センター内科・部長
（氏名・フリガナ） 和田 健彦・ワダ タケヒコ

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）	☐ ☒	☐		☐
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： ）

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部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		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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
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。

令和 8年 4月 2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 国立大学法人広島大学
所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 越智 光夫

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医系科学研究科 疫学・疾病制御学 教授
(氏名・フリガナ) 福間 真悟・フクマ シンゴ

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)	☒ ☐	☒	京都大学	☐
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 22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 国立大学法人 香川大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 上田 夏生

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資するエビデンス構築
3. 研究者名 （所属部署・職名） 医学部薬理学・教授
（氏名・フリガナ） 西山 成・ニシヤマ 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： ）

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 国立大学法人 香川大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 上田 夏生

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対策の進捗管理および新たな対策の提言に資する
エビデンス構築

3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部循環器・腎臓・脳卒中内科・講師
(氏名・フリガナ) 祖父江 理・ソフエ タダシ

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。