

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

診療連携体制構築に関する研究

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

研究要旨

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

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

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

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

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

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

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

地域ごとの実情を踏まえた連携体制構築および協力医制度に関する検討を行った。

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

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

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

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

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

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

定点観測：

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

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

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

沖縄県南城市：定点観測の初年度として、市内の連携体制の現状を把握した。

連携体制に参加している腎臓専門医数 12名

連携体制に参加している専門医療施設数 8名

連携体制に参加したかかりつけ医数 36名

連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）35名

A. 研究目的

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

特に診療連携体制構築の研究においては、

(1) 地域の実情に即したCKD診療連携体制の構築

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

(2) 診療連携体制の好事例の横展開支援

モデル事業地域と定点観測地域を含めた好事例の選定

(3) 行政、医師会と専門医間の情報共有

ブロック単位での行政・医師会、専門医との情報交換会の定期開催

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

B. 研究方法

全国：

(1) 診療連携体制の構築

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

(2) CKD 協力医制度の立ち上げ

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

(3) 好事例の横展開支援

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

北北海道ブロック：

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

南北海道ブロック：

かかりつけ医との医療連携を構築するために勉強会、講演会を行う。

東北ブロック：

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

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

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

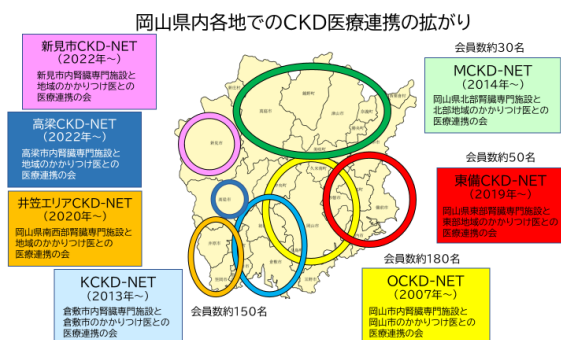
静岡県では、静岡市と浜松市がそれぞれの地域の独自性を活かし、糖尿病性腎症透析予防重点化プログラムを作成し、現在、取り組みを継続している。三重県ではこれまで同様、市町村の医師会と共同し、市民公開講座などを介し取り組みを継続している。愛知県では、これまでから一歩進め、愛知県医師会及び名古屋市医師会の全面的バックアップのもと、愛知県下に存在する4大学で『CKD 診療指針』をかかりつけ医向けに作成を行なった。

近畿ブロック：

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

中国ブロック：

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



（図2）

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

四国ブロック：

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

るかかりつけ医の先生方を「CKD 二次診療医」として認定することとした。

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査

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

②慢性腎臓病患者に関する調査

CKD に関する令和7年度の定点調査（令和6年までのデータ）をおこなった。

九州・沖縄ブロック：

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

定点観測：

千葉県：

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

岡山県美作市：

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

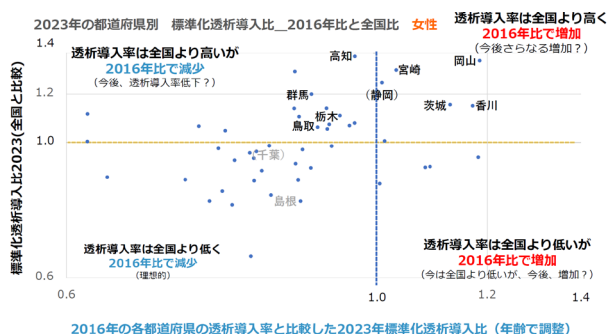
CKD 重症化予防を徹底するとともにCKD 患者（透析患者及び腎移植患者を含む）のQOL の維持向上を図る」ことを目標として、「普及啓発」、「地域における医療提供体制の整備」、「診療水準の向上」、

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

(倫理面への配慮)
特に問題はない

全国：

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



腎臓専門医が充足していないエリアへの対策とし

登録方法

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

役割

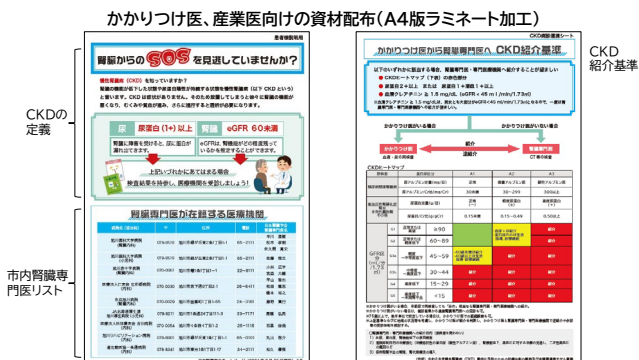
- (1) 地域のCKD患者の日常診療や療養指導に積極的に取り組む。
- (2) 特定健康診査等で腎機能低下を指摘され「医療機関受診」を勧められた方へ適切な介入を行う。
- (3) 腎臓病療養指導士等、地域の多職種と連携しながら診療にあたる。
- (4) CKD専門の治療を行う医療機関、合併症について専門的な治療を行う医療機関、医療保険者、市町村、保健所と連携し、地域のCKD対策を行う。

目的

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

北北海道ブロック：

旭川市医師会会員に対し、以下の資材(A4 版)を配布した。



南北海道ブロック：

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

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

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

策に向けての準備が進んだ。

令和8年度中には、遠隔診療とKD連携医制度を導入したい。

東北ブロック：

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

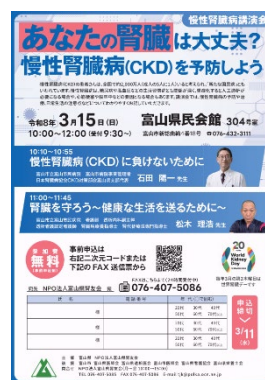
北陸ブロック：

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

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

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

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



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

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

北関東ブロック：

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

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

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

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

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

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

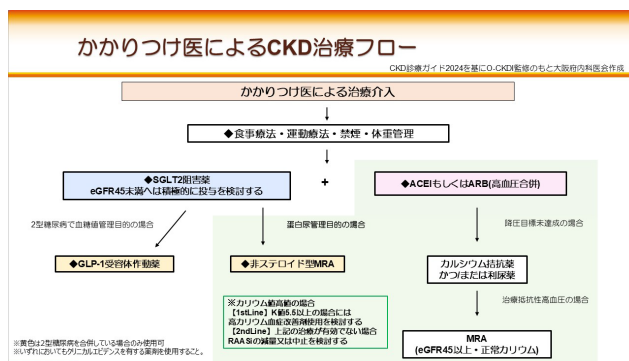
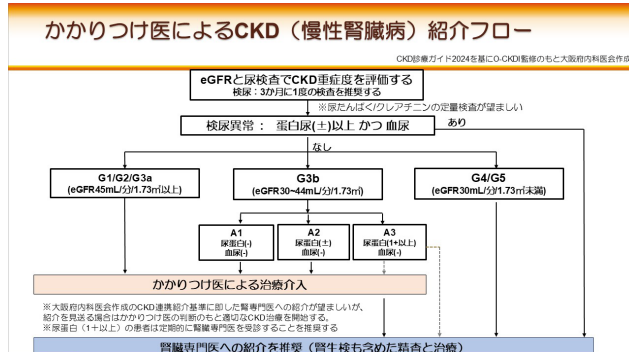
CKD協力医制度や連携会議の導入により、かかりつけ医と腎臓専門医の連携体制が整備された。協力医登録数や連携医療機関数は増加し、健診異常例から専門医への紹介件数や、専門医からの逆紹介が円滑に行われる事例が増えた。地域によっては紹介基準の明確化により診療の効率化が進み、連携の実効性向上が確認された。

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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



中国ブロック：

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

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

四国ブロック：

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

①徳島県における慢性腎臓病医療連携制度の活用に関するアンケート調査

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

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

8. CKD患者に対する早期診断の必要性について

9. 問診の必要性について

10. eGFRスロープ（年間のeGFR低下速度）の重要性について

11. 定期的な尿検査の必要性について

12. 蛋白尿の定量検査の必要性について

13. CKD患者に対する早期治療介入の必要性について

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

②慢性腎臓病患者に関する調査

慢性腎臓病に関する定点調査により以下のデータが明らかとなった。

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

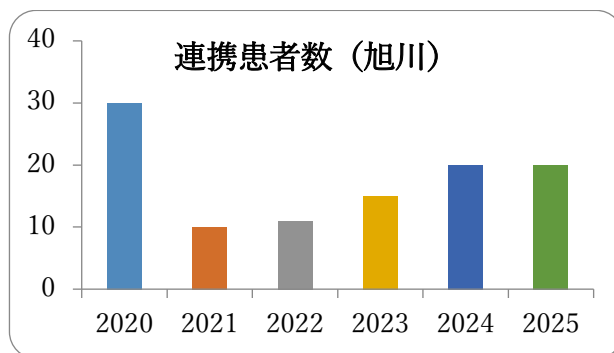
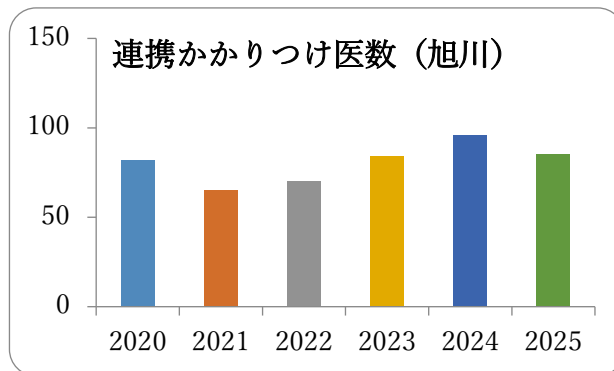
新規透析導入患者数は令和 5 年 297 人で令和 4 年より減少し、300 名を切った。人口 10 万人対でも減少した。減少率は全国と比べ大きいと思われた。

九州・沖縄ブロック：

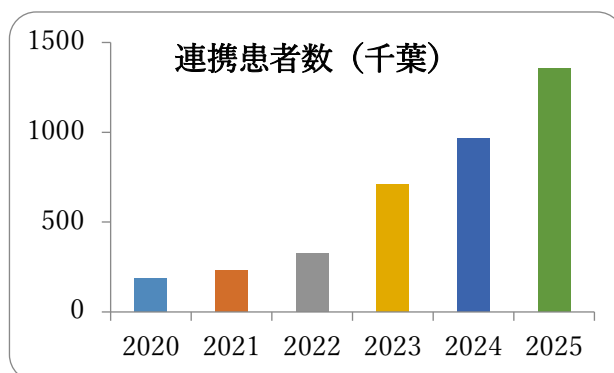
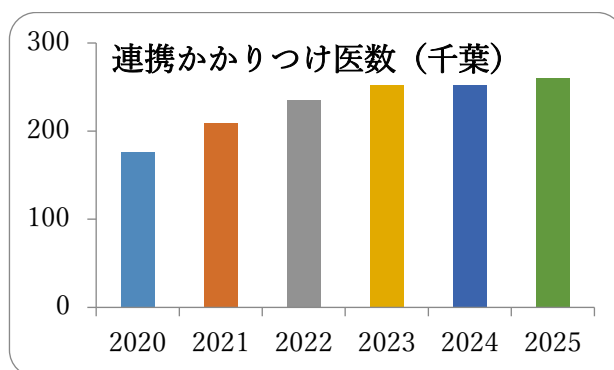
平成 30 年以降、約 300 件の書面による専門医連携が実施された。一般医、保健師、腎臓専門医、糖尿病専門医の間で、依頼、指示、追加指示、報告の流れが整理され、医師と保健師の連携も強化された。この体制により、専門医受診につながりにくい患者への対応や、継続フォローが行いやすくなった。

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

旭川市：



千葉県：



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

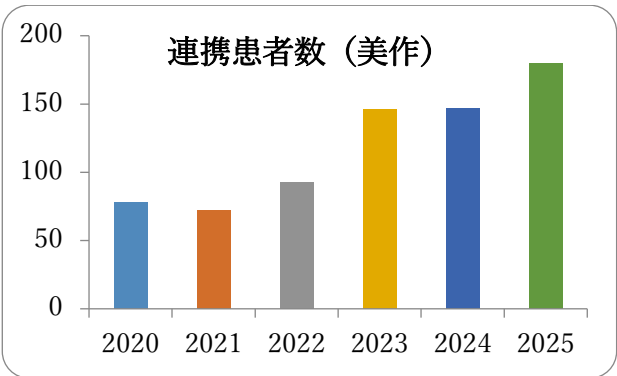
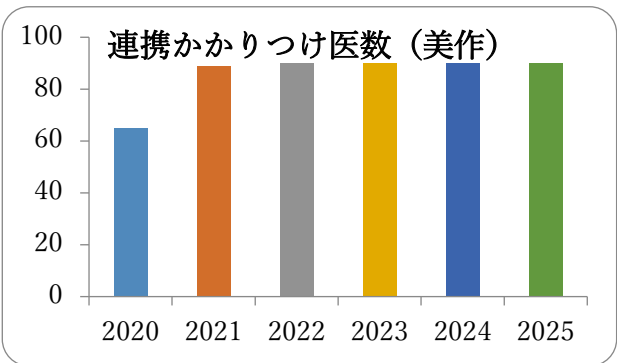
②令和 7 年には 3,999 枚の CKD シールが添付された（令和 4 年からの 4 年間で 16,377 枚）。令和 7 年、このシールをもとに 70 件の疑義紹介が行われ、そのうち 44 件が処方変更に繋がった。また千葉県

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

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

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

岡山県美作市：



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

＜診療連携体制の実際＞

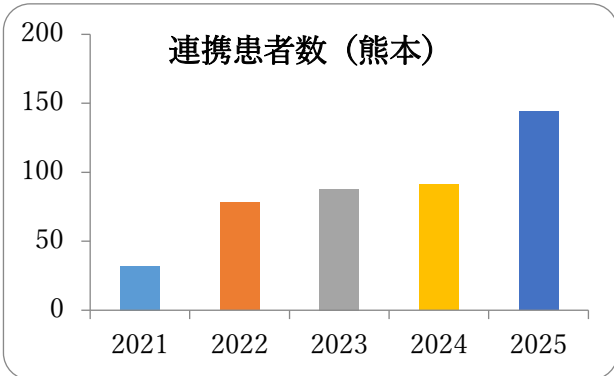
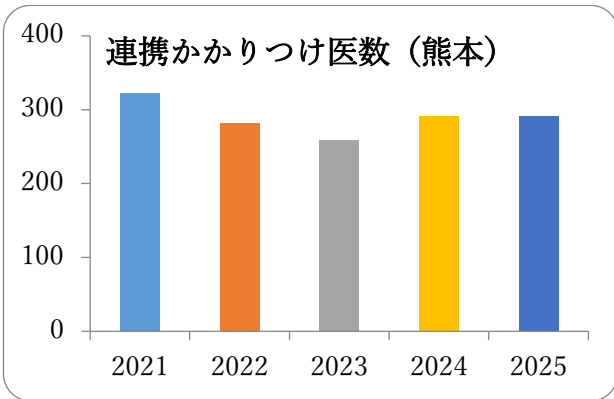
連携体制に参加している腎臓専門医数	4
連携体制に参加している専門医療施設数	10
連携体制に参加したかかりつけ医数	90
連携体制に参加している他職種（保健師、腎臓病療養指導士）	薬剤師、保健師
紹介患者数（かかりつけ医から専門医へ）	37
紹介基準に沿った紹介患者数（黄色枠での紹介数、eGFR<45での紹介数）	19
腎代替療法の導入依頼患者数	3
紹介患者数（専門医からかかりつけ医へ）	30
病診連携（二人主治医制）でフォロー中の患者総数（連携患者数）	180

＜診療連携による医療水準の向上＞

（二人主治医制を取っている患者に関するデータ）

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

熊本市：



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

沖縄県南城市：本年度より定点観察を開始した。市内での連携状況を以下に示す。

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

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

D. 考察

全国：

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

北北海道ブロック：

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

南北海道ブロック：

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

北海道はエリアを分け、それぞれが地元根付いた対策を行えている。

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

東北ブロック：

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

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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

中国ブロック：

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

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

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

四国ブロック：

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

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

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

九州・沖縄ブロック：

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

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

定点観測：

岡山県美作市：

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

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

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

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

沖縄県南城市：

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

E. 結論

全国：

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

北海道ブロック：

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

南北海道ブロック：

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

東北ブロック：

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

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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

中国ブロック：

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

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

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

四国ブロック：

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

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

九州・沖縄ブロック：

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

定点観測：

千葉県：

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

岡山県美作市：

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

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

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

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

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

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

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

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

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

2.学会発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし