

別添 4

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

診療水準の向上に関する研究

研究分担者 柏原直樹 川崎医科大学 特任教授

中川直樹 旭川医科大学 教授

西尾妙織 北海道大学病院 教授

旭 浩一 岩手医科大学 教授

岩田恭宜 金沢大学 教授

南学正臣 東京大学 教授

福井 亮 東京慈恵会医科大学 講師

浅沼克彦 千葉大学 教授

廣村桂樹 群馬大学 教授

丸山彰一 名古屋大学 教授

猪阪善隆 大阪大学 教授

和田 淳 岡山大学 教授

内田治仁 岡山大学 教授

脇野 修 徳島大学 教授

深水 圭 久留米大学 教授

栞原孝成 熊本大学 准教授

古波蔵健太郎 琉球大学 准教授

研究要旨

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

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

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

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

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

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

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

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

南関東で推進された。

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

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

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

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

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

定点観測：

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

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

A. 研究目的

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

特に診療水準の向上に関する研究では、

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

- (3) 腎硬化症のリスク因子候補の解明

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

B. 研究方法

全国：

- (1) 標準医療の推進

連携体制を通して標準医療を普及促進し、遵守率をモニタリングする。

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

- (2) eGFR スロープの普及

HP で簡易計算機能を提供している eGFR スロープ

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

(3)腎硬化症のリスク因子の解明（岡田、柏原）

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

南北海道ブロック：

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

東北ブロック：

家庭血圧測定・記録の普及

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

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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

四国ブロック：

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

九州・沖縄ブロック：

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

定点観測：

沖縄県南城市：

南城市役所担当者にヒアリングを実施する。

(倫理面への配慮)

特に問題はない。

C. 研究結果

全国：

(3)CKD患者における降圧目標値の検討

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

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

北北海道ブロック：

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

＊（←昨年）の数値

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

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

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

南北海道ブロック：

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

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

東北ブロック：

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

北陸ブロック：

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

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

北関東ブロック：

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

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

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

・長野県では、松本市糖尿病性腎症・CKD 病診連携紹介基準として、eGFR、蛋白尿、微量アルブミン尿、血尿等に基づく明確な紹介基準が共有することを示した後ろ向きコホート研究が報告され、透析導入前管理の重要性を示すエビデンスが発信された。

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

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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

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

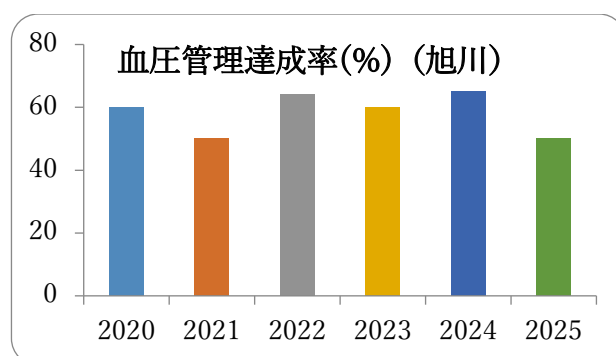
尿蛋白患者 (尿蛋白 $\geq 3+$) における医療アクセス率に関して、対象者が 10 人未満の市町村区を除外したところ 13 市町村区が解析対象になった。上位市町村区の医療アクセス率は F 市の 72.7% であるのに対し、下位市町村区では G 市の 26.3% であった。B 市を基準とした場合に F 市が多変量補正ハザード比は 1.79 (95%信頼区間は 0.68-4.74) であり、堺市 H 区では 1.73 (95%信頼区間は 0.59-5.01) であった。一方で I 市の医療アクセス率は 38.1%、多変量補正ハザード比は 0.89 (95%信頼区間は 0.34-2.35) 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

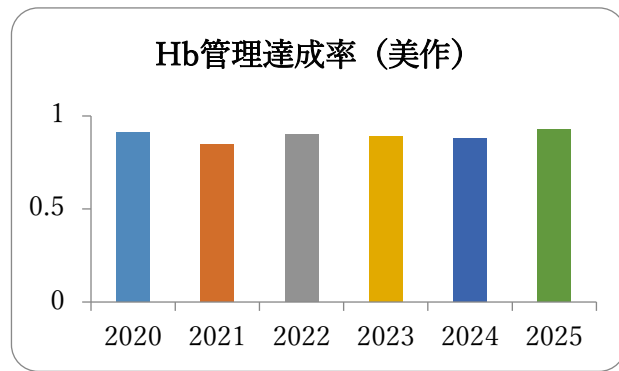
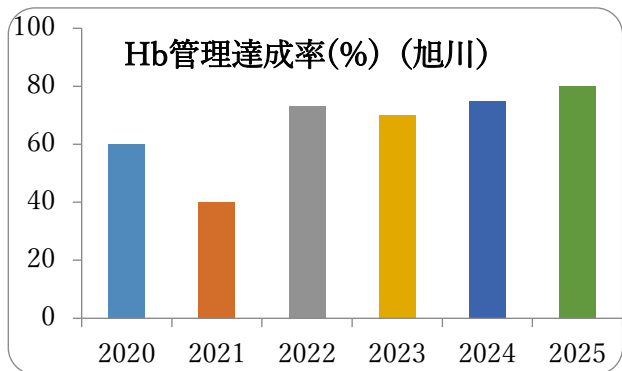
九州・沖縄ブロック：

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

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

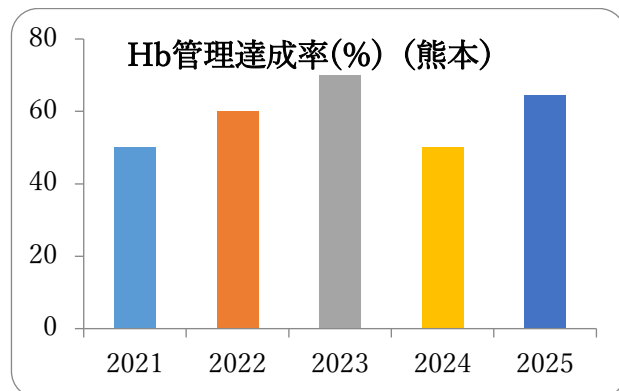
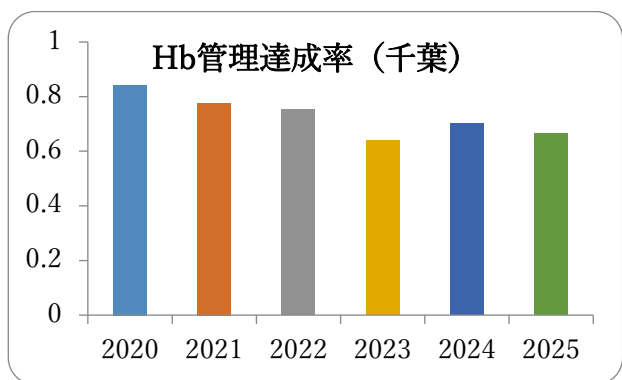
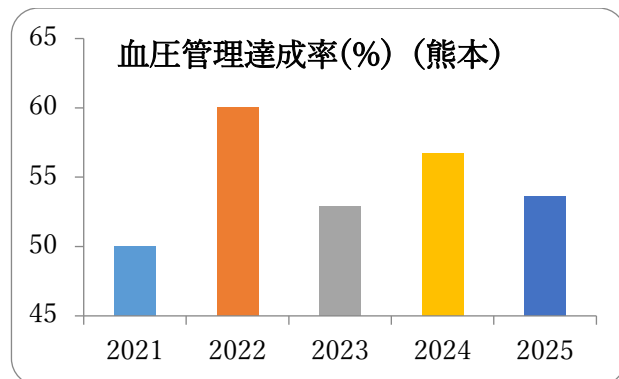
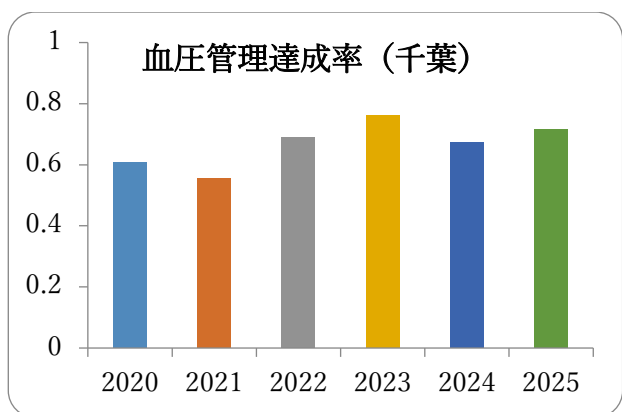
旭川市：



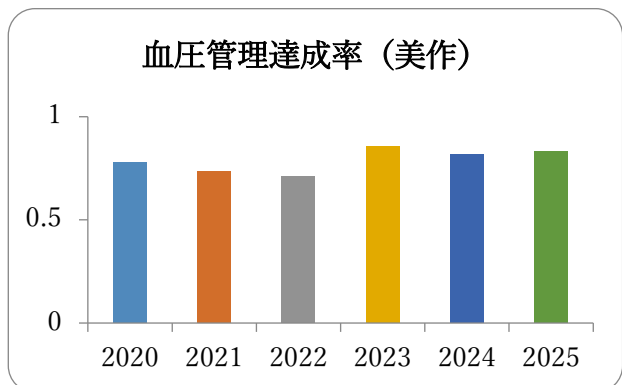


千葉県 :

熊本市 :



岡山県美作市 :



病診連携パスのアップデートへ向けたプロジェクトを開始した。

熊本市医師会センターとの協働によるeGFR slopeの自動算出、アラートシステム導入を計画中である。

沖縄県南城市：本年度より定点観測を開始した。

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

D. 考察

全国：

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

北北海道ブロック：

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

南北海道ブロック：

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

東北ブロック：

一般に血圧異常の多くは自覚症状がなく、季節による血圧変動もしばしば見られるため、家庭血圧測定に基づく血圧値、血圧変動の評価が重要である。家庭血圧測定は降圧目標達成のための処方調節や療養指導に有用なツールであり、CKD の診療の基本的実践として、かかりつけ医、専門医を問わず、より普及させる必要がある。

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

今後は、これらを地域の実臨床で継続運用し、標準的診療の遵守率向上につなげることが重要である。

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

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

近畿ブロック：

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

四国ブロック：

講演会の受講は非専門医の診療技術の向上に有

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

九州・沖縄ブロック：

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

定点観測：

沖縄県南城市：

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

E. 結論

全国：

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

北海道ブロック：

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

東北ブロック：

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

北陸ブロック：

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

北関東ブロック：

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

東京ブロック：

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

南関東ブロック：

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

東海ブロック：

CKD診療の標準化の重要性と他職種連携の有効性が示された。

近畿ブロック：

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

四国ブロック：

講演会、研修会を通じた診療水準の向上が達成された。今後、より多くの軽症CKDが非専門医により適切に経過観察されるまでに地域のCKD診療のレベルが向上することが望まれる。

九州・沖縄ブロック：

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

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

1.Nimura T, Harada M, Aomura D, Yamaka K, Hashimoto K, Kamijo Y. Impact of prepared

vascular access on mortality and medical expenses in elderly and non-elderly Japanese patients with chronic kidney disease stage G5: a retrospective cohort study. Clin Exp Nephrol. 2025;29:1063-1074.

2.Sugawara Y, Iwagami M, Nagasu H, Miyamoto Y, Oshima M, Kuwabara T, Sofue T, Nakagawa N. Review no. 1: designing clinical kidney research using real-world data: research questions, data sources, and analytical skills.

Clin Exp Nephrol. 2026; 30(2): 183-197.

3.Wang Y, Guan Y, Feng D, Maccioni L, Parra MA, Peiffer B, Mackowiak B, Kuwabara T, Mori K, Mukoyama M, Bataller R, Sun Z, Gao B. Infiltrating macrophages replace Kupffer cells and play diverse roles in severe alcohol-associated hepatitis. Cell Mol Immunol. 2025; 22(10):1262-1275.

4.Suetsugu-Ishizawa R, Sakuma H, Matsuki M, Itano S, Nagasu H, Morinaga H, Uchida HA, Kuwabara T, Imasawa T, Yamada K, Nakagawa N. Efficacy of a mobile health application on self-management among Japanese patients with chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol. 2025; 29(10):1354-1362.

5.D. Fujimoto, S. Umemoto, T. Mizumoto, T. Kanki, Y. Hata, Y. Nishiguchi, R. Date, J. Zhang, Y. Kakizoe, Y. Izumi, M. Adachi, H. Kojima, H. Yokoi, M. Mukoyama, T. Kuwabara*: Alvespimycin is identified as a novel therapeutic agent for diabetic kidney disease by chemical screening targeting extracellular vesicles. Scientific Reports,15:14436 (2025).

6.Sustained eGFR improvement after dapagliflozin in a patient with antiretroviral

therapy-related chronic kidney disease. CEN Case Rep. 2025 Dec;14(6):805-808

7.Role of time in target range in blood pressure management for preventing renal decline in type 2 diabetes. Hypertens Res.2025 Jul;48(7):2119-2121

8.Reply to a letter to the editor regarding "Heterogeneous afferent arteriolopathy: a key concept for understanding blood pressure-dependent renal damage"Hypertens Res.2025 Dec;48(12):3315-3316

2.学会発表

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

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

3.尿酸排泄促進薬はCKD患者の腎保護に有用か?・第68回日本腎臓学会総会

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

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし