

慢性腎臓病対策の地域・職域連携について

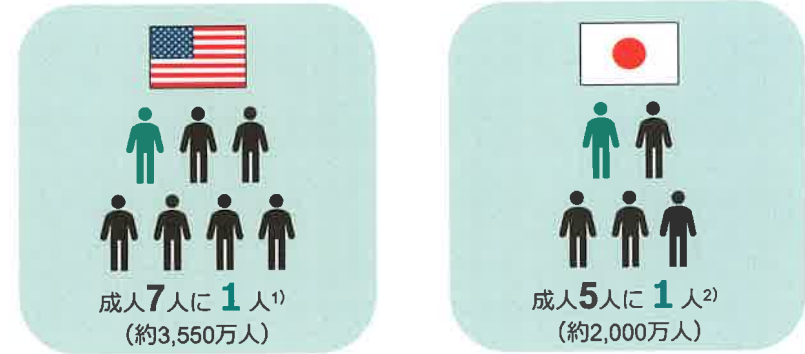
旭川医科大学 内科学講座 循環器・腎臓内科学分野

中川 直樹



CKD患者数

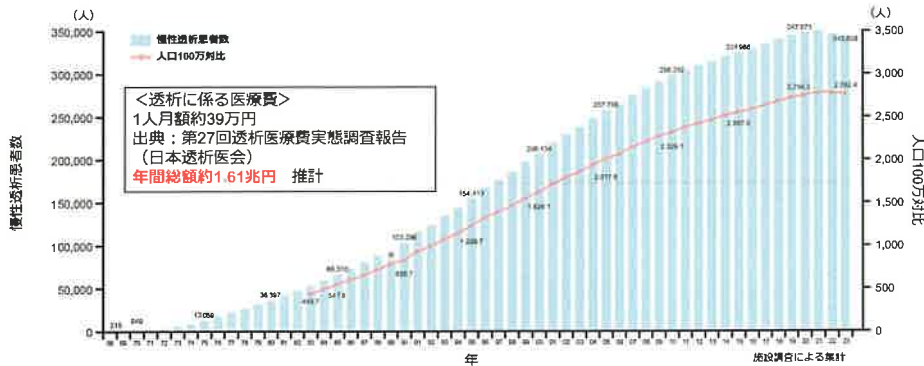
- CKD患者数は、米国では成人7人に1人(約3,550万人)、日本では成人5人に1人(約2,000万人)と推定される



1) CDC / Chronic Kidney Disease in the United States, 2023 (<https://www.cdc.gov/kidneydisease/publications-research/ckd-in-america-facts.html>) 2024年1月22日アクセス
2) 日本腎臓学会編, CKD診療ガイド2024, 東京医科歯大, 2024, p.1

日本のCKDの現状

- 日本では透析に係る医療費は月額約39万円¹⁾であり、2023年末時点の慢性透析患者は343,508人²⁾であったことから、透析に係る医療費の年間総額は約1.61兆円と推計される



【対象・方法】日本透析医学会による年次調査として、459施設を対象に、調査票を用いて施設および患者についての現況を調査した。7月8日までに回収されたデータを組み入れて集計した。

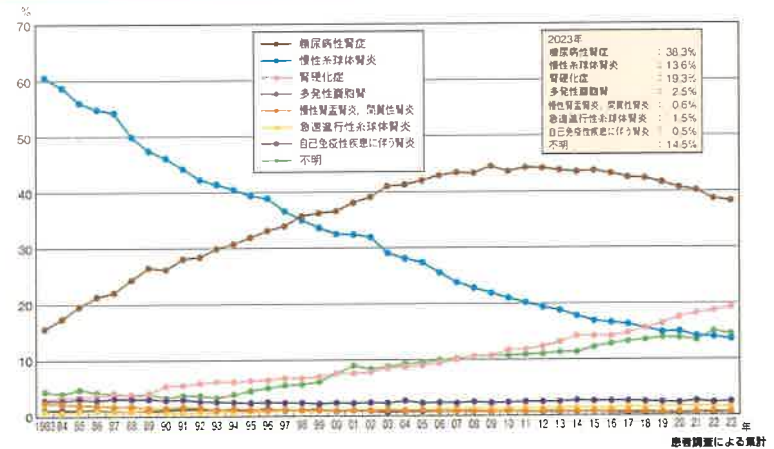
※Limitationについては論文中に記載がなかった。

※1989年末の患者数の減少は、当該年度にアンケート回収率が6%と概率的に低かったことによる見出し上の影響である。人口100万別比は回収率86%で補正

1) 水田圭洋ほか：日本透析学会雑誌 2023 38 443

2) 正木真生ほか：透析誌 2024 57 543

導入患者における原疾患の割合



正木真生ほか：透析誌 2024 57 543

CKDを早期に発見・診断し、良質・適切な早期治療を目指して



健診での拾い上げ・医療機関への橋渡しが必要

演者作成

かかりつけ医のための 患者や家族のための



CKD診療ガイド2024 CKD療養ガイド2024
(7月刊行) (7月刊行)

ガイドラインに基づいた診療が広く実践されることで、CKDが早期に発見され、かかりつけ医と専門医の連携が進み、CKDの進行阻止が可能となり、CVD発症や透析導入が減少するだけでなく、市民の健康増進につながることを期待される

CKD診療ガイド
2024

<目次>

- 1章 CKD 診断と意義
- 2章 高血圧・CVD
- 3章 腎硬化症
- 4章 糖尿病関連腎臓病
- 5章 高尿酸血症・脂質異常症
- 6章 生活習慣(運動療法を含む)
- 7章 CKDの進展と肥満・メタボリックシンドローム
- 8章 栄養
- 9章 腎性貧血
- 10章 CKD-MBD
- 11章 薬物療法
- 12章 薬物療法の注意
- 13章 高齢者CKD
- 14章 透析導入
- 15章 腎移植
- 16章 小児CKD



CKD診療ガイド
2024

1 CKD 診断と意義

1. CKDの疫学と重要性

Points

- 2024年の推計では、日本の慢性腎臓病（CKD）患者数は約2,000万人（成人5人に1人）である。
- 2022年末現在、日本の透析患者数は約35万人である。
- 腎機能障害（eGFRの低下）および蛋白尿・アルブミン尿は末期腎不全、心血管死、全死亡など重篤なイベントの強力なリスク因子である。
- CKDの発症・進展には生活習慣病（高血圧症、糖尿病（DM））が深く関連している。
- CKD発症・進展のリスク因子は、高血圧とDMに加えて、高齢、CKDの家族歴、過去の健診における尿異常や腎機能異常、および腎形態異常、脂質異常症、高尿酸血症、NSAIDsなどの常用薬、急性腎障害の既往、肥満およびメタボリックシンドローム、喫煙、便秘、膠原病、感染症、尿路結石などがある。

1 CKD 診断と意義

表 1-1 日本における CKD 患者数 (%) (20 歳以上) (1,330 万人推定時)

GFR ステージ	GFR (mL/分/1.73 m ²)	尿蛋白 - ~ ±	尿蛋白 1+ 以上
G1	≥90	2,803 万人	61 万人 (0.6%)
G2	60~89	6,187 万人	171 万人 (1.7%)
G3a	45~59	886 万人 (8.6%)	58 万人 (0.6%)
G3b	30~44	106 万人 (1.0%)	24 万人 (0.2%)
G4	15~29	10 万人 (0.1%)	9 万人 (0.1%)
G5	<15	1 万人 (0.01%)	4 万人 (0.03%)

■部分が CKD に相当する。

(文献 2 より)

今井園裕, 他. 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 腎疾患対策研究班: CKD の早期発見, 予防, 治療標準化, 進展阻止に関する調査研究. 2011.

1 CKD 診断と意義

日本の CKD 患者数

- その後に行われた 2014 年と 2015 年の推計では, 1,480 万人となり, 高齢化に伴う増加が考えられた. これらは健診データを基にした推計であり, **健診非受診者の有病率は考慮されていなかった.**
- 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, 2024 年に全国協会けんぽデータベースと国保データベースを用いて**健診受診の有無を考慮した重み付け**を行い日本の CKD 患者数を推計したところ, **約 2,000 万人 (成人 5 人に 1 人の割合)**であった. (令和 5 (2023) 年度 JSN 公的研究班研究成果合同発表会)

1 CKD 診断と意義

死亡および心血管死の相対リスク

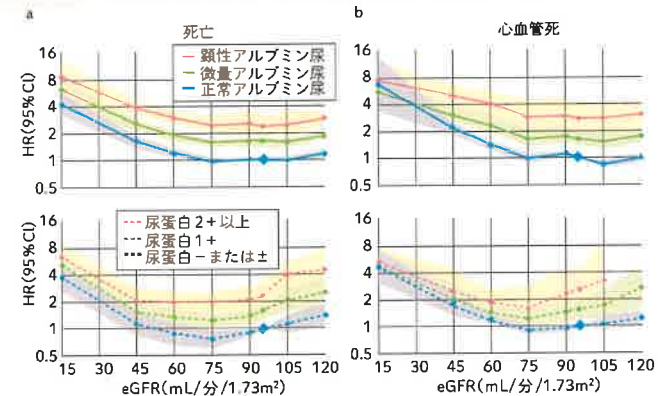


図 1-2 死亡および心血管死の相対リスク

a: 死亡の相対リスク b: 心血管死の相対リスク
死亡および心血管死の相対リスクは、腎機能の低下、または尿蛋白の増加の独立した危険因子である。また、その相対リスクは、尿蛋白が、微量アルブミン尿、顕性アルブミン尿 (macroalbuminuria) と増加するに従って上昇する。尿蛋白は尿アルブミン/Cr 比で評価するが、検尿試験紙によっても同等のリスクを推定できる。さらに、その相対リスクは、GFR 60 mL/分/1.73 m² 未満より上昇し、腎機能が低下するに従って増加する。

1 CKD 診断と意義

日本人のCKD ステージごとの
心血管イベント罹患率と全死亡率

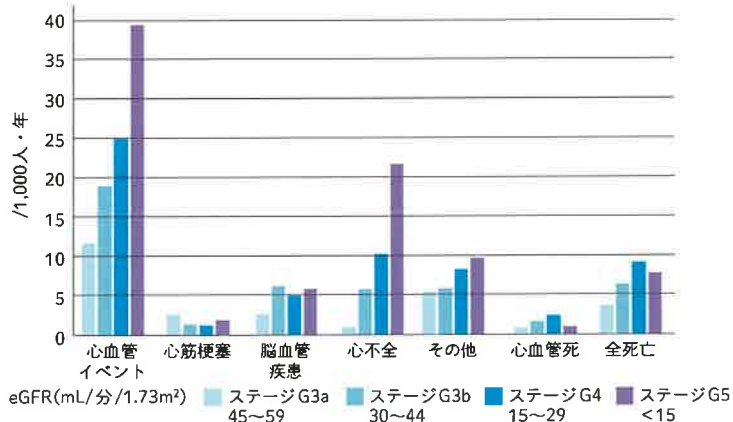


図 1-3 日本人のCKD ステージごとの心血管イベント罹患率と全死亡率

心血管イベント罹患率, 全死亡率はGFRの低下に伴って上昇する。CKD症例の心血管イベントには心不全が多く含まれている。

Tanaka K, et al. Kidney Int 2017 ; 91 : 227-34.

1 CKD 診断と意義

CKD重症度分類

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 多発性囊胞腎 移植腎 不明 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		
	G2 正常または軽度低下	60~89		
	G3a 軽度~中等度低下	45~59		
	G3b 中等度~高度低下	30~44		
	G4 高度低下	15~29		
	G5 高度低下~末期腎不全	<15		

重症度は原疾患・GFR区分・蛋白尿区分を合わせたステージにより評価する。CKDの重症度は死亡, 末期腎不全, 心血管死亡発症のリスクを の順にステージが上昇するほどリスクは上昇する。(KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変)

1 CKD 診断と意義

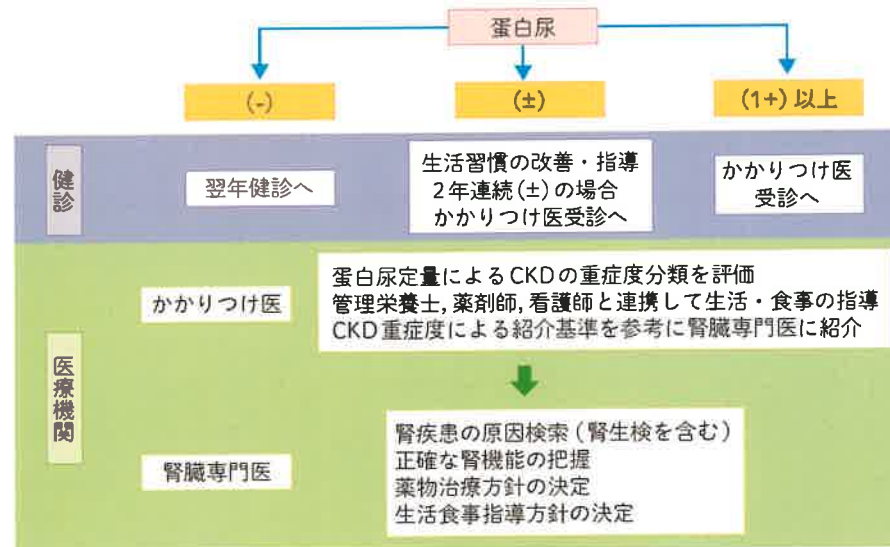
CKD重症度分類に
原疾患を併記

・CKDと診断した際, 原因疾患検索を行いCKD重症度に併記することは, 医療連携や予後改善に有用である。

- 例) CKD G3aA2(IgA 腎症)
- CKD G4A1(高血圧性腎硬化症)
- CKD G3bA3(DKD)

1 CKD 診断と意義

蛋白尿の評価とその対処法

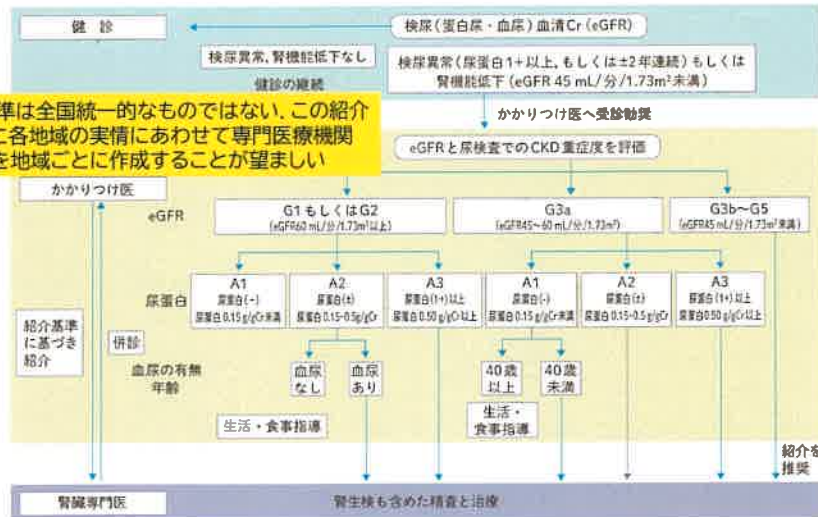


1 CKD 診断と療養

CKD 患者をかかりつけ医, 専門医に紹介するタイミング

CKD 診療ガイド 2024

※ この紹介基準は全国統一的なものではない。この紹介基準をめやすに各地域の実情にあわせて専門医療機関への紹介基準を地域ごとに作成することが望ましい



3 か月以内に 30% 以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに腎臓専門医・専門医療機関に紹介

CKD 診療ガイド 2024

4 糖尿病関連腎臓病

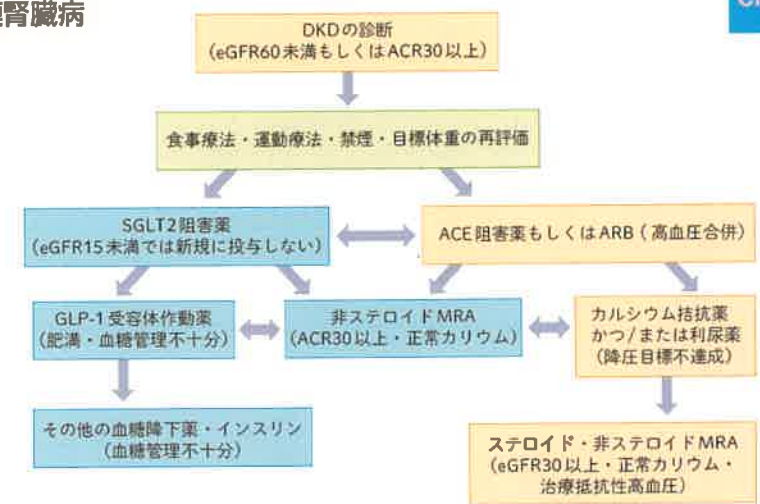
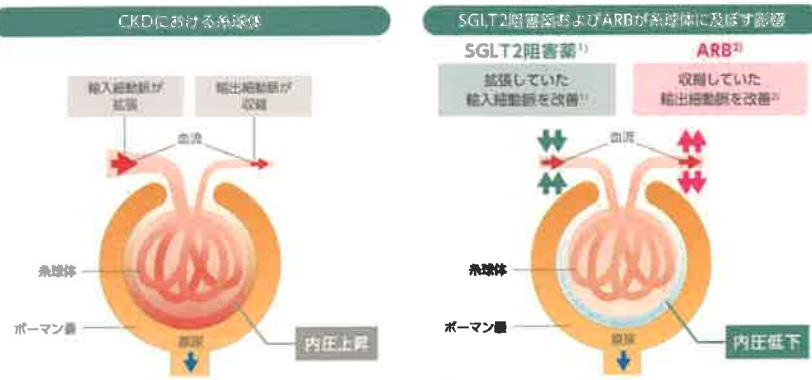


図 4-2 糖尿病関連腎臓病 (DKD) の治療

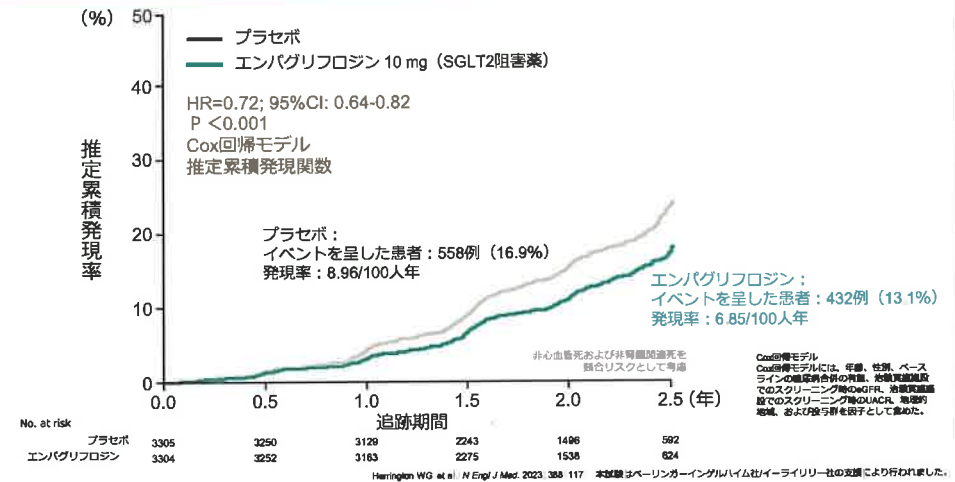
青色 が 2 型糖尿病, 黄色 がすべての糖尿病 (1 型+2 型) を示す。緑色 は個々の症例で判断する。

ARBとSGLT2阻害薬は異なる作用機序で、糸球体内圧を低下させます



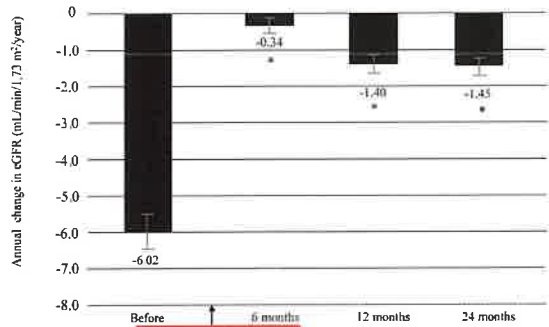
1) Palmer BF, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2023; 18(2): 279-89. より改訂, 作図
2) 山崎大輔, 西山隆. Heart Views. 2016. 20(10): 80-5 より改訂, 作図

EMPA-KIDNEY試験
主要評価項目：腎疾患進行または心血管死の初回発現までの期間
(検証的な解析結果)

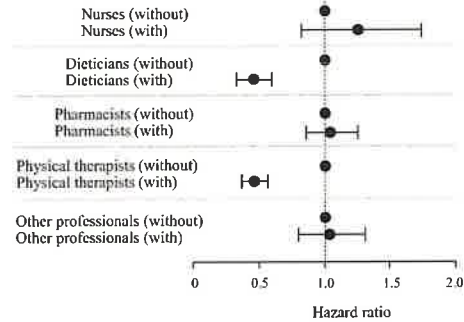


Effectiveness and current status of multidisciplinary care for patients with chronic kidney disease in Japan: a nationwide multicenter cohort study

Masanori Abe^{1,2} · Tsuguru Hata^{1,3} · Yoshihiko Inamura^{1,4} · Tsutomu Sakurada^{1,5} · Shinya Kaname^{1,6}



チーム医療介入



Abe M, et al. Clin Exp Nephrol. 27:528-541, 2023.

慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設

慢性腎臓病の透析予防指導管理の算定要件及び施設基準

慢性腎臓病の患者に対して、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設する。

【新】慢性腎臓病透析予防指導管理料

- 1 初回の指導管理を行った日から起算して1年以内の期間に行った場合 **300点**
 - 2 初回の指導管理を行った日から起算して1年を超えた期間に行った場合 **250点**
- ※ 情報連携機器を用いて行った場合は、それぞれ261点、218点

【算定要件】(抜粋)

慢性腎臓病の患者(糖尿病患者又は現に透析療法を行っている患者を除く。)であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認め入院中の患者以外の患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定する。

【施設基準】(抜粋)

- (1) 当該保険医療機関内に、以下から構成される慢性腎臓病透析予防診療チームが設置されていること。
 ア 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の医師(5年以上の経歴)
 イ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の看護師(3年以上の経歴)又は保健師(2年以上の経歴)
 ウ 慢性腎臓病指導の経験を有する専任の管理栄養士(3年以上の経歴)
- (2) (1)のイ及びウに掲げる慢性腎臓病透析予防診療チームに所属する者のいずれかは、慢性腎臓病の予防指導に係る適切な研修を修了した者であることが望ましいこと。
- (3) (1)のイ及びウに規定する医師、看護師又は保健師のうち、少なくとも1名以上は常勤であること。
- (4) (1)に規定する医師、看護師又は保健師及び管理栄養士のほか、薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましいこと。
- (5) 腎臓病教室を定期的を実施すること等により、腎臓病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- (6) 慢性腎臓病透析予防指導管理料を算定する場合は、様式を用いて、患者の人数、状態の変化等について、報告を行うこと。



<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001218897.pdf>

未病の方への情報発信 (パンフレット作製) : 4頁

<https://ckd-research.jp/download/>

有リスク者への情報発信 (パンフレット作製) : 8頁①

<https://ckd-research.jp/download/>

有リスク者への情報発信（パンフレット作製）：8頁②

「CKDが進行すると…」
CKDになると、腎臓の中で腎臓をこまめにケアしてあげると、進行を抑えられ、腎臓の働きがよくなる。CKDが進行すると、さまざまな臓器にダメージを与えます。

CKDの進行	腎臓	心臓	骨	神経	血液
CKD 1期	腎臓の働きが少し低下				
CKD 2期	腎臓の働きがさらに低下				
CKD 3期	腎臓の働きがさらに低下	心臓の働きが低下			
CKD 4期	腎臓の働きがさらに低下	心臓の働きがさらに低下			
CKD 5期	腎臓の働きがさらに低下	心臓の働きがさらに低下	骨の働きが低下	神経の働きが低下	血液の働きが低下

生活習慣病の方は「CKD予備軍」です
CKDの発症と糖尿病、脂質異常症、高血圧、腎臓病などCKD発症のリスクを高める病気があります。

腎臓を守るための生活習慣

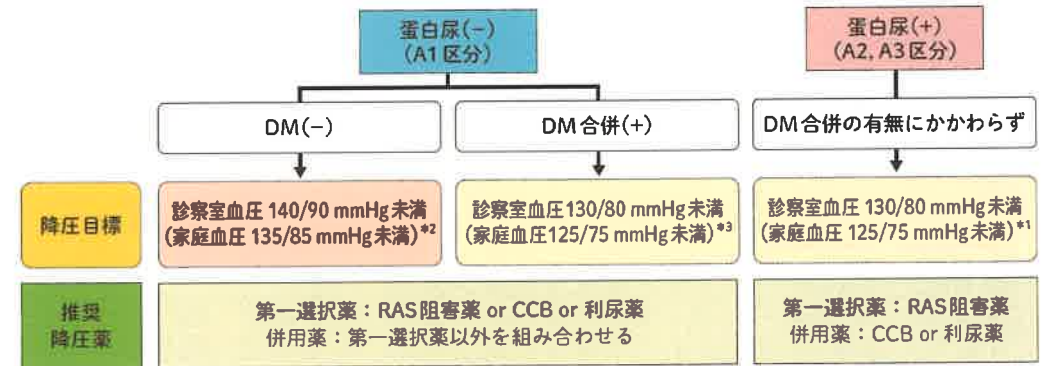
- ① 食生活：食塩を減らす、たんぱく質を減らす、野菜を多く摂る。
- ② 運動：毎日30分以上歩く。
- ③ 禁煙：タバコを吸わない。
- ④ 禁酒：お酒を飲まない。
- ⑤ 水分：毎日1.5～2.0リットル飲む。

こんなことにも気を付けましょう

- ① 高血圧：高血圧はCKDの原因です。定期的に血圧を測り、医師に相談してください。
- ② 糖尿病：糖尿病はCKDの原因です。定期的に血糖値を測り、医師に相談してください。
- ③ 脂質異常症：脂質異常症はCKDの原因です。定期的に脂質を測り、医師に相談してください。

<https://ckd-research.jp/download/>

2 高血圧・CVD CKD 患者への降圧目標と推奨降圧薬



- ・ 75歳以上では全区分で診察室血圧150/90 mmHg 未満(家庭血圧145/85 mmHg 未満)を推奨【2C】、有害事象なく忍容性があれば診察室血圧140/90 mmHg 未満(家庭血圧135/85 mmHg 未満)へ
- ・ CKDステージG4, G5の75歳以上では、CCBを第一選択薬として推奨
- ・ CCB：Ca拮抗薬

*1: G1, G2: DM(-)【1C】, DM(+)[B1], G3~G5【2C】
*2: G1, G2【1A】, G3~G5【2C】
*3: G1, G2【1B】, G3~G5【2C】

2 高血圧・CVD

家庭血圧の測定

血圧は1日のなかでも時々刻々と変化しています。日本高血圧学会は、起床時と就寝前(寝る前)の毎日決まった時間帯に測定することを推奨している。

家庭血圧の正しい計り方

- ・ 上腕血圧計を選ぶ。
- ・ 朝と晩に測定する。
朝の測定：起床後1時間以内・朝食前・服薬前
晩の測定：就寝直前
- ・ トイレを済ませ、1～2分椅子に座ってから測定する。
- ・ 1機会原則2回測定し、その平均をとる。
- ・ 週に5日以上測定した結果を担当医に見せる。

背もたれ
背もたれにもたれてリラックスする

カフの中心
カフの中心を心臓と同じ高さにする

手のひら
腕の力を抜いてテーブルの上に置き、手のひらを上向きにする

両足
足を組まずに両足を床につける

2025年8月29日発行



第1部:国民の血圧管理

- 第1章 高血圧の疫学
- 第2章 血圧スクリーニング
- 第3章 国民の生活習慣改善
- 第4章 社会全体での対策

第2部:高血圧患者の管理・治療

- 第5章 血圧測定と臨床評価
- 第6章 管理および治療の基本
- 第7章 生活習慣の改善
- 第8章 薬物治療
- 第9章 高血圧性臓器障害の診断と高血圧治療
- 第10章 他疾患やライフステージを考慮した対応
- 第11章 コントロール不良の高血圧

第3部:特殊な病態および二次性高血圧の管理・治療

- 第12章 治療抵抗性高血圧
- 第13章 周産期女性の高血圧
- 第14章 小児領域の高血圧
- 第15章 二次性高血圧
- 第16章 特殊な病態の高血圧

降圧目標

診察室血圧 < 130/80 mmHg
家庭血圧 < 125/75 mmHg

* 高値血圧（診察室血圧130～139/80～89 mmHg）で脳心血管病の発症が低・中等リスクの場合（脳心血管病の既往や糖尿病を伴わないような場合）は生活習慣の改善を強化する。

* めまい・ふらつき・立ちくらみ・倦怠感・失神などの症候性低血圧、起立性低血圧、急性腎障害、高カリウム血症などの電解質異常といった有害事象の発症に注意しながら降圧を進める。

第8章 薬物治療 降圧薬の併用STEPにおけるグループ分類

グループ	降圧薬	特徴
G1	a ・長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬 ・RA系阻害薬(ARB, ACE阻害薬)	a ・主要降圧薬 ・降圧薬治療STEP 1 ^{*1} から病態に応じて選択する
	b ・少量のサイアザイド系利尿薬 ^{*2} ・β遮断薬(ビソプロロール, カルベジロールなど)	b ・高血圧における脳心血管病イベント発症抑制についてエビデンスを有する
G2	・アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI) ・MR拮抗薬	・降圧薬治療STEP 2, STEP 3 ^{*1} で病態に応じて選択する ・高血圧における脳心血管病イベント発症抑制についてエビデンスはない
G3	・α遮断薬 ・ヒドラルジン ・中枢性交感神経抑制薬 など	・治療抵抗性高血圧や特殊な病態に用いる

*1 図8-1参照

*2 トリクロルメチアジド 0.5～1 mg, ヒドロクロロチアジド 6.25～12.5 mg, イングバミド 0.5～1 mg 相当

第8章 薬物治療 降圧薬の使い方

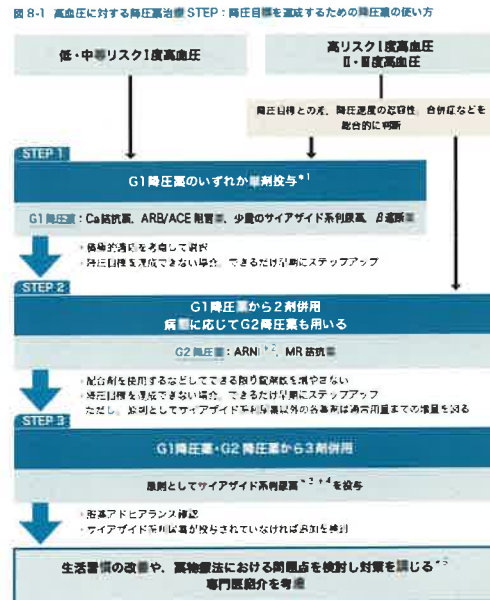


表 10-4

75歳以上の高齢者^{*1}の健康・機能状態による カテゴリー分類と降圧指針

	カテゴリー1 自力で外歩可能な ADLが保たれた患者	カテゴリー2 外歩時に介助が必要な 手段的ADLが低下した患者	カテゴリー3 外歩時に困難となった、 基本的ADLが低下した患者	カテゴリー4 エンド・オブ・ライフ の患者
全般的状態	健康～フレイル	フレイル～要介護	要介護	エンド・オブ・ライフ
手段的ADL ^{*2}	保持	低下	高度低下	高度低下
基本的ADL ^{*3}	保持	保持～低下	低下	高度低下
降圧目標	<130/80 mmHg	収縮期血圧 < 140 mmHg 合併症などにより <130 mmHg とすることを個別判断する	収縮期血圧 < 150 mmHg 合併症などによるそれ以上の降圧薬を個別判断するが、収縮期血圧 < 120 mmHg への降圧は避ける	個別判断 (目安は収縮期血圧 140～160 mmHg)
その他の方針	非高齢者と同様の治療方針	収縮期血圧 < 120 mmHg で降圧薬の減量を考慮する		降圧薬の段階的な減量・中止を考慮する (未治療の場合、新規に治療を行わない)

*1 健康・機能状態の低下した65～74歳高齢者の降圧指針もこの表に準ずる。

*2 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理、交通機関を使った外出などの、より複雑で多くの労力が求められる活動 (Lawtonの尺度などにより評価)。

*3 移動、階段昇降、入浴、トイレの使用、食事、着衣、排泄などの、基本的な日常生活活動 (Berthel indexなどにより評価)。

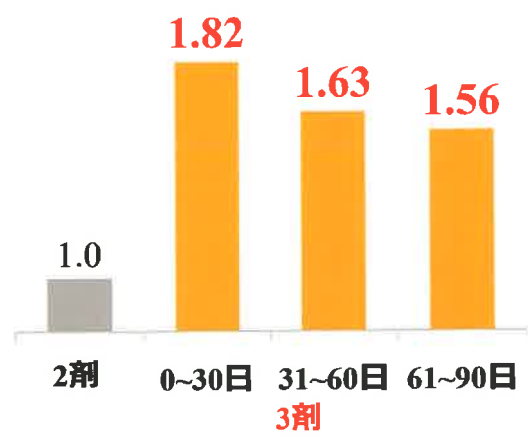
高齢者で生じやすい降圧薬の有害事象(例)

[JSH2025]

Ca拮抗薬	下腿浮腫, 夜間頻尿, 便秘
RA系阻害薬 MR拮抗薬	低ナトリウム血症, 高カリウム血症
サイアザイド系 利尿薬	低ナトリウム血症, 低カリウム血症, 高カルシウム血症, 高尿酸血症

2

RA系阻害薬(RASI)+利尿薬併用患者への
NSAIDs追加によるAKI発生リスク
(0~90日)



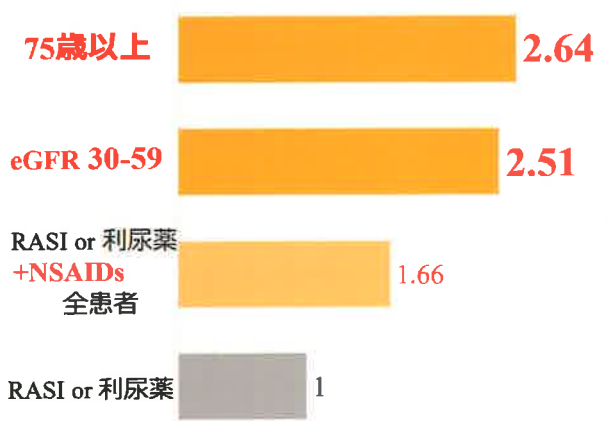
3剤併用

1.82倍

AKI発生リスク上昇
(0~30日)

Lapi F et al BMJ 2013;346:e8525

AKIリスク上昇の因子

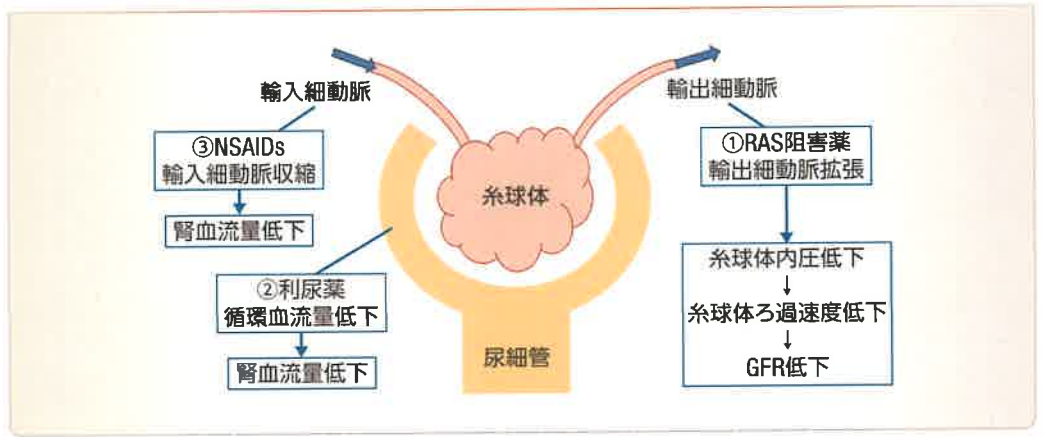


高齢者(75歳以上)
腎機能低下

さらに
AKIリスク上昇

Dreischulte T et al Kidney Int. 2015 396-403

トリプルワーマーのメカニズム



日本腎臓病協会機関紙「&JIN」No.18, 2025 https://j-ka.or.jp/about/img/news/news_202506.pdf

「あぶない早朝高血圧！ 血圧朝活」キャンペーン



<https://www.jpnh.jp/topics/816.html>



日本高血圧学会オール学会員参加型・実装高血圧普及事業
「早朝高血圧徹底制圧プロジェクト」

「あぶない早朝高血圧！ 血圧朝活」キャンペーン

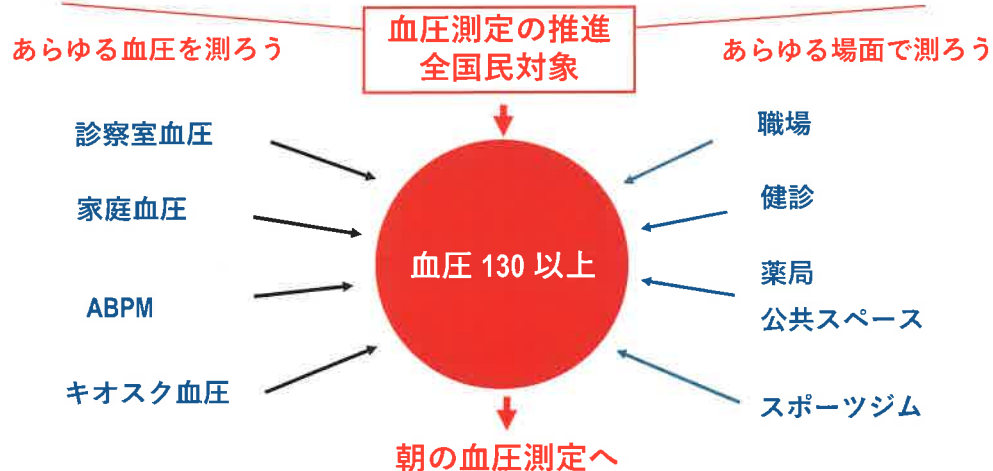
「まずは測ろう、あなたのリスク！」

「あの手この手で、下げようリスク！！」

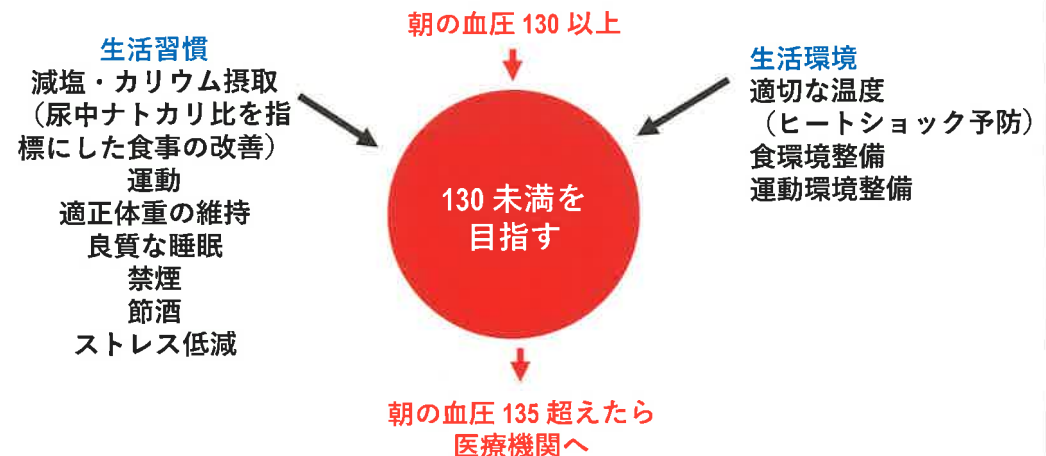
Stop morning hypertension!
“Know your risk, and Lower your risk” campaign

まずは測ろう、あなたのリスク！

一般市民, 医師, 看護師, 療養指導士, 薬剤師, 栄養師, 理学療養士, 行政, 保険者

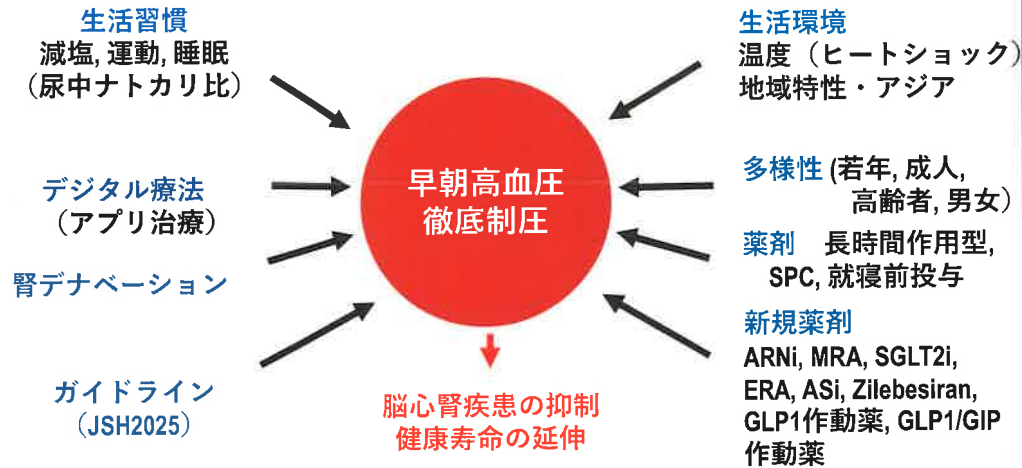


あの手この手で下げようリスク！



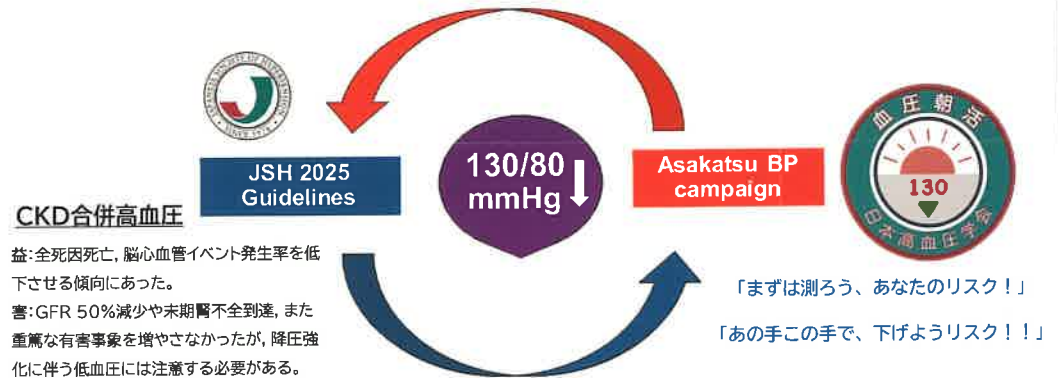


医療機関での展開



「血圧朝活」で日本の未来を変える ～JSH2025を踏まえて～

Synergy of JSH2025 Guidelines x Asakatsu BP campaign



CKD合併高血圧

益: 全死因死亡, 脳心血管イベント発生率を低下させる傾向にあった。
害: GFR 50%減少や末期腎不全到達, また重篤な有害事象を増やさなかったが, 降圧強化に伴う低血圧には注意する必要がある。

Kario, K., Ohya, Y. *Hypertens Res* (2025). <https://doi.org/10.1038/s41440-025-02295-9>
Synchronizing science and society: JSH2025 Guidelines × "Asakatsu BP" action – Morning Blood Pressure 130 Campaign.

「高血圧」の10のファクター 国民の皆様へ

- 1 高血圧は, 将来の脳卒中・心臓病・腎臓病・認知症の発症リスクを高める病気です
- 2 日本では, 1年間に17万人が, 高血圧が原因となる病気*で死亡しています

日本の高血圧者4300万人の血圧コントロール状態 (2017年)

治療中, コントロールされている 27%	治療中だが, コントロール不十分 29%	高血圧であることを知らない・知っているが未治療 44%
-------------------------	-------------------------	--------------------------------

- 3 日本の血圧コントロール状況は, 主要経済国の中で最下位レベルです
- 4 上の血圧 (収縮期血圧) を10 mmHg下げると脳卒中・心臓病が約2割減少します
- 5 高血圧の人では, 年齢に関わらず, 上の血圧を130 mmHg未満, 下の血圧を80 mmHg未満まで下げると, それ以上の血圧に比べて, 脳卒中や心臓病が少なくなります
- 6 生活習慣の改善 (減塩, 運動, 肥満の是正, 節酒など) で血圧は下がります
- 7 日本人の食塩摂取量は1日10 gと世界の中でも高く, 高血圧の人は1日6 g未満にすることがすすめられています
- 8 目標の血圧レベルに達するために, 多くの高血圧患者では血圧を下げる薬が2種類以上必要です
- 9 血圧を下げる薬は, 安価・安全で効果があり, 副作用よりも血圧を下げる利益の方が大きいことがほとんどです
- 10 日本では家庭血圧計が普及しており, 家庭での血圧測定は高血圧の診断と治療に役立ちます

*この報告の「病気」とは脳心腎疾患を指しています

仕事のこと、病院で相談しましたか？



治療しながら働くことを応援する

治療と仕事の両立支援

令和8年度厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業)
<https://www.sagas.johas.go.jp/files/lib/1174/20220406100735614.pdf>

令和5-7年度厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業)

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
(23FD1003:中川班)
研究代表者:中川直樹

- ・働き方改革の一環
- ・療養・就労両立支援指導料(H30新設、R2・R4改定)

対象となる疾患

がん(平成30年度)
脳血管疾患、肝疾患(慢性経過)、指定難病(令和2年度追加)
心疾患、糖尿病、若年性認知症(令和4年度追加)



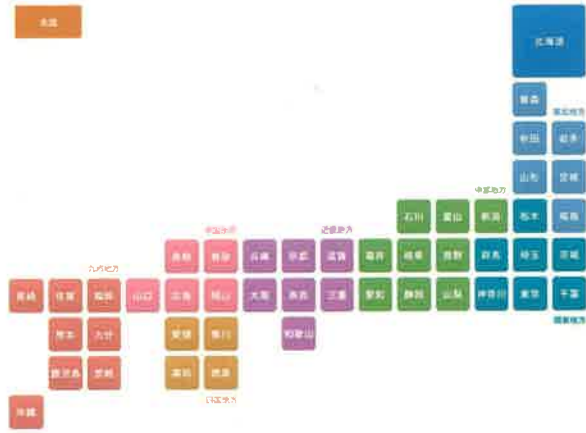
令和8年度改訂で、「慢性腎臓病(CKD)透析、移植患者も含む」を追加するためのマニュアル作成

<https://www.sagas.johas.go.jp/files/lib/1174/20220406100735614.pdf>

全国の取り組み・年次推移
— 各都道府県の腎臓病の「いま」が見える —



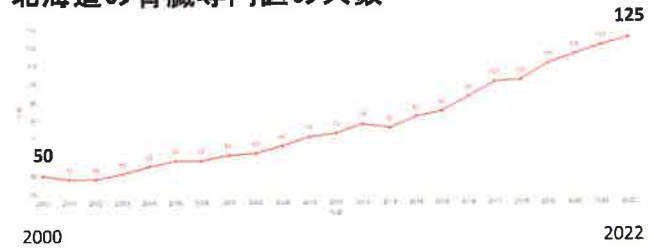
- ホーム
- 研究概要
- 医療提供体制
- 普及啓発
- 診療水準の向上
- 人材育成
- 研究開発の推進
- 研究組織
- トピックス



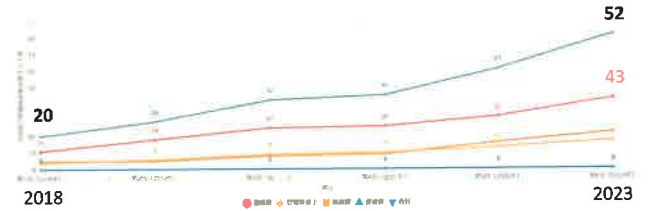
<https://ckd-research.jp/>



北海道の腎臓専門医の人数



北海道の腎臓病療養指導士の人数



<https://ckd-research.jp/promotion/hokkaido/>



北海道の人口1,000人当たりの新規透析導入患者数の推移



多職種
による
介入効果



<https://ckd-research.jp/promotion/hokkaido/>

慢性腎臓病対策の地域・職域連携

- ✓ 勤労世代におけるCKD対策において、CKDの疾患啓発、健診受診率向上、早期発見・受診勧奨が極めて重要である。
- ✓ CKD診療ガイドには、CKD患者の早期発見、CKD診療の標準化と透析予防、心血管病の予防、生命予後の改善に繋がる要点が記載されている。
- ✓ かかりつけ医や医療スタッフがこのガイドを日常のCKD診療に活用することで、CKD患者、さらには国民の健康増進に貢献することが期待される。