

資料 1 - 1

腎疾患対策検討会報告書について

平成31年2月12日

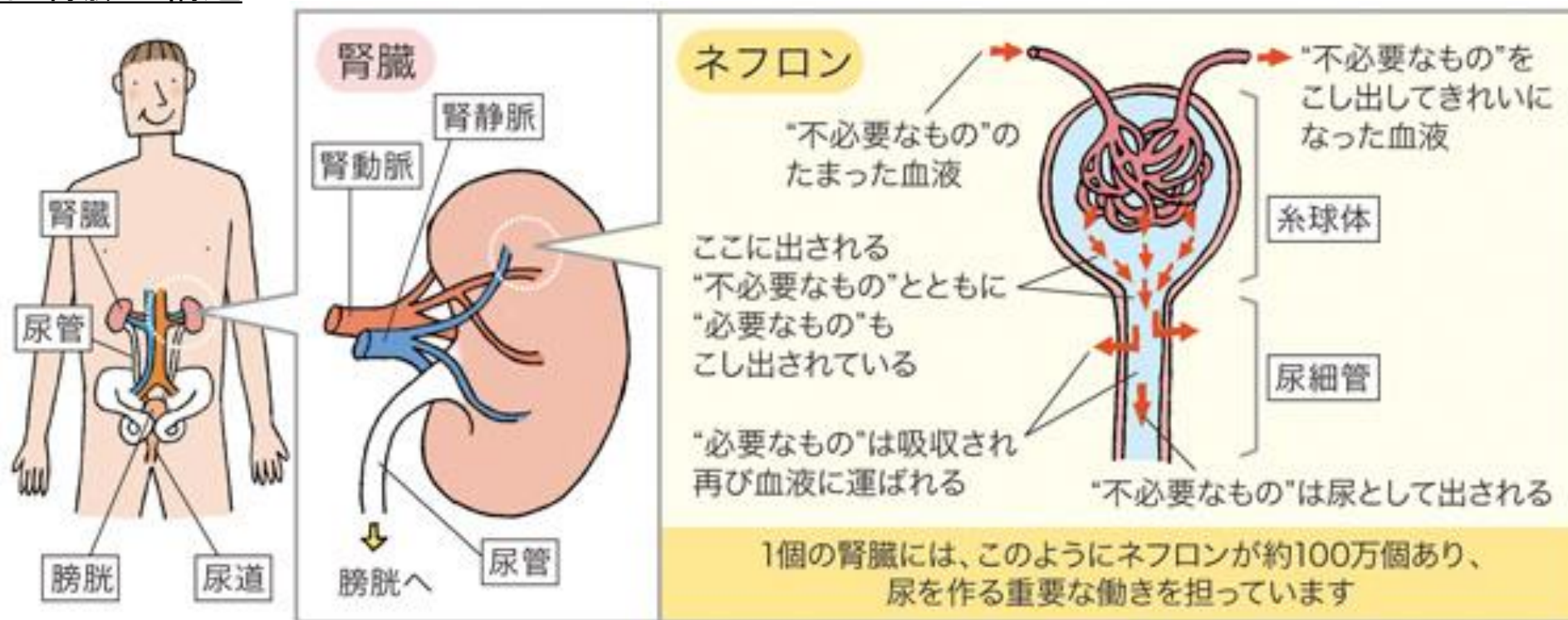


厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

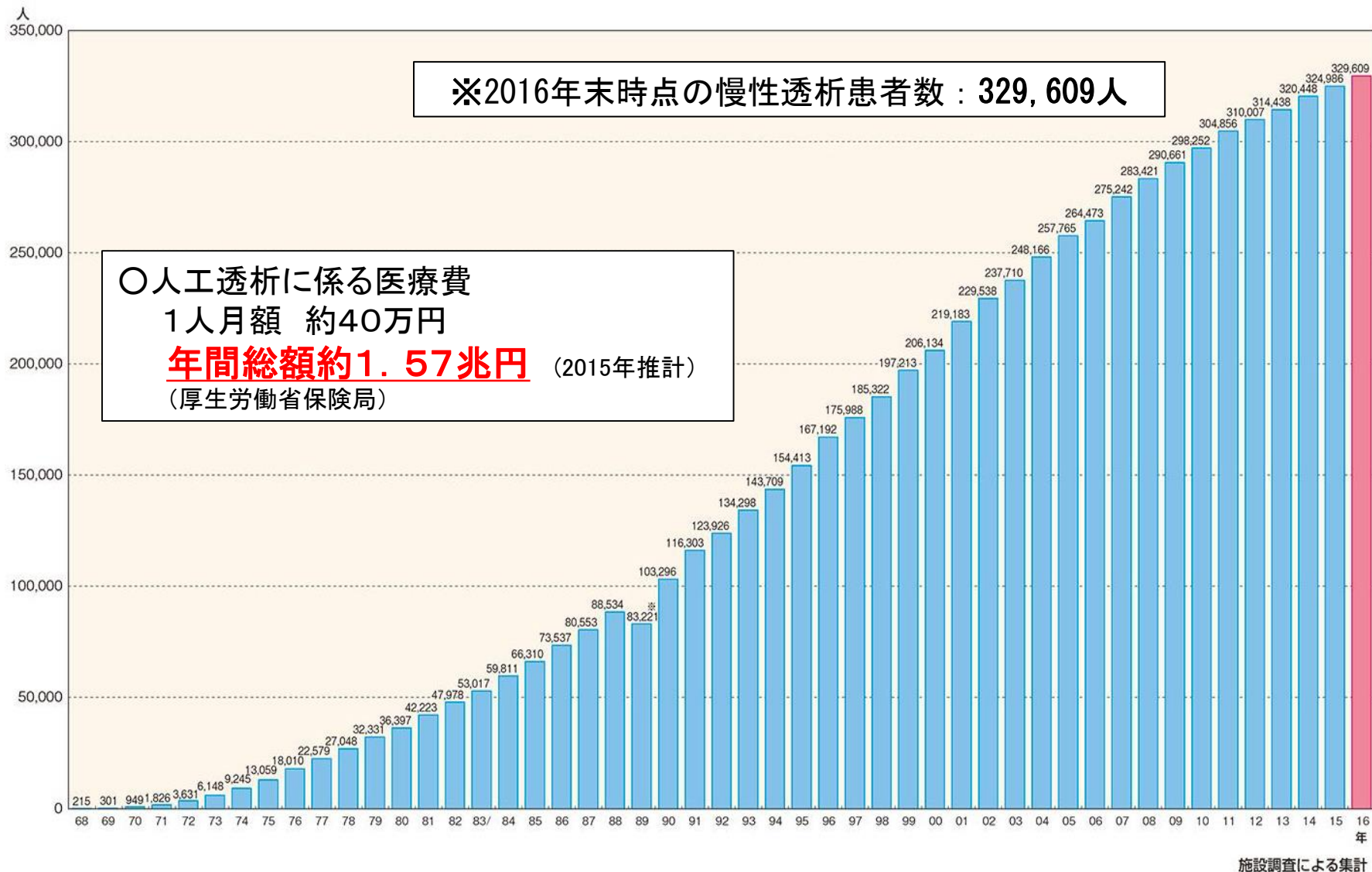
腎疾患の特徴

腎臓は「沈黙の臓器」と言われ、自覚症状が乏しく、症状を自覚した時には既に進行しているというケースも少なくないが、早期から適切な治療を行えば腎疾患の重症化予防は可能であるため、早期診断、早期治療が重要である。腎臓は、図1に示すように毛細血管が球状に絡まった「糸球体」という組織で血液の「ろ過」を行っている。そのため、**腎臓の血管の障害は、腎疾患の発症に直結する。つまり、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病や加齢等が、腎疾患の主な発症リスクである。**

図 腎臓の構造

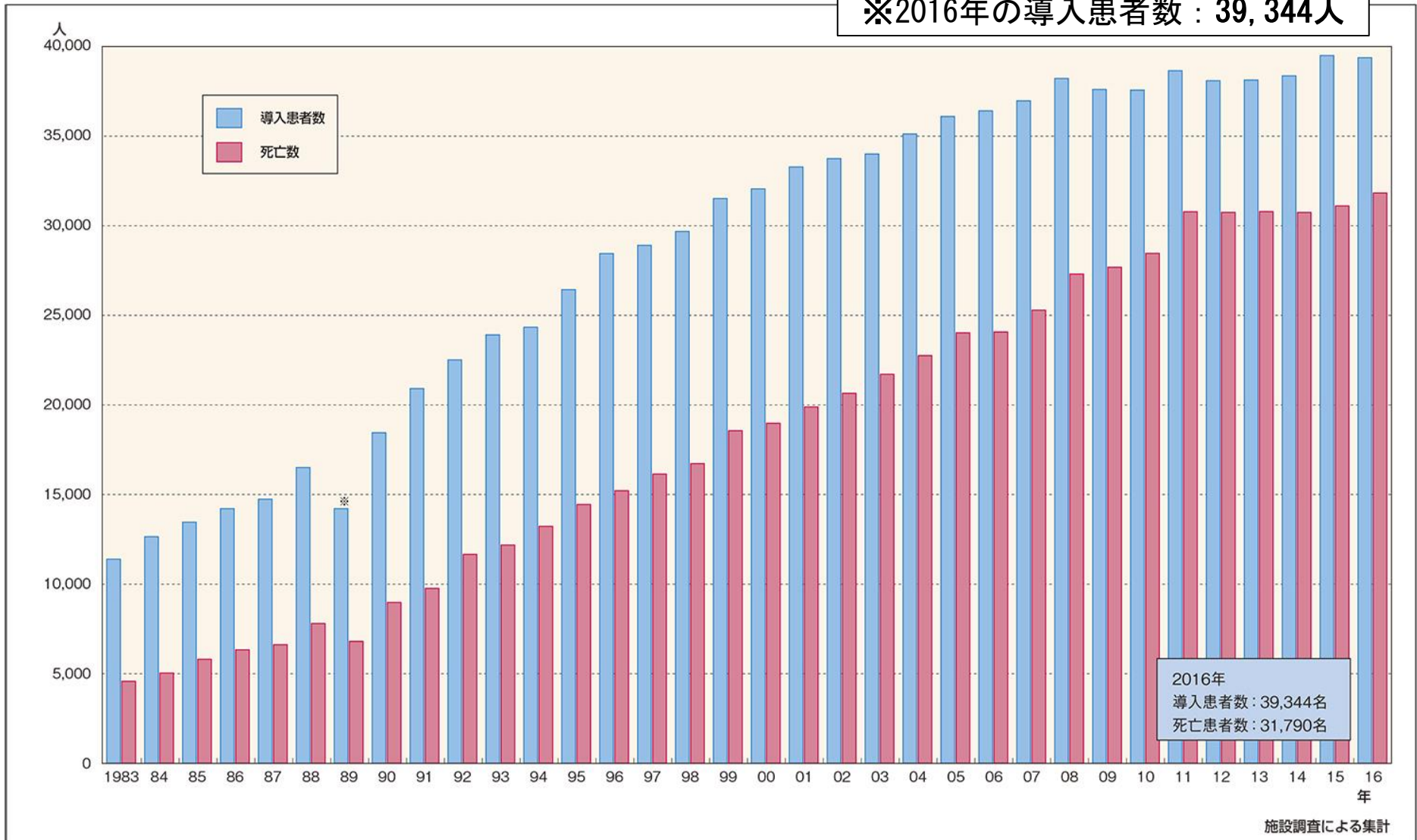


慢性透析患者数の推移(年別)



導入患者数および死亡患者数の推移(年別)

※2016年の導入患者数：39,344人



腎疾患対策検討会（平成29年度）

○目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病（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、腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る。

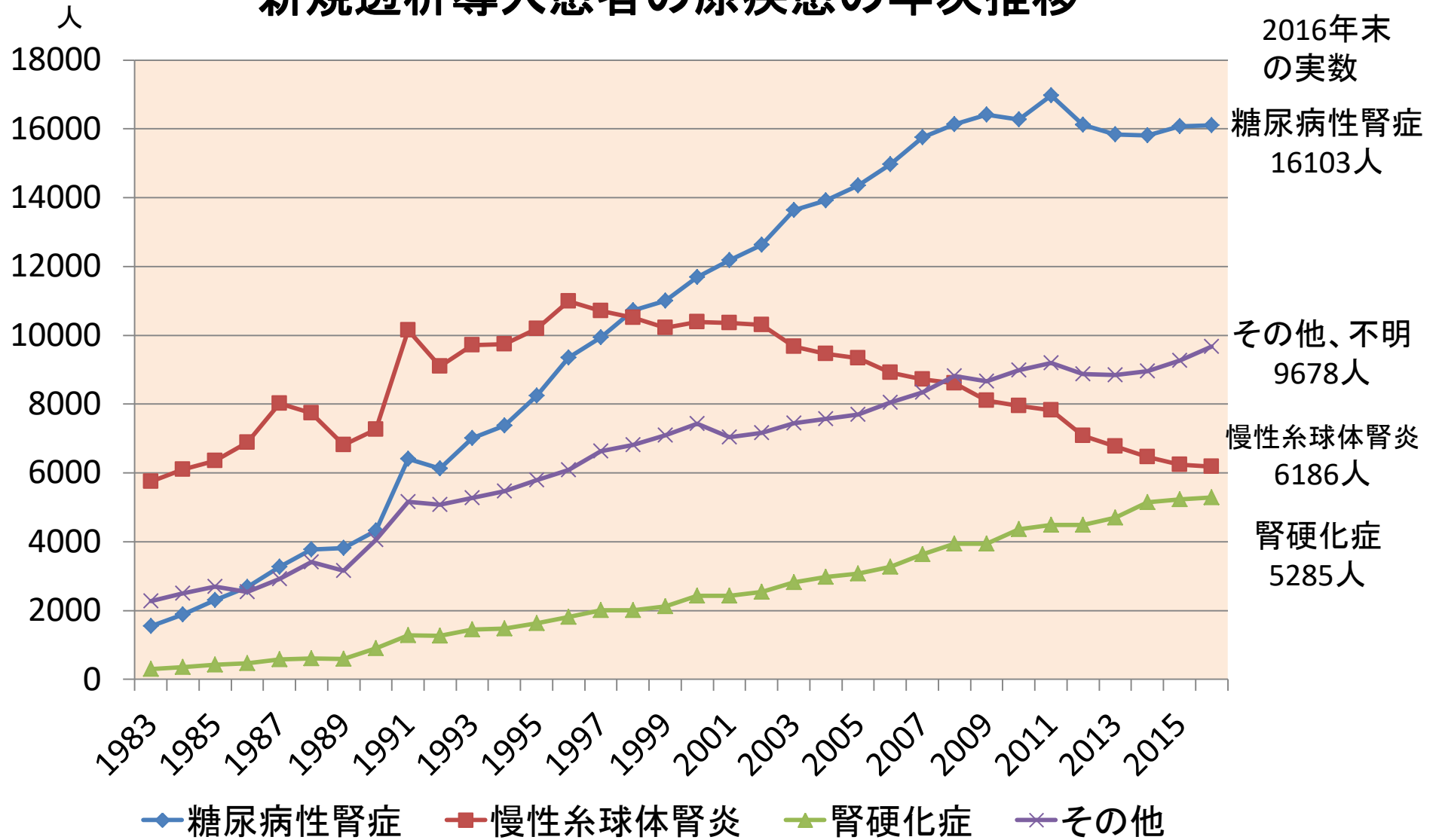
○開催状況

平成29年12月～平成30年5月（計4回開催）

○構成員

- ・座長 柏原 直樹 川崎医科大学副学長、日本腎臓学会理事長
- ・門脇 孝（東大、日本糖尿病学会理事長）、川村 孝（京都大）、川本 利恵子（日看協）、小室 一成（東大、日本循環器学会理事長）、中澤 よう子（神奈川県庁）、中元 秀友（埼医大、日本透析医学会理事長）、南学 正臣（東大）、羽鳥 裕（日医）、馬場 亨（全腎協）、松村 満美子（NPO）

新規透析導入患者の原疾患の年次推移



日本透析医学会誌「わが国の慢性透析療法の現況」の1983年～2016年度分をもとに、がん・疾病対策課作成
 「統計調査結果は日本透析医学会により提供されたものであるが、結果の利用、解析、結果および解釈は作成者が独自に行っている
 ものであり、同会の考えを反映するものではない。」

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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重症化予防の徹底とともに、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。

本目標を達成するため、国や関連学会等は、評価指標等を用いて、本報告書に基づく対策の進捗管理を実施する。その状況は、ホームページ等で公開されることが望ましい。また、国や関連学会は、進捗管理の過程で、KPIの達成が困難と判断される場合、適宜検討をおこない、後述する実施すべき取組に見直しを加えながら対策に取り組み、目標達成に努める。

達成すべき成果目標(KPI)

- (a) **地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家族等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。**

(評価指標)

- ・市町村単位での対策の取組状況
- ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用する市町村数 等

- (b) **かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。**

(評価指標)

- ・紹介基準に則った腎臓専門医療機関への紹介率
- ・腎臓専門医療機関からかかりつけ医等への逆紹介率
- ・地域におけるCKD診療を担う、かかりつけ医等の医療従事者数 等

- (c) **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。**(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

(評価指標)

- ・新規透析導入患者数について、2016年比で、5年で5%以上減少、10年で10%以上減少を達成する都道府県数 等
- 地域の実情に応じて、人口当たりの導入患者数や、年齢調整、原疾患別の評価等を行うことも有用と考えられる。

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～

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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。

達成すべき成果目標(KPI)

- ① 地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家庭等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。
- ② かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。
- ③ 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。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

実施すべき取組

1. 普及啓発

- ① 対象に応じた普及啓発資材の開発とその普及
- ② 糖尿病や高血圧、心血管疾患等と連携した取組
- ③ 地域での取組の実施状況等を把握し、活動の効果の評価、効果的・効率的な普及啓発活動の共有、横展開

2. 医療連携体制

- ① かかりつけ医から腎臓専門医療機関等や糖尿病専門医療機関等への紹介基準の普及
- ② 定期的な健診受診を通じた、適切な保健指導や受診勧奨
- ③ 地域でCKD診療を担う医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報共有・発信
- ④ かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等が連携したCKD診療連携体制の好事例の共有と均てん化

3. 診療水準の向上

- ① 関連学会等が合同で協議し、推奨内容を合致させた、ガイドライン等の作成
- ② 利用する対象を明確にしたガイドライン等の作成・普及
- ③ 関連する疾患の専門医療機関との連携基準等の作成・普及

4. 人材育成

- ① 腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有するメディカルスタッフの育成
- ② かかりつけ医等と腎臓病療養指導士等との連携、また、関連する療養指導士等との連携推進

5. 研究の推進

- ① 関連学会との連携による、データベース間の連携構築
- ② 研究及び診療へのICTやビッグデータの活用
- ③ 国際共同試験を含めた臨床試験の基盤整備
- ④ 病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発
- ⑤ 再生・オミックス(ゲノム等)研究の推進
- ⑥ 腎臓病の基礎研究や国際競争力の基盤強化

②地域における医療提供体制の整備

(ア)目的

CKDは患者数が多いため、腎臓専門医療機関のみで診療を行うことは困難である。一方で、軽症のうちには、血圧や血糖の管理や減塩指導等の一般的な内科診療が中心であるが、重症化すると、合併症予防や最適な腎代替療法(血液透析、腹膜透析、腎移植)の選択や準備など、専門性の高い診療が必要となる。そのため、メディカルスタッフ等の協力のもと、紹介・逆紹介、2人主治医制など、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携を推進することで、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・継続できる診療体制を構築することが目的である。

(イ)課題

- ・かかりつけ医等から腎臓専門医療機関等、あるいは、糖尿病専門医療機関等に紹介すべき基準の周知が十分とはいえない。
- ・各地域においてかかりつけ医等が連携すべき腎臓専門医療機関等の周知が十分に行われているとはいえない。
- ・かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携における好事例が行政機関、関連学会や関係団体等において十分共有されず、医療提供体制の均てん化が進んでいない。

(ウ)今後実施すべき取組

- ・関連学会や関係団体等は、国や地方公共団体と連携し、「**図6 かかりつけ医から腎臓専門医・腎臓専門医療機関等への紹介基準**」、「**図7 かかりつけ医等から糖尿病専門医療機関等への紹介基準 ～主に糖尿病治療ガイドより～**」を、CKD診療を担う関係者に広く普及する。
- ・健診はCKDやその発症リスクとなる糖尿病、高血圧等の項目を発見するよい機会であるため、**定期的な健診受診を通じて、「図8 CKDに関する健診判定と対応の分類例」などを参考にしながら、各々の健診実施機関が適切な保健指導や受診勧奨を行う。**
- ・関連学会や関係団体は、国や地方公共団体と連携し、**地域でCKD診療を担うかかりつけ医等の医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報を共有・発信することで、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等との連携を図る。**なお、**関連学会等が決定する地域の腎疾患対策の中心的役割を担う担当者が、地方公共団体や関連団体等との調整において積極的に関与することが期待される。**
- ・行政機関、関連学会、関係団体等は、**CKD診療連携体制の好事例を共有し、均てん化を行う。**

(エ)評価指標

- ・紹介基準に則った腎臓専門医療機関等への紹介率
- ・腎臓専門医療機関等からかかりつけ医等への逆紹介率
- ・地域におけるCKD診療を担う、かかりつけ医等の医療従事者数 等

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

(作成: 日本腎臓学会、監修: 日本医師会) 平成30年2月27日に日本腎臓学会および日本糖尿病学会HPに公開

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	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 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、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89		血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・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	末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に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、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 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、原疾患に糖尿病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。
 - ① 糖尿病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
 - ② 糖尿病合併症(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)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

1. 血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合
 (血糖コントロール目標(※1)が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの
 検索を含めて、紹介が望ましい)。

※1. 血糖コントロール目標

- 新たな治療の導入(血糖降下薬の選択など)に悩む場合。
- 内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合(1型糖尿病等)。
- 低血糖発作を頻回に繰り返す場合。
- 妊婦へのインスリン療法を検討する場合。
- 感染症が合併している場合。

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については“高齢者糖尿病の血糖コントロール目標”を参照

2. 教育入院

- 食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合(特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する)。

3. 慢性合併症

- 慢性合併症(網膜症、腎症(※2)、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合。
- 上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2. 腎機能低下やタンパク尿(アルブミン尿)がある場合は“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”を参照のこと。

4. 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスの場合(直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る)。
- ケトン体陰性でも高血糖(300mg/dl以上)で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合
 (高血糖高浸透圧症候群の可能性のあるため速やかに紹介することが望ましい)。

5. 手術

- 待機手術の場合(患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる)。
- 緊急手術の場合(手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる)。

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。

病期に応じた腎疾患対策の全体像

生活習慣病
の発症予防

発症

CKD発症予防
(原因疾病の重症化予防)

CKD
発症

・CKD重症化予防
・原因疾病の管理の継続
・合併症予防

・腎代替療法
・合併症予防

項目例: 血圧、脂質、血糖、喫煙、
尿蛋白および血清クレアチニン等

受診勧奨

標準的な健診・保健指導プロ
グラム【平成30年度版】

紹介

「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」

健診

早期受診

かかりつけ医等

2人主治医制など
担当医間の連携

腎臓専門医療機関等

保健指導、受診勧奨
健診受診率向上(未受診者受診勧奨)

療養指導士等メディカル
スタッフとの連携

メディカルスタッフや他科専門医等との連携
最適な腎代替療法の選択、準備

市民公開講座や資材等によるCKD認知度の上昇

逆紹介

通院患者へのCKD発症予防、重症化予防に関する知識の普及

各種ガイド、ガイドライン等で推奨される診療の均てん化

関連する疾患の治療との連携強化

腎臓病療養指導士の育成、かかりつけ医等との連携

関連する療養指導士等との連携強化

関連学会と連携したデータベースの構築

病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発

地域に
おける
医療提
供体制
の整備

普及
啓発

診療
水準の
向上

人材
育成

研究
開発の
推進

関連す
る施策

- ・ 禁煙、運動、減量、減塩等について、健康日本21(第二次)に目標を掲げ、取組を推進
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- ・ 難病診療連携拠点病院を中心とした医療提供体制の構築、指定難病患者データベースの稼働 等
- ・ 腎移植に関する普及啓発活動、院内体制の整備、提供移植施設の負担軽減 等