

政策提言

「労働世代における慢性腎臓病(CKD)対策の強化にむけて」

～健診スクリーニング、医療機関受診による早期発見、早期介入の重要性～

2024年10月

目次

1. 本提言発信の背景	1
2. 提言 1：労働者の健診での CKD スクリーニングを強化すべき	2
3. 提言 2：スクリーニングから CKD リスク群への 医療受診勧奨、保健指導を強化すべき	4
4. 本テーマに関するこれまでの政策議論に対する HGPI の理解、 および今後の政策推進	5
5. 謝辞	7

1. 本提言発信の背景

日本における CKD 対策の必要性

CKD の初期には自覚症状がほとんどなく、腎臓は「沈黙の臓器」といわれている。そのため症状が出現した際には既に進行していることが多く、その症状には倦怠感、浮腫、貧血などが含まれる。一度失われたネフロン¹が再生することはなく、末期腎不全になると生命維持のために人工透析や腎移植が必要となる。日本透析医学会の統計調査によると、2022 年末時点で慢性透析患者数は約 35 万人²、新規透析導入者数は 39,683 人²であり、導入者数は 2020 年以降減少傾向にあるものの、その数は高齢化の影響もありなかなか歯止めがかからない。また、透析医療費は年間総額 1.57 兆円³にも及んでおり、医療費適正化の観点からも透析導入患者の減少が望まれる。

我が国では 2007 年に厚生労働省で「腎疾患対策検討会」が開催されて以降、中央政府、自治体において政策実装が進展してきたが、透析に至る前段階で治療が必要な人への CKD 対策を強化することが重要である。CKD は、「3 ヶ月以上にわたって腎機能の低下や腎臓の障害が続く状態」と定義され、日本では成人の 5 人に 1 人⁴が罹患していると推計される新たな国民病である。CKD の主な原疾患は、糖尿病、高血圧であるなど生活習慣病との関連が強いことから、他疾患と合わせた早期発見・早期介入が特に重要である。

労働者⁵の CKD 対策

人工透析導入者の平均年齢が 71.42 歳（2022 年末時点）⁶であることからわかる通り、高齢になってから腎疾患が顕在化することは多い。しかし、慢性透析患者 347,474 人のうち 102,167 人が 65 歳未満であることを踏まえると⁷、CKD 予備軍、あるいは CKD が顕在化していない糖尿病や高血圧を持つ労働世代を見過ごすことはできない。人工透析は、1 人あたり年間 500 万円～600 万円を要することから公的医療費負担の面で課題であるが、早期の CKD においても 1 人あたり年間約 3 万円～19 万円の医療費増加と関連があるとされる⁸。患者の生活の質（QOL: Quality of Life）向上の必要性はさることながら、公的医療負担の抑制の観点からも、糖尿病や高血圧の重症化予防を含む CKD の予防・早期発見・早期介入が強化されるべきである。実際に、全国土木建築国民健康保険組合の特定健康診査（以下、特定健診）受診者約 7 万人のデータを用いた研究によると、健診で CKD の疑いありとされながら医療機関を受診していない人においては、腎機能が悪化傾向にあることが報告されており⁹、医療機関受診の徹底が期待される。

職場には、労働者自身ではコントロールできない健康阻害要因やストレス要因等が存在している。そのため、個人の自助努力や地域保健施策による支援に加え、事業者による積極的な産業保健の取り組みが必要である。

- 1 ネフロンとは糸球体と呼ばれるろ過器と、尿細管と呼ばれる必要なものと不必要なものをふるい分ける細長い管を一組とした腎単位。東邦大学医療センター佐倉病院腎臓内科。
<https://www.lab.toho-u.ac.jp/med/sakura/neph/nephrons/index.html>, (閲覧日: 2024 年 10 月 17 日)
- 2 花房規男他. わが国の慢性透析療法の現況 (2022 年 12 月 31 日現在). 日本透析医学会雑誌. 2023, 56 巻 12 号, p.477.
- 3 厚生労働省. 「糖尿病性腎症重症化予防の取組について」.
https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000114064_13.pdf, (閲覧日: 2024 年 9 月 9 日).
- 4 日本腎臓学会. CKD 診療ガイド 2024. 東京医学社. 2024.
- 5 本提言では、労働者を「職域保険対象の一般労働者および健診受診義務のあるパートタイム労働者（無期契約または契約期間が 1 年以上の有期契約で、正社員の週所定労働時間の 4 分の 3 以上働く）」と想定して記述している。それ以外の労働者は、上記定義に該当しないパートタイム労働者や国民健康保険下にある労働者が想定される。2023 年度 HGPI が発信した政策提言・地方自治体における慢性腎臓病（CKD）対策好事例集「患者・市民・地域が参画し、協働する腎疾患対策に向けて」において国民健康保険対象者における CKD 対策については重点的に記述したことから、今回の提言書では上記の定義に合致する労働者を対象に CKD 対策の必要性を記述している。
- 6 花房規男他. わが国の慢性透析療法の現況 (2022 年 12 月 31 日現在). 日本透析医学会雑誌. 2023, 56 巻 12 号, p.487.
- 7 花房規男他. わが国の慢性透析療法の現況 (2022 年 12 月 31 日現在). 日本透析医学会雑誌. 2023, 56 巻 12 号, p.477,482.
- 8 Sakoi N, Fukuma S. et al. Early-Stage Chronic Kidney Disease and Related Health Care Spending. JAMA Netw Open. 2024 Jan 2;7(1):e2351518..
- 9 Yamada Y, Fukuma S. et al. Undiagnosed and untreated chronic kidney disease and its impact on renal outcomes in the Japanese middle-aged general population. J Epidemiol Community Health. 2019 Dec;73(12):1122-1127.

産業保健分野の専門家の認識として生活習慣病以外を原疾患とする重度の腎疾患が初めて見つかる頻度は低く、産業保健領域において腎疾患に対する特別な管理や就業区分判定が必要なことは稀であるため課題としての認識が高くない。しかし、労働者における CKD 患者とそのリスク群、および人工透析患者は決して少なくないことから、現状の腎疾患対策における課題を正確に理解した上で、労働者に求められる現実的な CKD 対策やその範囲を検討していく必要がある。なお、本提言は当機構が 2024 年 2 月に公表した「患者・市民・地域が参画し、協働する腎疾患対策に向けて一政策提言・地方自治体における慢性腎臓病（CKD）対策好事例集一」で十分に論じられなかった「労働者」に焦点を当てて作成した。

2. 提言1:労働者の健診でのCKDスクリーニングを強化すべき

- 労働者における蛋白尿によるスクリーニングを強化し CKD 患者とそのリスク群を早期発見するとともに、糖尿病・高血圧等の基礎疾患のある人への血清クレアチニンの測定に基づく腎機能評価を徹底すべきである。
- 蛋白尿や血清クレアチニンの異常値は個人差があるという特性を考慮しながら、誰がスクリーニングをしても、その個人にとって適切なタイミングで医療へ接続できるような基準を設定するとともに、血清クレアチニンの測定対象の拡大も視野に入れた更なる検討を進めるべきである。
- 健診結果の適切な活用方法を検討し、治療が必要な人が円滑に医療へ接続され、継続的な管理を受けられるように体制を構築していくべきである。

<上記提言に関する背景>

CKD の診断方法

CKD の診断には、「1. 尿異常、画像診断、血液検査、病理診断で腎障害の存在が明らか、特に 0.15 g/gCr 以上の蛋白尿（30 mg/gCr 以上のアルブミン尿）の存在が重要、2. 糸球体濾過量（GFR: Glomerular Filtration Rate） < 60 mL/分/1.73m²のいずれか、または両方が 3 か月を超えて持続すること（日本腎臓学会、2023）」¹⁰と定められている。GFR の測定は通常 2 時間程度の採尿及び採血の実施や煩雑な手技を要することから、日常診療や健診等では、GFR の代わりに推算糸球体濾過量（eGFR: estimated Glomerular Filtration Rate）が算出されているが、eGFR の算出には、血清クレアチニンの測定が必要となる。

現行法制下での労働者における CKD スクリーニング項目

労働者に対する一般健康診断では、労働安全衛生法に基づいて尿蛋白の測定が法定項目として必須化されている。40 歳以上を対象にした、高齢者医療確保法に基づく特定健診でも同様に、尿蛋白のみが必須化されており、尿蛋白 1+ 以上で医療機関への受診が推奨されている。さらに、血清クレアチニンは、高齢者医療確保法に基づく特定健診においては血圧又は血糖検査が保健指導判定値以上の者のうち、「医師の判断に基づき選択的に実施する項目」とされており、労働安全衛生法に基づく一般健診においては「医師が必要と認めた場合には実施することが望ましい項目」とされている。

健診における血清クレアチニン測定の意義

<基礎疾患を有する人へ血清クレアチニンを測定するメリット>

上述のとおり、尿蛋白の必須化に加え、糖尿病や高血圧等の基礎疾患を有する人に対して、健診医の判断で

10 日本腎臓学会. エビデンスに基づく CKD 診療ガイドライン 2023. 東京医学社. 2023.

追加的に血清クレアチニンが測定されている。測定の結果、基礎疾患のある CKD ハイリスク者の腎機能を把握し、必要に応じて症状に合わせた介入の検討が可能となる。さらに、事業者は基礎疾患で通院中の医療機関に、血清クレアチニン値を問い合わせる必要がなくなり、健診オペレーションの効率化にも寄与している。

<血清クレアチニンの特性>

尿蛋白は測定時の体調やタイミング等によって結果が変動することもあるが、血清クレアチニンは大きな変動がない。ただし、血清クレアチニンは、性別、年齢、体格や筋肉量等により個人差が生じやすい特性があり、受診が必要とされる一律のカットオフ値を定義することが本来難しい。そのため、健診で毎年血清クレアチニン測定、eGFR の算定を行い、個人の経年的なデータを把握し、個別化医療の側面から腎機能を評価すれば、医療接続をより効果的なタイミングで行うことができる。また、医療者にとっては、経年的に eGFR を追うことで患者への説明ならびに治療への動機付けが行いやすいというメリットもある。

上述のとおり、血清クレアチニン測定のメリットは複数あるが、スクリーニングでは単体ではなく蛋白尿検査と共に実施することに意義がある。初期段階の CKD 患者は、蛋白尿が正常範囲内であっても eGFR の低下が見られる場合があり、逆に、eGFR が正常範囲内であっても、尿蛋白の増加が見られる CKD 患者も存在する。これらの患者は、将来的に CKD が進行するリスクが高いといわれている。CKD の診断には、3 ヶ月以上の観察を要することから、蛋白尿と血清クレアチニンの両方を経時的に評価することで、一時的な変動と継続的な異常を区別し、より正確な診断が可能となる。また、患者数は非常に限定的ではあるものの、尿定性検査では発見できない、遺伝性の嚢胞腎や尿細管障害等をスクリーニングできる点も血清クレアチニン測定の意義といえる。

<血清クレアチニン測定の健診運用上のメリット>

健診での血清クレアチニン測定における運用面でのメリットとしては、新たに検体を採取する必要性がないことから侵襲性が低く、保険適用下で測定にかかる費用は 60 ~ 110 円と健康診断パッケージの中で吸収できる安価な金額であること、さらに遺伝子情報や感染症等の検査と異なりプライバシーの観点からも事業者が持つ情報として適切であることがいえる。

労働者を対象とした健診における血清クレアチニンの測定状況

このような血清クレアチニン測定の意義を踏まえ、現在、多くの事業者が、労働安全衛生法や高齢者医療確保法に定められた法定項目を超えて、自主的に全被保険者を対象に福利厚生の一環として測定している。全国健康保険協会（以下、協会けんぽ）、健康保険組合連合会（以下、健保連）へのヒアリングから、既に多くの保険者が血清クレアチニンを測定していることが明らかになった。人口の約 1/3 にあたる、中小企業が加入する協会けんぽでは、生活習慣病予防健診で血清クレアチニンを被保険者全員を対象として測定している。また、健保連では、健保連に所属する保険者の方針に委ねられていることから血清クレアチニン検査実施状況の全数把握はできていないものの、大企業をはじめ多くの企業が導入しているといわれている。また、健保連が提供するサービスの一つである健保連人間ドックは、1,370 強のすべての健保組合が利用可能であり、そのサービスにおいて血清クレアチニンは必須項目となっている。また、国民健康保険での血清クレアチニン測定は、自治体の方針に左右されることから全数把握できていないものの、測定する自治体は増加傾向にある。例えば、神奈川県では全自治体において測定されている。

まとめ

健診医、事業者、保険者の理解向上を通じた、CKD スクリーニングの強化が期待される。尿定性検査は実施や判定が簡便であり、費用対効果に優れている。尿蛋白反応依存性に末期腎不全、心血管病死亡、総死亡などのリスクが高まることから、蛋白尿の全数スクリーニングを引き続き強化する必要がある。今回、既に現

在多くの職域保険者が自主的に血清クレアチニンのスクリーニングを実施していることが判明した。今後血清クレアチニン、eGFRによる評価に基づく効果的な介入方法を活用することで、経年的な予防、介入が可能になると考えられる。また、前述の通り、重度の腎疾患が職域健診で初めて発見されることは一般的に考えにくいというのが産業保健領域での共通認識であることから、まずは現行法制下における基礎疾患がある人の血清クレアチニン測定とそれに基づくeGFRの算出を徹底する必要がある。検査結果の活用については、提言2で言及する。

3. 提言2：スクリーニングからCKDリスク群への医療受診勧奨、保健指導を強化すべき

- 労働者における経年的な健診データを活用して、事業者、保険者、かかりつけ医が連携して、効果的に医療受診勧奨、保健指導を実施すべきである。
- 労働者の医療受診から治療開始までの確率を上げるため、企業が近隣のクリニックから提携先を選定し、精密検査を行う医師と産業医や企業による円滑な連携体制の構築や、受診した者が確実に治療にたどり着くよう医療者への教育やフォローアップ体制の構築を行うべきである。
- 労働者におけるCKDの実態把握や早期スクリーニングの意義等について、腎疾患の専門医、疫学や公衆衛生学の専門家と密に連携を取りながら、より強固なエビデンスを確立すべきである。

<上記提言に関する背景>

CKDリスク群への医療受診勧奨の強化

全国土木建築国民健康保険組合のデータを使用した研究によると、2014年度に特定健診を受診した約7万人のうち、初めてCKDと判断された人は約6%（約4,200人）であった⁹。そのうち、医療機関を受診した人は約5%（約210人；2%が健診後6か月以内、3%が健診後12か月以内に受診）で、医療機関を受診していない人は約95%（約3,990人）にも及ぶことが明らかになっている⁹。健診でCKDと判断されながらも、医療機関を受診しなかった、あるいは何らかの理由で受診できなかった95%の人への対策は、労働者のCKD対策において最大の課題の一つであるといえる。初期のCKDでは自覚症状に乏しく、日常生活ならびに労働への影響が出にくいことから、CKDリスク群に対しては、事業者、保険者、医療者が連携して経年的にフォローアップしていく必要がある。また、保険者の努力により、ようやく医療機関を受診した者が、一度きりの診療で通院を終了してしまうことがないよう、医療者への教育やフォローアップ体制の強化も重要である。

医療受診勧奨やフォローアップにおける具体的な工夫や方策については、一部の自治体や協会けんぽにおいて、好事例が生まれつつあり、今後職域保険者や事業者においても先進的取り組みの横展開が期待される。例えば、レセプトデータとの照合による受診確認とそれらを踏まえた定期的かつ繰り返しの受診勧奨やナッジの活用、保健師の訪問・面談、症状の重さを階層化した上での受診勧奨手段・保健指導の定義と共有、保健指導における適切な塩分摂取の指導等が好事例としてあげられる。

これらの取り組みから参考にできることは反映しつつ、産業保健にあるリソースを活用した独自の対策も期待される。例えば、産業医・産業保健師による経年的健診データを用いた面談や保健指導でのペーシエントジャーニーの説明、全労働者へのCKDの啓発等が考えられる。また、マイナンバーカードの保険証利用が導

入されることを踏まえ、レセプトデータのみならず健診データが適切に活用され、保健や医療の枠を超えて横断的にフォローアップできる体制が構築されることも期待される。

受診勧奨基準および診療の標準化と患者・地域内科医への経年的な評価の動機付け

CKD リスク群を適時的かつ適切な医療機関に接続することは重要である一方で、CKD は受診を必須とするカットオフ値を明確に定義するのが難しい。本来、CKD 診療ガイドラインが浸透されるべきであるものの、実際は非腎臓専門医に対して診断・治療の標準化を徹底することは運用上の難しさがある。少なくとも産業医が在籍している規模の企業では、健診データを経年的に持っているという強みを生かした介入方法の検討が求められる。具体的には、必ずしも 1 回の健診結果で医療受診勧奨や保健指導の対象を判断するのではなく複数年にわたって観察し、医療受診勧奨がすぐに必要なリスク群とそうでない群を階層化した上で、介入方法も階層別に定義する必要がある。そうすることで、地域の医療資源を有効活用することができ、患者にとっても継続的な医療受診の動機付けを高めることができると考えられる。

政策推進に向けた質の高いエビデンス創出の必要性

多くのエビデンスが着実に蓄積されてきているが、労働者の CKD に関する実態把握を進める必要があり、さらなる政策推進に向けた質の高いエビデンスの創出が必要である。また、医療資源に限られる中、腎疾患領域の専門家に加えて、統計学や疫学等、多分野の専門家との協働を通じた俯瞰的、公衆衛生視点での研究も期待される。今後は、行政、民間セクター、アカデミアの多職種連携を通じた実証実験・データに基づく政策推進や、健診を受診する一般市民や患者・当事者の視点を含めた議論の喚起も重要である。国全体で産官学民が一体となった対策が行われるべきであり、CKD 対策に向けた国の予算拡充も期待される。事業者や職域保険者は、CKD が高齢者・国民健康保険者の課題ではなく、労働者への介入が必要な疾患であることを認識していく必要がある。

本提言は、労働安全衛生法に基づく一般健診の対象者となりうる、職域保険対象の一般労働者および一部のパートタイム労働者を中心に想定した CKD 対策の必要性について重点的に記述している。一方で、その対象外にある、パートタイム労働者や就労していない被扶養者については、同様に CKD 罹患リスクがあるにも関わらず、一般労働者等に比して CKD 対策が不足している点は大きな課題である。今後は、国民健康保険対象者への対策と合わせて、引き続き労働世代全体への対策を強化、検討していく必要がある。

4. 本テーマに関するこれまでの政策議論に対する HGPI の理解、および今後の政策推進

本テーマに関する有識者へのヒアリングを通じて、エビデンスやデータに基づいた課題を適切に把握し、これまでの政策議論の経緯を理解した上で、産官学民が連携して CKD 対策を推進していく必要性が明らかになった。

これまでの厚生労働省検討会等でのスクリーニング拡大の議論

健診（一般健診、特定健診）における血清クレアチニン測定の本質化は、腎疾患関連の専門家を中心に長年望まれており、これまで厚生労働省の検討会においても度々検討されてきた。

2007 年 3 月「労働安全衛生法における定期健康診断等に関する検討会報告書」において、「血清クレアチニンは腎機能が大きく低下した際に上昇するため、早期の腎機能異常発見のためのスクリーニング検査としての位置づけが明確でない。このため、新たな健康診断項目として、すべての労働者に対して一律に実施する

必要はないと考える」とされ、労働者向けの健診項目追加に至らなかった。

2008年特定健診・保健指導制度創設時には「尿腎機能に係る検討における、標準的な健診・保健指導プログラム（暫定版）の見直しに係る論点」として、「腎機能障害の早期発見には血清クレアチニン検査より尿蛋白が有効ではないか」、「尿蛋白検査を必須項目とした場合、必ずしも、血清クレアチニン検査を実施する必要はないのではないか」という点について議論が行われた。この際も、血清クレアチニンの追加には至らなかった。

2012年、第2期特定健診実施の計画時、再度議論となる。「健診・保健指導の在り方に関する検討会中間とりまとめ」¹¹では、CKDの状況把握といった医学的な見地から健診項目の追加検討がなされた結果、「血清クレアチニン検査を追加すべき」との議論に一時はなったものの、最終的には追加されなかった。保険者の観点から、内臓脂肪型肥満との関連性や特定保健指導による改善可能性、事業主健診に盛り込まれるか否か、という点が課題として提示されたとされる。血清クレアチニン検査の有用性については、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」等で周知を図るとともに、特定健診の項目に加えるか否かについては、上記の課題への対応状況を踏まえ、将来、第三期特定健診等実施計画の計画期間の初年度である2018年度に向けた関係者との調整を進め、特定健診受診の翌年に必要に応じて受診する特定健診の詳細健診の項目とすることも含めた検討を行うとされた（保険者による健診・保健指導等に関する検討会（保険局））¹²。また、今後、国において、特定健診の実施主体たる保険者などとの協議調整に努めることを求めるとし、血清クレアチニン検査を行うことによる心血管イベント抑制・人工透析低減・国民医療費抑制等の効果、血清クレアチニン検査における保健指導判定値、受診勧奨値、保健指導を行う上での留意点等、尿蛋白検査に係る受診勧奨値・保健指導値の設定の可否等について、検討していくとされた（健診・保健指導の在り方に関する検討会（健康局））¹³。

2016年「労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のあり方に関する検討会」¹⁴では、その法律の目的が、常時使用する労働者についてその健康状態を把握し、労働時間の短縮、作業転換などの事後措置を行い、脳心臓疾患発症の防止、生活習慣病等の増悪防止を図ることを前提に、議論が行われた。血清クレアチニンの全数測定については、尿蛋白だけでは必ずしも腎機能障害が把握できない場合があるとしつつも、腎機能障害には高血圧、糖尿病等の基礎疾患が背景に認められることから、これまでの「特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」、「保険者による健診・保健指導等に関する検討会」の議論の整理を踏まえた定期健康診断等における腎機能検査等の検討の方向性として、血清クレアチニン検査は検査対象者を絞り込んだ上で実施する調査としている。また、尿蛋白検査や尿潜血検査についても知見の集積等を必要とするとし、血清クレアチニンは追加に至らなかった。

2016年「第3期特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会」では、血清尿酸や血清クレアチニンなどの項目についても特定健康診査への健診項目の追加が検討され、同年11月の第8回検討会¹⁵において、日本腎臓学会から「尿蛋白プラス以上での医療受診勧奨、プラスマイナスでの保健指導対象、eGFRについては受診勧奨算定値45未満、保健指導の判定値は60未満を希望する」提言がなされるとともに、すでに職域の多くで血清クレアチニンを測定されていることからそれらの結果を活用し、上記の基準での介入を望む声があがった。加えて血清クレアチニンの全数測定も可能な限り追加したい旨の意見もあった。一方

11 厚生労働省・健診・保健指導の在り方に関する検討会 中間とりまとめ。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000027va5.html>, (閲覧日：2024年9月10日)。
12 厚生労働省・今後の特定健康診査・特定保健指導の在り方について。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002ficyl.html>, (閲覧日：2024年9月10日)。
13 厚生労働省・2012年6月18日保険者による健診・保健指導等に関する検討会議事録（第9回）。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002foc1.html>, (閲覧日：2024年9月10日)。
14 厚生労働省・労働安全衛生法に基づく定期健康診断等のあり方に関する検討会報告書。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000146412.html>, (閲覧日：2024年9月10日)。
15 厚生労働省・2016年11月8日第8回特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会。
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000145674.html>, (閲覧日：2024年9月10日)。

で、これらの主張の定義を裏付けるさらなるエビデンス集積の必要性や「内臓肥満に基づく生活習慣病を対象にする」という特定健診の根拠法の趣旨に基づいた検討の必要性、保健指導や健診後の医療受診に至った際の医療の受け皿が足りているかという点について意見があった。様々な意見が交わされたが最終的な議論の方向性として、血清クレアチニンの有効性が認められるものの、実測値とのばらつきが大きく、対象集団によっては過大評価する可能性があること、受診勧奨による医療介入は可能な一方で、保健指導及び受診勧奨測定値が定められておらず、事後措置の対応が明確でないことなどから、健診の必須項目としての追加に懸念が示された。本検討会では、結果的に血清クレアチニンは、一定の基準（血圧が a、b（a 収縮期血圧 130mmHg 以上、b 拡張期血圧 85mmHg 以上）のうちいずれかの基準、又は血糖の値が a、b、c（a 空腹時血糖 100mg/dl 以上、b HbA1c（NGSP）5.6% 以上、c 随時血糖 100mg/dl 以上）のうちいずれかの基準に該当した者）の下、医師が必要と判断した場合に選択的に実施されることになった¹⁶。

これらの、過去に蓄積された政策議論を踏まえた上で、今後さらに時代やリソースにあった腎疾患対策の在り方を検討していく必要がある。

医療機関未受診者への背景や属性を踏まえた介入方法の検討の必要性

スクリーニング項目に関する議論がある一方で、蛋白尿のある人、糖尿病、高血圧を持つ患者へ CKD の医療介入が十分にできていないことも事実である。そのようなリスク群が、確実にフォローアップされ、適時的な治療が行われるように多方面から働きかけることは重要である。しかし、その徹底については、どのステークホルダーもこれまで効果的な介入を行うことが難しかった側面がある。医療機関未受診者について産官学民で議論を深掘し、各ステークホルダーが具体的にどのような役割を担って医療接続を徹底するかを議論する時が来ていると考える。2024 年度日本医療政策機構では CKD リスク群として受診勧奨されながらも、受診につながっていない背景を、受診につながった人との違いを明らかにするための調査を行い、政策提言にまとめる予定である。

CKD 保存期患者の治療と就労の両立支援

産業保健領域で早期発見・介入と合わせて特に重要なのが、CKD 保存期の従業員への理解と支援である。CKD 保存期の患者が治療と就労を継続できるよう、産業医・産業保健師によるフォローアップや栄養指導、職場への啓発、通院や体調不良時に休暇を取りやすい環境の整備が求められる。加えて、重症度の高い患者に対しては立ち仕事や長時間労働回避等の措置も検討できるよう、事業者の配慮が望まれる。

5. 謝辞

本政策提言の作成にあたっては、産官学民の有識者の皆様へのヒアリングに基づき、取りまとめました。ご協力いただきました皆様に深く御礼申し上げます。なお、本提言は、独立した医療政策シンクタンクとして日本医療政策機構が作成したものであり、ご協力いただいた関係者および関係者が所属する団体の見解を示すものではありません。本レポートの著作権は、日本医療政策機構が保有します。

16 厚生労働省 . 第 10 回 特定健康診査・特定保健指導の在り方に関する検討会 資料 .
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000167148.html>, (閲覧日 : 2024 年 9 月 10 日) .

ヒアリングにご協力いただいた皆様 ※五十音順、敬称略

石井 香織	全国健康保険協会 東京支部 保健グループ グループ長補佐 保健師
岡村 智教	慶應義塾大学 医学部衛生学公衆衛生学教室 教授
柏原 直樹	日本腎臓病協会 理事長／川崎医科大学高齢者医療センター病院長・特任教授
黒川 清	日本医療政策機構 理事・終身名誉チェアマン
宿野部 武志	ピーペック 代表理事／腎疾患当事者
津下 一代	女子栄養大学 特任教授
平澤 勇樹	健康保険組合連合会組合サポート部 保健事業グループ
福井 亮	東京慈恵会医科大学 腎臓・高血圧内科 講師
福田 洋	順天堂大学大学院 医学研究科 先端予防医学・健康情報学講座 特任教授
福間 真悟	広島大学 医系科学研究科 疫学・疾病制御学 教授 ／京都大学 医学研究科 人間健康科学系専攻 特定教授
宮崎 真理子	東北大学大学院 医学系研究科 腎臓内科学分野 准教授
宮本 陽子	全国腎臓病協議会 専務理事／腎疾患当事者
向山 政志	熊本大学大学院 生命科学研究部 腎臓内科学講座 教授
森 晃爾	日本産業衛生学会 理事長／産業医科大学産業生態科学研究所 産業保健経営学 教授

日本医療政策機構について

日本医療政策機構（HGPI: Health and Global Policy Institute）は、2004年に設立された非営利、独立、超党派の民間の医療政策シンクタンクです。市民主体の医療政策を実現すべく、中立的なシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供してまいります。特定の政党、団体の立場にとらわれず、独立性を堅持し、フェアで健やかな社会を実現するために、将来を見据えた幅広い観点から、新しいアイデアや価値観を提供します。日本国内はもとより、世界に向けても有効な医療政策の選択肢を提示し、地球規模の健康・医療課題を解決すべく、これからも皆様とともに活動してまいります。当機構の活動は国際的にも評価されており、米国ペンシルベニア大学のローダー・インスティテュート発表の「世界のシンクタンクランキング報告書」における「国内医療政策」部門で世界2位、「国際保健政策」部門で世界3位に選出されています（2021年1月時点（最新データ））。

著作権・引用について

本提言書は、クリエイティブ・コモンズ・ライセンスの「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」に規定される著作権利用許諾に則る場合、申請や許諾なしで利用することができます。

- ・表示：出典（著者／発行年／タイトル／URL）を明確にしてください
- ・非営利：営利目的での使用はできません
- ・継承：資料や図表を編集・加工した場合、同一の「表示 - 非営利 - 継承 4.0 国際」ライセンスでの公開が必要です



詳細は日本医療政策機構のウェブサイトよりご確認ください。

<https://hgpi.org/copyright.html>

寄附・助成の受領に関する指針

日本医療政策機構は、非営利・独立・超党派の民間シンクタンクとして、寄附・助成の受領に関する下記の指針に則り活動しています。

1. ミッションへの賛同

当機構は「市民主体の医療政策を実現すべく、独立したシンクタンクとして、幅広いステークホルダーを結集し、社会に政策の選択肢を提供すること」をミッションとしています。当機構の活動は、このミッションに賛同していただける団体・個人からのご支援で支えられています。

2. 政治的独立性

当機構は、政府から独立した民間の非営利活動法人です。また当機構は、政党その他、政治活動を主目的とする団体からはご支援をいたしません。

3. 事業の計画・実施の独立性

当機構は、多様な関係者から幅広い意見を収集した上で、事業の方向性や内容を独自に決定します。ご支援者の意見を求めることがありますが、それらのご意見を活動に反映するか否かは、当機構が主体的に判断します。

4. 資金源の多様性

当機構は、独立性を担保すべく、事業運営に必要な資金を、多様な財団、企業、個人等から幅広く調達します。また、各部門ないし個別事業の活動のための資金を、複数の提供元から調達することを原則とします。

5. 販売促進活動等の排除

当機構は、ご支援者の製品・サービス等の販売促進、または認知度やイメージの向上を主目的とする活動は行いません。

6. 書面による同意

以上を遵守するため、当機構は、ご支援いただく団体には、上記の趣旨に書面をもってご同意いただきます。

協賛企業（五十音順）

アストラゼネカ株式会社

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

特定非営利活動法人 日本医療政策機構

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1-9-2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 3 階 Global Business Hub Tokyo

Tel: 03-4243-7156 Fax: 03-4243-7378 E-mail: info@hgpi.org

