

目標に年間新規透析導入患者 35,000人以下を掲げる

報告書によると、2016年末時点で新規透析導入患者数は39,344人と近年は横ばいで推移していますが、慢性透析患者の総数は329,609人で、減少には転じていません。また、新規透析導入患者の原疾患は1998年以降、糖尿病性腎症が第1位を占めていますが、最近では高齢化を背景に高血圧などによる腎硬化症が増加しています。そこで、今後ますます高齢化が進む我が国では、糖尿病性腎症や腎硬化症などの生活習慣病にかかわる腎疾患を抑制するための効果的かつ効率的な対策が求められています。

そうした背景から、報告書では、対策の全体目標を「自覚症状に乏しい慢性腎臓病（以下、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」としています。

加えて達成すべきKPIとその評価指標を具体的に3つ挙げています。そのひとつが「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」ことです。この評価指標は、新規透析導入患者数が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などとされています。また、地方公共団体は、行政機関や企業、学校などと協力し、腎疾患の原因となる生活習慣病対策、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用も含めて腎疾患対策に取り組むことや、かかりつけ医や医療スタッフ、腎臓専門医療機関などが連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう

『腎疾患対策検討会報告書』を公表 新規透析患者の大幅抑制をめざす

2018年度診療報酬改定などにも腎疾患対策を盛り込む

厚生労働省の腎疾患対策検討会は、2018年7月12日に『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）』を公表し、腎疾患対策を約10年ぶりにあらためました。

2019年度予算概算要求では、同報告書を反映して新事業が計画されています。また、報告書を先取りして2018年度診療報酬改定では、腹膜透析や腎移植による腎代替療法の推進を目的に、こうした取り組みの診療報酬上の評価がなされました。慢性腎臓病患者の早期発見、診断、適切な治療によって透析患者を減らすことは、患者のQOL向上だけでなく医療費抑制の点でも重要な課題です。そして腎疾患対策の推進には、かかりつけ医や専門医だけでなく、多職種連携による診療体制の構築が不可欠です。今回は、腎疾患対策に関する厚生労働省の施策のポイントを中心に解説します。

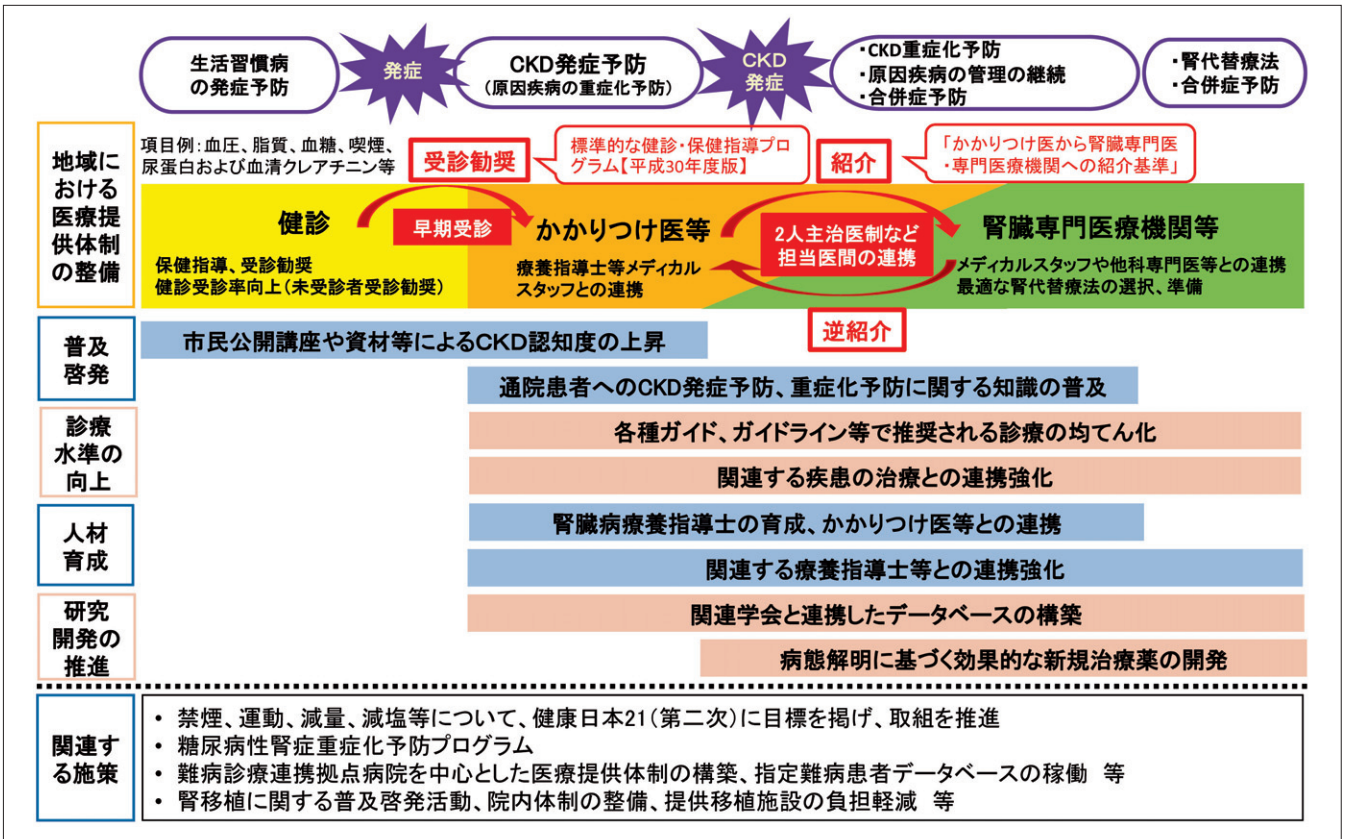
腎疾患対策のさらなる推進を めざして検討会を設置

これまで厚生労働省（以下、厚労省）では、2008年3月に取りまとめた『今後の腎疾患対策のあり方について』にもとづき腎疾患対策を推進してきました。この取りまとめから約10年が経過し、新規透析導入患者の増加が抑えられるなど一定の成果は出たものの、専門医への紹介基準の普及が不十分であるといった課題

も多く残されています。

こうした状況を踏まえ、厚労省は2017年12月14日に腎疾患対策検討会を設置。2018年5月31日までに4回の会合を開き、同年7月12日には、今後約10年を視野に入れた腎疾患対策の報告書を公表しました。同報告書では、対策の全体目標を掲げるとともに、3項目の成果目標（以下、KPI）と評価指標を設けたほか、目標達成に向けた5つの個別対策が明示されています。

【資料1】病期に応じた腎疾患対策の全体像



出典：厚生労働省「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～」(2018年7月12日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>)

に地域の診療体制を充実させることが明記されています。

KPI達成に向けた5本の柱対策モデルの構築をめざす

報告書では、KPIを達成するための個別対策として、①普及啓発、②地域における医療提供体制の整備、③診療水準の向上、④人材育成、⑤研究開発の推進による5本の柱が示されています。これらを達成するには、国民全体に対するCKDの正しい知識の普及啓発が欠かせず、特定健診などの健診や保健指導による受診勧奨が重要な鍵になるとされています。また、生活習慣病の予防からCKDの発症予防、重症化予防／合併症予防、腎代替療法と腎疾患の病期別に、これらの5つの個別対策の

あり方がまとめられています(【資料1】)。

病期に応じた腎疾患対策を進めるにあたり、個別対策の中でも重要となるのが「地域における医療提供体制の整備」です。かかりつけ医と腎臓及び糖尿病の専門医や専門医療機関の連携を推進し、専門医への紹介基準を広く普及させることが課題になるとしています。

まず、かかりつけ医から腎臓専門医や専門医療機関へ紹介する際の基準は【資料2】のとおりです。横軸の蛋白尿区分と縦軸の腎機能を示すeGFR(推算糸球体濾過量)区分を組み合わせて専門医への紹介の必要性を判定します。腎機能が急速に悪化した場合には、専門医への速やかな紹介が必要です。なお、この紹介基準は、糖尿病や高血圧、難病など

原疾患を問わずに活用できます。

次に、かかりつけ医から糖尿病専門医や専門医療機関への紹介基準は【資料3】のとおりです。この紹介基準の普及により、糖尿病を原疾患としたCKDの発症予防効果が得られると期待されています。紹介基準では、腎機能の低下や蛋白尿(アルブミン尿)などがあってCKDが疑われる場合には腎臓専門医に紹介することとされており、これら2つの紹介基準は連動して活用できます。

さらに病期に応じた腎疾患対策として、特定健診などの健診もCKDリスクの早期発見に有用とされており、健診後の受診勧奨も医療関係者の大切な役割です。加えて、健診機関や健診関係者においては、CKDの判定と医療機関への紹介も適切に行う必要があり、報告書では、その

【資料2】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	
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	
	G5	末期腎不全	<15	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。

出典：厚生労働省「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～」(2018年7月12日) (<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>)

対応にも触れています。たとえば、eGFR値が $45\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未満の場合であれば蛋白尿の有無にかかわらず、eGFR値が $45\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 以上 $60\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$ 未満であっても蛋白尿(±)以上であれば、ただちに医療機関に紹介することとしています。

報告書の最後では、腎疾患対策をさらに推進する方策として、対策の進み具合や得られた成果の「見える化」を通じて、関係各所が好事例を共有し、改善を重ねて実効性を高めるべきと言及しています。また、全体目標のひとつである新規透析導入患者数の抑制を達成するために、地域の腎疾患対策モデルを構築し、そのモデルを国が中心となって全国に均てん化する取り組みの推進が望まれています。

2019年度予算概算要求に腎疾患対策を盛り込む

報告書の内容は、早速、2019年度

からの厚労省の施策に反映される模様です。

厚労省は2018年8月末、2019年度予算概算要求の概要を公表しました。その中では腎疾患対策として、新たに「慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業」(要求額7,000万円)が計画されています(【資料4】)。これはCKDを早期に発見・診断し、かかりつけ医と専門医療機関などが連携して良質で適切な治療を実施、継続できる診療体制を構築するために都道府県に対して補助をするものです。

また、政府は2019年度予算において、予算の重点化を進めるため、「新しい日本のための優先課題推進枠」(以下、推進枠)を設けています。推進枠での要求として「糖尿病性腎症患者の重症化予防の取組への支援(要求額6,300万円)」があります。これは糖尿病性腎症があるものの、生活習慣の改善で重症化予防が期待される患者に対し、医療機関と連携して医療保険者が保健指導を実施し

ている好事例を横展開して、対策を推進するものです。これらはまさに報告書の内容を反映した予算概算要求となっています。

2018年度診療報酬改定で適切な腎代替療法を推進

2017年12月8日、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)は2018年度診療報酬改定に向けて、個別事項のひとつとして腎代替療法をとり上げ、議論しました。

当時、腎疾患対策検討会はまだ発足していませんでしたが、中医協の問題意識には、報告書と多くの共通点が見られます。結果、2018年度診療報酬改定では、我が国では諸外国とくらべて腹膜透析や腎移植が普及していない点を踏まえ、これらを推進する取り組みに対し診療報酬上の評価がなされました。

今回の改定で、人工腎臓(慢性維持透析)における従前の導入期加算(300点)が、導入期加算1(300点)

【資料3】かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準

～主に糖尿病治療ガイドより～(作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会)平成30年2月27日に日本糖尿病学会および日本腎臓学会HPに公開

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か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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th>目標</th> <th>血糖正常化を 目指す際の目標</th> <th>合併症予防 のための目標</th> <th>治療強化が 困難な際の目標</th> </tr> <tr> <td>HbA1c(%)</td> <td>6.0未満</td> <td>7.0未満</td> <td>8.0未満</td> </tr> </table> ○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。 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	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
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					
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があるので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。

出典：厚生労働省「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～」(2018年7月12日)(<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000332759.pdf>)

と導入期加算2(400点)に分けられました。導入期加算1では、関連学会が作成した資料などにもとづき「患者ごとの適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行っていること」という施設基

準が設けられました。また、導入期加算2では、導入期加算1の基準に加えて、「在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること」、「腎移植について患者の希望に応じて適切

【資料4】腎疾患対策の予算の内容

9 腎疾患対策【一部推進枠】	2.9億円(0.9億円)
慢性腎臓病(CKD)に関する診断・治療法の研究開発を推進する。また、都道府県において、CKDに関する連絡協議会の設置、研修の実施、正しい知識の普及啓発等を行う。	
(主な事業)	
・慢性腎臓病(CKD)特別対策事業	35百万円
CKD対策を推進するため、都道府県において連絡協議会の設置、研修の実施、正しい知識の普及啓発等を実施する。(補助先) 都道府県、政令指定都市、中核市(補助率) 1/2	
⑨・慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業	70百万円
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ため、都道府県に対し、市町村、かかりつけ医、専門医等との切れ目のない連携を行うために必要な支援を実施する。(補助先) 都道府県(補助率) 定額	
・腎疾患実用化研究事業等(※厚生科学課計上)	1.9億円
腎機能異常の早期発見・早期治療により重症化を予防し、新規透析導入患者数を減少させるため、エビデンスに基づくガイドラインの作成・更新、病態の解明及び治療法開発等に係る研究を行う。	

出典：厚生労働省健康局「平成31年度予算概算要求の概要」(2018年8月)(<https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/19syokan/dl/gaiyo-03.pdf>)

に相談に応じ、かつ腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること」という施設基準が設けられました。さらに、慢性維持透析患者外来医学管理料では、腎代替療法実績加算(1ヵ月につき100点)が新設されました。この施設基準は、前述の導入期加算2と同じです。

糖尿病透析予防指導管理料では、従前の腎不全患者指導加算(100点)を「高度腎機能障害患者指導加算」(100点)へと名称を変更しました。また、算定対象については従前のeGFR値30mL/分/1.73m²未満から45mL/分/1.73m²未満としました。腎不全期にはいたっていない高度腎機能障害の患者にまで対象を拡大し、透析導入をより早い段階で予防することが目的とされています。

腎疾患対策検討会による報告書がCKDの発症や重症化の予防を中心に据えているのに対し、2018年度診療報酬改定では腹膜透析や腎移植を推進するためにインセンティブを設けました。

すなわち医療関係者においては、一連のCKD対策と腎代替療法の両方を視野に入れ、CKD患者やリスクの高い予備群に適切に対応することが期待されています。