

「沈黙の国民病」CKD（慢性腎臓病）の潜在的リスクを可視化し、都内の「対策格差」を解消する緊急提言
～自覚症状なき重症化を防ぐ、区市町村への「包括的支援」と「東京モデル」の実装～



一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

2026年3月25日

目次

エグゼクティブサマリー	3
第1章 慢性腎臓病（CKD）の現状	4
1-1. 慢性腎臓病（CKD）の原因および病態.....	4
1-2. 全国のCKD患者数および自治体のうち最大の東京都のCKD患者数.....	5
第2章 透析医療の現状	8
2-1. CKDの進行によって引き起こされる腎不全および透析医療について	8
2-2. 全国における透析医療の現状と自治体施策の課題：患者減少の兆しと地域格差	9
2-3. 東京都における透析医療の現状.....	10
2-4. 東京都の透析医療における就労機会喪失等の社会経済的影響	11
第3章 早期発見の重要性.....	13
3-1. アルブミン尿検査の導入促進がもたらす効果.....	13
3-2. 透析導入抑制・医療費削減への寄与	13
第4章 CKD対策の現状と課題.....	14
4-1. 国の施策について	14
4-2. 東京都における現行施策の現状	15
4-3. 都内自治体における取組の現状	16
第5章 東京都が取り組むべき政策ゴール	17
5-1. CKD早期発見するため、アルブミン尿検査を都内全域で標準化する	17
5-1-1. 「見逃し」を最小化する科学的スクリーニングの導入.....	17
5-1-2. 医療経済的合理性に基づく「東京発エビデンス」の創出.....	17
5-1-3. 診療報酬改定（保険適用拡大）に向けた先導的役割の発揮.....	17
5-2. 区市町村CKD対策を導入・継続できるよう、東京都が包括的に支援する	18
5-2-1. 国の補助制度の「空白」を埋める都独自の財政支援	18
5-2-2. 成果に連動したインセンティブ設計.....	18
5-2-3. 財政支援と実務支援のパッケージ化.....	18
5-3. 東京都に求められる政策的決断	18
第6章【提言】政策ゴールを実現するための東京都の支援策.....	18
6-1. ①特定健診におけるアルブミン尿検査の標準化	19
6-2. ②国の制度の空白を補完する東京都独自の財政支援	19
6-3. ③CKD協力医・専門医の可視化による受診導線の整備	20
6-4. ④ガバナンス強化による全庁的推進体制の確立	20
結び.....	21
謝辞.....	22



エグゼクティブサマリー

慢性腎臓病（CKD）は、成人の5人に1人にあたる約2,000万人が罹患する「新たな国民病」である。特に東京都は、全国最多となる33,462人の慢性透析患者を抱える最大のリスク集積地であり、年間約2,000億円もの公費が透析医療に投じられている。透析導入による労働機会の損失や地域経済への波及的損失を含めた社会的コストは、東京都全体で年間最大約3,444億円に達すると推計され、都財政と社会の持続可能性を脅かす深刻な課題となっている。

CKDは自覚症状がないまま進行する「沈黙の病気」であるが、近年の医学的進歩により、SGLT2阻害薬やミネラルコルチコイド受容体拮抗薬、GLP-1受容体作動薬等の登場によって、早期発見・治療介入ができれば透析導入を大幅に遅らせることが可能となった。しかし、現在多くの健診で採用されている「尿蛋白試験紙法（定性検査）」では、早期の腎障害（微量アルブミン尿）を見逃しているという構造的な欠陥がある。これを補完する「アルブミン尿検査（UACR）」の導入は、医学的にも経済的にも極めて高い費用対効果（ICER）を持つことが2025年最新のデータで証明されている。

それにもかかわらず、東京都におけるCKD対策は普及啓発に偏重しており、実効性のある早期発見・病診連携システムは自治体間の熱意や財政力に委ねられている。都内62区市町村のうち、独自にアルブミン尿検査を実装できているのはわずか4自治体に留まり、深刻な「対策格差」が生じている。

本提言は、東京都が広域自治体としてリーダーシップを発揮し、以下の4つの施策をパッケージ化した「東京モデル」を実装することを求めるものである。

1. 特定健診におけるアルブミン尿検査の標準化
2. 国の制度の空白を補完する東京都独自の財政支援
3. CKD協力医・腎臓専門医の可視化による受診導線の整備
4. ガバナンス強化による全庁的推進体制の確立

東京都が「命の防衛線」を築くことは、都民のQOLを守るだけでなく、日本全体のCKD対策を加速させる先導的な役割を果たすものである。

第1章 慢性腎臓病（CKD）の現状

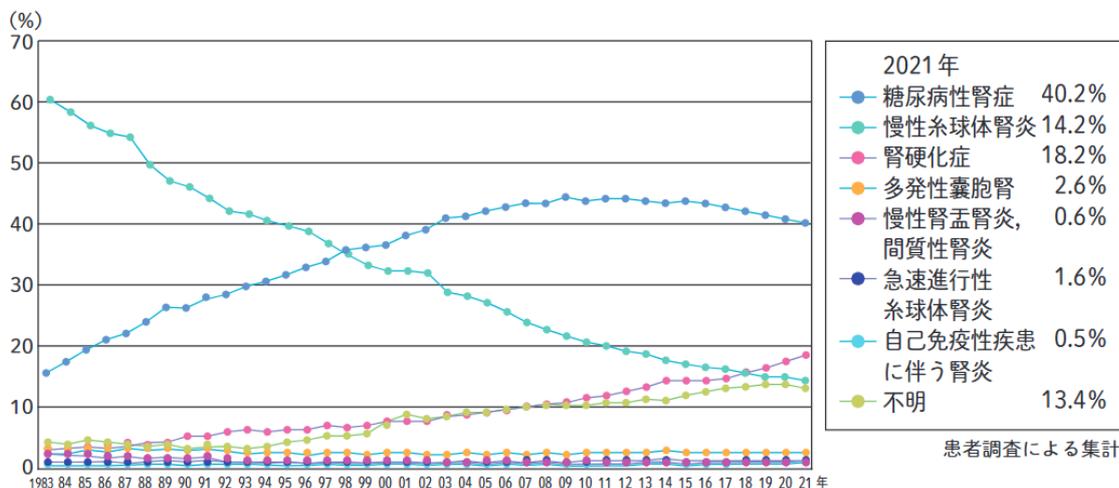
1-1. 慢性腎臓病（CKD）の原因および病態

慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease: CKD）とは、特定の単一疾患を指す名称ではなく、腎機能の慢性的な低下、あるいは尿中にタンパクが漏れ出るなどの腎障害が持続する状態を包括的に定義した概念である。臨床的な診断基準においては、(1) 尿異常（特に蛋白尿）、画像診断、血液検査、あるいは病理組織学的所見により腎障害の存在が明らかであること、(2) 推定糸球体濾過量（eGFR）が 60mL/分/1.73 m²未満であること、のいずれか、あるいは両方が3か月以上持続する場合にCKDと定義される。

腎臓は「毛細血管の塊」とも称される糸球体という濾過装置を機能的最小単位（ネフロン）として有し、体内の老廃物や余分な水分、塩分を尿として排出することで、体内環境の恒常性を維持している。正常な状態では、糸球体の精密な濾過バリアによって、生命維持に必要なタンパク質であるアルブミンの尿中漏出は防がれている。しかし、糖尿病による高血糖状態や高血圧による血流負荷が持続すると、腎臓への血流量が増大し、糸球体内の血圧が上昇する「過剰濾過」の状態が生じる。この過度な圧力が物理的なダメージとして糸球体に作用し、濾過バリアが損傷することで、本来は尿中に排出されないはずのアルブミンが漏出する。これが「アルブミン尿」であり、CKDの極めて早期に出現する警鐘である。

CKDの主要な原因疾患は、かつては慢性糸球体腎炎が中心であったが、近年では生活習慣の欧米化や人口の高齢化に伴い、糖尿病性腎症（Diabetic Kidney Disease:DKD）や高血圧に伴う腎硬化症が過半数を占めるに至っている。特に糖尿病性腎症は、1998年以降、慢性透析導入の原因疾患の第1位を占め続けている。

【図表1】慢性透析導入の原因疾患の推移



(日本腎臓学会編, CKD 診療ガイドライン 2024, 東京医学社, p2)

CKDは「Silent Disease（沈黙の病気）」と呼ばれ、腎機能が著しく低下するまで自覚症状がほとんど現れないことが特徴である。CKDが進行すると、むくみや貧血などの様々な症状が出現するが、ステージG2までの段階では、血液検査や尿検査で異常が指摘されていても、日常生活に支障を来すような自覚症状がでることはまれである。



ステージ G3b (GFR 45mL/分/m²未満) 以降になると、病態により電解質や体液量の調整が不十分となり、むくみ等がみられることがある。また、日中の尿生成量が低下する一方で、それを補う形で夜間尿が増加するようになる。

さらに腎臓は造血ホルモンであるエリスロポエチンを産生しているため、腎機能の低下に伴いその分泌量が減少すると、腎性貧血を生じ、顔色が悪くなり疲れやすくなる症状が出現する。病態が進行し、糸球体の線維化・硬化が進展すると、だるさ、むくみ、食欲不振などの尿毒症症状を呈するようになり、最終的には末期腎不全へと至る不可逆的な経過をたどる。

CKD は数年から数十年という長い年月をかけて徐々に進行し、一度失われた腎機能は回復が極めて困難である。そのため、自覚症状が耐えがたいほど明確に現れた時点では、すでに腎不全の状態に陥っているケースも少なくない。

【図表 2】 CKD の進行

表 1-4 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)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
		尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)		30 未満	30~299	300 以上
高血圧性腎硬化症 腎炎 多発性嚢胞腎 移植腎 不明 その他		尿蛋白定量 (g/日)		正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿
		尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)		0.15 未満	0.15~0.49	0.50 以上
GFR 区分 (mL/分/1.73 m 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 のステージを基準に、 、 、 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)

(日本腎臓学会編, CKD 診療ガイドライン 2024, 東京医学社, p8)

1-2. 全国の CKD 患者数および自治体のうち最多の東京都の CKD 患者数

日本における CKD 患者数は、これまで「成人 8 人に 1 人」に相当する約 1,330 万人とされてきた。しかし、2024 年 1 月に公表された『CKD 診療ガイドライン 2024』において、この推計値は「約 2,000 万人 (成人の 5 人に 1 人)」へと大幅に上方修正された。この推計値の修正は統計手法の更新によるものである一方、これまで十分に把握されていなかった潜在患者層が可視化され、日本の公衆衛生が直面する疾病負荷の大きさを改めて浮き彫りにする結果となった。

新たな推計の背景には、全国健康保険協会 (協会けんぽ) および国民健康保険のデータベースを活用し、より精緻な重み付けを行った分析がある。従来の推計が 2005 年の疫学調査に基づいていたのに対し、今回の分析では、健診未受診者層の影響も反映させた結果、



受診していない層に多くのCKD患者が潜在している実態が明らかとなったのである。この「約2,000万人」という数字は、CKDがいまや新たな「国民病」と呼ぶべき、極めてありふれた疾患であることを示している。

一方で、実際に医療機関で継続的な治療や管理を受けているCKD患者数は、潜在的な患者総数と比較して著しく少なく、厚生労働省が令和6年12月20日に発表した「令和5年(2023)患者調査」によると、約66.6万人にとどまっている。推計患者数との差は約1,900万人以上に及び、そこには「未診断・未治療」のまま経過している空白地帯が存在する。この層の多くは自覚症状が乏しいまま、将来的な腎機能の低下や心血管イベント、透析導入といった重篤な転機のリスクに晒されており、全国規模での早期発見・早期介入体制の強化が喫緊の課題である。

東京都は、日本において最も多くのCKDリスクを内包する自治体である。一般社団法人日本透析医学会 統計調査委員会『わが国の慢性透析療法の現況』「2023年末の慢性透析患者に関する集計」によれば、2023年末時点における東京都の慢性透析患者数は32,788人であり、都道府県別で全国最多となっている。前述のとおり、CKDは自覚症状が乏しい疾患であるため、自治体ごとの正確な患者数を把握することは困難であるが、全国的な有病率である「成人の5人に1人」を東京都の人口規模に当てはめると、都内には約240万人のCKD患者がいると推計される。東京都は全国で最も人口規模の大きい自治体であるため、この推計患者数約240万人という規模は、全国の自治体の中でも最大であり、日本全体のCKD対策を考える上でも大きな比重を占めていると考えられる。

【図表3】都道府県別の透析患者数および治療形態

都道府県名	調査対象施設数	施設調査票回収施設数	血液透析等				膜膜透析等				計	人口100万あたり患者数	
			血液透析(HD)	血液透析濾過(HDF)	血液濾過(HF)	在宅血液透析	腹膜透析(PD)	週1回のHD(F)等との併用	週2回のHD(F)等との併用	週3回のHD(F)等との併用			上記以外の併用
北海道	266	260	5,459	9,865	3	12	498	77	2	1	2	15,919	3,126.3
青森県	39	39	756	2,521	0	3	124	16	3	0	1	3,424	2,891.9
岩手県	43	43	1,884	1,196	0	0	70	11	1	1	1	3,164	2,720.6
宮城県	69	69	2,802	3,099	0	9	150	21	2	0	0	6,083	2,686.8
秋田県	40	39	1,078	1,037	0	2	41	2	2	0	0	2,162	2,365.4
山形県	35	35	1,272	1,401	0	18	64	11	1	0	0	2,767	2,696.9
福島県	72	69	1,834	3,276	0	0	36	18	5	1	1	5,171	2,926.4
茨城県	90	89	4,384	3,964	0	18	80	13	0	1	1	8,461	2,995.0
栃木県	85	85	2,716	3,875	0	16	117	27	2	0	2	6,755	3,560.9
群馬県	65	65	2,866	3,192	1	14	105	20	0	0	0	6,198	3,258.7
埼玉県	200	197	5,280	13,690	9	115	310	120	5	1	3	19,533	2,664.4
千葉県	162	159	6,435	9,461	0	13	382	90	7	1	0	16,389	2,619.3
東京都	459	454	8,838	22,691	0	117	787	321	22	3	9	32,788	2,327.7
神奈川県	270	266	7,382	13,959	2	33	549	139	2	0	4	22,070	2,391.4
新潟県	53	53	2,901	2,090	0	3	114	21	0	1	1	5,131	2,413.5
富山県	41	41	1,380	1,022	0	4	93	7	0	0	0	2,506	2,488.6
石川県	41	39	1,118	1,390	0	4	50	14	0	0	0	2,576	2,322.8
福井県	28	28	740	1,010	0	3	51	7	0	0	0	1,811	2,434.1
山梨県	34	33	752	1,489	0	2	17	7	1	0	0	2,268	2,849.2
長野県	72	71	2,587	2,641	0	14	81	15	1	0	0	5,339	2,664.2
岐阜県	72	72	2,041	2,841	0	19	97	30	1	0	1	5,030	2,604.9
静岡県	131	131	3,239	7,936	0	24	172	36	4	0	0	11,411	3,208.8
愛知県	201	200	7,796	10,584	0	39	524	155	0	3	2	19,103	2,554.9
三重県	60	59	1,972	2,385	0	10	91	27	0	1	2	4,488	2,598.7
滋賀県	42	42	1,276	1,904	0	40	143	24	0	0	1	3,388	2,408.0
京都府	81	79	2,060	4,108	212	11	205	63	5	1	3	6,668	2,630.4
大阪府	328	324	7,015	15,850	0	57	520	108	5	2	2	23,559	2,688.5
兵庫県	203	199	5,544	8,464	3	53	208	46	7	0	1	14,326	2,667.8
奈良県	51	51	1,231	2,148	0	9	105	31	0	1	0	3,525	2,719.9
和歌山県	47	47	1,455	1,512	0	29	51	14	0	0	4	3,065	3,436.1
鳥取県	27	26	368	1,135	0	2	48	19	2	0	0	1,574	2,931.1
島根県	29	29	447	1,221	0	4	72	12	0	0	0	1,756	2,701.5
岡山県	65	65	1,986	3,189	0	6	232	37	2	1	1	5,454	2,932.9
広島県	98	98	2,920	4,555	3	18	251	62	23	2	3	7,837	2,862.3
山口県	57	56	1,413	2,104	1	1	97	32	4	0	1	3,653	2,814.3
徳島県	38	38	1,035	1,556	0	6	141	35	1	0	1	2,775	3,992.8
香川県	49	49	839	1,669	0	6	81	58	0	0	1	2,674	2,887.7
愛媛県	52	52	1,626	2,257	0	0	86	40	1	0	2	4,012	3,107.7
高知県	38	38	532	1,959	0	0	17	6	2	0	1	2,517	3,779.3
福岡県	198	194	6,011	8,544	2	25	751	54	0	0	1	15,388	3,015.5
佐賀県	36	36	1,498	1,043	0	3	67	9	2	0	0	2,622	3,298.1
長崎県	65	63	1,885	1,902	0	25	128	16	1	0	1	3,958	3,123.9
熊本県	93	92	3,397	2,916	0	5	98	38	0	0	3	6,457	3,778.2
大分県	69	68	2,130	1,672	0	3	69	29	0	0	1	3,904	3,562.0
宮崎県	65	63	2,400	1,340	0	0	47	5	0	0	0	3,792	3,639.2
鹿児島県	97	93	2,381	2,640	1	2	217	47	0	0	5	5,293	3,417.0
沖縄県	73	72	1,793	2,810	0	2	121	36	0	1	1	4,764	3,245.2
合計	4,529	4,470	128,774 (37.5)	203,113 (59.1)	237 (0.1)	799 (0.2)	8,358 (24)	2,026 (6)	116 (0.0)	22 (0.0)	63 (0.0)	343,508 (100.0)	2,762.4

(施設調査による集計)

(一般社団法人 日本透析医学会 統計調査委員会『わが国の慢性透析療法の現況』
「2023年末の慢性透析患者に関する集計」)

東京都には、腎臓専門医や透析施設などの高度な専門医療機能が集積しており、透析導入後の治療や合併症管理の水準は高い。一方で、CKDの早期発見や介入の仕組みについては、十分に機能しているとは言いがたい。現行の東京都の施策は、パンフレット配布やイベント開催等の「普及啓発」に重点が置かれており、ハイリスク層を確実に抽出し、腎臓専門医へ繋げるための「早期発見・受診勧奨」の仕組み、すなわち病診連携を軸とした実装レベルの施策は十分とはいえない状況にある。また、東京都として、CKD早期発見を目的



とした検査実施の体系的な推進姿勢は必ずしも明確ではない。現行施策の枠組みのままでは、CKD 患者が自覚症状のないまま病状を進行させ、ある日突然腎不全と診断される深刻なリスクが依然として残存している。

【図表 4】 東京都ウェブサイト「ほっとけないぞ！CKD（慢性腎臓病）」



(ウェブサイト「ほっとけないぞ！CKD（慢性腎臓病）」)

さらに、災害時において約 3.3 万人に及ぶ透析患者の生命維持を確保することが、東京都にとって大きなリスクであることを踏まえると、透析導入後の対応にとどまらず、透析導入前すなわち CKD の早期段階における重症化予防こそが、東京都が最優先で取り組むべき保健医療施策であると言える。

第 2 章 透析医療の現状

2-1. CKD の進行によって引き起こされる腎不全および透析医療について

CKD がステージ G5（末期腎不全）まで進行すると、腎機能は正常時の 15%未満にまで低下し、体内の老廃物の排泄、水分量や電解質の調整、さらには血圧の恒常性維持といった腎臓本来の機能を自力で果たすことが困難となる。この段階では、生命を維持するために腎臓の機能を人工的に代替する「腎代替療法」が不可欠となる。

日本における腎代替療法の大半は血液透析である。血液透析ではシャントと呼ばれる血管の接合部を介して体外に血液を取り出し、ダイアライザー（人工腎臓）を通過させることで老廃物や余分な水分を除去し、浄化された血液を再び体内へ戻す。この一連のプロセスを定期的に繰り返すことで、低下した腎機能を部分的に補完している。

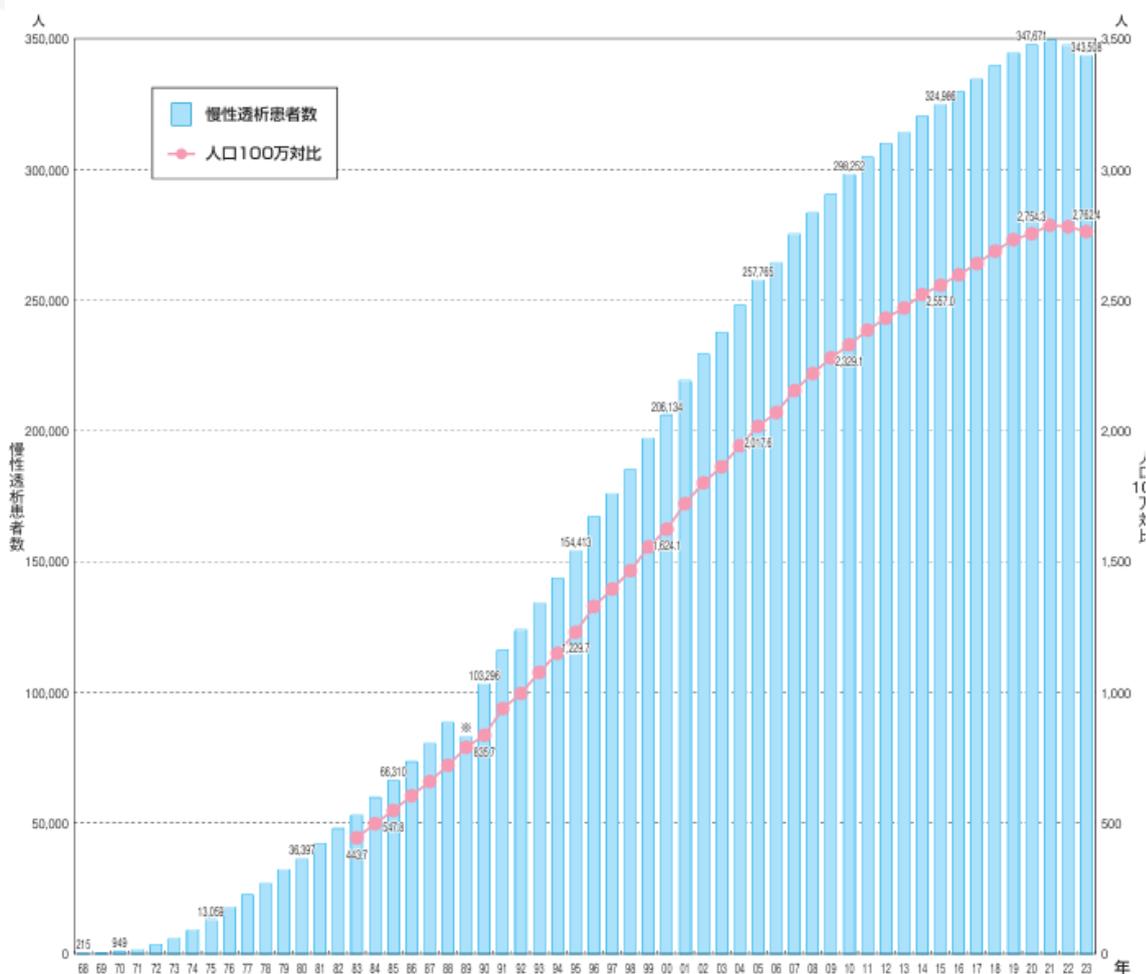
しかし、透析療法はあくまで腎機能の「代替手段」に過ぎず、本来の腎臓が担っている 24 時間連続的な代謝・調節機能を完全に再現できるものではない。血液透析を導入した場合、患者は原則として週 3 回、1 回あたり 4～5 時間に及ぶ通院治療を生涯にわたって継続する必要があり、極めて大きな時間的拘束と身体的負担を伴う。

さらに、透析患者は心筋梗塞や脳卒中といった心血管疾患（Cardiovascular Disease: CVD）を合併するリスクが著しく高いことが知られており、日常生活や就労への制約も大きい。その結果、透析患者のQOL（Quality Of Life: 生活の質）を大きく低下させる要因となる。

2-2. 全国における透析医療の現状と自治体施策の課題：患者減少の兆しと地域格差

全国の慢性透析患者数は、2023年末時点で約34.3万人に達している。これまで長期にわたり増加の一途をたどってきたが、2021年以降は総患者数が緩やかな減少傾向に転じている。

【図表5】透析患者数の推移



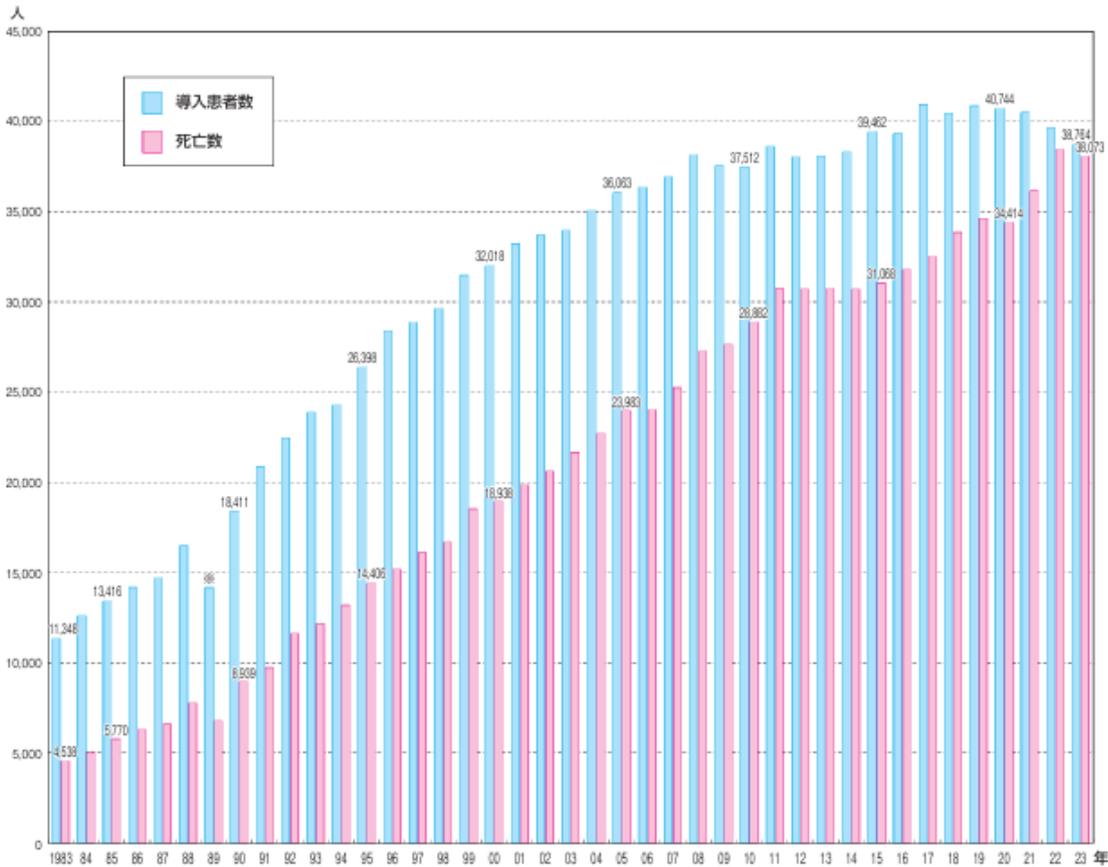
※1989年末の患者数の減少は、当該年度にアンケート回収率が86%と例外的に低かったことによる見掛け上の影響である
人口100万対比は回収率86%で補正

（一般社団法人 日本透析医学会 統計調査委員会『わが国の慢性透析療法の現況』
「2023年末の慢性透析患者に関する集計」）

この背景には、SGLT2阻害薬やレニン・アンジオテンシン（RA）系阻害薬などの薬剤の進歩により、腎機能低下の進行が一定程度抑制されている可能性が考えられ、新規透析導入患者数は、令和5年時点で38,764人であり、令和4年から減少傾向が認められる。国が掲げる目標（2028年までに新規透析導入患者数を3.5万人以下に減少させる）の達成に向けて様々な取り組みが功を奏し始めている途上といえる。



【図表 6】 導入患者数および死亡患者数の推移



※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98%と例外的に低かったことによる見掛け上の影響である

図 2 導入患者数および死亡患者数の推移、1983-2023

(施設調査による集計)

(一般社団法人 日本透析医学会 統計調査委員会『わが国の慢性透析療法の現況』
「2023 年末の慢性透析患者に関する集計」)

自治体レベルでは、糖尿病性腎症重症化予防プログラムが全国の市町村において実施されているものの、その運用実態や成果には大きなばらつきが認められる。特に、保存期 CKD（透析導入前）の段階における腎臓専門医への紹介率や、管理栄養士等による適切な栄養指導の実施率については、地域間格差が依然として残存しており、早期介入の実効性という観点では課題が多い。このように、透析患者数の動向だけをもって対策の進捗を評価することは難しく、自治体における CKD 対策の成否は、透析導入前の段階でいかに早期発見・早期介入を実装できるかにかかっている。

2-3. 東京都における透析医療の現状

東京都における透析医療の現状は、患者数の規模および医療提供体制の構造の両面において、全国的に見ても特異な様相を呈している。2023 年末時点における東京都の慢性透析患者数は 32,788 人であり、都道府県別では全国最多で、2 位の大阪府を大きく上回っている。東京都は名実ともに国内最大の透析集積地であると位置づけられる。

この背景には、東京都に以下のような特徴的な事情が存在すると考えられる。

1. 高度な専門医療の集積と早期介入のギャップ: 東京都には全国最多の腎臓専門医と透析施設が集積しており、透析導入後の生命予後や合併症管理の水準は非常に高い。一方で、この「充実した受け皿」の存在が、結果として「状態が悪化しても透析と



いう選択肢がある」という認識を社会的に形成し、透析導入を未然に防ぐための早期発見・早期介入、すなわち一次・二次予防に対する行政および住民の危機意識を相対的に低下させている可能性がある。

2. 災害時に顕在化する構造的脆弱性: 東京都において最大のリスクが顕在化するの、首都直下地震等の大規模災害発生時である。3.3 万人を超える透析患者が、週数回の通院と電力・水道といったインフラに依存する治療を継続しており、これらのライフラインが途絶した場合、その影響は直ちに生命の危機へと直結する。他の都道府県と比較しても、これほど大規模な人口が恒常的に生命維持装置に依存している地域は稀であり、東京都において透析患者がさらに増加することは、防災の観点からも制御困難なリスクを一層拡大させることを意味する。
- 3.

2-4. 東京都の透析医療における就労機会喪失等の社会経済的影響

透析医療に伴う就労機会の喪失や生産性低下といった社会経済的影響について、体系的に分析・定量化した国内文献は限られている。その背景として、透析医療が主として医療費の問題として議論されることが多く、患者本人や社会全体に及ぶ間接的な影響まで十分に考慮されてこなかった可能性が考えられる。そこで本政策提言書では、既存の公的統計や公開情報を基に、いくつかの合理的な仮説を設定した上で、東京都における透析医療に伴う就労機会喪失等の社会経済的影響について試算を行った。

結論から述べると、その影響額は最大で年間約 3,444 億円の経済的損失に達すると推計された。以下に詳細な試算プロセスを記す。

1. 試算の前提条件と対象人口の根拠

- 日本全体の透析患者数: 2023 年末時点で約 34 万人。
- 東京都の透析対象者数: 2023 年末時点で約 3.3 万人。
- 患者属性プロファイル: 本試算では、以下の構成比を適用。
 - 性別: 男性 2/3、女性 1/3。
 - 年齢構成: 現役世代 (~64 歳) 1/3、高齢層 (65 歳~) 2/3 (70 代が全体の 1/3 を占める実態を反映)。

2. 1 人あたりの年間社会的損失 (詳細内訳と数式)

① 本人の労働機会損失: 年間 約 67.6 万円~約 197.9 万円

透析導入による「離職」や「減収」に伴う労働価値の喪失額を示す。

- 算定根拠 (期待年収):
 - 現役層: 男性平均 550 万円、女性平均 350 万円を 2:1 で按分 = 484 万円。
 - 高齢層: 再雇用・アルバイト等の期待所得 = 120 万円。
 - 全年齢加重平均 (期待所得): $(484 \text{ 万円} \times 1/3) + (120 \text{ 万円} \times 2/3) = 241.3 \text{ 万円}$
- 労働能力喪失率の仮定:
 - 最大ケース (離職 80%: 維持 20%): 喪失率 0.82
数式: $241.3 \text{ 万円} \times \{(0.8 \times 1.0) + (0.2 \times 0.1)\} = 197.9 \text{ 万円}$
 - 最小ケース (離職 20%: 維持 80%): 喪失率 0.28
数式: $241.3 \text{ 万円} \times \{(0.2 \times 1.0) + (0.8 \times 0.1)\} = 67.6 \text{ 万円}$

② (内数) 公的セクターの減収: 年間 約 27.0 万円~約 79.2 万円

所得減少に連動して、行政が徴収できなくなる財源を示す (①の内数)。

- 算定根拠: 所得減少額に対し、実効負担率 (税 10%+社保 30% = 計 40%) を適用。



- 最大値：197.9万円×0.4 =79.2万円
- 最小値：67.6万円×0.4 =27.0万円

※本項目は①に含まれるため、総コスト合算時は二重計上を避けるため加算しない。

③ 家族・介護者の労働機会損失：年間 90.0万円

週3回の透析通院に伴う、家族の付添いによる労働機会の消失を示す。

- 算定根拠：年間150回、1回あたり3時間の拘束を、時給2,000円で換算。
 - 数式：150回×3時間×2,000円 =90.0万円

④ 経済波及効果の損失：年間 約70.3万円～約205.8万円

本人の可処分所得減少が地域経済に与える連鎖的損失を示す。

- 算定根拠：所得減少分のうち消費に回る額（80%）に対し、地域経済波及倍率（1.3倍）を適用。
 - 最大値：(197.9万円×0.8) ×1.3 =205.8万円
 - 最小値：(67.6万円×0.8) ×1.3 =70.3万円

⑤ 直接的医療費（参考）：年間 550.0万円

公費および保険料から支出される、透析治療そのものに要するコストを示す。

3. 一人当たりの試算結果まとめ

【図表7】透析医療に伴う一人あたりの社会経済的影響

項目	一人当たりでの損失額（年間）
医療費（直接コスト）	550.0万円
本人の労働機会損失	約67.6万円～197.9万円
（うち公的セクター減収）	[約27.0万円～79.2万円] ※内数
家族の労働機会損失	90.0万円
経済波及効果の損失	約70.3万円～205.8万円
総社会的コスト	約777.9万円～1,043.7万円

（各種データより筆者作成）

4. 東京都全体における累積損失額（年間）

東京都内の透析患者数に基づき、社会全体で負担しているコストを算出した結果、総インパクトは年間で約2,567億円～3,444億円にのぼる。

【図表8】透析医療に伴う東京都全体の社会経済的影響

項目	東京都全体での損失額（年間）	経済・社会への主な影響
医療費（直接コスト）	約1,815.0億円	行政の医療・社会保障予算の直接的な圧迫
本人の労働機会損失	約223.1億～653.1億円	都内GDP（付加価値）の減少、労働力の喪失

項目	東京都全体での損失額（年間）	経済・社会への主な影響
（うち公的セクター減収）	（約 89.1 億 ～ 261.4 億円）	税収および社会保険料収入の減少
家族の労働機会損失	約 297.0 億円	付添い・介護に伴う地域労働力の消失
経済波及効果の損失	約 232.0 億 ～ 679.1 億円	都内消費市場への打撃
<u>総社会的コスト</u>	<u>約 2,567.1 億 ～ 3,444.2 億円</u>	<u>東京都の経済活力を削ぐ総インパクト</u>

（各種データより筆者作成）

第3章 早期発見の重要性

3-1. アルブミン尿検査の導入促進がもたらす効果

CKDの早期発見において、重要な役割を果たす検査のひとつが「アルブミン尿検査（尿中アルブミン/クレアチニン比：UACR）」である。現在、日本の多くの特定健診で実施されている尿蛋白検査は、試験紙を用いた定性検査であるが、この方法には感度の限界という課題が存在する。一方で、アルブミン尿検査はこの課題を克服し得る検査手法である。

従来の尿蛋白試験紙法では、尿中のタンパク質濃度が一定水準（概ね15～30mg/dL以上）に達しなければ陽性（1+）と判定されにくい。しかし、腎障害は、この水準に達する以前の「微量アルブミン尿」の段階（30～299mg/gCr）からすでに進行していることが知られている。アルブミン尿検査を導入することで、尿蛋白試験紙法では「異常なし（—マイナス）」あるいは「判定保留（±プラスマイナス）」として見逃されてきた潜在的なハイリスク層を、より早期の段階で捕捉することが可能となる。

さらに、アルブミン尿は単なる腎障害の指標にとどまらない。微量アルブミン尿の存在は、全身の血管内皮機能障害の進行を反映する指標でもあり、腎不全のリスクのみならず、脳卒中や心筋梗塞、心不全といった重篤な心血管イベント（CVD）の発症リスクが有意に高いことが示されている。すなわち、微量アルブミン尿の検出は、「全身性疾患としてのCKD」を早期に捉える上で、極めて実用性の高い早期警告サインである。

かつてCKDは「発見されても有効な治療法が乏しい疾患」と捉えられてきた。しかし近年では、SGLT2阻害薬や非ステロイド性ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬（MRA）など、CKDの進行抑制に関するエビデンスが示された治療選択肢が登場している。

こうした知見の蓄積により、微量アルブミン尿が出現し始めた早期段階でCKDを把握することが、適切な医療評価や介入方針を検討する上で、これまで以上に重要な前提条件となりつつある。

3-2. 透析導入抑制・医療費削減への寄与

アルブミン尿検査による早期発見は、個人の健康を守るだけでなく、自治体の財政運営においても極めて高い投資対効果をもたらす施策である。

アルブミン尿検査の実施コストは、自治体健診のオプションとして導入した場合、1回あたり約1,500円程度である。一方で、重症化を防げず透析導入に至った場合、医療費は前述の通り年間約500万円以上に上る。八王子市や港区における先行事例が示すように、糖尿病予備軍（HbA1c 6.0%以上等）に対して戦略的にアルブミン尿検査を実施し、適切な



治療に繋げることで、数名の透析導入を回避するだけでも、検査費用の総額を大きく上回る医療費削減効果が得られると考えられる。

さらに、早期発見と適切な治療介入によって透析導入を10年、15年と先送りできれば、現役世代の患者は「医療費を要する対象」ではなく「納税を継続する主体」として社会に留まることが可能になる。これは、医療費支出の抑制に加え、所得税や住民税といった歳入の維持に寄与するものであり、自治体経営において二重の経済的メリットをもたらす。

加えて、新潟大学大学院医歯学総合研究科臓器関連学講座の若杉三奈子特任准教授、同研究科腎・膠原病内科学分野の成田一衛教授による研究グループは、特定健診実施率が高い都道府県は性年齢を調整した透析導入率が低く、40～74歳における慢性腎臓病の有病率も低いという有意な関連を示す研究を発表している（2023年10月17日新潟大学発表）。このことは、特定健診やその後の医療連携による早期介入が体系的に実装されている地域と、そうではない地域では、将来的な透析導入率に格差が生じるとの可能性を示すものである。東京都全体でアルブミン尿検査を標準化し、かかりつけ医と腎臓専門医を繋ぐ「東京モデル」の病診連携を構築・実装することができれば、年間約2,000億円に達する都内の透析関連医療費を数百億円規模で圧縮できる可能性がある。これは、将来の不確実性が高い社会保障費に対する、最も実効性の高い防衛策の一つとして位置づけられる。

結論として、アルブミン尿検査の導入促進は、単なる健診項目の追加ではない。「沈黙の病気」であるCKDを可視化し、科学的根拠に基づく早期介入を可能にすることで、都民の生命と東京都の財政基盤の双方を守る、戦略的投資であると評価できる。

第4章 CKD 対策の現状と課題

4-1. 国の施策について

日本政府におけるCKD対策は、2016年に公表された「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を契機として本格的に推進されてきた。その後、2018年に「腎疾患対策検討会報告書」が発表され、同報告書において、2028年までに年間の新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させるという、明確なKPIが設定されている。現在、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」は全国の市町村において、健診データを活用した保健指導の枠組みとして導入がすすめられているが、その実施状況や成果には自治体間での大きなばらつきが認められる。

国の施策全体を俯瞰すると、CKD対策の実効性を高める上で、いくつかの重大な構造的課題が存在していることが浮き上がる。

第一に、「アルブミン尿検査」の保険適用範囲の制限である。現行の診療報酬制度において、アルブミン尿検査が保険適用として認められているのは、原則として糖尿病と診断された患者に対し、3ヶ月に1回実施する場合に限定されている。しかし、CKDの主要な原因は糖尿病性腎症に限られず、高血圧や加齢による腎硬化症など、非糖尿病性の要因が大きな割合を占めている。これら非糖尿病性のハイリスク層に対して、保険診療の枠組みの中で系統的に早期発見を行う手段が、制度上十分に整備されていない点は大きな課題である。

第二に、特定健診における検査項目設計の限界である。特定健診は、国の生活習慣病対策およびCKD重症化予防の基盤として位置づけられているが、腎障害の早期指標であるアルブミン尿検査は、必須項目として組み込まれていない。現行制度では、尿蛋白の定性検査が中心となっており、微量アルブミン尿の段階にあるハイリスク層を十分に補足できな



い構造となっている。この結果、健診制度上は「異常なし」と判定されながら、実際には腎機能低下が進行している層が相当数存在すると考えられ、国のCKD重症化予防施策が主として介入対象としている病態段階よりも、さらに早期の段階に位置する、いわゆる予備軍・ハイリスク群において、制度的な空白が存在している点は看過できない課題である。

第三に、「重症化予防」と「早期発見」の制度的ミスマッチである。国の糖尿病性腎症重症化予防プログラムは、主としてHbA1c6.5%以上の糖尿病確定層を対象として設計されている。しかしながら、HbA1cのみを基準にしては、早期の非糖尿病性腎症のCKDを捕捉することができない。このように、国の補助金や事業スキームが糖尿病診断基準を起点としていることが、自治体がより上流段階での介入、すなわちCKDの早期発見に踏み出す際の財政的・制度的な足かせとなっている側面は否定できない。

4-2. 東京都における現行施策の現状

東京都は全国で最も多くの透析患者を抱え、年間約2,000億円規模の透析関連医療費を支出している。一方で、CKD対策の施策内容を俯瞰すると、その多くが住民や医療関係者への情報提供にとどまっており、早期発見や早期介入に繋がる実装型の施策は限定的であると言わざるを得ない。

1. 普及啓発施策への偏重と実効性の課題：

東京都のCKD対策は、パンフレットの配布や市民公開講座、医療従事者向け研修といった「普及啓発型」の取り組みが中心となっている。これらの活動は一定の意義を有するものの、無症状で進行するCKDにおいては、知識の提供が必ずしも受診行動に繋がるとは限らない。住民の腎機能を具体的に評価し、リスク層を医療機関へ確実に繋ぐという「実効的介入」の仕組みが十分に組み込まれていない点は、大きな課題である。

2. 医療機関同士の連携不足（病診連携の形骸化）：

東京都には腎臓専門医や高度医療機関が多数集積しているが、その一方で「かかりつけ医」と「腎臓専門医」の役割分担や紹介基準が明確に共有されているとは言い難い。東京都には腎不全対策部会などの検討の場が設けられているものの、そこでの議論が、現場で実際に通用可能な紹介ルールや診療フローとして標準化・社会実装されていないのが現状である。その結果、地域によってはアカデミア・行政・医師会の三者の連携が十分に機能せず、CKD対策が個々の医師や医療機関の自主的な努力に依存する構造となっている。

3. 区市町村に対する財政的・制度的支援の不足：

現状では、区市町村が独自にアルブミン尿検査を健診に導入しようとする際、その検査費用や実施体制の構築に対して、東京都から明確な財政的支援は用意されていない。国の補助制度が主として糖尿病を対象としているため、糖尿病予備軍や非糖尿病性ハイリスク層を対象とした検査費用は、自治体の単独負担となる。この財政的制約に加え、医師会との調整や紹介先医療機関の整理といった事務的負担についても、東京都としての標準モデルが提示されていないことが、都内62区市町村間におけるCKD対策の実施状況の差を拡大させている要因の一つと考えられる。

4-3. 都内自治体における取組の現状

都内自治体におけるCKD対策の実施状況を概観すると、行政と関係ステークホルダーの緊密な連携の下で成果を上げている事例と、制度的・構造的な制約により取り組みが停滞している事例とが、対照的に存在していることが分かる。

【八王子市】

- 戦略的なハイリスク層の抽出：八王子市では、アルブミン尿検査の検査対象者を、年度末年齢40～65歳未満で糖尿病服薬歴なし、かつ、HbA1c6.0～6.4%、かつ、尿蛋白（－）～（＋）と設定するとともに、特定健康診査結果から糖尿病受診勧奨対象者（74歳未満）をも含んでいる。これにより、糖尿病発症前の段階において腎障害の兆候を把握することが可能となっている。
- 「八王子じんまもパス」の運用：また、健診結果に応じて腎臓専門医に紹介する病診連携パス「じんまもパス」が運用されている。紹介先となる専門医療機関を具体的にリスト化し、医師会と密接に連携することで、高い受診勧奨達成率を実現している。
- 取り組みのポイント：関係者へのヒアリングによれば、八王子市の実践は、行政の気づきや働きかけに対し、医師会をハブとして、健診実施医療機関、腎臓専門医、4者が一体となって推進しており、今後の基礎自治体におけるCKD対策を考えるうえで、非常に参考となる事例となることが示唆される。また、「早期介入によって将来的な医療費を抑制できる」という費用対効果の観点を財政部局に明確に示したことも、継続的な予算措置に繋がったようである。

【立川市】

一方で、立川市のように導入を模索しながらも、結果として実装に至らなかった事例は、現行制度下における基礎自治体独自の取り組みの限界を象徴していると考えられる。

- 地元医師会との調整の必要性：令和7年度予算においてアルブミン尿検査の導入を検討していたが、地元医師会から検査の科学的妥当性や実施後のフォロー体制に関する意見が提示され、市が単独で財源確保を行い、施策の実施に向けて合意形成を図るには時間を要する結果となった。
- 財政的根拠に関する課題：腎臓専門医からは「他の指標の数値に関わらず、尿蛋白がマイナスの人であっても希望すればアルブミン尿検査を市の補助を受けて実施できるようにすべき」との助言があったものの、国の国民健康保険事業における補助対象（HbA1c6.5%以上等）から外れる層に対する検査費用について、自治体単独で恒常的に負担するための明確な財政的根拠を見出すことができなかった。

結論として、本章の分析から明らかとなるのは、現状の東京都におけるCKD対策が、「自治体担当者個人の熱意」と「地元医師会の協力度」といった属人的・地域的要因に大きく依存しているという点である。その結果、居住する自治体によって、CKDの早期発見や透析回避の機会に差が生じている状況は、看過できない段階に達している。

東京都は、八王子市のような成功事例を個別自治体の努力として評価するにとどまらず、そのノウハウを制度として整理・標準化し、財政支援と一体で展開する必要がある。全ての区市町村が、立川市のような制度的・財政的障壁に直面することなく、CKDの早期発見・早期介入のスキームを実装できる「東京モデル」の構築が、今まさに求められている。



第5章 東京都が取り組むべき政策ゴール

前章までの分析から、東京都におけるCKD対策の停滞は、単なる啓発不足によるものではなく、検査に関する制度的空白と、区市町村が対策を実装する際に直面する財政的・実務的リスクに起因していることが明らかとなった。全国最多の透析患者を抱える東京都が、将来的な医療費増大リスクを抑制し、持続可能な都市経営を実現するためには、以下の二点を「東京モデル」の中核となる政策ゴールとして明確に位置づける必要がある。

5-1. CKD 早期発見するため、アルブミン尿検査を都内全域で標準化する

第一の政策ゴールは、都内全ての区市町村が実施する特定健診において、アルブミン尿検査を重点的な追加項目として標準実装することである。

5-1-1. 「見逃し」を最小化する科学的スクリーニングの導入

現在、多くの自治体健診で採用されている尿蛋白試験紙法は、腎機能低下が一定以上進行した顕性期の状態の把握には有用であるものの、早期介入が必要な微量アルブミン尿の段階では、多くのハイリスク者を補足できないことが指摘されている。東京都は、単なる「蛋白尿の有無」の確認から一步前進し、最新の診療ガイドラインや疫学調査に基づき、以下の考え方を都内共有の標準仕様として定めるべきである。

- ハイリスク層に焦点を当てた効率的な実装：
40歳以上の全住民を一律に対象とするのではなく、糖尿病予備軍（HbA1c6.0～6.4%）、高血圧患者、あるいは肥満や脂質異常症を伴う層など、透析導入リスクが高い集団を優先対象として、アルブミン尿検査を自動的に付加する仕組みを構築する。
- 「尿蛋白±」の位置づけの再定義：
従来「経過観察」とされがちであった尿蛋白±の判定を、腎障害の早期兆候として再評価し、速やかにアルブミン尿検査へ移行するフローを標準化する。ただし、地域の医療資源、基礎自治体の財政状況、優先順位等を勘案すること。

5-1-2. 医療経済的合理性に基づく「東京発エビデンス」の創出

2025年1月に公表された日本腎臓病協会とバイエル薬品による産学連携研究では、アルブミン尿検査を用いた早期診断・治療介入の増分費用効果比（ICER）が、2型糖尿病患者で約265万円/QALY、非糖尿病患者で約197万円/QALYと報告されている。一般に日本の公的医療保険制度では、ICERが500万円/QALYを下回る場合「費用対効果の高い介入」と評価されることが多く、本研究結果はこの基準を大きく下回っている。東京都が、こうしたエビデンスを踏まえて健診項目の標準化を進めることは、年間約2,000億円規模に達する透析関連医療費に対する、科学的根拠に基づいた財政的合理性の高い施策として位置づけることができる。

5-1-3. 診療報酬改定（保険適用拡大）に向けた先導的役割の発揮

現行制度では、アルブミン尿検査の保険適用が主として糖尿病患者に限定されており、非糖尿病性CKDの早期発見を阻む要因となっている。東京都が広域自治体として、全区市町村での標準的な実装を通じてリアルワールドデータを蓄積し、その成果を国（厚生労働省・中央社会保険医療協議会）に提示することは、ハイリスク層への保険適用拡大を後押しする上で重要な役割を果たし得る。東京の取り組みは、日本のCKD対策における制度的転換の契機となる可能性を秘めている。



5-2. 区市町村 CKD 対策を導入・継続できるよう、東京都が包括的に支援する

第二の政策ゴールは、区市町村が CKD 対策を導入・継続する際の財政的および実務的ハードルを低減するための、東京都独自の包括的支援スキームを確立することである。

5-2-1. 国の補助制度の「空白」を埋める都独自の財政支援

現行の保険者努力支援制度や国保ヘルスアップ事業では、保健指導を実施する場合において、対象者を抽出することを目的としてアルブミン尿検査への補助もその対象経費に含まれている。そして、その対象者は、一定の基準（HbA1c 6.5%以上等）を満たす層に限定されている。しかし実際には、HbA1c 6.0%台の予備軍や、高血圧を主因とする CKD 進行例が多く存在する。東京都は、こうした国の補助対象から漏れる層に対する検査費用（1回約 1,500 円）について、都独自の上乘せ補助を行うことで、区市町村が早期発見施策に踏み出しやすい環境を整備すべきである。

5-2-2. 成果に連動したインセンティブ設計

一律的な補助にとどまらず、施策の実効性を高めるため、成果に応じた財政支援の仕組みを導入することが考えられる。たとえば、アルブミン尿陽性者のうち、実際に医療機関を受診した割合（受診勧奨達成率）を評価指標とし、一定の基準（例：60%以上）を達成した自治体に対して、次年度の健康増進関連予算を重点配分する仕組みである。あわせて、CKD 重症化予防による将来的な医療費削減効果を可視化し、その一部を次世代の予防施策に再投資できるよう、東京都と区市町村が成果を共有するモデル構築も検討に値する。

5-2-3. 財政支援と実務支援のパッケージ化

立川市の事例が示す通り、財源が確保されていても、医師会との調整や連携体制構築が進まず、施策導入が停滞するケースが存在する。東京都は補助金の交付にとどまらず、紹介基準や連携フロー、医師会調整のひな型などを含む実務支援パッケージを提示し、市区町村が円滑に施策を実装できる環境を整備すべきである。

5-3. 東京都に求められる政策的決断

本章で提示した二つの政策ゴールは、単なる保健事業の拡充ではない。政策ゴールの実現は、全国最多の透析患者という「構造的リスク」を抱える東京都が、科学的・経済的合理性に基づき、都民の生命と都財政の持続可能性を同時に守るための戦略的投資を意味する。アルブミン尿検査の標準化と、区市町村に対する財政・実務の両面からの支援を一体で進めることは、居住地によって透析回避の機会が左右される現状を是正する唯一の現実的解決策である。東京都が強いリーダーシップを発揮し、「東京モデル」としてこれを実装することは、CKD という国民病に対する全国自治体の新たなロールモデルを提示することに他ならない。

第 6 章【提言】政策ゴールを実現するための東京都の支援策

前章では、東京都が目指すべき政策ゴールとして、特定健診におけるアルブミン尿検査追加の標準化、区市町村 CKD 対策への東京都の包括的支援の 2 点を明確に示した。本章では、これら 2 つの政策ゴールを実現するために、東京都が広域自治体として果たすべき具体的な役割と、それぞれを達成するための具体的な実装手段を整理する。



【図表 9】 東京都における CKD 対策の課題および提言まとめ

解決すべき課題	戦略的解決策（解決の方向性）	東京都が掲げるべき具体的ゴール
早期腎障害の「見逃し」	科学的根拠に基づく高感度スクリーニングの全域実装	①特定健診へのアルブミン尿検査追加の標準化
自治体の財源不足	国の補助制度の「隙間」を埋める都独自の資金投下	②国の制度の空白を補完する東京都独自の財政支援
医師会調整・連携の形骸化	標準パスの提供・CKD 協力医リストの可視化による受診導線整備	③CKD 協力医・腎臓専門医の可視化による受診導線の整備
CKD 対策の総合的司令塔機能の不在	CKD 対策を一部局の事業に留めず、東京都全体の重点施策として推進	④ガバナンス強化による全庁的推進体制の確立

（筆者作成）

6-1. ①特定健診におけるアルブミン尿検査の標準化

東京都は、都内 62 区市町村が実施する特定健診において、アルブミン尿検査を重点的な追加項目として標準化する明確な方針を示すべきである。

現行の尿蛋白試験紙法は、進行した蛋白尿の把握には有用である一方、微量アルブミン尿の段階ではリスクを十分に補足できないという限界がある。東京都は、「蛋白尿の有無」の確認にとどまらず、定量的なアルブミン漏出を評価するスクリーニングへと健診の質を転換すべきである。

特に糖尿病予備軍（HbA1c6.0～6.4%）や高血圧患者、肥満や脂質異常症を伴う層など、国の補助制度から漏れやすいハイリスク層に対して、アルブミン尿検査を優先的に付加する標準仕様を都内全域で統一することが求められる。

さらに、尿蛋白試験紙法における「±」判定についても、従来の単なる経過観察ではなく、腎障害の早期予兆を示す可能性がある判定として位置づけを再整理する必要がある。東京都は、尿蛋白±が認められた場合には、アルブミン尿検査へ速やかに移行する健診フローを、都内共通の標準として明確化すべきである。ただし、この点については、上記で述べたように、地域の医療資源、基礎自治体の財政状況、優先順位等を勘案し、基礎自治体に裁量が与えられるように配慮した制度設計となることが望ましい。

近年、CKD 進行抑制に資する治療選択肢やエビデンスが蓄積され、早期段階での把握と適切な医療介入の重要性が高まっている。早期発見は、それ自体が治療を指示するものではないが、医療機関における適切な評価や指導、治療方針検討の前提条件となる。東京都が健診項目の標準化を通じてリアルワールドデータを蓄積・分析し、その成果を国に示すことは、将来的な制度改善（診療報酬上の位置づけ等）に資する重要な役割を果たし得る。東京が先行することは、日本全体の CKD 対策の質を引き上げる契機となる。

6-2. ②国の制度の空白を補完する東京都独自の財政支援

自治体が CKD 対策に踏み出せない要因として、「独自予算の確保」と「根拠財源の不在」が大きな制約となっている。東京都は、区市町村の背中を押す独自の包括的予算措置を講ずるべきである。



具体的には、基礎自治体を実施するアルブミン尿検査費用（1回約1,500円）について、国の補助対象外となる層も含めて、東京都が一定割合（1/2ないし2/3）を上乗せ補助する「（仮称）東京都CKD対策加速交付金」を創設することが考えられる。これにより、財政的不確実性を低減し、導入・継続の意思決定を支援する。

検査の実施だけでは重症化予防には繋がらず、結果説明、受診勧奨、フォローアップが機能して初めて効果を発揮する。東京都は、CKD協力医療機関に対する体制整備支援や、保健師による電話勧奨・個別面談を支える人件費・委託費について、時限的な財政支援を行い、初動の体制構築を支援すべきである。

6-3. ③CKD協力医・腎臓専門医の可視化による受診導線の整備

早期発見後の「受け皿」を可視化し、住民や保健師が迷うことなく適切な医療に繋がる環境を構築することも重要である。

東京都は、関係学会・団体と連携し、最新のガイドラインに沿った評価・連携体制を有する医療機関・医師を「（仮称）東京都CKD協力医」として整理・登録し、その情報を公開すべきである。また都内全域の腎臓専門医・専門医療機関情報を最新化し、紹介判断を支える「腎臓専門医マップ」を提供することで、病診連携の物理的・心理的ハードルを低減する。

6-4. ④ガバナンス強化による全庁的推進体制の確立

CKD対策を一部局の事業に留めず、東京都全体の重点施策として推進するため、ガバナンスの強化が不可欠である。

東京都は「（仮称）東京都CKD重症化予防推進協議会」を設置し、腎臓専門医団体、東京都医師会、そして関係部局が参画する常設の推進体制を整備すべきである。あわせて福祉保健、財政、産業労働、防災等の部局が連携する「（仮称）東京都CKD予防アクションプラン」を策定し、部局横断でKPI管理と予算配分を実現する。さらに、成功事例を基にした「（仮称）東京版病診連携標準パス」を東京都が公式に整備・配布することで、各自治体が個別に調整する負担を軽減し、都内全域での標準化を一気に加速させる。

結び

慢性腎臓病（CKD）は、自覚症状が乏しい一方で、重症化した場合の医療費負担や生活への影響が極めて大きい課題である。科学的根拠に基づく早期発見と、医療に繋げる仕組みを都全体で実装すれば、透析導入リスクの低減に向けた現実的な道筋を描くことが可能となる。

東京都がリーダーシップを発揮し、本提言で示した2つの政策ゴールに基づく「東京モデル」を実装することは、透析患者を最も多く抱える自治体として、都民の生命と都財政の持続可能性を守る意思の表明にほかならない。今こそ、普及啓発中心の段階から、検査・受診・診断という医療連携の仕組みを一体で動かす政策へと転換することを強く求める。

謝辞

本稿の作成に当たり、協力を賜った埼玉医科大学腎臓内科教授岡田 浩一先生に深謝申し上げます。また、本提言の趣旨に賛同し、協賛いただいたバイエル薬品株式会社にも感謝の意を表したい。なお本稿は執筆者の責任において発表するものである。







「沈黙の国民病」CKD（慢性腎臓病）の潜在的リスクを可視化し、都内の「対策格差」を解消する緊急提言
～自覚症状なき重症化を防ぐ、区市町村への「包括的支援」と「東京モデル」の実装～

2026年3月25日 第1刷発行

著者 一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

発行者 増田 寛也

発行所 一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

(C) JAPAN PUBLIC AFFAIRS ASSOCIATION 2026 Printed in Japan

