

「沈黙の国民病」CKD（慢性腎臓病）の潜在的リスクから国民を守る、早期介入体制の全国標準化に向けた緊急提言
～「見過ごされた1,900万人」の重症化を防ぐ、健診・保険適用の最適化と包括的支援～



一般社団法人 日本パブリックアフェアーズ協会

2026年4月6日

目次

第1章 慢性腎臓病（CKD）の現状.....	3
1-1. 慢性腎臓病（CKD）の原因および病態.....	3
1-2. 全国のCKD患者数.....	4
第2章 透析医療の現状.....	5
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.....	5
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.....	5
第3章 早期発見の重要性.....	7
3-1. アルブミン尿検査の導入促進がもたらす効果.....	7
3-2. 透析導入抑制・医療費削減への寄与.....	8
第4章 国におけるCKD対策の現状と課題.....	9
第5章【提言】国が取り組むべき施策案.....	9
5-1. 特定健診におけるアルブミン尿検査の「標準項目化」.....	9
5-2. アルブミン尿検査（UACR）の保険適用範囲の抜本的拡大.....	10
5-3. 自治体・保険者による早期介入に対する国の財政的インセンティブの強化.....	10
結び.....	10



第1章 慢性腎臓病（CKD）の現状

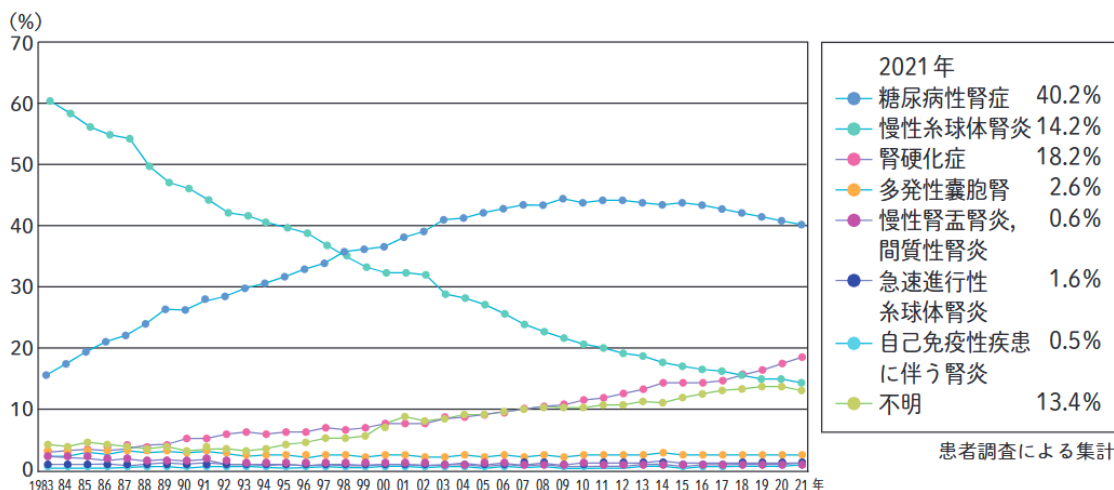
1-1. 慢性腎臓病（CKD）の原因および病態

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) 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 多発性嚢胞腎 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/1.73 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

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。また、全国の未受診・未治療を含む CKD 患者 1,900 万人が、数年後に一斉に重症化した場合、我が国の医療提供体制および国民皆保険制度に重大な危機をもたらすことになる。

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。

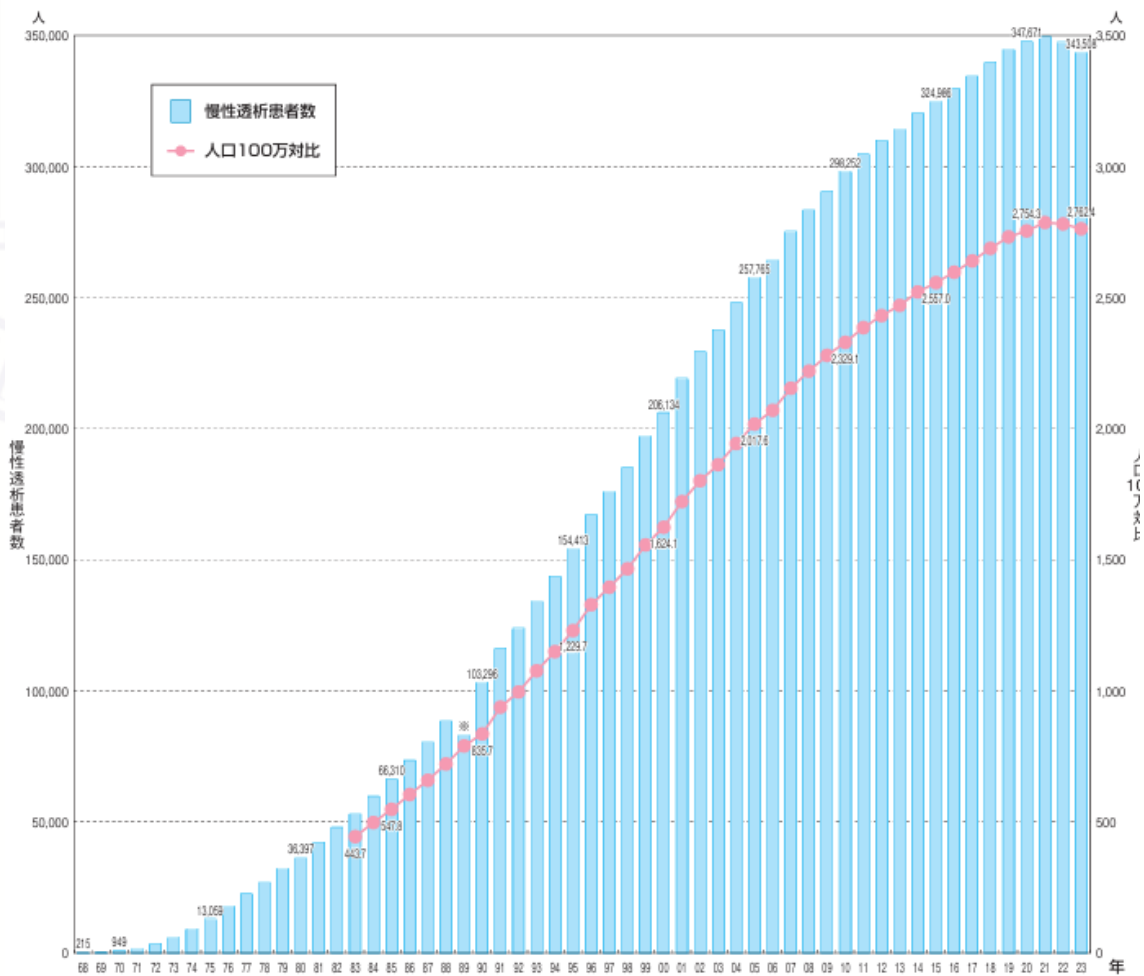
さらに、透析患者は心筋梗塞や脳卒中といった心血管疾患（Cardiovascular Disease: CVD）を合併するリスクが著しく高いことが知られており、日常生活や就労への制約も大きい。その結果、透析患者の QOL（Quality Of Life: 生活の質）を大きく低下させる要因となる。

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 3】透析患者数の推移





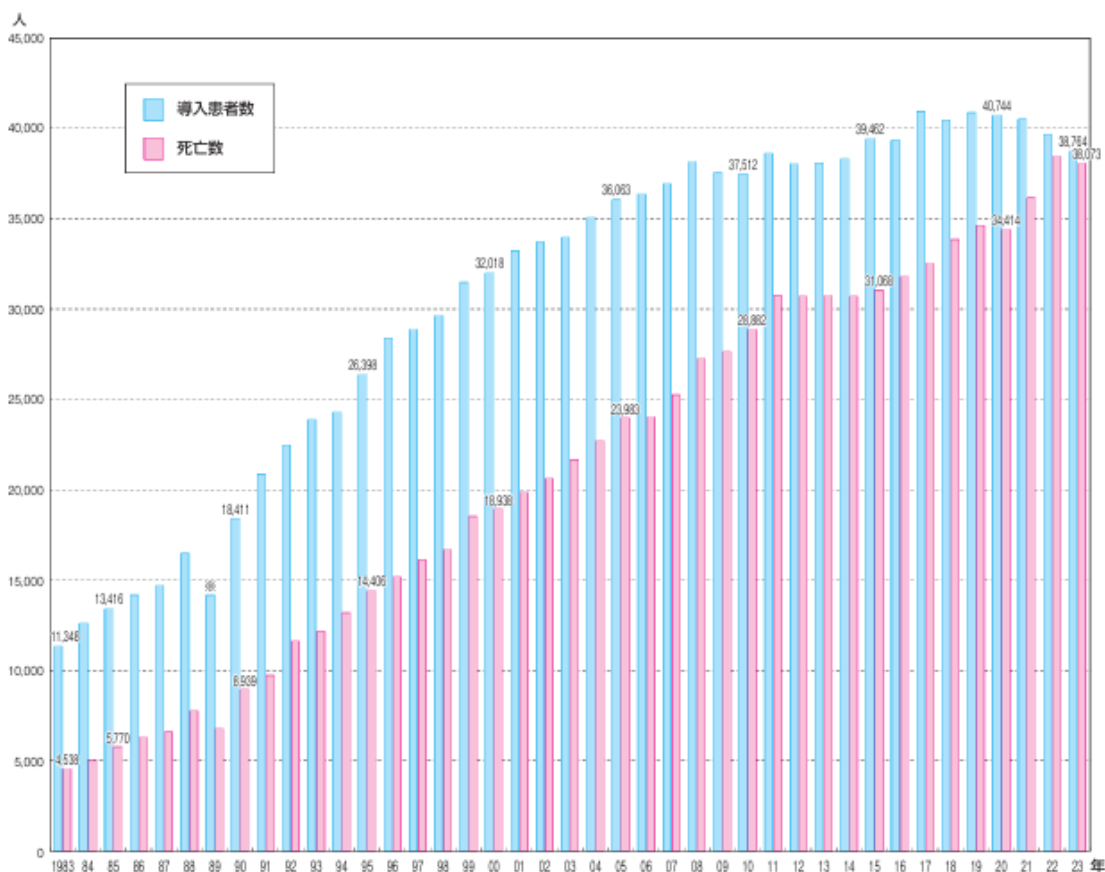
※1989年末の患者数の減少は、当該年度にアンケート回収率が96%と例外的に低かったことによる見掛け上の影響である
人口100万対比は回収率86%で補正

(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 4】 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。

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. 透析導入の抑制と国民医療費の適正化への寄与

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、我が国の国民医療費の適正化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取組は、施策の全国展開を検討する上で大変優れた先行事例であり、その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、我が国の国民医療費の適正化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。

結論として、アルブミン尿検査の導入促進の意味するところは、単なる健診項目の追加に留まらない。「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、国民の生命と国家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 国におけるCKD対策の現状と課題

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、本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。同プログラムは一定の成果を上げているものの、HbA1cのみを基準とする現行の枠組みでは、早期の非糖尿病性のCKDリスク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。今後は、本プログラムを糖尿病のみならず、高血圧等も含めた『包括的なCKD重症化予防』の枠組みへと発展させる必要がある。

第5章【提言】国が取り組むべき施策案

5-1. 特定健診におけるアルブミン尿検査の「標準項目化」

国は、現行の特定健診において「詳細な健診項目」に位置づけられているアルブミン尿検査（または尿中アルブミン定量）について、次期（第5期）特定健診における「標準項目」への格上げを見据えつつ、現行の第4期においても、国から自治体や保険者に対して本検査の積極的な追加実施を通知等で強く推奨し、特定の条件を満たすハイリスク層に対しては、本検査を必須項目として実施する運用を速やかに構築すべきである。

- **科学的スクリーニングの標準化:** 尿蛋白定性検査の限界を認め、微量アルブミン尿を早期に検出するUACR測定を健診の質の基準とする。特に40歳以上の受診者の



うち、糖尿病予備軍（HbA1c 6.0%以上）、高血圧患者、または肥満（BMI 25以上）を有する層に対しては、UACRの実施を必須化すべきである。

- 「尿蛋白±」の判定フロー統一: 尿蛋白±を「経過観察」とする慣行を改め、腎障害の早期兆候としてアルブミン尿検査への自動的な二次スクリーニングへと繋げるフローを全国の特定健診実施要領に明記する。
- 費用対効果の提示: 日本腎臓病協会とバイエル薬品による最新の研究（2025年1月発表）では、UACRを用いた早期診断・介入のICER（増分費用効果比）は、2型糖尿病患者で2,652,693円/QALY、非糖尿病患者で1,966,433円/QALYと報告されている。日本の公的医療保険における費用対効果の基準（500万円/QALY）を大幅に下回るこのエビデンスに基づき、財政当局に対し、健診項目の追加が「将来的な医療費削減に直結する投資」であることを明確に示すべきである。

5-2. アルブミン尿検査（UACR）の保険適用範囲の抜本的拡大

令和8年度診療報酬改定の答申において、尿中アルブミン検査の算定要件は維持されているが、今後の「適応拡大」に向けて国は強力なリーダーシップを発揮すべきである。

- 高血圧症および腎硬化症予備軍への適用: 糖尿病の有無にかかわらず、高血圧症を主病とする患者や、慢性腎臓病が疑われる患者に対して、定期的なUACR測定を保険診療として認めるべきである。これにより、腎硬化症による透析導入ルートへの遮断を図る。
- 新薬の使用適正化との連動: SGLT2阻害薬やMRA等の、CKD進行抑制に高いエビデンスを持つ薬剤を適切なタイミング（微量アルブミン尿の段階）で開始できるよう、薬剤使用の前提条件としてのUACR評価を診療報酬上の「指導管理料」に組み込む。

5-3. 自治体・保険者による早期介入に対する国の財政的インセンティブの強化

現在の糖尿病性腎症重症化予防プログラムを、より広範な「CKD早期捕捉・介入プログラム」へと進化させるための予算措置が必要である。

- 「CKD対策加速交付金（仮称）」の創設: 国の補助制度（保険者努力支援制度等）が対象とするHbA1c 6.5%以上の層のみならず、6.0%台の予備軍や、非糖尿病のハイリスク層に対して自治体が独自にアルブミン尿検査を実施する際の費用を補助する定額交付金を創設する。
- 小規模保険者・自治体への伴走支援: 実施率が低い傾向にある小規模自治体に対し、都道府県を通じて、広域的な検査委託や保健指導の共同実施を支援する財政措置を講じる。

結び

慢性腎臓病（CKD）対策は、単なる一疾患の予防策ではない。それは、成人の5人に1人が罹患する巨大なリスクを管理し、透析移行による膨大な社会的損失を抑制するための、国家の「防衛策」である。

最新の医学は、早期に発見できれば透析導入を大幅に先送り、あるいは回避できる手段をすでに手にしている。にもかかわらず、制度上の制約から「早期発見の武器」であるアルブミン尿検査が十分に行き届いていない現状は、あまりにも損失が大きい。

厚生労働省は、これまでの普及啓発中心の対策から脱却し、特定健診の標準化と保険適用の拡大、そして自治体の初動を支える財政支援という、実装レベルの施策を一体として



進めるべきである。強靱な CKD 対策網を全国に張り巡らせることは、国民の QOL を守り、わが国の社会保障制度の持続可能性を確保するための、最優先の政策課題である。



「沈黙の国民病」CKD（慢性腎臓病）の潜在的リスクから国民を守る、早期介入体制の全国標準化に向けた緊急提言
～「見過ごされた1,900万人」の重症化を防ぐ、健診・保険適用の最適化と包括的支援～

2026年4月6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

