

健診で見いだされた CKD（慢性腎臓病）への対応

八戸学院大学人間健康科学部
遠藤 守人



令和8年8月22日 青森県医師会産業医基本研修会

本日の内容

- CKDの概要
 - CKDの定義
 - CKDの評価
- CKDへの対応
 - CKDの紹介基準

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目

定期健康診断の健診項目は労働安全衛生規則（昭和47年労働省令第32号第44条）に基づき、以下のとおり一般定期健康診断の項目が定められている。

定期健康診断の健診項目

- 既往歴及び業務歴の調査
- 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 身長、体重、腹囲、視力及び聴力の検査
- 胸部エックス線検査及び喀痰検査
- 血圧の測定
- 貧血検査（血色素量及び赤血球数の検査）
- 肝機能検査（GOT、GPT、 γ -GTPの検査）
- 血中脂質検査
（LDLコレステロール、HDLコレステロール及び血清トリグリセライドの量の検査）
- 血糖検査
- 尿検査（尿中の糖及び蛋白の有無の検査）
- 心電図検査

労働安全衛生規則等の一部を改正する省令案の概要（諮問）

1. 改正の趣旨

- 労働安全衛生法に基づく一般健康診断について、「労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目等に関する検討会」において得られた結論に基づき必要な改正を行うもの

2. 改正の概要

- 一般健康診断の項目に係る省令の改正
 - 血清クレアチニン検査を追加※1、喀痰検査を削除※2、肝機能検査の名称変更（GOT⇒AST、GPT⇒ALT、γ-GTP⇒γ-GT）※3
 - ※1 厚生労働大臣が定める基準に基づき、医師が必要でないと認めるときは、省略することができることとする。
 - ※2 胸部エックス線検査の結果に基づき結核感染が疑われる者については、速やかに医療機関への受診勧奨を行うことを健診機関等に指導予定。
 - ※3 事業者や労働者に名称変更による混乱が生じないよう、必要に応じ、健康診断個人票について、新名称と旧名称を併記しても構わない旨健診機関に周知予定。
- その他所要の改正

3. 公布日等

公布日 : 令和8年4月（予定）
施行期日 : 令和9年4月1日

労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目等に関する検討会報告書を踏まえた対応方針（案）

安全衛生分科会（第184回）

資料
1-2

令和8年3月16日

第181回安全衛生分科会資料3（抜粋）

	項目	検討会の議論等	省令での対応案	それ以外での対応案
追加検討項目	眼底検査 ※眼底検査とは、瞳孔の奥にある眼底を眼底カメラで撮影し、眼底の血管、網膜、視神経等を調べる検査。	・緑内障の業務起因性等を示すエビデンスは乏しい。		・普及啓発を強化することにより、眼底検査を推奨する。
	血清クレアチニン検査 ※クレアチンは、通常、尿中に排泄されるが、腎臓の機能が低下すると、血中に残留する。同検査により、腎臓の機能を評価することができる。	・既存項目の尿蛋白検査では把握できないCKD（慢性腎臓病）相当の有所見者が一定程度存在する。	・検査項目に追加する。 ※40歳未満の労働者については、労働者の健康状態等を勘案しながら医師が必要でないと認めるときは、省略することができることとする。	
	骨粗鬆症検査 ※骨粗鬆症検査とは、骨密度（骨の中にカルシウムがどの程度あるか）を測る検査。	・骨粗鬆症の業務起因性等を示すエビデンスは乏しい。		・これまで同様、健診強化月間等で骨粗鬆症検査の周知を行う。
既存項目	胸部エックス線検査	・引き続き、（結核高蔓延国からの入国者の増加による）結核感染への対策が必要であり、胸部エックス線検査は有用である。		
	心電図検査	・心臓疾患のスクリーニングとしての機能を果たしている。		
	喀痰検査 ※喀痰検査（細菌検査）とは、痰を採取して、その中にどのような病的な成分が含まれているかを顕微鏡で観察し、感染症の有無や病原体を特定する検査	・喀痰検査の実施率は約1%である。 ・胸部エックス線検査で結核発病のおそれがあると診断されたら、速やかに医療機関の受診を促すことが望ましい。	・検査項目から削除する。	・胸部エックス線検査の結果、結核が疑われる者には、医療機関への受診を促す。
	肝機能検査	・検査対象の酵素の名称を、国際基準に一致させる。	・検査対象の酵素の名称を改正する。 （GOT→AST、GPT→ALT、 γ -GTP→ γ -GT）	6

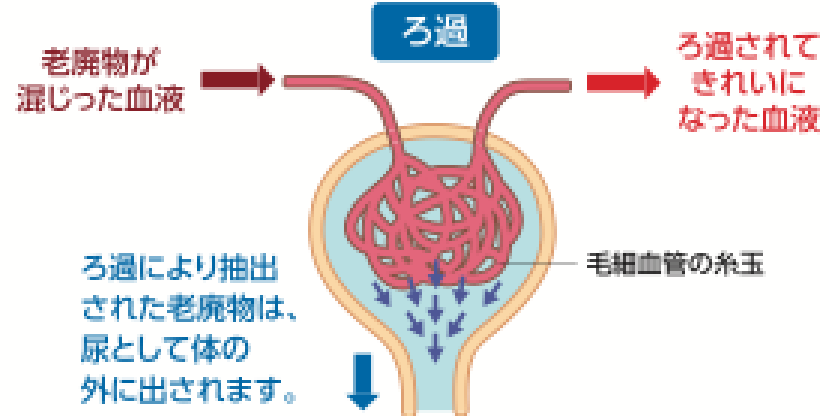
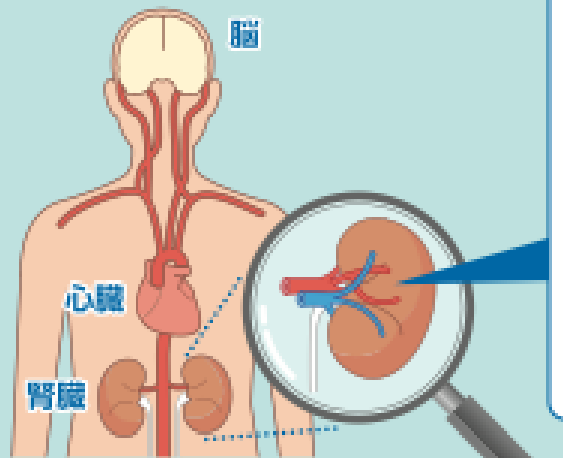
腎臓からのSOSを見逃していませんか？

自覚症状に乏しい腎臓の病気は、早期から適切な治療を受けることが大切です。

健診結果を見直してみましょう

腎臓と脳や心臓の関係、尿蛋白って？

腎臓は体に2個、
脳や心臓と血管でつながっています。



毛細血管の糸玉に傷がつくと、蛋白が尿へ漏れていきます。

腎臓からのSOSを見逃していませんか？～腎臓と脳や心臓の関係、尿蛋白って？
厚労省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/000944505.pdf>

第9回労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目に関する検討会

労働安全衛生法に基づく一般健康診断への 血清クレアチニン値の追加に関する要望に関して

一般社団法人日本腎臓学会

労働安全衛生法に基づく一般健康診断への血清クレアチニン値の追加に関する特別委員会
(理事長直轄 重点事業委員会)

猪阪善隆 和田健彦 旭浩一 田村功一 福間真悟 柏原直樹

「慢性腎臓病(CKD)の業務起因性・業務増悪性」について

労働に関わる事項と慢性腎臓病(CKD)発症進行のリスクの関連について

エビデンス①

- ・長時間労働はCKDの発症のリスク

エビデンス②

- ・夜間勤務によるストレスはCKD発症のリスク

エビデンス③

- ・工作中的の長い座位はCKD発症・進行のリスク

エビデンス④

- ・睡眠不足はCKD進行のリスク

エビデンス⑤

- ・運動不足はCKD発症のリスク

エビデンス⑥

- ・高温環境下での仕事はCKDを発症・進行させうる

血清クレアチニン値およびeGFR値に異常を指摘された 労働者への対応について

日本腎臓学会として推奨したいeGFR値に基づいたCKDに対する事後措置

高度な腎機能低下(CKDステージG3b～G4以降※)を有する者については、労働安全衛生法第66条の5に基づき、業務負荷による健康障害回避のため、

- ✓ 長時間の残業
- ✓ 頻回の夜間勤務
- ✓ 脱水になりやすい高温環境での仕事 等

を可能な限り避けるよう、配置転換等の事後措置を検討することを提案します。

なお、労働者の健康確保対策として、同法第66条の7に基づく保健指導も重要です。

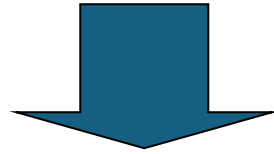
以下の実施についても努めて頂きますよう、お願い致します。

- ✓ CKDステージG3a※以降(GFR 60未満)では、医師・保健師による保健指導（食事・運動などの日常生活面での指導等）
- ✓ 40歳以上ではCKDステージG3b※以降(GFR 45未満)、40歳未満ではCKDステージG3a以降(GFR 60未満)では、医療機関への受診勧奨

※ CKDのGステージはGFRの値で決定される。CKDステージG3aはGFR 45-59, CKDステージG3bはGFR 30-44, CKDステージG4はGFR 15-29である。

CKDの概要

増加し続ける末期腎不全（ESRD）の背後には
膨大な数の予備軍が存在する



慢性腎臓病

（CKD = Chronic Kidney Disease）

という言葉で総括的に捉えて対策を講じる必要性

- CKD is common （CKDは数が大変多い）
- CKD is harmful （CKDは健康への脅威である）
- CKD is treatable （CKDは治療可能である）

2002年 米国～国際的に提唱

わが国におけるCKD

～日本腎臓学会～

・ 2007年 2012年

「CKD診療ガイド」

・ 2009年 2013年 2018年

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2009」



・ 2023年

「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023」



・ 2024年

「CKD診療ガイド2024」

「患者さんご家族のためのCKD療養ガイド2024」

日本腎臓学会が専門医に向けて最新のエビデンスに
基づいてガイドラインを改訂

エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2023



編集 日本腎臓学会
2023年6月（東京医学社）

① 非専門医や、かかりつけ医、コメディカル向け、
図表を交えて解説したもの～**CKD診療ガイド2024**

② 患者やその家族を利用対象としてわかりやすく解説した
もの～**患者さんにご家族のためのCKD療養ガイド2024**

①



②

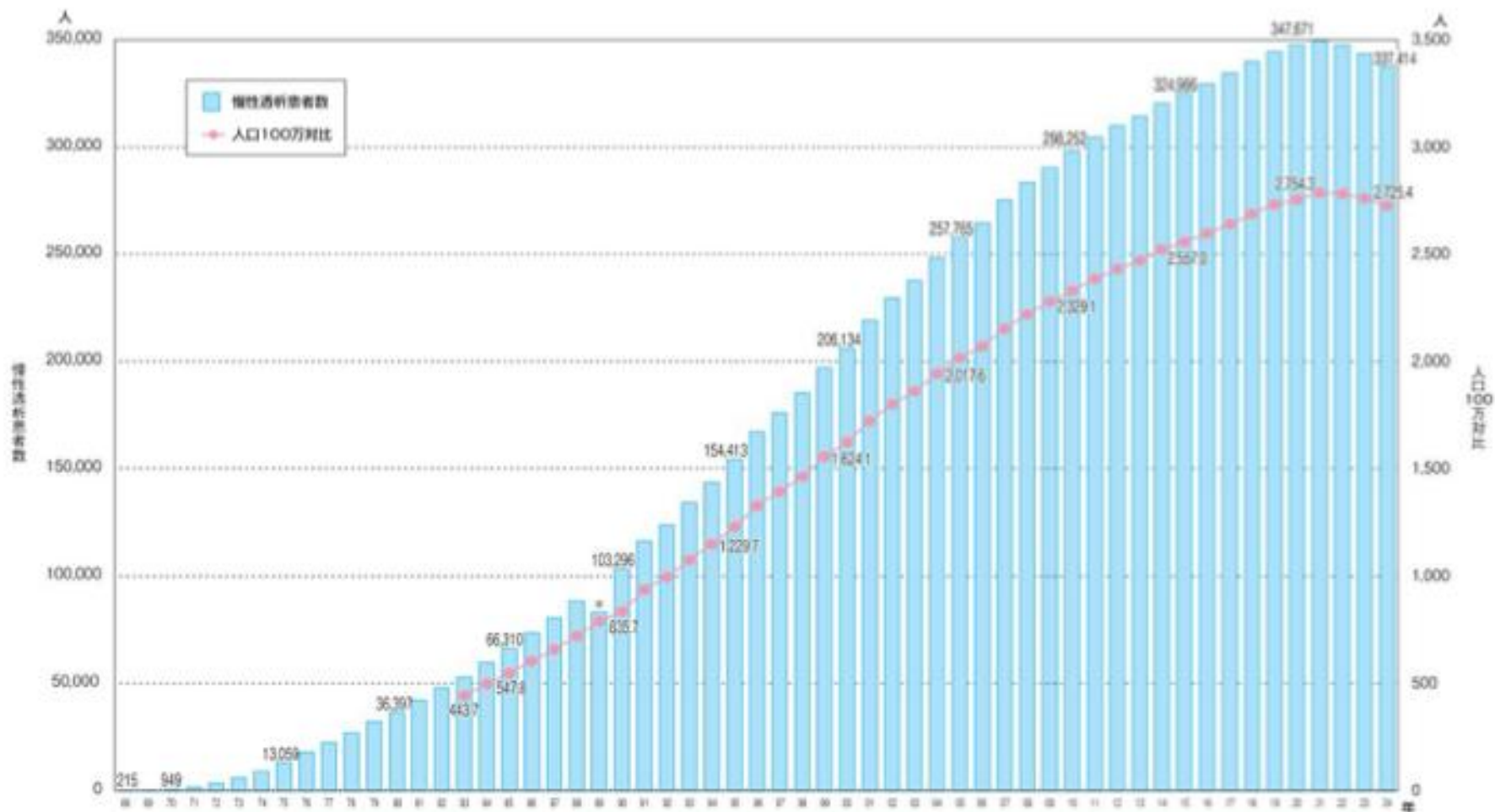


編集 日本腎臓学会
2024年7月（東京医学社）

CKDの重要性

- 2024年の推計では、日本のCKD患者数は約2,000万人（成人5人に1人）である。
- 2022年末現在、日本の透析患者数は約35万人である。
- 腎機能障害（eGFRの低下）および蛋白尿・アルブミン尿は末期腎不全、心血管死、全死亡など重篤なイベントの強力なリスク因子である。
- CKDの発症・進展には生活習慣病（高血圧、糖尿病（DM））が深く関連している。
- CKD発症・進展のリスク因子は、高血圧とDMに加えて、高齢者、CKDの家族歴、過去の健診における尿異常や腎機能異常、および腎形態異常、脂質異常症、高尿酸血症、NSAIDsなどの常用薬、急性腎障害の既往、肥満およびメタボリックシンドローム、喫煙、便秘、膠原病、感染症、尿路結石などがある。

慢性透析患者数（1968-2024年）と 有病率（人口100万対比，1983-2024年）の推移

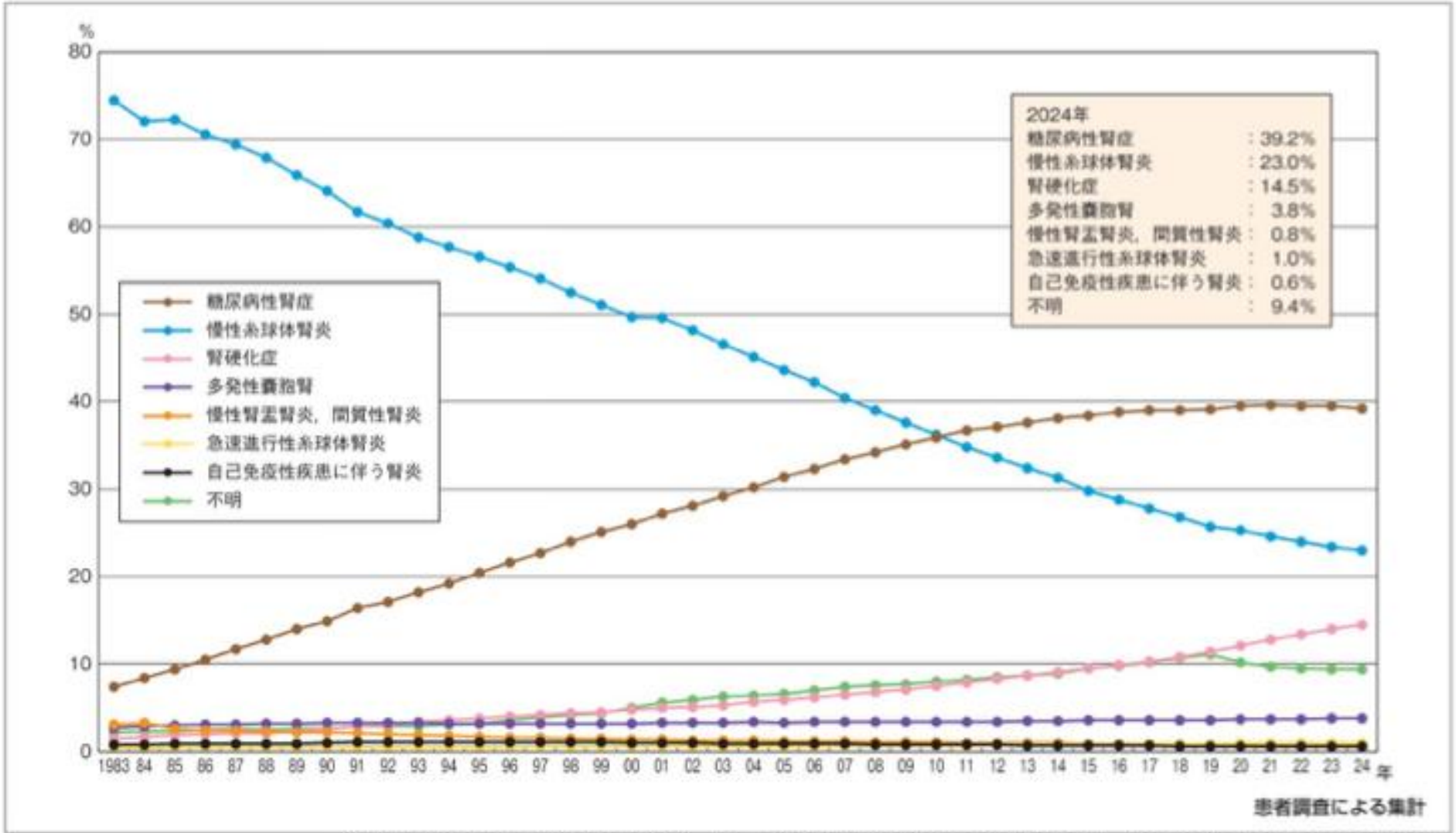


※1989年末の患者数の減少は、当該年度にアンテート回収率が86%と例外的に低かったことによる見掛け上の影響である。人口100万対比は回収率86%で補正。

施設調査による集計

一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況（2024年12月31日現在）」

慢性透析患者原疾患割合の推移。1983-2024年



CKDの定義

CKDとは

腎障害を示唆する所見（特に蛋白尿）、もしくは腎機能の低下が3ヶ月を超えて持続する状態

CKDの定義は以下の通りであり、①、②のいずれか、または両方が3ヶ月を越えて持続することで診断する。

- 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 $\text{GFR} < 60 \text{ mL/分/1.73 m}^2$

CKDの重症度の評価

CAG分類で評価

- ・ 原因疾患 (Cause : C)
原因によって治療方法や
腎予後が異なる
- ・ 蛋白尿もしくはアルブミン尿 (A)
尿蛋白区分 (A1～A3)
- ・ 腎機能 (eGFR : G)
腎機能障害の区分 (G1～G5)

CKD重症度分類

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		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、CVD死亡発症のリスクを緑 ■ のステージを基準に、黄 ■、オレンジ ■、赤 ■ 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)

(CKD診療ガイド2012, 改変)

腎機能の評価

腎機能は GFRを用いて評価する。日常診療では血清 Cr値，性別，年齢から日本人の GFR推算式（JSN eGFRcr）を用いて算出する。

JSN eGFRcr

：男性 $194 \times \text{血清 Cr (mg/dL)} - 1.094 \times \text{年齢 (歳)} - 0.287$ (mL/分/1.73 m²)

：女性 $194 \times \text{血清 Cr (mg/dL)} - 1.094 \times \text{年齢 (歳)} - 0.287 \times 0.739$ (mL/分/1.73 m²)

注：酵素法で測定された Cr値（小数点以下 2桁表記）を用いる。
これらの推算式は 18歳以上に適用する。

腎機能の評価（参考）

必要に応じて血清シスタチンC 値に基づく
日本人の GFR推算式（JSN eGFRcys）を用いる．

JSN eGFRcys

- ：男性 $104 \times \text{血清シスタチン C (mg/L)}$
 $- 1.019 \times 0.996^{\text{年齢 (歳)}} - 8 \text{ (mL/分/1.73 m}^2\text{)}$
- ：女性 $104 \times \text{血清シスタチン C (mg/L)}$
 $- 1.019 \times 0.996^{\text{年齢 (歳)}} \times 0.929 - 8 \text{ (mL/分/1.73 m}^2\text{)}$

Cr は筋肉から産生され，**血清 Cr 値は筋肉量の影響**を受けるため，サルコペニア（長期臥床など），筋疾患，四肢欠損で筋肉量の減少している症例ではeGFRcrが高く推算される．逆に**アスリート，運動習慣のある高齢者**などの症例では筋肉量が多いため，**eGFRcrが低く推算**される．また，血清 Cr値は食事内容，運動，尿細管分泌によっても影響を受ける．

尿所見の評価

～蛋白尿・アルブミン尿

①試験紙法

～健診や CKD スクリーニング

②尿蛋白定量（尿中総蛋白定量）

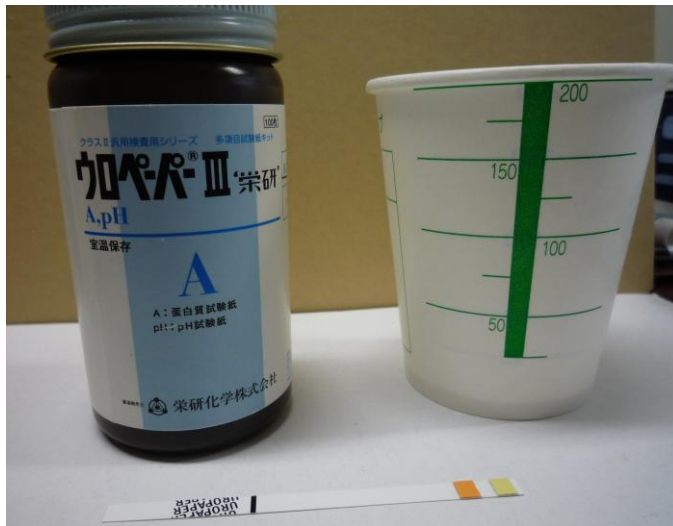
～進行した糖尿病性腎臓病や非糖尿病性CKDの診療

③尿中アルブミン定量

～糖尿病性腎臓病の早期診断や予後予測

- 定量検査は蓄尿もしくは随時尿を用いる。随時尿では、同一検体で尿中 Cr濃度、尿蛋白もしくは尿中アルブミン濃度を測定し、尿蛋白/尿 Cr 比 (g/gCr) , 尿アルブミン/尿 Cr 比を算出する。
- 尿中アルブミン定量は原疾患にかかわらず鋭敏な指標（世界標準）：日本の保険診療では「糖尿病又は糖尿病性早期腎症患者であって微量アルブミン尿を疑うもの（糖尿病性腎症第1期又は第2期のものに限る）」に適応が限定され、測定回数も3カ月に1回に限られており、日本でもCKD評価において原疾患に限らず尿中アルブミン定量が施行可能となることが望ましい。

尿検査 ～尿定性（スクリーニング検査）：試験紙法



尿定性検査の判定

判定	タンパク濃度 (mg/dL)
(－)	15 mg/dL未満
(±)	15 mg/dL～
(1+)	30 mg/dL ～
(2+)	100 mg/dL～
(3+)	300 mg/dL～
(4+)	1000 mg/dL～

蛋白尿・アルブミン尿の評価

	A1	A2	A3	
アルブミン尿	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	(ネフローゼ)
尿アルブミン排泄量 (mg/日)	<30	30 ~ 299	≧300	≧2,000
尿アルブミン/Cr 比 (mg/gCr)	<30	30 ~ 299	≧300	≧2,000
蛋白尿	正常	軽度	高度	(ネフローゼ)
尿蛋白排泄量 (g/日)	<0.15	0.15 ~ 0.49	≧0.50	≧3.5
尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	<0.15	0.15 ~ 0.49	≧0.50	≧3.5
試験紙法での目安	(-) ~ (±)	(-) ~ (2+)	(1+) ~ (3+)	(3+) ~ (4+)

(参考) 腎臓に基礎疾患がなくても、蛋白尿は起立性蛋白尿，熱性蛋白尿として現れる。

- ・起立性蛋白尿は早朝第一尿で陰性，活動後で陽性となる（小児でしばしば認められ，安静時には現れないが，腎下垂や遊走腎により血流が変化するため，立位，前腕，運動後にのみ出現する）。
 - ・熱性蛋白尿は発熱時に一時的に出現し，解熱後に消失する。
- いずれも病的意義はなく，治療は不要である。

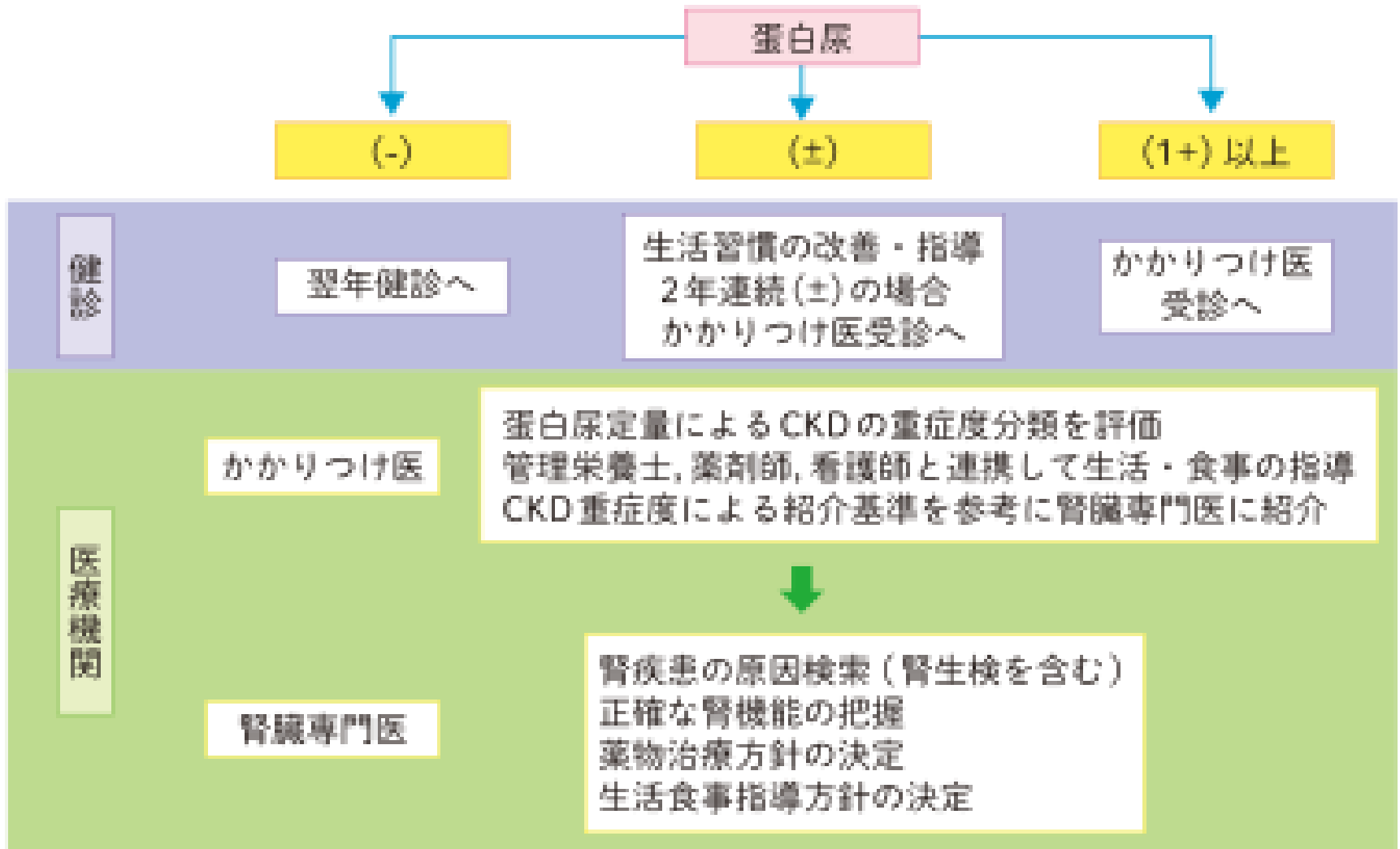
蛋白尿・アルブミン尿評価の重要性

- 蛋白尿・アルブミン尿は末期腎不全，CVD死亡，全死亡など重篤なイベントの強力なリスク因子である。
- 蛋白尿・アルブミン尿は原疾患検索のための腎生検施行の目安となる～高度蛋白尿もしくは蛋白尿・血尿ともに陽性の場合には腎生検を考慮する。
- 蛋白尿・アルブミン尿は CKD経過観察および加療中のリスク評価指標，治療効果指標，治療選択指標として有用であり，定期的に評価する。
- 蛋白尿・アルブミン尿を減少させ腎保護効果が期待される治療介入としては，減塩，減量とともに、RA系阻害薬，ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬，SGLT2阻害薬などを用いた薬物治療が有用である。

RA：renin-angiotensin

SGLT2：Sodium-glucose cotransporter 2

蛋白尿の評価とその対処法



血尿の評価（1）

- * 尿潜血反応が陽性の場合には尿中赤血球数算定の確認試験を行う.
- * 顕微鏡による尿沈渣検査では5個/（400倍強拡大視野）以上，無遠心尿では20個/ μ L以上を血尿とする.
- * 蛋白尿が合併している場合，変形赤血球や赤血球円柱が認められる場合，進行性の腎機能低下を呈している場合は糸球体疾患が疑われる.
- * 糸球体疾患ではコーラ色の褐色尿を呈する場合がある.
- * 尿路感染症や腎後性因子が否定的で全身症状を伴う腎機能低下では急速進行性糸球体腎炎を呈して，内科的緊急性を要する場合がある.

血尿主体

IgA腎症

紫斑病性腎炎

急性腎炎

菲薄基底膜病
(良性家族性血尿)

アルポート症候群

特発性腎出血

血尿・蛋白尿主体

IgA腎症

紫斑病性腎炎

急性腎炎

膜性増殖性腎炎
(含；C3腎症)

ループス腎炎

ANCA関連腎症
(急速進行性腎炎症候群)

ANCA：好中球細胞質抗体

蛋白尿主体

微小変化型ネフローゼ
症候群

巣状糸球体硬化症

膜性腎症

糖尿病性腎臓病
(腎症)

アミロイド腎症

血尿の評価（2）

- * 非糸球体性顕微鏡的血尿や肉眼的血尿が認められた場合には、尿路悪性腫瘍や結石などの泌尿器疾患を念頭に、泌尿器科専門医へ紹介する。
- * 非糸球体性顕微鏡的血尿において、高齢、男性、喫煙歴、肉眼的血尿の既往は尿路悪性腫瘍のリスク因子であり、リスクに応じた泌尿器科学的評価を行う。

日本腎臓学会編，CKD診療ガイド 2024，東京医学社

（参考）

血尿診断アルゴリズム～血尿診断ガイドライン 2023

血尿診断ガイドライン改訂委員会

日本腎臓学会・日本泌尿器科学会・日本小児腎臓病学会・日本医学放射線学会・
日本臨床検査医学会・日本臨床衛生検査技師会

原因の評価

- * CKDはさまざまな腎疾患を統括する疾患であり，その原因によって治療や腎，生命予後が異なる．
- * 特に腎炎は専門的診断や治療を要する病態であり，組織診断によって対応が異なる．
- * 糖尿病や高血圧に関連した腎疾患に対しても臨床経過が異なる．
- * GFRと尿アルブミンによるGA重症度に腎疾患の原因を加えた CGA重症度は，より予後を反映する．
- * CKDと診断した場合には原因検索を行い，CKD重症度に併記する．

（参考例）CKD G3aA2 （IgA腎症）

CKD G4A1 （高血圧性腎硬化症）

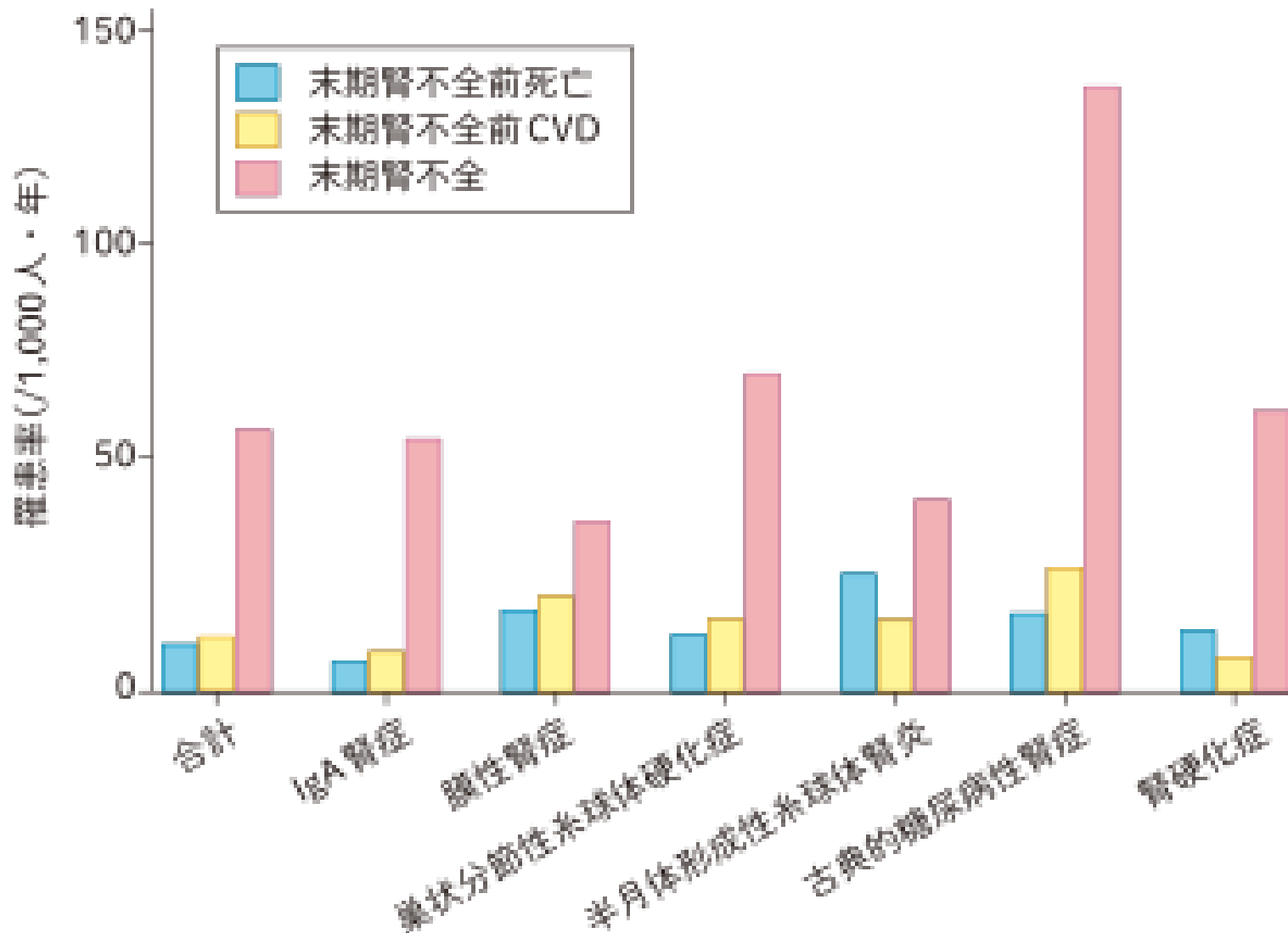
CKD G3bA3 （糖尿病性腎臓病）

CKDの原因となる代表的な疾患・病態および概要

主な疾患・病態	概 要
糖 尿 病 関 連 腎 臓 病	糖尿病関連腎臓病は、糖尿病を発症してすぐに生じるわけではなく、高血糖の状態が長く続いた場合に腎臓が傷んでしまうことで発症します。2023 年末の時点で透析患者の原因疾患のうち糖尿病関連腎臓病が最も多い状況であり、国をあげて重症化予防に取り組んでいます。糖尿病関連腎臓病では病期に応じた治療が行われ、血糖値だけでなく、血圧や脂質のコントロールなど、さまざまな側面から治療していくことが大切です。
高 血 圧 性 腎 硬 化 症	高血圧が長い期間続くことで腎臓の中の血管が固く、細くなり、腎機能が低下する病気です。検尿では異常がないことも多く、たまたま受けた血液検査で血清クレアチニンの高値でみつかることが多いです。腎機能は比較的ゆっくり低下することが一般的ですが、血圧が下がり過ぎたり、脱水、腎臓の血流を悪くするお薬（鎮痛薬など）の影響を受けたりして、腎機能が急に低下することがあるため、注意が必要です。
慢性糸球体腎炎	何も症状がないのに、尿の検査で蛋白尿や血尿がみられる病気でもっとも多いのが慢性腎炎です。その中でもっとも多いのがIgA 腎症です。IgA 腎症は、早期に診断して治療すれば完全に治る可能性もありますが、診断や治療が遅れると腎臓の機能が悪くなり、透析療法が必要になることもあるため、無症状でも放置しないことが重要です。
多 発 性 囊 胞 腎	多発性嚢胞腎（PKD）は両方の腎臓に数多くの液体が溜まった袋（嚢胞）ができ、はじめは小さな嚢胞ですが、年をとるにつれて徐々に増大する遺伝性の病気です。嚢胞の増大とともに腎臓の機能が低下し、60 歳までに約半数の患者さんが末期腎不全のために透析が必要になります。腎臓以外に肝臓などにも嚢胞ができます。さらに高血圧など多くの症状が起こります。脳動脈瘤を合併することがあり、PKD 患者さんの血縁関係には、しばしば腎不全や脳卒中の人がいます。進行を抑えるお薬であるトルバプタン [®] が使用できます。

慢性腎臓病（CKD）における治療と仕事の両立に関する手引き

https://jsn.or.jp/academicinfo/report/CKD_ryoritsu-shien_manuel.pdf



腎疾患別死亡、CVD、末期腎不全の累積罹患率

～腎組織診断ごとに死亡、CVD、末期腎不全累積率が異なる

文献 (Hamano T, et al. Nephrol Dial Transplant 2023; 38: 384-95) より引用

日本腎臓学会編, CKD診療ガイド 2024, 東京医学社

CKD進行の指標

＊末期腎不全を予測する因子として，1～3年間で血清 Cr値の倍化（eGFR 57%低下に相当），eGFR 40%もしくは30%の低下が有意な因子である．また，これら因子はCKD進行の指標となり得る．

＊eGFRスロープは腎予後の予測に有用な因子であり， $-5.0 \text{ mL/分/1.73 m}^2/\text{年}$ より負に急峻な場合は rapid progression とされる．

令和5-7年度 厚生労働省 厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業)

慢性腎臓病 (CKD) における 治療と仕事の両立に関する手引き

令和7年10月

ライフスタイルに着目した慢性腎臓病 (CKD) 対策に資する研究班

はじめに

研究代表者

中 川 直 樹

慢性腎臓病 (CKD) は、国内に推定 2,000 万人、成人の約 5 人に 1 人が罹患している国民病です。特に働き盛りの現役世代にとって、CKD は自覚症状がなく、気付かないうちに病気が進行しているケースが少なくありません。そして、病状の進行とともに通院や治療の負担が増え、仕事との両立が大きな課題となります。また「人生 100 年時代」と言われる現代において、超高齢社会を迎える我が国では、65 歳以上の働く人々の数が年々増加しており、治療を受けながら働き続けることを希望する人が今後増えることが予想されます。

治療と仕事の両立支援に関しては、厚生労働省が 2016 年 (平成 28 年) 2 月に「事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン」を発表し、2019 年 (平成 31 年) 3 月にはこれを「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」と改称しました。このガイドラインは、2017 年 (平成 29 年) 3 月 28 日に決定された「働き方改革実行計画」にも含まれ、その推進が図られています。ガイドラインの参考資料として、がん、脳卒中、肝臓、糖尿病、心疾患、糖尿病の代表的な 6 疾患に関する「留意事項」および「企業・医療機関連携マニュアル」が作成され、両立支援の取り組みの普及が進められています。

慢性腎臓病 (CKD) はこれまでガイドラインに含まれていませんでしたが、2018 年 (平成 30 年) 7 月の「腎疾患対策検討会報告書」で、CKD 患者の生活の質 (QOL) 向上には、CKD の重症化予防だけでなく、「治療と仕事の両立支援」が重要であるとされました。このため、企業・医療機関向けに、CKD に罹患している労働者に対する両立支援の基礎知識や留意事項を新たにまとめました。

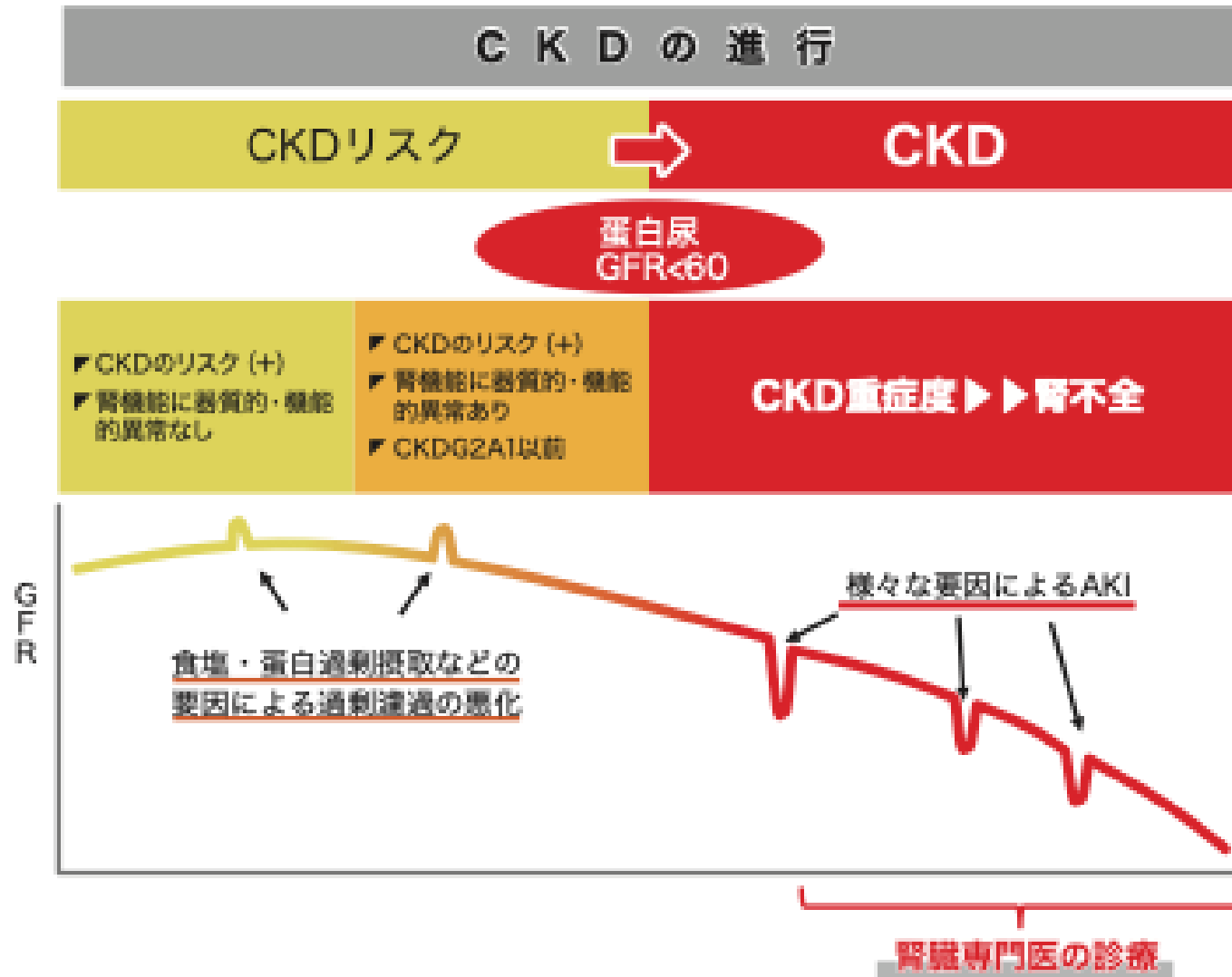
本書では、Ⅰ 基礎編で CKD を発症した就労中の方や、血液透析、腹膜透析、腎移植が必要となった方々に関する情報を提供しています。Ⅱ 事例編では、具体的な症例に基づく事業者と医療機関との情報共有の事例を示しています。事業者の皆様には、本書を参考に疾患の理解を深め、労働者の病状や業務内容を踏まえた就業上の措置を検討していただきたいと思います。

なお、両立支援の基本的な考え方については、上記のガイドラインを参照してください。¹

¹ 具体的には厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakun/suite/bunya/0000115267.htm>) に示されているガイドラインの P1 ～ P26 や参考資料「企業・医療機関連携マニュアル」の P1 ～ P17

慢性腎臓病 (CKD) における治療と仕事の両立に関する手引き
厚労省AMED研究班：ライフスタイルに着目した慢性腎臓病 (CKD) 対策
に資する研究班

CKD進行のモデル図



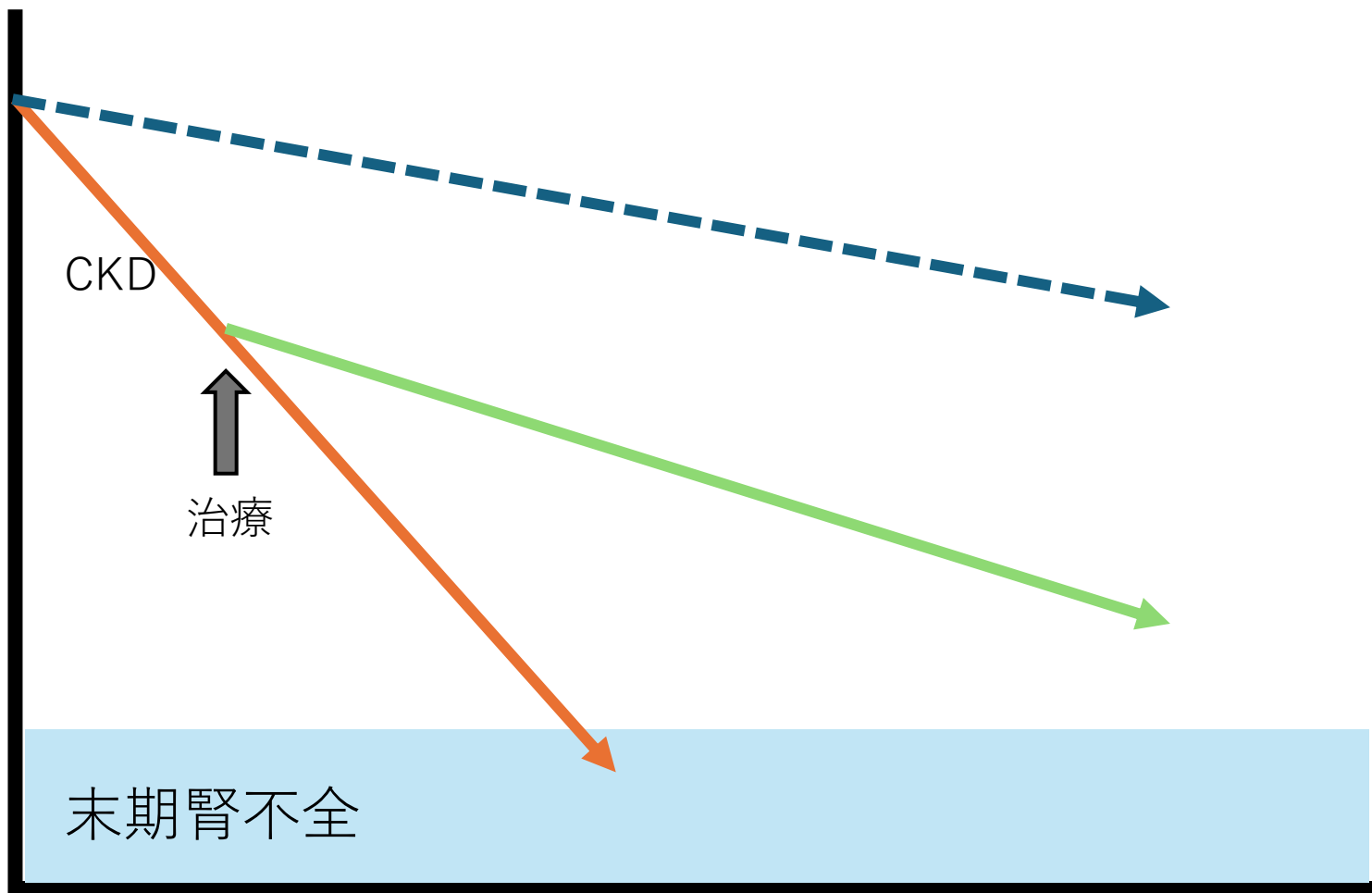
(日本腎臓病協会：案内用スライド療養士 PDF版<https://j-ka.or.jp/educator/img/edu-slide190812.pdf> より抜粋)

慢性腎臓病（CKD）における治療と仕事の両立に関する手引き

https://jsn.or.jp/academicinfo/report/CKD_ryoritsu-shien_manuel.pdf

腎機能の推移

腎機能



期間

CKD患者の紹介基準：健診受診者に医療機関への受診勧奨を行う基準

- * 尿蛋白（1+）以上を医療機関への受診勧奨とする.
- * 尿蛋白（±）が2年連続みられた場合，医療機関への受診勧奨とする.
- * eGFR 45 mL/分/1.73 m² 未満（CKDステージG3b以降）を医療機関への受診勧奨とする. 40歳未満では，eGFR 60 mL/分/1.73 m² 未満（CKDステージ G3a）を医療機関への受診勧奨とする.

CKD患者の紹介基準：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

- * CKDステージ G1, G2では、血尿を伴う場合は蛋白尿区分 A2, A3で腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。血尿を伴わない場合は蛋白尿区分 A3で腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- * CKDステージ G3aでは、40歳以上の場合は蛋白尿区分 A2, A3で腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。40歳未満の場合は蛋白尿区分にかかわらず、腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- * CKDステージ G3b～ G5では蛋白尿区分にかかわらず腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。
- * 3カ月以内に 30%以上腎機能の悪化を認める場合は、速やかに腎臓専門医・専門医療機関に紹介する。

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

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病性腎臓病		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 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		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	高度低下～末期腎不全	<15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3カ月以内に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、かかりつけ医と腎臓専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

本日のまとめ

- CKDは重要な健康課題となっている.
- CKDは原因疾患、尿蛋白と血清クレアチニン値によるeGFRにより評価される.
- CKDについての的確に評価し、早期介入することによって、腎機能低下の抑制および心血管疾患のリスク軽減に繋げることが必要である
リスク軽減に繋げることが必要である～労働者の健康状況の改善に大きく寄与する.

参考資料

厚労省ホームページ

- 慢性腎臓病（CKD）における 慢性腎臓病（CKD）における治療と仕事の両立に関する手引き

https://www.mhlw.go.jp/content/CKD_ryoritsu-shien_manuel.pdf

[一般向け情報]

- はじめよう！腎臓健康習慣

<https://www.mhlw.go.jp/content/001683271.pdf>

- 腎臓からのSOSを見逃していませんか？

<https://www.mhlw.go.jp/content/000944505.pdf>

日本腎臓学会ホームページ

（診療ガイドライン）

<https://jsn.or.jp/medic/guideline/>

- CKD診療ガイド2024
- 患者さんご家族のためのCKD療養ガイド2024
- エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023
- 血尿診断ガイドライン2023