

腎疾患対策担当者会議 議事次第

平成31年2月12日（火）

時間 15：30～17：00

場所 中央合同庁舎5号館講堂
(厚生労働省低層棟2階)

1. 開会
2. 平成31年度腎疾患対策予算（案）について
3. 腎疾患対策検討会報告書について
4. 日本腎臓学会・日本腎臓病協会の取組について
5. 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて
6. 各自治体における取組に係る事例紹介
7. その他

資料：議事次第

- 資料1 平成31年度腎疾患対策予算（案）について
- 資料2 腎疾患対策検討会報告書について
- 資料3 NPO 法人日本腎臓病協会の設立、活動、目標
—腎疾患対策検討会報告書の実現をめざして—
- 資料4 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて
- 資料5 熊本市のCKD（慢性腎臓病）対策について
- 資料6 岡山県のCKD（慢性腎臓病）対策について
- 資料7 大阪府のCKD（慢性腎臓病）対策について

平成31年度腎疾患対策予算(案) について

平成31年2月12日



厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

○経済財政運営と改革の基本方針2018について
(平成30年6月15日)(抜粋)

4. 主要分野ごとの計画の基本方針と重要課題

(1) 社会保障

(予防・健康づくりの推進)

(略)

糖尿病等の生活習慣病や透析の原因にもなる慢性腎臓病及び認知症の予防に重点的に取り組む。糖尿病等の生活習慣病の重症化予防に関して、県・国民健康保険団体連合会・医師会等が連携して進める埼玉県の取組など、先進・優良事例の横展開の加速に向けて今後3年間で徹底して取り組む。

(略)

糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進

- 新経済・財政再生計画改革工程表2018に糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進に向けた対策を記載
- かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数を増加
- 慢性腎臓病診療連携体制の構築及び自治体等への支援や好事例の横展開
- 2028年度までに年間新規透析患者数を35,000人以下に減少（2016年：約39,000人）

政策目標	KPI第2階層	KPI第1階層	取組
<p>【アンブレラ】 予防・健康づくりの推進</p> <p>【指標①】 平均寿命の延伸を上回る健康寿命（※）の延伸 ※3年に1度の調査に加え、毎年の動向を把握するための補完的な手法を検討 ※「健康寿命」について、まずは客観的かつ比較可能な統計としての在り方を検討</p> <p>【指標②】 高齢者の就業・社会参加率</p>	<p>○年間新規透析患者数【2028年度までに35,000人以下に減少】</p> <p>○糖尿病有病者の増加の抑制【2022年度までに1,000万人以下】</p> <p>○メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の数【2022年度までに2008年度と比べて25%減少】</p>	<p>○かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体、広域連合の数【増加】</p> <p>○特定健診の実施率【2023年度までに70%以上】</p> <p>○特定保健指導の実施率【2023年度までに45%以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画企業数【2022年度までに3,000社以上】</p> <p>○スマート・ライフ・プロジェクト（SLP）参画団体数【2022年度までに7,000団体以上】</p>	<p>1. 糖尿病等の生活習慣病や慢性腎臓病の予防の推進</p>
	<p>○「日常生活自立度」がⅡ以上に該当する認知症高齢者の年齢階級別割合【減少】</p>	<p>○認知症カフェ等を設置した市町村【2020年度末までに100%】</p> <p>○認知症サポーターの数【2020年度末までに1,200万人】</p> <p>○認知症サポート医の数【2020年度末までに1万人】</p> <p>○介護予防に資する通いの場への参加率【2020年度末までに6%】</p>	<p>2. 認知症予防の推進及び認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供</p>

平成31年度 腎疾患対策予算(案)について

(平成30年7月に取りまとめた腎疾患対策検討会報告書等を踏まえた腎疾患対策の強化)

平成30年度 31年度予算(案)
0.9億円 → 1.7億円

○ 腎疾患対策の概要

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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

(2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に(2016年は約39,000人))

- ①慢性腎臓病(CKD)に関する正しい知識を医療従事者、行政、国民全体に普及啓発を行い、腎疾患対策を推進
- ②CKD患者が早期に適切な診療を受け入れられるよう、地域における病診連携体制を推進
- ③診療連携体制の構築、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の研究開発を推進 等

○ 腎疾患対策費

平成30年度 31予算(案)
3百万円 3百万円

- ①腎疾患対策検討会報告書に基づく腎疾患対策推進に関する情報提供 等

○ 慢性腎臓病(CKD)特別対策事業(補助先:都道府県、政令指定都市、中核市)

平成30年度 31予算(案)
10百万円 30百万円

増

- ①患者等一般向けの講演会等の開催
- ②病院や診療所等の医療関係者を対象とした研修の実施
- ③CKD診療に関わる医療機関情報の収集と提供
- ④事業実施の評価 等

○ 慢性腎臓病(CKD)診療提供体制構築モデル事業(補助先:都道府県)

31予算(案)
15百万円

新

- ①保険者や地方公共団体(都道府県、市町村)と、医療従事者が連携した会議体による病診連携の推進
- ②腎疾患対策報告書に基づいた、地域に応じた腎疾患対策の立案と実施
- ③評価指標による対策の進捗管理と評価結果に基づくフィードバックの実施
- ④報告会の実施 等

○ 厚生労働科学研究費等補助金及び保健衛生医療調査等推進事業費補助金

平成30年度 31予算(案)
77百万円 121百万円

増

- ①診療連携を視野にいた、CKDの診療の質向上に直結する多施設長期コホート研究
- ②腎臓をターゲットとした診断法・治療法の研究開発 等

慢性腎臓病(CKD)特別対策事業

31年度予算案:30百万円

【背景】

慢性腎臓病(CKD)は、生命や生活の質に重大な影響を与えうる重篤な疾患であるが、腎機能異常が軽度であれば、適切な治療を行うことにより進行を予防することが可能である。しかし、CKDに対する社会的な認知度は低く、腎機能異常に気づいていない潜在的なCKD患者が多数存在すると推測され、医療現場においても見過ごされがちである。そこで、**地域における講演会等の開催や医療関係者を対象とした研修等を実施することにより、広くCKDに関する正しい知識の普及、CKD対策に必要な人材の育成等を図る必要がある。**

【事業スキーム(イメージ)】

【事業内容】

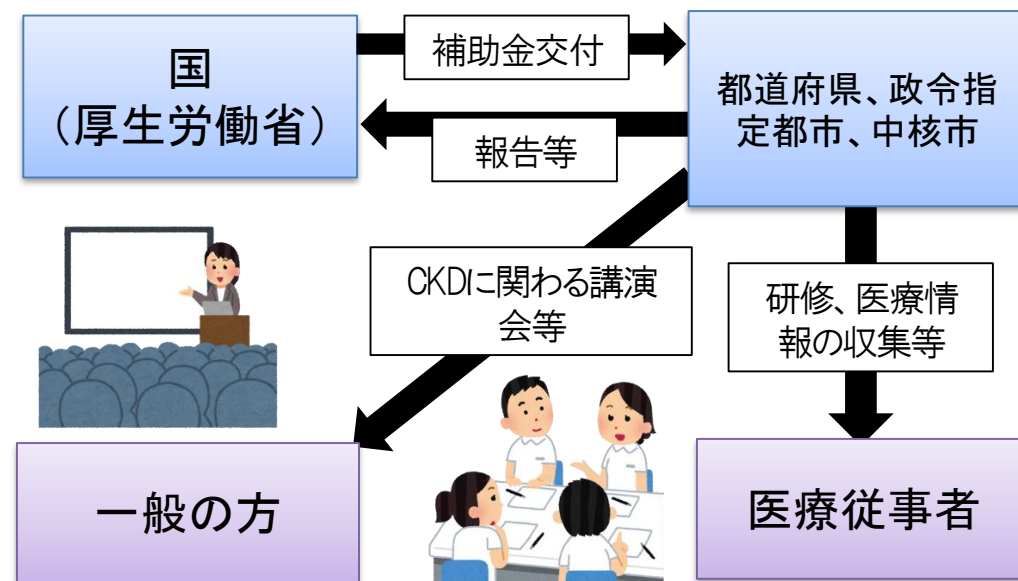
- ① 患者等一般向けの講演会等の開催
- ② 病院や診療所等の医療関係者を対象とした研修の実施
- ③ CKD診療に関わる医療機関情報の収集と提供
- ④ 事業実施の評価

【補助率】 1/2

【補助先】 都道府県、政令指定都市、中核市

【実績】

平成30年度 予算額約10百万円に対し、要望が約15百万円。
予算の範囲内に収まるよう減額調整。
25都道府県、6指定都市、9中核市



腎疾患対策検討会報告書(抜粋) 3.腎疾患対策の更なる推進のために ①普及活動

(ウ)今後実施すべき取組

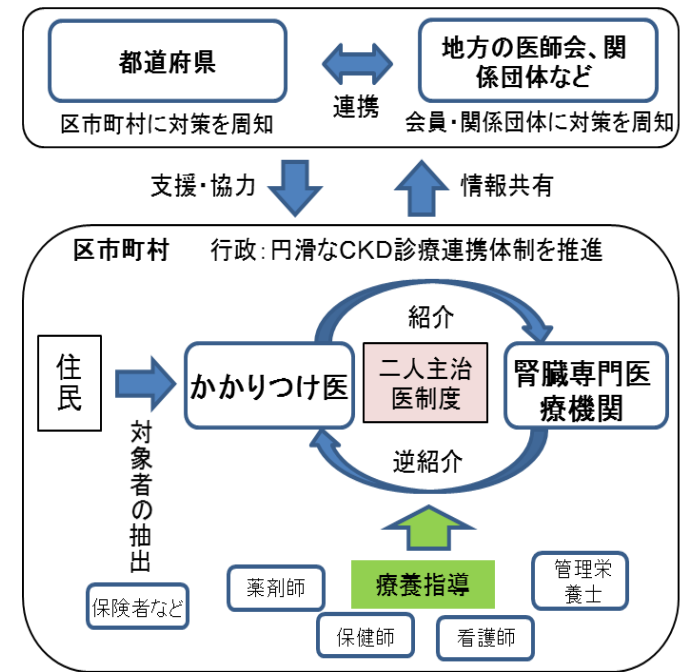
- ・国は、関連学会等と連携し、対象に応じて普及啓発すべき内容の検討整理を踏まえ、普及啓発資材を開発して普及を図る。
- ・関連学会等は、地域における腎疾患対策の中心的役割を担う担当者を都道府県ごとに決定し、**地方公共団体**と連携して普及啓発活動を推進するとともに活動の情報を集約し、地域での実施状況の把握および活動の効果の評価を行う。なお、糖尿病や高血圧等、他の疾病等と連携した普及活動も効果的・効率的と考えられる。
- ・国及び**地方公共団体**は、好事例を共有し、関連学会、関連団体等と連携して均てん化をおこなう。

事業目的

- 高齢化の進展に伴い、腎疾患患者の増加が予想されているため、10年ぶりに、腎疾患対策検討会を実施し、今後10年で新規透析導入患者の10%削減等の目標を設定。透析導入の主原因である糖尿病対策に加え、増加傾向の腎硬化症、難病対策とも連動した対策等が必要。
- 対策の好事例は存在するものの、横展開が十分とは言えない。対策を均てん化するため、行政と医療従事者とが連動して対策を実施することが必要。
- 市町村単位のモデル事業を全国に広げるには時間と手間がかかるため、都道府県と市町村を一括したモデル事業を実施し、都道府県を軸とした市町村への均てん化可能なCKD診療連携体制構築の一助とするものである。

【補助率】 1/2

【補助先】 都道府県



事業実施のイメージ(案)

平成31年度

【事業内容例】

- ① 保険者や地方公共団体と、医療従事者が連携した腎疾患対策推進のための会議体の設置、研修会等の実施
- ② 腎疾患対策検討会報告書に基づいた戦略策定と対策の実践
(地域における実態把握、既存の糖尿病対策や日本腎臓学会の地域における担当者等との連携構築、戦略的な普及啓発活動の実施等)
- ③ 評価指標等に基づく対策の進捗管理の実施
- ④ 報告会の実施 (進捗状況の見える化)

平成32年度

【事業内容例】

- ① 腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の実践および進捗管理の継続
- ② 対策の市町村への横展開を実施
- ③ 診療連携構築モデル事業に参加していない地方公共団体向けの成果報告会を実施

平成33年度～

全国的都道府県・市町村が活用
モデルから選択した対策を

対策の均てん化による
腎疾患対策の推進

まとめ

- 2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下（2016年は約39,000人）に減少させることを目標
- **CKD特別対策事業を利活用し、腎臓学会・腎臓病協会など関係団体と協力し、慢性腎臓病（CKD）に関する正しい知識を医療従事者、行政、国民全体に普及啓発の実施**
- **CKD特別対策事業・CKD診療連携構築モデル事業を利活用し、連絡協議会などを実施し、CKD患者が早期に適切な診療を受け入れられるよう、地域における病診連携体制を推進**

※糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定するとともに、自治体の取組について保険者努力支援制度等で支援

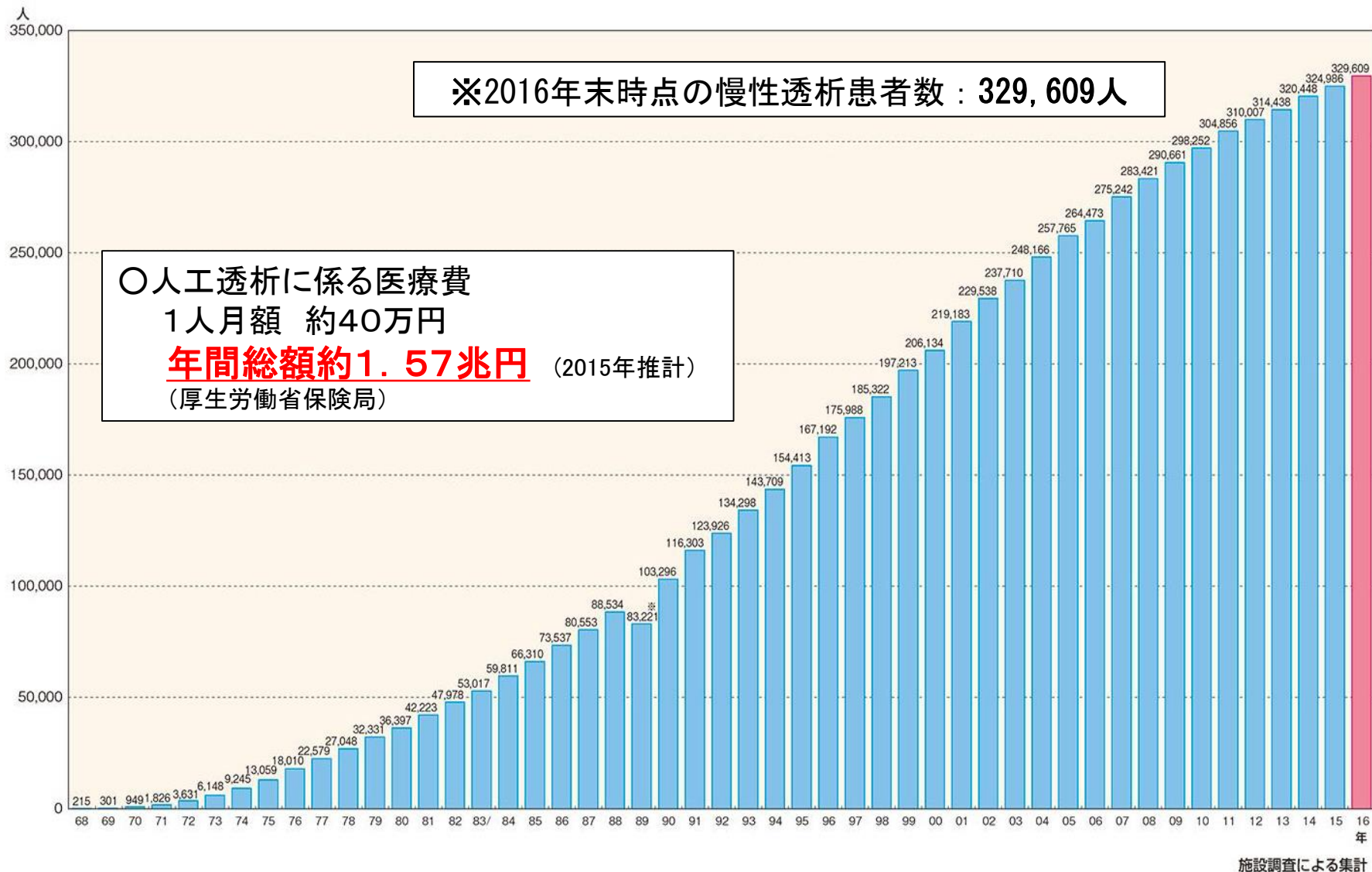
腎疾患対策検討会報告書について

平成31年2月12日



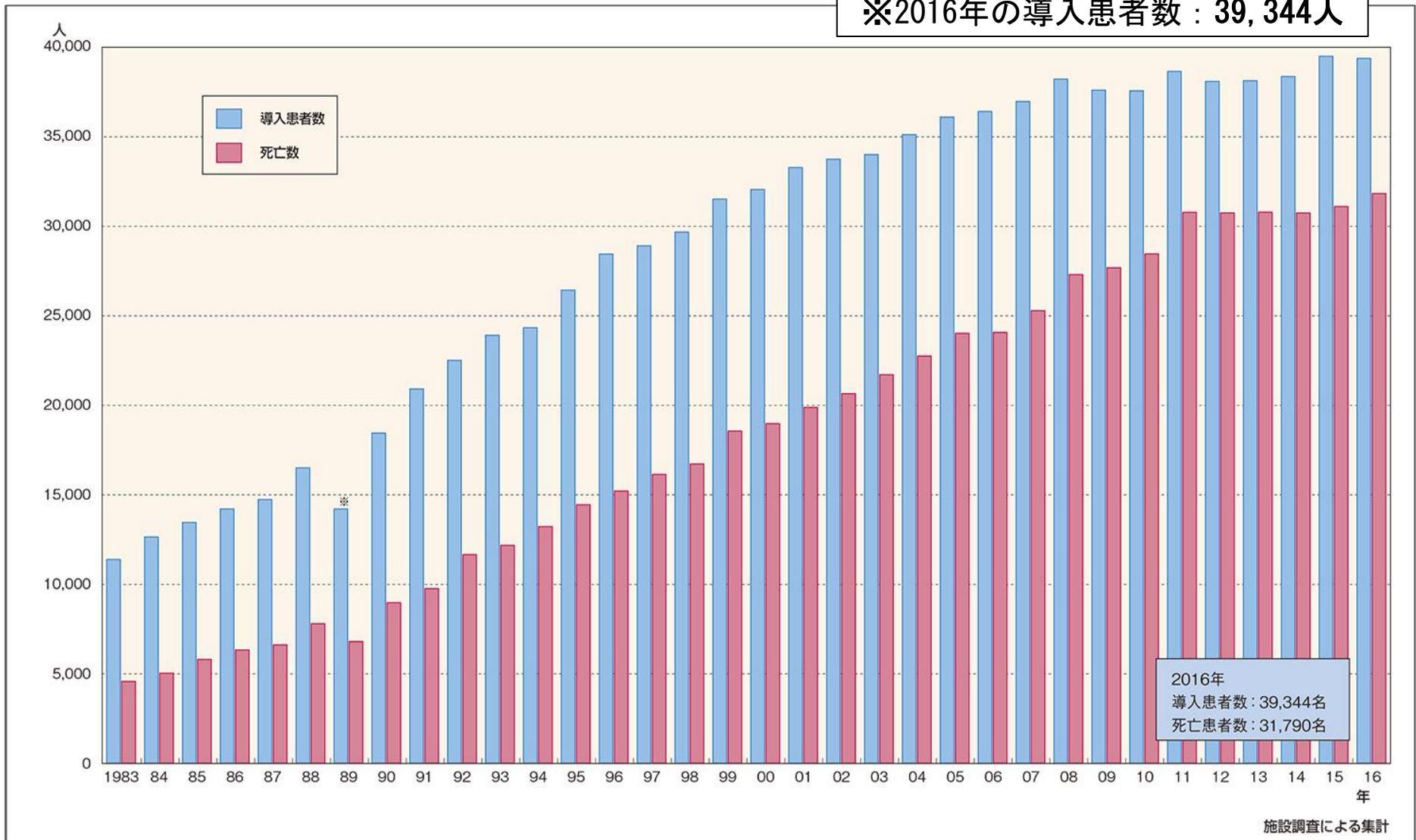
厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課

慢性透析患者数の推移(年別)



導入患者数および死亡患者数の推移(年別)

※2016年の導入患者数：39,344人



腎疾患対策検討会（平成29年度）

○目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病（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、腎移植患者を含む）のQOLの維持向上を図る。

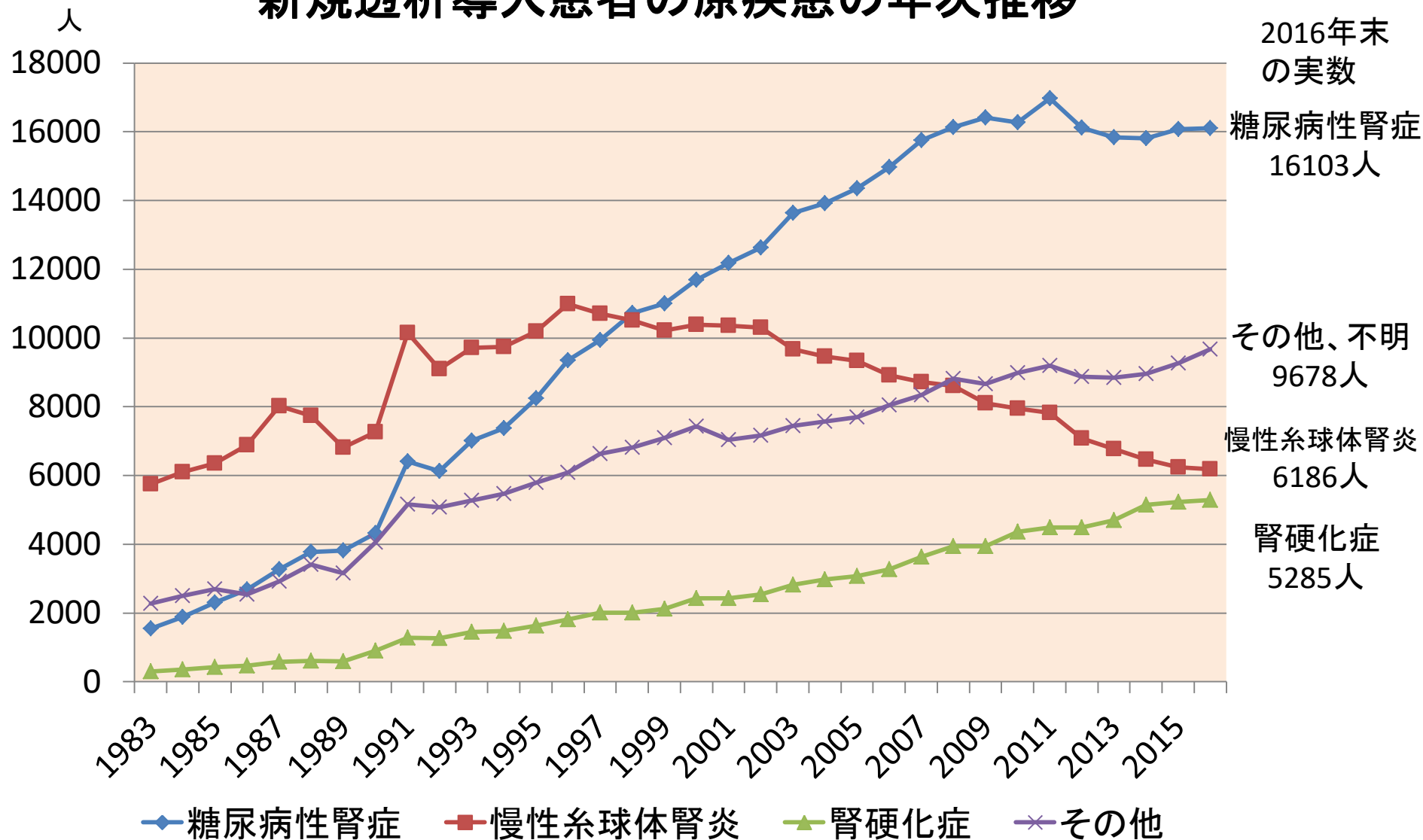
○開催状況

平成29年12月～平成30年5月（計4回開催）

○構成員

- ・座長 柏原 直樹 川崎医科大学副学長、日本腎臓学会理事長
- ・門脇 孝（東大、日本糖尿病学会理事長）、川村 孝（京都大）、川本 利恵子（日看協）、小室 一成（東大、日本循環器学会理事長）、中澤 よう子（神奈川県庁）、中元 秀友（埼医大、日本透析医学会理事長）、南学 正臣（東大）、羽鳥 裕（日医）、馬場 亨（全腎協）、松村 満美子（NPO）

新規透析導入患者の原疾患の年次推移



日本透析医学会誌「わが国の慢性透析療法の現況」の1983年～2016年度分をもとに、がん・疾病対策課作成
 「統計調査結果は日本透析医学会により提供されたものであるが、結果の利用、解析、結果および解釈は作成者が独自に行っている
 ものであり、同会の考えを反映するものではない。」

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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重症化予防の徹底とともに、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。

本目標を達成するため、国や関連学会等は、評価指標等を用いて、本報告書に基づく対策の進捗管理を実施する。その状況は、ホームページ等で公開されることが望ましい。また、国や関連学会は、進捗管理の過程で、KPIの達成が困難と判断される場合、適宜検討をおこない、後述する実施すべき取組に見直しを加えながら対策に取り組み、目標達成に努める。

達成すべき成果目標(KPI)

- (a) **地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家族等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。**

(評価指標)

- ・市町村単位での対策の取組状況
- ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用する市町村数 等

- (b) **かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。**

(評価指標)

- ・紹介基準に則った腎臓専門医療機関への紹介率
- ・腎臓専門医療機関からかかりつけ医等への逆紹介率
- ・地域におけるCKD診療を担う、かかりつけ医等の医療従事者数 等

- (c) **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。**(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

(評価指標)

- ・新規透析導入患者数について、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 等
- 地域の実情に応じて、人口当たりの導入患者数や、年齢調整、原疾患別の評価等を行うことも有用と考えられる。

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～

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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。

達成すべき成果目標(KPI)

- ① 地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家庭等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。
- ② かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。
- ③ 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。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

実施すべき取組

1. 普及啓発

- ① 対象に応じた普及啓発資材の開発とその普及
- ② 糖尿病や高血圧、心血管疾患等と連携した取組
- ③ 地域での取組の実施状況等を把握し、活動の効果の評価、効果的・効率的な普及啓発活動の共有、横展開

2. 医療連携体制

- ① かかりつけ医から腎臓専門医療機関等や糖尿病専門医療機関等への紹介基準の普及
- ② 定期的な健診受診を通じた、適切な保健指導や受診勧奨
- ③ 地域でCKD診療を担う医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報共有・発信
- ④ かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等が連携したCKD診療連携体制の好事例の共有と均てん化

3. 診療水準の向上

- ① 関連学会等が合同で協議し、推奨内容を合致させた、ガイドライン等の作成
- ② 利用する対象を明確にしたガイドライン等の作成・普及
- ③ 関連する疾患の専門医療機関との連携基準等の作成・普及

4. 人材育成

- ① 腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有するメディカルスタッフの育成
- ② かかりつけ医等と腎臓病療養指導士等との連携、また、関連する療養指導士等との連携推進

5. 研究の推進

- ① 関連学会との連携による、データベース間の連携構築
- ② 研究及び診療へのICTやビッグデータの活用
- ③ 国際共同試験を含めた臨床試験の基盤整備
- ④ 病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発
- ⑤ 再生・オミックス(ゲノム等)研究の推進
- ⑥ 腎臓病の基礎研究や国際競争力の基盤強化

②地域における医療提供体制の整備

(ア)目的

CKDは患者数が多いため、腎臓専門医療機関のみで診療を行うことは困難である。一方で、軽症のうちには、血圧や血糖の管理や減塩指導等の一般的な内科診療が中心であるが、重症化すると、合併症予防や最適な腎代替療法(血液透析、腹膜透析、腎移植)の選択や準備など、専門性の高い診療が必要となる。そのため、メディカルスタッフ等の協力のもと、紹介・逆紹介、2人主治医制など、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携を推進することで、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ことが目的である。

(イ)課題

- ・かかりつけ医等から腎臓専門医療機関等、あるいは、糖尿病専門医療機関等に紹介すべき基準の周知が十分とはいえない。
- ・各地域においてかかりつけ医等が連携すべき腎臓専門医療機関等の周知が十分に行われているとはいえない。
- ・かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携における好事例が行政機関、関連学会や関係団体等において十分共有されず、医療提供体制の均てん化が進んでいない。

(ウ)今後実施すべき取組

- ・関連学会や関係団体等は、国や地方公共団体と連携し、「**図6 かかりつけ医から腎臓専門医・腎臓専門医療機関等への紹介基準**」、「**図7 かかりつけ医等から糖尿病専門医療機関等への紹介基準 ～主に糖尿病治療ガイドより～**」を、CKD診療を担う関係者に広く普及する。
- ・健診はCKDやその発症リスクとなる糖尿病、高血圧等の項目を発見するよい機会であるため、**定期的な健診受診を通じて、「図8 CKDに関する健診判定と対応の分類例」などを参考にしながら、各々の健診実施機関が適切な保健指導や受診勧奨を行う。**
- ・関連学会や関係団体は、国や地方公共団体と連携し、**地域でCKD診療を担うかかりつけ医等の医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報を共有・発信することで、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等との連携を図る。**なお、**関連学会等が決定する地域の腎疾患対策の中心的役割を担う担当者が、地方公共団体や関連団体等との調整において積極的に関与することが期待される。**
- ・行政機関、関連学会、関係団体等は、**CKD診療連携体制の好事例を共有し、均てん化を行う。**

(エ)評価指標

- ・紹介基準に則った腎臓専門医療機関等への紹介率
- ・腎臓専門医療機関等からかかりつけ医等への逆紹介率
- ・地域におけるCKD診療を担う、かかりつけ医等の医療従事者数 等

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	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	末期腎不全	<15	紹介	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。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
- 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、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
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
 なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

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ヵ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

- 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。

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

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

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)。
- ケトン体陰性でも高血糖(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ため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。

病期に応じた腎疾患対策の全体像

生活習慣病
の発症予防

発症

CKD発症予防
(原因疾病の重症化予防)

CKD
発症

・CKD重症化予防
・原因疾病の管理の継続
・合併症予防

・腎代替療法
・合併症予防

項目例: 血圧、脂質、血糖、喫煙、
尿蛋白および血清クレアチニン等

受診勧奨

標準的な健診・保健指導プロ
グラム【平成30年度版】

紹介

「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」

地域に
おける
医療提
供体制
の整備

健診

早期受診

かかりつけ医等

2人主治医制など
担当医間の連携

腎臓専門医療機関等

保健指導、受診勧奨
健診受診率向上(未受診者受診勧奨)

療養指導士等メディカル
スタッフとの連携

メディカルスタッフや他科専門医等との連携
最適な腎代替療法の選択、準備

市民公開講座や資料等によるCKD認知度の上昇

逆紹介

通院患者へのCKD発症予防、重症化予防に関する知識の普及

各種ガイド、ガイドライン等で推奨される診療の均てん化

関連する疾患の治療との連携強化

腎臓病療養指導士の育成、かかりつけ医等との連携

関連する療養指導士等との連携強化

関連学会と連携したデータベースの構築

病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発

普及
啓発

診療
水準の
向上

人材
育成

研究
開発の
推進

関連す
る施策

- ・ 禁煙、運動、減量、減塩等について、健康日本21(第二次)に目標を掲げ、取組を推進
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラム
- ・ 難病診療連携拠点病院を中心とした医療提供体制の構築、指定難病患者データベースの稼働 等
- ・ 腎移植に関する普及啓発活動、院内体制の整備、提供移植施設の負担軽減 等

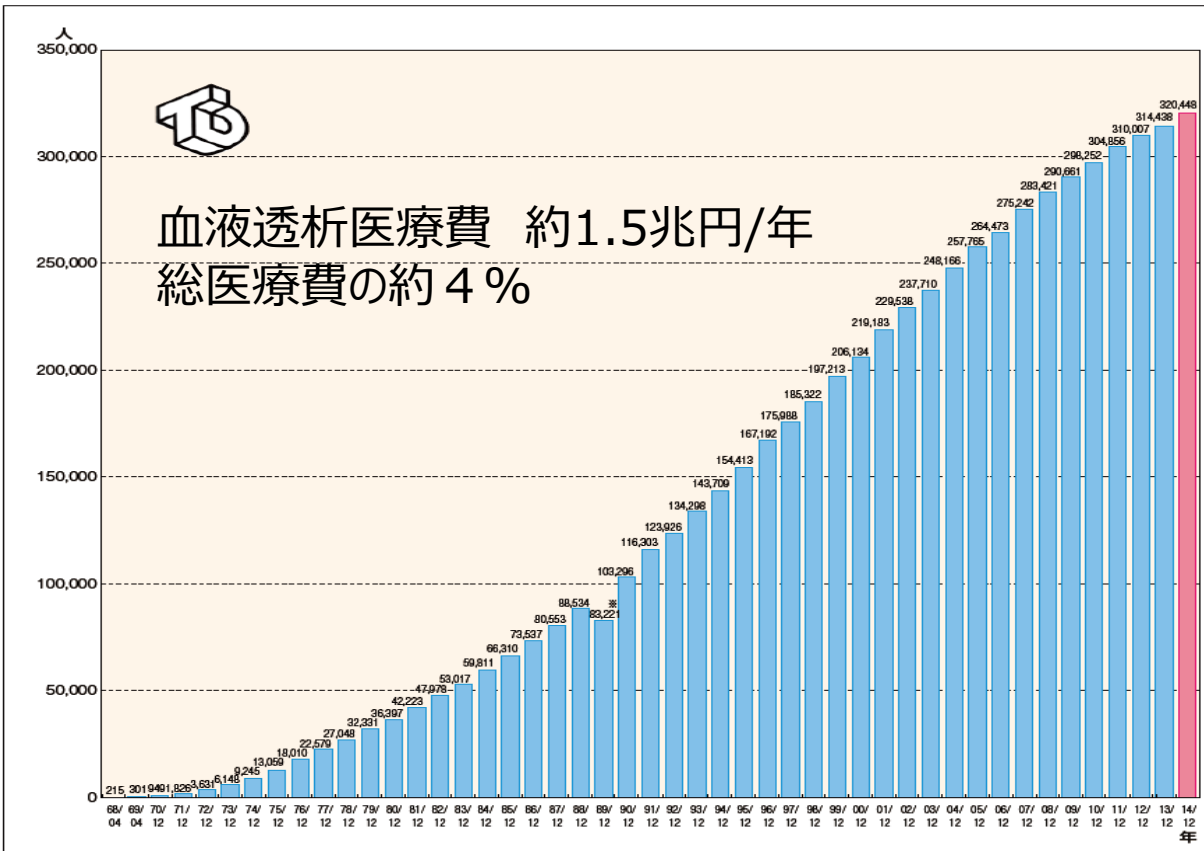
NPO法人日本腎臓病協会の設立、活動、目標

—腎疾患対策検討会報告書の実現をめざして—

日本腎臓学会、日本腎臓病協会 理事長
川崎医科大学 腎臓・高血圧内科
柏原直樹

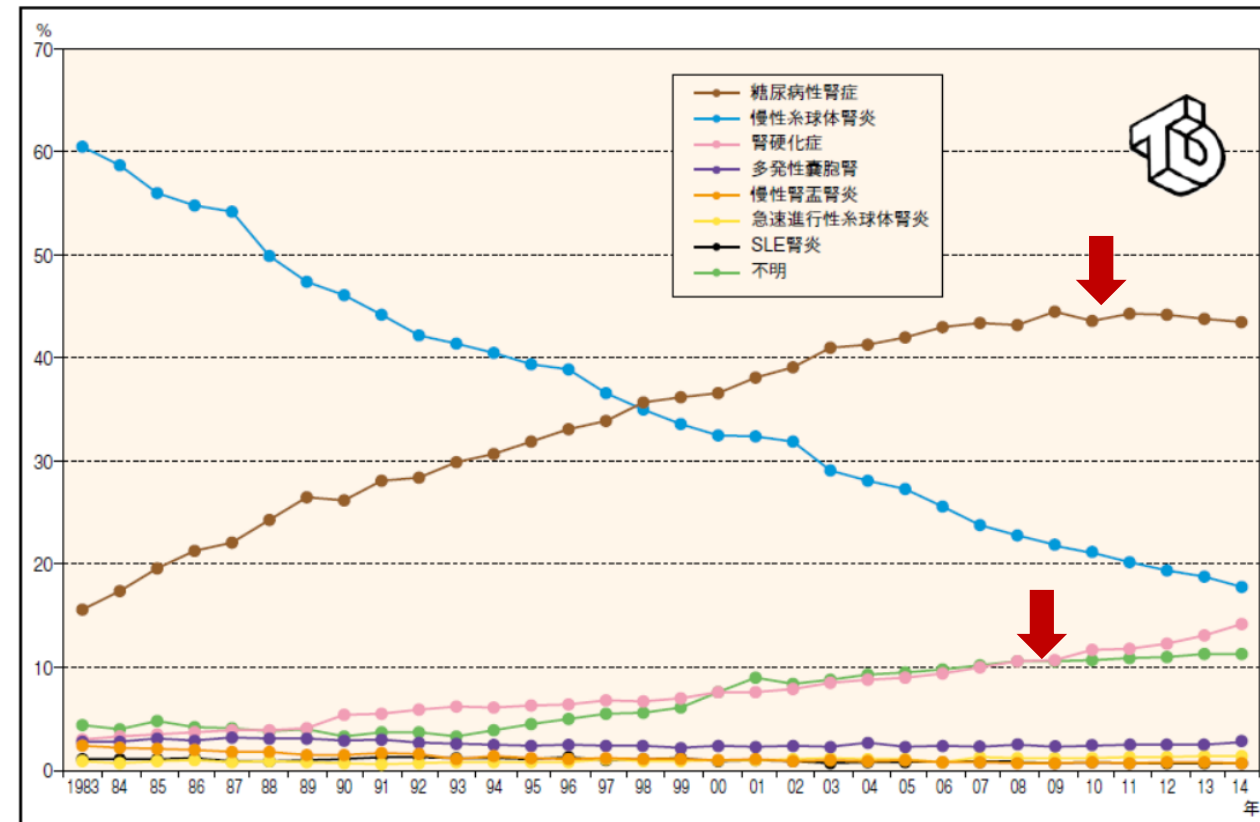
透析患者数 約33万人 増加が続く

(1) 慢性透析患者数の推移 (図表2)



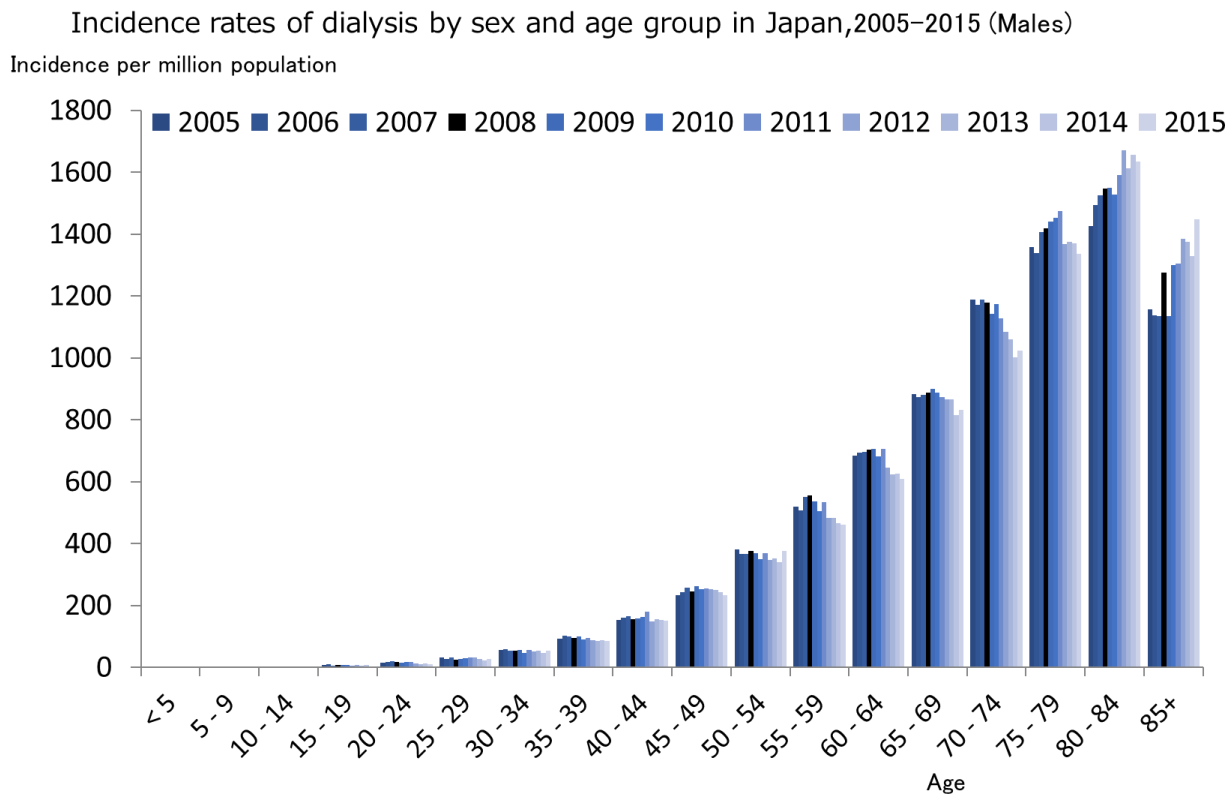
糖尿病性腎症 (42%)、腎硬化症も増加

(3) 導入患者の主要原疾患の割合推移 (図表10)

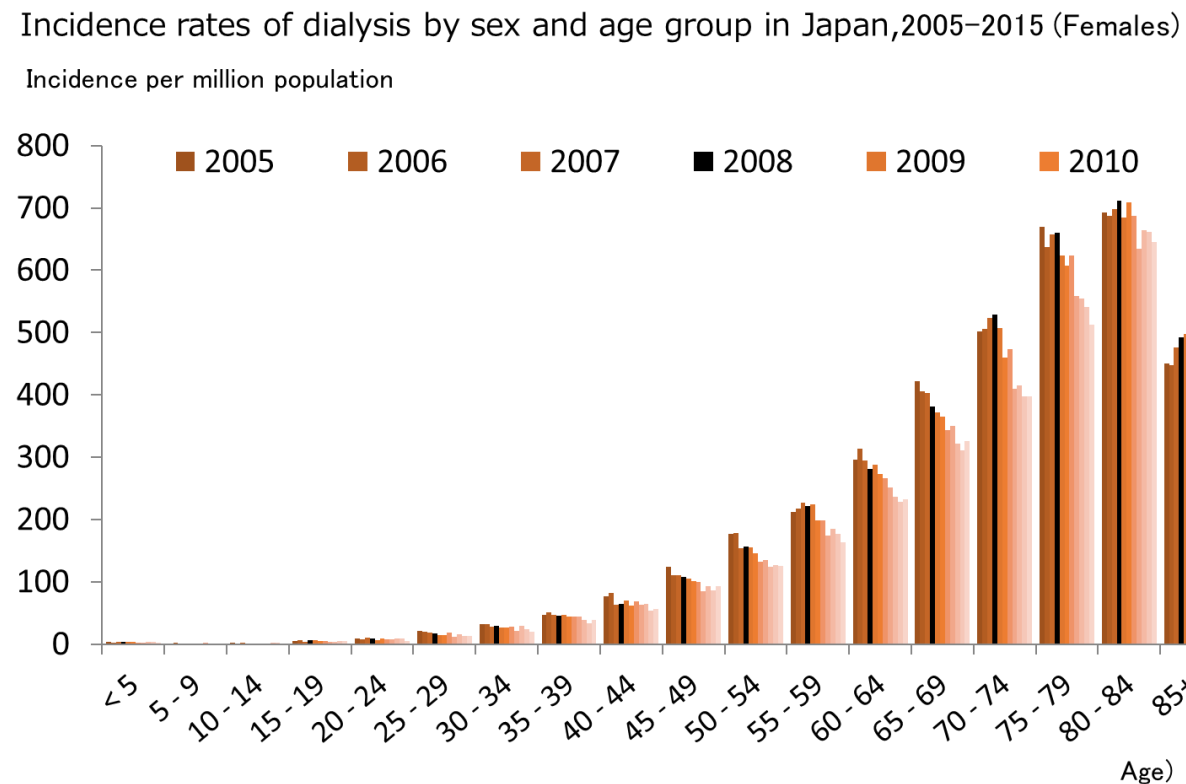


年齢調整別透析導入率 経年変化

80歳以上の男性を除き、導入率は減少している



Wakasugi M, et al. *Ther Apher Dial.* 2015;19(3):201-6.で報告した手法を用いて計算した。



3 Wakasugi M, et al. *Ther Apher Dial.* 2015;19(3):201-6.で報告した手法を用いて計算した。

過去10年間のCKD対策（普及・啓発、診療連携体制構築等）の効果と考えられる。

【全体目標】

- 慢性腎臓病（CKD）を**早期に発見・診断**し、**良質で適切な治療**を実施・継続する
- CKD**重症化予防**を徹底する
- CKD患者（透析、腎移植患者を含む）の**QOLの維持向上**を図る。

【成果目標（KPI）及び評価指標】

- 1) 地方公共団体は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、**地域の実情に応じて**、腎疾患対策に取り組む。
- 2) かかりつけ医、メディカルスタッフ、専門機関等が連携して、地域における**CKD 診療体制**を充実させる。
- 3) 2028年までに、新規透析導入患者数を **35,000人以下**に減少させる。
新規透析導入患者数：2016年比で、10年で**10%以上減少**を達成



NPO法人

日本腎臓病協会

—かけがえない日々を大切に生きるために—

NPO法人 日本腎臓病協会

〈事務局〉

〒113-0033 東京都文京区本郷3-28-8 日内会館6F

TEL:03-5842-4131 FAX:03-5802-5570

<https://j-ka.or.jp>

かけがえない日々を
大切に生きるために



NPO法人

日本腎臓病協会



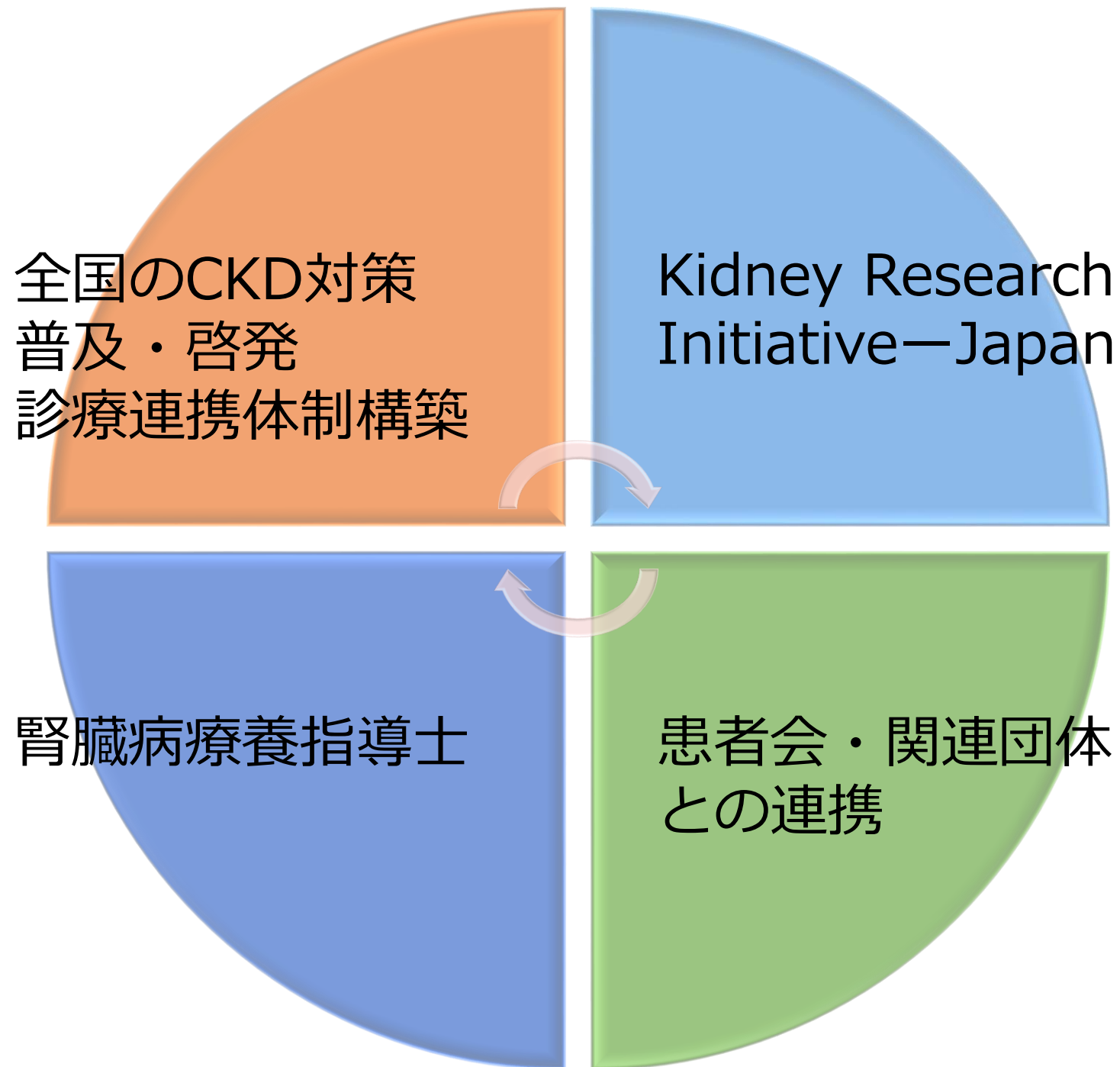
かけがえのない日々を大切に生きるために

We lead the fight to prevent, treat, and cure kidney diseases

2018.07.13 [お知らせ](#) [\(重要なお知らせ\)【厚生労働省】腎疾患対策検討会報告書について](#)

2018.06.29 [お知らせ](#) [7月16日 NPO法人 日本腎臓病協会 設立記念式典開催](#)

2018.06.07 [お知らせ](#) [日本腎臓病協会について](#)



CKDの普及啓発・医療提供体制の整備

- 1.全国各地域でのCKD普及・啓発活動
- 2.診療連携（かかりつけ医・専門医・他職種）、行政との連携体制の構築
- 3.各地に医師会、行政と連携可能な核（司令塔）を構築する
- 4.厚労政策研究班と協働
- 5.各地の普及・啓発活動：市民公開講座、セミナー等を能動的に支援

全国を13ブロックに分けてブロック代表を、各都道府県には都道府県代表を選任した。

行政と連携して、上記に取り組んでいきたいと思っておりますのでご協力よろしく申し上げます。



慢性腎臓病対策部会 (J-CKDI) 名簿 (1)

		都道府県	担当者	所属
理事長	柏原直樹			川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学
幹事長	伊藤孝史			島根大学医学部附属病院 腎臓内科
副幹事長	内田治仁			岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 CKD・CVD 地域連携包括医療学講座
事務局長	中川利文			NPO法人 日本腎臓病協会 事務局
北北海道	中川直樹			旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内 科学分野
南北海道	西尾妙織	西尾妙織	北海道大学病院内科Ⅱ	
		吉田英昭	北海道旅客鉄道株式会社 JR札幌病院 腎臓内科	
東北	旭 浩一	旭 浩一	岩手医科大学医学部 内科学講座 腎・高血圧内科 分野	
		青森	中村典雄	弘前大学医学部附属病院腎臓内科
		岩手	相馬 淳	岩手県立中央病院 腎臓・リウマチ科
		宮城	宮崎真理子	東北大学病院腎・高血圧・内分泌科／血液浄化療法 部
		秋田	小松田 敦	秋田大学大学院医学系研究科・医学部 血液・腎臓・ 膠原病内科学講座
		福島	風間順一郎	福島県立医科大学 医学部 腎臓高血圧内科講座
		山形	今田恒夫	山形大学大学院医学系研究科 公衆衛生学・衛生 学講座
北関東	北村健一郎	茨城	山縣邦弘	筑波大学医学医療系 臨床医学域 腎臓内科学
		栃木	長田太助	自治医科大学 内科学講座 腎臓内科部門
		群馬	廣村桂樹	群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 腎臓・ リウマチ内科学分野
		山梨	北村健一郎	山梨大学医学部内科学講座第3教室
		長野	上條祐司	信州大学医学部附属病院 腎臓内科・血液浄化療 法部

		都道府県	担当者	所属
東京	南学正臣 (代表) 福井 亮 (副代表)		南学正臣	東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科
			福井 亮	東京慈恵会医科大学内科学講座 腎臓・高血圧内 科
		城北	田中哲洋	東京大学医学部附属病院 腎臓・内分泌内科
		城東	鈴木祐介	順天堂大学大学院医学研究科腎臓内科
		城南	横尾隆	東京慈恵会医科大学内科学講座 腎臓・高血圧内 科
		城西	菅野義彦	東京医科大学 腎臓内科学分野
		23区外	要 伸也	杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科
南関東	岡田浩一		岡田浩一	埼玉医科大学 腎臓内科
		埼玉	長谷川元	埼玉医科大学総合医療センター腎・高血圧内科学
			竹田徹朗	獨協医科大学埼玉医療センター 腎臓内科
		千葉	今澤俊之	独立行政法人 国立病院機構 千葉東病院 腎臓内 科
			寺脇博之	帝京大学ちば総合医療センター 第3内科
			浅沼克彦	千葉大学大学院医学研究院 腎臓内科学
			倉本充彦	日本赤十字社 成田赤十字病院 腎臓内科
		神奈川	藤井隆之	聖隷佐倉市民病院 腎臓内科
			深川雅史	東海大学医学部内科学系 腎内分泌代謝内科
			田村功一	横浜市立大学医学部 循環器・腎臓・高血圧内科学
	衣笠えり子	昭和大学横浜市北部病院		
北陸	成田一衛	新潟	成田一衛	新潟大学医学部 腎膠原病内科学
		富山	石田陽一	富山市立富山市民病院 腎臓内科
		石川	和田隆志	金沢大学大学院 腎病態統御学・腎臓内科学
		福井	岩野正之	福井大学学術研究院医学系部門医学領域 病態制 御医学講座腎臓病態内科学分野

慢性腎臓病対策部会 (J-CKDI) 名簿 (2)

		都道府県	担当者	所属
東海	丸山彰一	岐阜	(選考中)	
		静岡	森 典子	静岡県立総合病院 腎臓内科
			安田日出夫	浜松医科大学 内科学第一講座 (消化器・腎臓・神経内科学分野)
		愛知	丸山彰一	名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 腎臓内科学
			上村 治	日本赤十字豊田看護大学
			湯澤由紀夫	藤田医科大学医学部 腎臓内科学
			福田道雄	名古屋市立大学大学院 医学研究科 心臓・腎高血圧内科学
		三重	伊藤恭彦	愛知医科大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科
			石川英二	三重大学医学部附属病院 腎臓内科・血液浄化療法部
		近畿	猪阪善隆	
滋賀	荒木信一			滋賀医科大学内科学講座 糖尿病内分泌・腎臓内科
京都	柳田素子			京都大学大学院医学研究科 腎臓内科学
大阪	守山敏樹			大阪大学キャンパスライフ健康支援センター
兵庫	西 慎一			神戸大学大学院医学研究科腎臓・免疫内科学分野
奈良	鶴屋和彦			奈良県立医科大学医学部腎臓内科学
和歌山	重松 隆			和歌山県立医科大学大学院医学研究科 腎臓・体内環境調節内科学
中国	和田 淳	鳥取	宗村千潮	鳥取大学医学部 機能病態内科学分野 腎臓内科
		島根	伊藤孝史	島根大学医学部附属病院 腎臓内科
		岡山	和田 淳	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 腎・免疫・内分泌代謝内科学
		広島	正木崇生	広島大学病院 腎臓内科
		山口	池上直慶	山口大学大学院医学系研究科 器官病態内科学

		都道府県	担当者	所属
四国	寺田典生	徳島	安部秀斉	徳島大学大学院 医歯薬学研究部 腎臓内科学分野
		香川	南野哲男	香川大学医学部 循環器・腎臓・脳卒中内科
			祖父江 理	香川大学医学部 循環器・腎臓・脳卒中内科
		愛媛	大蔵隆文	愛媛大学大学院 地域救急医療学講座
		高知	寺田典生	高知大学医学部内分泌代謝・腎臓内科学講座
九州・沖縄	向山政志 (代表) 深水 圭 (副代表)	福岡	深水 圭	久留米大学医学部 内科学講座腎臓内科部門
			満生浩司	福岡赤十字病院 腎臓内科
		佐賀	池田裕次	佐賀大学医学部内科学講座 (腎臓)
		長崎	西野友哉	長崎大学病院 腎臓内科
		熊本	向山政志	熊本大学大学院生命科学研究部 腎臓内科学分野
		大分	金田幸司	大分赤十字病院 腎臓内科
		宮崎	藤元昭一	宮崎大学医学部血液・血管先端医療学講座
		鹿児島	徳永公紀	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 消化器疾患・生活習慣病学分野 腎臓内科
		沖縄	古波蔵健太郎	琉球大学医学部附属病院 血液浄化療法部

<https://j-ka.or.jp/about/list.php>

■ 普及・啓発：共通資材の開発

慢性腎臓病(CKD)は
私達の生活をおびやかす
新たな「国民病」です！



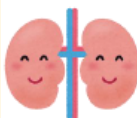
CKD対策は できていますか？

最近、慢性腎臓病(CKD)という新しい病気の概念が注目されています

慢性腎臓病(CKD; Chronic Kidney Disease)とは？



- ①蛋白尿など、腎臓の障害がある
- ②糸球体濾過量(GFR)が60未満に低下している



CKDは①か②のいずれかが3カ月以上持続した状態です

1. 慢性腎臓病(CKD)は透析を要する腎不全の予備軍！

慢性腎臓病(CKD)が重症化すると透析治療が必要になります。日本の透析患者さんは約33万人、国民の約400人に1人です。透析患者さんの増加は、世界共通の問題です。

2. 慢性腎臓病(CKD)は心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾患に対する重大な危険因子！

中等度の腎機能低下や、蛋白尿があると、心筋梗塞や脳卒中といった心血管疾患の危険が高まるのが分かってきました。慢性腎臓病(CKD)では心血管疾患の発症率が約3倍と報告されています。

3. 慢性腎臓病(CKD)推定患者数は約1330万人！ 自覚症状のない「新たな国民病」

慢性腎臓病(CKD)は自覚症状がないため、ほとんどの慢性腎臓病(CKD)患者さんは自分が病気であることを知りません！
必ず健康診断を受けましょう！



成人の8人に1人

CKD【慢性腎臓病】

8

制作：厚生労働行政推進調査事業「慢性腎臓病CKDの診療体制構築と普及・啓発による医療の向上」研究班

毎年、3月第2木曜日は
「世界腎臓デー」



世界6大陸100か国以上の国々で啓発キャンペーン実施中！

「あなたの腎臓、大丈夫？」

CKDは早期発見が大事！必ず健康診断を受けましょう！

①尿検査、②血液検査、③血圧測定、がCKDの診断・管理に重要です。



GFR(糸球体濾過量)とは？

腎臓は毎日約150リットルの尿の元を作っています。そのうち必要なものは再利用されて、毒素などの unnecessaryなものが最終的に1~2リットルの尿に溶けた形で体外に排泄されます。尿の元をつくる働きがGFRです。血液検査のうち、クレアチニン値から特別な式で計算します。元気な人のGFRはおおよそ100ですから、自分の腎機能が何%ぐらいかが理解ができます。60未満は、要検査です！

自分の腎臓の働きをホームページでチェック！

<https://j-ka.or.jp/ckd/check.php>

CKDは治療ができます
慢性腎臓病(CKD)と診断されたら

1. きちんとかかりつけ医の先生の診察を受けましょう。
2. 禁煙し、肥満を是正して、規則正しい生活をしましょう。
3. 血圧を適切にコントロールしましょう。減塩が大切です。血圧の管理目標は130/80mmHg未満です。
4. 糖尿病や脂質異常症も、しっかりと治療しましょう。
5. 腎機能が高度に低下すると貧血などの問題を生じるので、腎臓専門医の診察を受けましょう。
6. 腎機能が低下するとお薬の確認が必要です。薬剤師さんにも相談しましょう。

こんな人は要注意です！



高齢者



高血圧や糖尿病、肥満などの生活習慣病やメタボリックシンドロームがある



過去に心臓病や腎臓病になったことがある



健診などでたんぱく尿が見つかったことがある



家族に腎臓病の人がいる



たばこを吸っている



NPO法人 日本腎臓病協会 <https://j-ka.or.jp/>
〒113-0033 東京都文京区本郷3-28-8 日内会館
一般社団法人日本腎臓学会内

■ 啓発イベントの支援



■ 全国の好事例の可視化、共有

来て見て ガッテン腎臓のこと

世界腎臓デーイベント 2018 in 大分

腎臓のことが分れば分かる! 知れば防げる! CKD(慢性腎臓病)

公開講座 参加無料

日時/平成30年3月10日(土)

会場/コンパルホール 文化ホール

時間/13:00~15:00

講師 1 さいてい 糖尿病 ~予防と治療~

講師 2 CKDについて ~予防と治療~

講師 3 腎臓に良いこと ~予防と治療から~

減らしおコーナー



別府CKD小グループミーティング

平成28年10月31日~(3か月毎)

参加者: 腎専門医、かかりつけ医、薬剤師、市職員(保健師、栄養士)

別府CKD小グループミーティングのご案内

2016年10月31日(日) 19:00~20:00

別府市 湯島町3-1-10 パーク 多目的ホール



別府市/学校区	日付	クリニック数	参加Dr	アンケート取得Dr
山の手	2016/10/31	19	10	5
石垣・春木川	2017/1/31	21	15	8
南立石・鶴見・緑丘	2017/4/24	23	13	6
境川・南・別府中央	2017/7/31	25	12	5
亀川・上人・朝日・大平山	2017/10/30	22	10	6
計		110	60	30

大分市慢性腎臓病診療連携システム

現行システム構築委員会 H30.8.30専門部会

1. 目的

大分市は人工透析患者の割合が高い水準にあることから、医師会や腎臓専門医の在籍する医療機関と連携しCKDの発症予防や悪化防止のための総合的な取り組みを行い、年間の新規人工透析患者の減少を目指します。

2. 腎専門医と病診連携とは

病診連携医 (かかりつけ医)	●大分市慢性腎臓病診療連携システムに協力いただけるかかりつけ医	134
腎専門医	●公的病院または準公的病院(医師会立病院)に在籍する腎臓内科医師 ●日本腎臓学会の認定する腎臓病専門医師 ●大分市慢性腎臓病診療連携システム検討委員会で承認された医師	18

3. 紹介基準

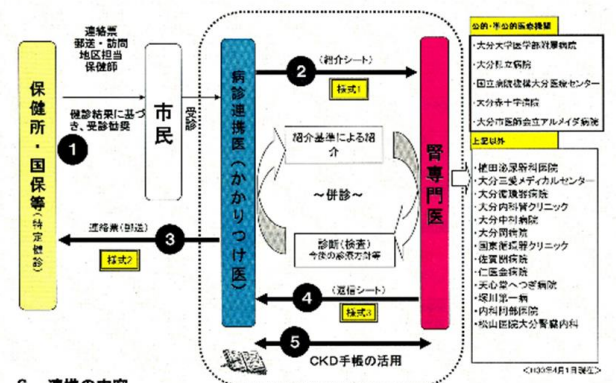
腎専門医紹介基準		【CKD診療ガイドライン2012】に基づいて作成	
eGFR値による紹介基準		* eGFR値 = ml/min/1.73m ²	
①	40歳未満	60未満	
②	40~69歳	50未満	
③	70歳以上	40未満	
④	3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下		
蛋白尿による紹介基準		尿蛋白(2+)以上	
⑤	蛋白尿と血尿がともに陽性(1+)以上		

4. 各種シート

- ① 紹介シート
 - ② 連携所への連絡票
 - ③ 返信シート
 - ④ CKD手帳
- ※ 必要に応じて腎専門医から対象者へ配布



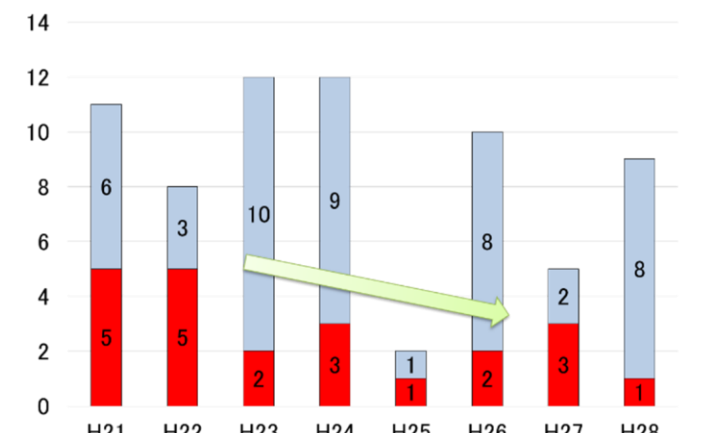
5. 大分市CKD病診連携システムの流れ



6. 連携の内容

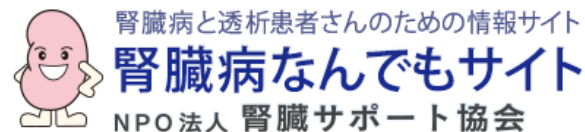
- ① 保健師は、市見診を受けた方でeGFR動向レベルの方に病診連携医(かかりつけ医)を紹介【対象者に連絡票を送付後は定期的に連携医療機関(かかりつけ医)への見診勧奨を行う】
- ② 病診連携医は、紹介情報を大分市保健所に連絡(郵送)にて報告
- ③ 病診連携医は、「返信シート」により病診連携医に返信
- ④ 腎専門医は、「返信シート」により病診連携医に返信
- ⑤ 「CKD手帳」のコンタクト欄を用いて、病診連携医、腎専門医で情報のやりとり

臼杵市の新規人工透析導入者の推移



事業4 患者会・関連団体との連携

1. 腎臓病各種患者会との連携：腎友会、ADPKD、ファブリー病等
2. 腎臓病関連団体との連携：日本腎臓財団、NPO腎臓サポート協会、SDM協議会
3. 患者、家族の要望を学会、行政へ伝達



自治体のみなさまへのお願い

- CKD対策推進会議などの連絡協議会への日本腎臓学会・日本腎臓病協会の地域における担当者の参加
- 開発した普及・啓発資材の利活用や、各地における普及・啓発活動の共催
- CKD診療を担う関係者に対する、かかりつけ医から腎臓専門医・腎臓専門医療機関への紹介基準の普及
- CKD診療に関する地域の状況の把握と事業実施の評価への参加

上記について、ご協力よろしくお願いいたします

疾病と闘うあなた達を独りにしない



腎臓病の克服



資料4

2019年2月12日(火)
腎疾患対策担当者会議

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて

厚生労働省 保険局国民健康保険課

<目次>

1. 取組の推進に向けた動きと取組の現状
2. 保険者努力支援制度による評価
(糖尿病性腎症重症化予防の取組について)

参考資料 取組に対する財政支援

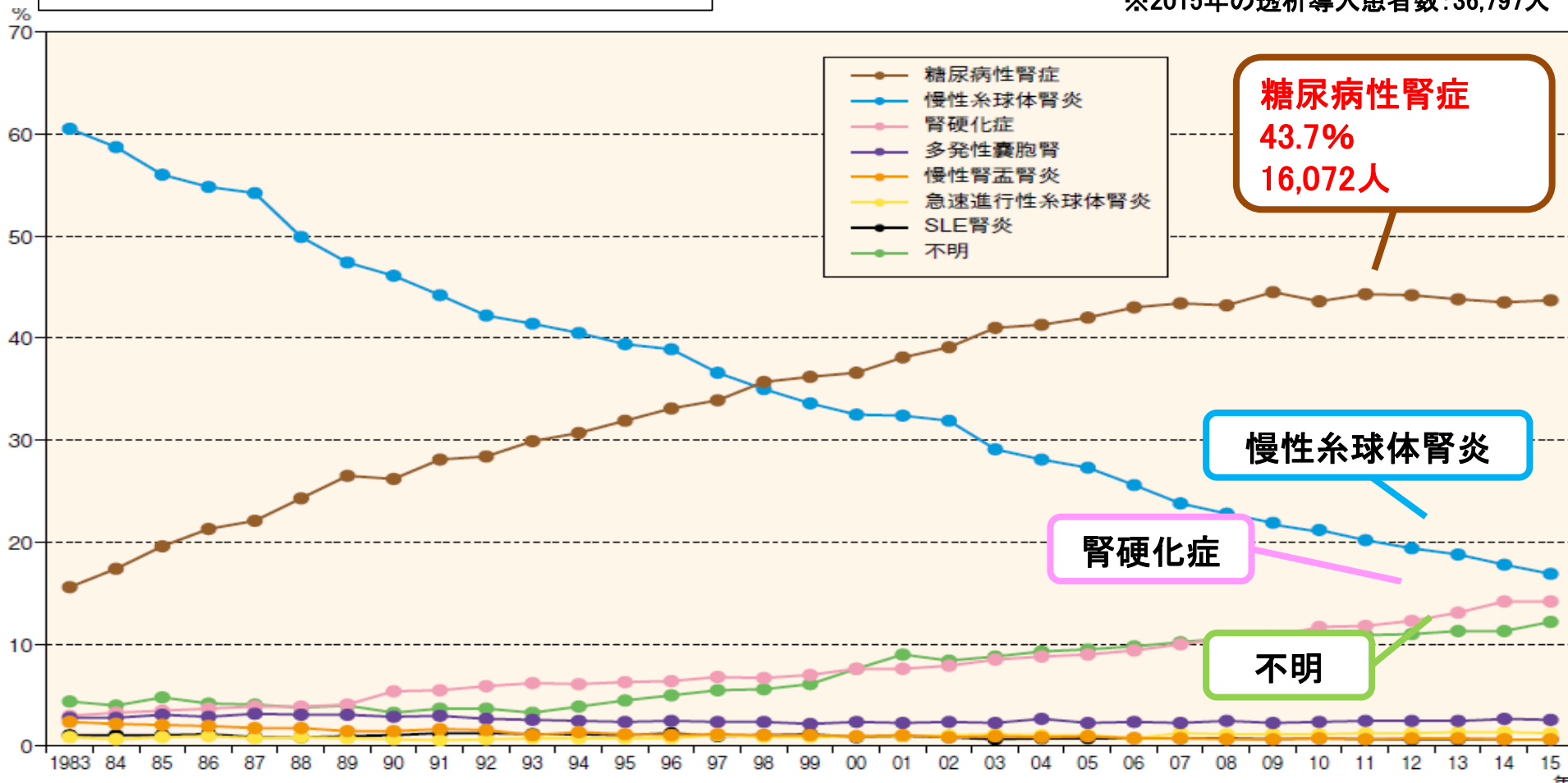
透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

- 糖尿病性腎症が進行し腎不全に陥ると、人工透析を要する状態になる。
- 2015年の透析導入患者約3万7千人のうち、約1万6千人(43.7%)は糖尿病性腎症が原因である。

(参考)2015年末時点の透析患者数:324,986人

透析導入患者の主要原疾患の推移(年別)

※2015年の透析導入患者数:36,797人



糖尿病重症化予防に取り組む意義

重症化予防の取組(受診勧奨・保健指導・健康教育・健康相談等)による糖尿病性腎症の早期発見・早期介入には次のような意義がある。

関係主体	取り組む意義
患者及び家族	<ul style="list-style-type: none">• 身体的・精神的な苦痛のみならず、行動の制限、金銭的支出などの負担を軽減• 生涯にわたっての健康保持・増進、健康寿命の延伸、ひいてはQOL向上につながる
保険者である市町村	<ul style="list-style-type: none">• 住民の健康保持・増進につながる。• 国保の医療費適正化にもつながり、保険料の伸びを抑える。
都道府県	<ul style="list-style-type: none">• 都道府県内の医療費について適正化を推進し、もって、国保財政の基盤強化につながる。<ul style="list-style-type: none">* 平成30年度から、都道府県が市町村とともに国保の財政運営の責任を担う。* 医療計画・医療費適正化計画により都道府県の医療費に対するガバナンスが期待される。
かかりつけ医等 • 専門医等	<ul style="list-style-type: none">• 重症化予防により医療機関未受診・治療中断した患者の洗い出しが進む。• 行政機関からの勧奨により、受診の増加につながる。• 患者の重症化予防・改善が進むことで、医療機関の貴重な人的・物的資源をより効率的に活用できるようになる。

糖尿病性腎症重症化予防の推進

背景

- 人工透析は医療費年間総額1.57兆円を要するため、人工透析の主な原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防は、健康寿命の延伸とともに医療費適正化の観点において喫緊の課題である。
- 平成27年6月「経済財政運営と改革の基本方針2015」及び平成27年7月の日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」※等において生活習慣病の重症化予防を推進することとされており、レセプトや健診データを効果的・効率的に活用した取組を全国に横展開することが必要である。 ※かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体800市町村(平成32年)を目指す

横展開を推進

環境整備・ツール提供

- 厚生労働省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議の三者が連携協定を締結(平成28年3月)。
- 国レベルで「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定(平成28年4月)。
- 重症化予防WGとりまとめ「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて」及び事例集を公表(平成29年7月)。

財政支援

- 国保ヘルスアップ事業・国保保健指導事業(市町村向け)

市町村が実施する保健事業(特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等)に係る経費を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額:国保ヘルスアップ事業600万~1,800万円、国保保健指導事業400万~1,200万円。財源は特別調整交付金を活用。

- 都道府県国保ヘルスアップ支援事業(都道府県向け、平成30年度新規)

都道府県が実施する保健事業等(基盤整備、現状把握・分析等)に係る経費を助成※する
※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円。

保険者努力支援制度における評価

- 保険者努力支援制度の創設(平成28年度より前倒し実施、平成30年度より1000億円規模のインセンティブとして本格実施)

日本健康会議について

- 平成27年7月に、「**日本健康会議**」が発足。
 - ・ 保険者等における先進的な予防・健康づくりの取組を全国に広げるための**民間主導の活動体**。
 - ・ **経済界・医療関係団体・自治体・保険者団体のリーダー**が手を携え、**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図ることを目的。
 - ・ メンバーは、**各団体のリーダーおよび有識者の計32名**で構成。
- **予防・健康づくりの目標を設定（8つの宣言）**。進捗状況をHPで公表。
 (※) データポータルサイトで「見える化」し取組を加速化
- 4回目となる今年度（**日本健康会議2018**）は、**平成30年8月27日に開催**。
- さらに今後は、**地域版の日本健康会議**の開催も進めていく。
 (※) 平成30年2月、静岡・宮城において、平成30年8月に大分において、県と連携して開催。



日本健康会議2018の様子
(平成30年8月27日開催)

「健康なまち・職場づくり宣言2020」（8つの宣言）

進捗状況

		2017	2018
宣言1	予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。	328 (市町村)	563
宣言2	かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。	654 (市町村) 14 (広域連合)	1,003 31
宣言3	予防・健康づくりに向けて、47都道府県の保険者協議会すべてが地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。	47 (協議会)	47
宣言4	健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。	235 (法人)	539
宣言5	協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を3万社以上とする。*2018年度より目標を1万社から3万社に上方修正	12,195 (社)	23,074
宣言6	加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。	1,989 (保険者)	2,123
宣言7	予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。	98 (社)	102
宣言8	品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取組を行う。	429 (保険者)	608

WEBサイト上で全国の取組状況を可視化



重症化予防(国保・後期広域)WG

趣旨

- 平成27年6月30日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2015」では、「全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し」とされるなど、生活習慣病の重症化予防等の取組を促進することが求められているところ。
- 同年7月10日に開催された日本健康会議において採択された「健康なまち・職場づくり宣言2020」の中で、「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」とされたところ。
- 多くの市町村及び広域連合が生活習慣病の重症化予防に取り組むことが出来るよう、好事例の収集・検証や、取組にあたっての課題を整理する等の具体的な検討を行うため、本ワーキンググループを開催する。

開催状況

- 平成27年度：
○第1回(平成27年11月9日)～第2回(平成28年3月28日)
- 平成28年度：
○第3回(平成28年11月15日)～第4回(平成29年2月6日)
- 平成29年度：
○第5回(平成29年4月5日)～第7回(平成29年7月6日)
- 平成30年度：
○第8回(平成30年6月13日)～第11回(時期未定)

活動内容

- 都道府県、市町村、広域連合等の取組状況を把握
- 取組事例の収集、把握、発表
- 厚労科研(津下班)による取組内容の効果検証
- 重症化予防の取組を進める上での課題と対応策の検討

WG構成員

平成30年11月30日時点

有澤 賢二	日本薬剤師会 常務理事
今村 聡	日本医師会 副会長
柏原 直樹	日本腎臓学会 理事長
春日 雅人	糖尿病対策推進会議 常任幹事
片岡 孝	東京都荒川区 福祉部長
門脇 孝	日本糖尿病学会 理事長
鎌田 久美子	日本看護協会 常任理事
迫 和子	日本栄養士会 専務理事
佐藤 文俊	全国国民健康保険組合協会 常務理事
清水 雅之	埼玉県保健医療部健康長寿課 課長
高野 直久	日本歯科医師会 常務理事
◎津下 一代	あいち健康の森健康科学総合センター センター長
中野 透	国民健康保険中央会 常務理事
西山 喜代史	滋賀県豊郷町医療保険課 課長
宮田 俊男	大阪大学産学共創本部 特任教授
森山 美知子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授
柳澤 和也	神奈川県後期高齢者医療広域連合 事務局長

糖尿病性腎症重症化予防に係る連携協定の締結(28年3月24日)

1. 趣旨

- 呉市等の糖尿病性腎症重症化予防の取組を全国的に広げていくためには、各自治体、郡市医師会が協働・連携できる体制の整備が必要。
- そのためには、埼玉県の場合のように、都道府県レベルで、県庁等が県医師会と協力して重症化予防プログラムを作成し、県内の市町村に広げる取組を進めることが効果的。
- そのような取組を国レベルでも支援する観点から、国レベルで糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定する旨、「厚生省・日本医師会・日本糖尿病対策推進会議」の三者で、連携協定を締結した。

2. 参加者

日本医師会	横倉会長(糖尿病対策推進会議会長を兼任)
日本糖尿病対策推進会議	門脇副会長(糖尿病学会理事長) 清野副会長(糖尿病協会理事長) 堀副会長(日本歯科医師会会長) 今村副会長(日本医師会副会長)
塩崎厚生労働大臣	



3. 協定の概要

- 日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省は、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を速やかに定める。
- 策定したプログラムに基づき、三者は次の取組を進める。

日本医師会	日本糖尿病対策推進会議	厚生労働省
<ul style="list-style-type: none">・プログラムを都道府県医師会や郡市区医師会へ周知・かかりつけ医と専門医等との連携の強化など自治体等との連携体制の構築への協力	<ul style="list-style-type: none">・プログラムを構成団体へ周知・国民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める・自治体等による地域医療体制の構築に協力	<ul style="list-style-type: none">・プログラムを自治体等に周知・取組を行う自治体に対するインセンティブの導入等・自治体等の取組実績について、分析及び研究の推進

糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて(平成28年4月20日)

1. 趣旨

- 呉市等の先行的取組を全国に広げていくためには、**各自治体と医療関係者が協働・連携できる体制の整備**が必要。
- 国レベルでも支援する観点から、**日本医師会・日本糖尿病対策推進会議・厚生労働省の三者で、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを策定**したもの（それに先立ち本年3月24日に連携協定締結）。

2. 基本的考え方

- 重症化リスクの高い**医療機関未受診者等に対する受診勧奨・保健指導**を行い治療につなげるとともに、**通院患者のうち重症化リスクの高い者に対して**主治医の判断で対象者を選定して**保健指導**を行い、**人工透析等への移行を防止**する。

3. 関係者の役割

(市町村)

- 地域における**課題の分析・対策の立案**・対策の**実施**・実施状況の**評価**

(都道府県)

- **市町村の事業実施状況のフォロー**、都道府県レベルで**医師会や糖尿病対策推進会議等と取組状況の共有、対応策等について議論、連携協定の締結、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの策定**

(地域における医師会等)

- 都道府県医師会等の関係団体は、**郡市区医師会等に対して、国・都道府県における動向等を周知し、必要に応じ助言**
- 都道府県医師会等や郡市区医師会等は、都道府県や市町村が取組を行う場合には、**会員等に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を努める**

(都道府県糖尿病対策推進会議)

- 国・都道府県の動向等について**構成団体に周知、医学的・科学的観点からの助言**など、**自治体の取組に協力するよう努める**
- **地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める**

4. 対象者選定 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **健診データ・レセプトデータ**等を活用したハイリスク者の抽出
- ② **医療機関における糖尿病治療中の者**からの抽出
※生活習慣改善が困難な方・治療を中断しがちな患者等から医師が判断
- ③ **治療中断かつ健診未受診者**の抽出

5. 介入方法 ※取組内容については地域の実情に応じ柔軟に対応

- ① **受診勧奨**：手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
 - ② **保健指導**：電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等
- ※ 受診勧奨、保健指導等の保健事業については外部委託が可能

6. かかりつけ医や専門医等との連携

- 都道府県、市町村において、**あらかじめ医師会や糖尿病対策推進会議等と十分協議**の上、推進体制を構築。**郡市医師会**は各地域での推進体制について**自治体と協力**。
- **かかりつけ医**は、**対象者の病状を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝える**ことが求められる。
- 必要に応じて**かかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携**ができる体制をとることが望ましい。

7. 評価

- 事業の実施状況の評価に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、**PDCAサイクル**を回すことが重要。

糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開に向けて

(重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループとりまとめ 平成29年7月10日公表)

基本的な方向

- 日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」の宣言2「かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。」の達成に向け、**取り組む市町村等を増やす**。
- さらに、健康寿命の延伸、医療費適正化を踏まえ、**市町村等の取組内容の濃淡**が見える化し、効率的・効果的な取組を推進し、加えて、**都道府県による都道府県による市町村等への支援、市町村等とかかりつけ医等との連携**を推進する。

市町村での取組の推進

- **市町村の意識の啓発**
 - ・首長・幹部等がリーダーシップ発揮し優先順位を上げる。
 - ・専門的人材の育成、国保担当課と健康増進担当課等の連携による庁内人材の効率的活用、外部委託事業者の活用。
- **担当課の縦割の排除**
 - ・健康増進担当課と国保担当課等の縦割を排除し、一体的に取り組む。
 - ・事務職の役割も大きく **個人の属性に頼らない仕組み化**。
- **医師会等との連携の推進**
 - ・対象者への継続的な医療を担うかかりつけ医等との連携。
 - ・企画段階から医師会等と協議し実施体制の合意形成。
 - ・かかりつけ医と専門医の連携体制整備。
- **都道府県糖尿病対策推進会議等との連携**
 - ・都道府県の体制を確認して、糖尿病対策推進会議等と連携。

国保連での取組の推進

- **市町村等への支援**
 - ・KDB活用による技術支援、専門職の配置等による支援充実

都道府県での取組の推進

- **市町村等への支援**
 - ・都道府県版Jプログラムを策定し、都道府県の連携体制、支援機能等を市町村等へ示す。
 - ・市町村等の実施状況を把握し、遅れている市町村を支援。
 - ・人材不足・財政不足に悩む市町村等に人的・財政的支援。
 - ・市町村等に都道府県の持つデータを提供。
 - ・保健所の機能を有効活用し、医療関係者と市町村等をつなぐ。
- **医療関係者との連携の促進**
 - ・医師会・糖尿病対策推進会議等と連携協定を締結。
 - ・都道府県医師会・糖尿病対策推進会議・拠点病院等と市町村との連携を仲立ち。

糖尿病対策推進会議等・医師会等での取組の推進

- **糖尿病対策推進会議等の体制のあり方検討**
 - ・かかりつけ医等と専門医等が連携できる団体構成を構築。
 - ・市町村担当者が直接相談できる一元的な窓口を提示。
- **医師会等による支援**
 - ・市町村等の求めに応じ必要な協力を行うよう周知・啓発。

重症化予防に取り組む自治体の状況（市町村国保）

日本健康会議「健康なまち・職場づくり宣言2020」

宣言2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

取組の実施状況	平成28年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成28年3月時点)	平成29年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成29年3月時点)	平成30年度 保険者データヘルス 全数調査 (平成30年3月時点)
現在も過去も実施していない	520	250	94
過去実施していたが現在は実施していない	35	23	6
現在は実施していないが予定あり	362	303	247
糖尿病性腎症の重症化予防の取組を行っている	659	1,009	1,282

全自治体
(1716市町村)

5つの要件の達成状況

5つの要件の達成状況	平成28年3月 時点	平成29年3月 時点	平成30年3月 時点
①対象者の抽出基準が明確であること	622	957	1,249
②かかりつけ医と連携した取組であること	503	846	1,156
③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	566	817	1,087
④事業の評価を実施すること	583	907	1,164
⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など)を図ること	136	721	1,088
全要件達成数(対象保険者)	118	654	1,003

都道府県版重症化予防プログラムの策定状況

○47都道府県のうち都道府県版重症化予防プログラムを策定しているのは43都道府県(91.5%)、今後策定する予定は4県(8.5%)であり、全ての都道府県が策定済み又は策定予定であった。

策定している	今後策定する予定
(平成26年度以前に策定) 埼玉県 (平成27年度策定) 大阪府 (平成28年度策定) 秋田県 山形県 栃木県 富山県 石川県 長野県 広島県 徳島県 香川県 愛媛県 佐賀県 大分県 鹿児島県 沖縄県 (平成29年度策定) 北海道 青森県 岩手県 福島県 茨城県 千葉県 東京都 神奈川県 新潟県 福井県 岐阜県 静岡県 愛知県 三重県 滋賀県 京都府 兵庫県 奈良県 和歌山県 島根県 岡山県 山口県 高知県 福岡県 長崎県 熊本県 宮崎県	(平成30年度予定) 宮城県 群馬県 山梨県 鳥取県
43都道府県(91.5%)	4県(8.5%)

今後の糖尿病性腎症重症化予防の基本的な方向性

基本的な方向性

- 重症化予防に取り組む市町村及び広域連合の数を増やす。
- 取組内容の中身の充実を図る。
- 自治体の取組を推進するため、
 - ①都道府県の体制整備(プログラム策定等)を推進し、都道府県による支援を進める。
 - ②関係団体による取組・支援を進める。

今後の予定

1. 重症化予防WGにおける検討の深掘り

- ・取組状況の把握(調査実施等)
- ・取組内容の効果検証(研究班等)
- ・重症化予防の推進支援等の検討

2. 重症化予防の周知啓発 (平成30年度新規)

- ・保健指導の手引きを作成し配布
- ・広報活動(ポスター、リーフレット、動画)
- ・全国の各ブロックで説明会を開催

3. 取組に対する財政支援

○市町村が実施する保健事業に対する助成

- ・国保ヘルスアップ事業、国保保健指導事業

※市町村が実施する特定健診未受診者対策、生活習慣病重症化予防等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額(平成29年度実施分):国保ヘルスアップ事業~1,800万円、国保保健指導事業~1,200万円

○都道府県が実施する保健事業等に対する助成 (平成30年度新規)

- ・都道府県国保ヘルスアップ支援事業

※都道府県が実施する基盤整備、現状把握・分析等に係る経費を助成する

※国保被保険者数に応じた助成限度額:1,500万~2,500万円

4. 保険者努力支援制度による評価

○取組の質の向上に向けて評価指標を見直し

- ・過年度の実施状況等を見つつ、日本健康会議重症化予防WGでの議論も踏まえ、翌年度の評価指標を設定

<目次>

1. 取組の推進に向けた動きと取組の現状
2. 保険者努力支援制度による評価
(糖尿病性腎症重症化予防の取組について)

参考資料 取組に対する財政支援

平成30年度以降の国保財政の姿

(赤字は国保改革による変更点)

市町村への地方財政措置: 1,000億円

特別高額医療費共同事業

- 著しく高額な医療費(1件420万円超)について、都道府県からの拠出金を財源に全国で費用負担を調整。国は予算の範囲内で一部を負担。
- ※ 平成30年度以降、数十億円程度増額

高額医療費負担金

- 高額な医療費(1件80万円超)の発生による国保財政の急激な影響の緩和を図るため、国と都道府県が高額医療費の1/4ずつを負担

保険者努力支援制度

- 都道府県・市町村の医療費適正化、予防・健康づくり等の取組状況に応じ支援。事業規模: 800億円程度

保険者支援制度

- 低所得者数に応じ、保険料額の一定割合を公費で支援
(国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4)

保険料軽減制度

- 低所得者の保険料軽減分を公費で支援。
(都道府県 3/4、市町村 1/4)

財政安定化支援事業

保険料

特別高額医療費共同事業

高額医療費負担金

保険者努力支援制度

保険者支援制度

保険料軽減制度

50%

調整交付金(国)
(9%)

定率国庫負担
(32%)

都道府県繰入金
(9%)

50%

前期高齢者
交付金

調整交付金(国)

- 普通調整交付金(7%)
都道府県間の財政力の不均衡等(医療費、所得水準)を調整するために交付。
- 特別調整交付金(2%)
画一的な測定方法によって、措置できない都道府県・市町村の特別の事情(災害等)を考慮して交付。
- ※ 平成30年度以降、800億円程度について、実質的増額。

前期高齢者交付金

- 国保・被用者保険の65歳から74歳の前期高齢者の偏在による保険者間の負担の不均衡を、各保険者の加入者数に応じて調整。(市町村単位→都道府県単位の交付に)

【財政安定化基金】

- 貸付・交付分(2,000億円)
給付増や保険料収納不足により財源不足になった場合に備え、都道府県に基金を設置し、都道府県・市町村に対して貸付・交付を行う。
- 激変緩和分(300億円)
平成35年度までの間、新制度の円滑な施行に必要な資金として活用可能。

保険者努力支援制度の実施について

保険者努力支援制度

実施時期：30年度以降

対象：市町村及び都道府県

規模：約800億円（国保改革による公費拡充の財源を活用）

※別途、特調より約200億円を追加し、計：約1,000億円規模のインセンティブ

評価指標：交付の前年度夏に評価指標等を市町村及び都道府県へ提示、秋に評価を実施。

保険者努力支援制度【前倒し分】

実施時期：28年度及び29年度

対象：市町村

規模：特別調整交付金の一部を活用して実施（平成28年度：150億円、平成29年度：250億円）

評価指標：保険者共通の指標に加え、収納率等国保固有の問題にも対応

経済財政運営と改革の基本方針2015(抄)[平成27年6月30日閣議決定]

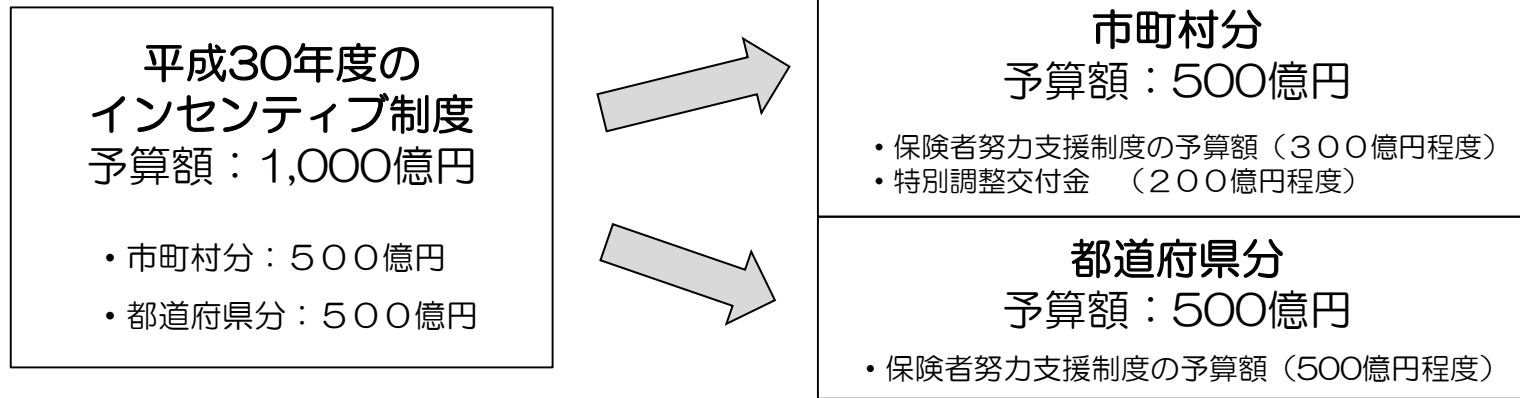
(インセンティブ改革)

全ての国民が自らががんを含む生活習慣病を中心とした疾病の予防、合併症予防を含む重症化予防、介護予防、後発医薬品の使用や適切な受療行動をとること等を目指し、特定健診やがん検診の受診率向上に取り組みつつ、個人や保険者の取組を促すインセンティブのある仕組みを構築することが重要である。

このため、保険者については、国民健康保険において、保険者努力支援制度の趣旨を現行補助制度に前倒しで反映する。その取組状況を踏まえ、2018年度(平成30年度)までに保険者努力支援制度のメリハリの効いた運用方法の確立(中略)など、保険者における医療費適正化に向けた取組に対する一層のインセンティブ強化について制度設計を行う。

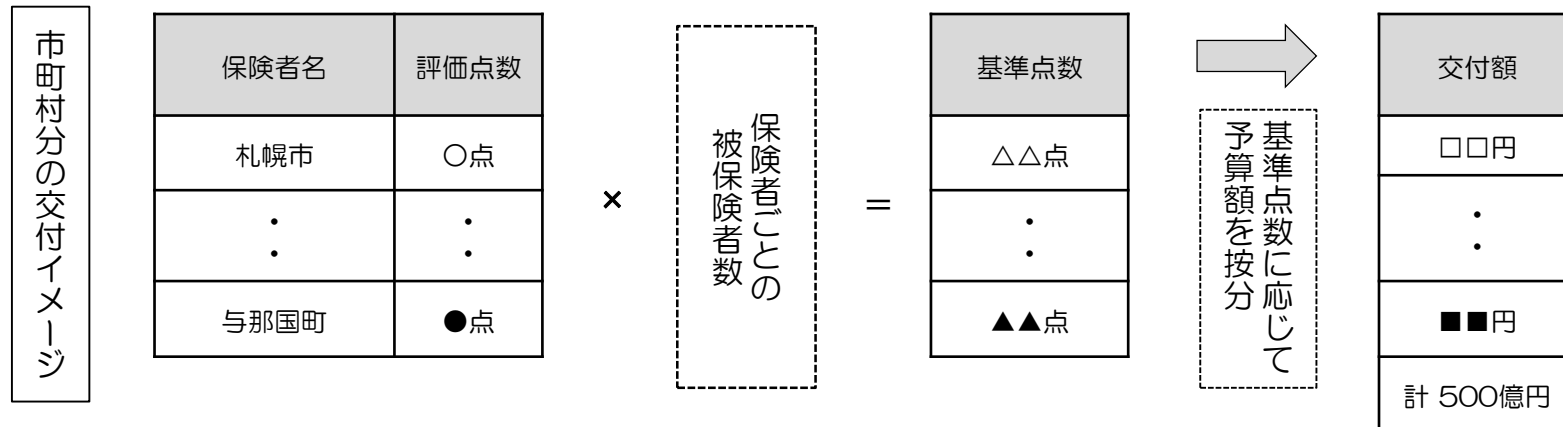
○予算額について

平成30年度においては、保険者努力支援制度の予算額（800億円程度）に加え、特別調整交付金からも200億円程度確保することで、総額1,000億円のインセンティブ制度とする。



○交付方法について

保険者努力支援制度等の交付額の算定方法は、（保険者ごとの評価点数）×（被保険者数）により算出した点数を基準として、全保険者の算出点数の合計に占める割合に応じて、予算額を按分する。



※都道府県分についても、指標毎に予算額を設定し、市町村分と同様の手法により算出を行っている。

平成31年度の保険者努力支援制度について（全体像）

市町村分（300億円程度）※特調より200億円程度を追加

保険者共通の指標

指標① 特定健診・特定保健指導の実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

- 特定健診受診率・特定保健指導受診率
- メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率

指標② 特定健診・特定保健指導に加えて他の健診の実施や健診結果等に基づく受診勧奨等の取組の実施状況

- がん検診受診率
- 歯科健診実施状況

指標③ 糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況

- 重症化予防の取組の実施状況

指標④ 広く加入者に対して行う予防・健康づくりの取組の実施状況

- 個人へのインセンティブの提供の実施
- 個人への分かりやすい情報提供の実施

指標⑤ 加入者の適正受診・適正服薬を促す取組の実施状況

- 重複・多剤投与者に対する取組

指標⑥ 後発医薬品の使用促進に関する取組の実施状況

- 後発医薬品の促進の取組
- 後発医薬品の使用割合

国保固有の指標

指標① 収納率向上に関する取組の実施状況

- 保険料（税）収納率
- ※過年度分を含む

指標② 医療費の分析等に関する取組の実施状況

- データヘルス計画の実施状況

指標③ 給付の適正化に関する取組の実施状況

- 医療費通知の取組の実施状況

指標④ 地域包括ケアの推進に関する取組の実施状況

- 国保の視点からの地域包括ケア推進の取組

指標⑤ 第三者求償の取組の実施状況

- 第三者求償の取組状況

指標⑥ 適正かつ健全な事業運営の実施状況

- 適切かつ健全な事業運営の実施状況

都道府県分（500億円程度）

指標① 主な市町村指標の都道府県単位評価

- 主な市町村指標の都道府県単位評価
 - ・特定健診・特定保健指導の実施率
 - ・糖尿病等の重症化予防の取組状況
 - ・個人インセンティブの提供
 - ・後発医薬品の使用割合
 - ・保険料収納率
- ※ 都道府県平均等に基づく評価

指標② 医療費適正化のアウトカム評価

- 都道府県の医療費水準に関する評価
- ※国保被保険者に係る年齢調整後一人当たり医療費に着目し、
 - ・その水準が低い場合
 - ・前年度より一定程度改善した場合
- に評価

指標③ 都道府県の取組状況

- 都道府県の取組状況
 - ・医療費適正化等の主体的な取組状況（保険者協議会、データ分析、重症化予防の取組等）
 - ・医療提供体制適正化の推進
 - ・法定外繰入の削減

保険者努力支援制度(市町村分) 平成31年度配点

【平成30年度】

加点	項目
100点	重症化予防の取組、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率、適正かつ健全な事業運営の実施状況
40点	後発医薬品の使用割合、データヘルス計画の取組、第三者求償の取組
35点	重複服薬者に対する取組、後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯周疾患(病)健診、個人への分かりやすい情報提供、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進



【平成31年度】

加点	項目
100点	重症化予防の取組、後発医薬品の使用割合、収納率向上
70点	個人へのインセンティブ提供
60点	適正かつ健全な事業運営の実施状況
50点	特定健診受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率 重複・多剤投与者に対する取組、データヘルス計画の取組
40点	第三者求償の取組
35点	後発医薬品の促進の取組
30点	がん検診受診率
25点	歯科健診、医療費通知の取組、地域包括ケアの推進、
20点	個人への分かりやすい情報提供

保険者努力支援制度（平成31年度市町村分）における評価指標

【共通指標③重症化予防の取組実施状況】

平成30年度実施分

重症化予防の取組の実施状況 (平成29年度の実施状況を評価)	得点	該当保険 者数	達成率
以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する	50	1,197	68.8%
① 対象者の抽出基準が明確であること			
② かかりつけ医と連携した取組であること			
③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること			
④ 事業の評価を実施すること			
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること			
以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。			
⑥ 受診勧奨を、全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。	25	970	55.7%
⑦ 保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。	25	955	54.9%



平成31年度実施分

重症化予防の取組の実施状況 (平成30年度の実施状況を評価)	得点
以下の基準を全て満たす糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施しているか。 ※ 取組方法については、受診勧奨、保健指導、受診勧奨と保健指導を一体化した取組等の中から地域の実情に応じ適切なものを選択する	50
① 対象者の抽出基準が明確であること	
② かかりつけ医と連携した取組であること	
③ 保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること	
④ 事業の評価を実施すること	
⑤ 取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること	
以上の基準を全て満たす取組を実施する場合、その取組は以下を満たすか。	
⑥ 受診勧奨を、①の抽出基準に基づく全ての対象者に対して、文書の送付等により実施していること。また、実施後、対象者の受診の有無を確認し、受診が無い者には更に面談等を実施していること。	25
⑦ ①の抽出基準に基づく対象者のうち、保健指導を受け入れることを同意した全ての対象者に対して、面談、電話又は個別通知を含む方法で実施していること。また、実施後、対象者のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、実施前後で評価していること。	25

【平成31年度指標の考え方】

- 要件の趣旨を明確化する観点から、⑥、⑦の文言を修正する。

保険者努力支援制度（平成31年度都道府県分）における評価指標③

【1.医療費適正化等の主体的な取組状況（重症化予防の取組）】

平成30年度実施分

重症化予防の取組 （平成29年度の実施状況を評価）	30年度分	該当保険者数	達成率
・都道府県医師会、都道府県糖尿病対策推進会議等との連携協定を締結するなど、市町村における重症化予防の取組を促進するための支援策を講じている場合	10	45	95.7%
・都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合	10	43	91.5%



平成31年度実施分

重症化予防の取組 （平成30年度の実施状況を評価）	得点
1. 市町村における重症化予防の取組を促進するため、次の支援策を講じているか。	
① 都道府県医師会等の関係団体に対する働きかけ（連携体制を構築し、会議や研修等の実施）	4
② 糖尿病対策推進会議等に対する働きかけ（連携体制を構築し、会議や研修等の実施）	4
③ 市町村に対する働きかけ（市町村の現状把握をした上で、データの提供や研修、保健所による助言・支援等の実施）	2
2. 都道府県版重症化予防プログラムを策定している場合、次の事項は含まれているか。	
① 都道府県において分析した管内の状況（健診データ・レセプトデータの分析、保険者の取組状況の把握等）	2
② 各関係者の役割（市町村、都道府県、後期高齢者医療広域連合、地域における医師会等、都道府県糖尿病対策推進会議等）	2
③ 関係機関・関係者との具体的な連携方法（窓口、様式等）	4
④ 抽出方法、介入方法等	2

【平成31年度指標の考え方】

- 平成30年度の達成状況を踏まえ、より質に着目した指標に修正する。

ご清聴ありがとうございました。



【参考資料】

取組に対する財政支援



市町村が実施する国保保健事業に対する支援

被保険者の健康の保持増進・QOLの向上と医療費適正化に資するため、被保険者の積極的な健康づくりを推進し、地域の特性や創意工夫を活かした事業の実施を支援する。

(1) 国保ヘルスアップ事業

KDBシステム等並びに第三者評価機関を活用し、データ分析に基づきPDCAサイクルに沿って効率的・効果的に実施する事業へ交付。

【申請要件】

- データ分析に基づくPDCAサイクルに沿った中長期的なデータヘルス計画を策定すること。
- データヘルス計画は、被保険者の医療情報や健診情報等のデータを分析するKDB等を活用し、策定すること。
- 予め事業区分毎にストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標のうち3つ以上の定量的な指標を設定して評価すること。
- 国保連の支援・評価委員会を活用すること。
・支援・評価委員会の活用状況(支援決定通知等)、活用内容(毎年度9月末までに得られた助言及びそれを踏まえた改善内容)がわかるものを添付すること。

【交付限度額】 ※(2)に比べ、1.5倍。

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	600万円	900万円	1,200万円	1,800万円

(2) 国保保健指導事業

国保被保険者に対する取組として実施する事業へ交付。

【申請要件】

- 年度内に事業完了すること。

【交付限度額】 ※予め事業区分毎にストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標及びアウトカム指標のうち定量的な3つ以上の指標の設定がない場合は6割、2つ以上の指標の設定がない場合には5割を限度とする。

被保険者数	1万人未満	1～5万人未満	5～10万人未満	10万人以上
限度額	400万円	600万円	800万円	1,200万円

事業内容

※(1)(2)共通

a)～e)までの必須事業のうち、1事業は実施する

① 必須事業(国が重点的に推進する事業)

- a)特定健診未受診者対策
- b)特定保健指導未利用者対策
- c)受診勧奨判定値を超えている者への受診勧奨
- d)特定健診継続受診対策
- e)生活習慣病の1次予防に重点を置いた取組

② 国保一般事業

- f)健康教育
- g)健康相談
- h)保健指導
 - ①重複・頻回受診者
 - ②重複・多剤服薬者
 - ③生活習慣病重症化予防
 - ④禁煙支援
 - ⑤その他保健指導
- i)糖尿病性腎症重症化予防
- j)歯科にかかる保健事業
- k)地域包括ケアシステムを推進する取組
- l)健康づくりを推進する地域活動等
- m)保険者独自の取組

◎平成30年度以降、改正後の国民健康保険法に基づく調整交付金については都道府県に対して交付されることとなるため、市町村の行う保健事業を対象とする助成は都道府県を通じて市町村へ交付される。

都道府県国保ヘルスアップ支援事業の創設(平成30年度)

平成30年度から、都道府県が国保の財政運営の責任主体となり、国保運営に中心的な役割を担うことを踏まえ、都道府県が実施する保健事業等に対する助成事業として、特別調整交付金を活用した「都道府県国保ヘルスアップ支援事業」を創設する。

【交付対象】

都道府県が、管内市町村国保における保健事業を支援するため、効率的・効果的に実施する事業。

※1 国民健康保険特別会計事業勘定(款)保健事業費に相当する科目により実施する事業に充当

※2 市町村が実施する保健事業との役割を調整するよう留意

※3 委託可
(事業内容)

- A. 市町村が実施する保健事業の更なる推進に資する基盤整備
 - ・都道府県レベルの連携体制構築(連携会議の開催等)
 - ・保健事業の対象者抽出ツールの開発
 - ・市町村保健事業の効率化に向けたインフラ整備(管内市町村共通ヘルスケアポイント制度の創設等)
 - ・人材育成(管内全域から参加できる研修の開催等)
- B. 市町村の現状把握・分析
 - ・KDBと他のDBを合わせた分析
- C. 都道府県が実施する保健事業
 - ・保健所を活用した取組(保健所の専門職による保健指導支援等)

【交付要件】

○事業ごとの実施計画(単年又は複数年)の策定

○事業ごとの評価指標(ストラクチャー指標、プロセス指標、アウトプット指標、アウトカム指標)・評価方法の設定

※翌年度も同じ事業を申請する場合は評価指標による成果報告

○第三者(有識者検討会、支援・評価委員会等)の活用

【交付限度額】

被保険者数	25万人未満	25～50万人未満	50～75万人未満	75～100万人未満	100万人以上
基準額	1,500万円	1,750万円	2,000万円	2,250万円	2,500万円

熊本市の CKD(慢性腎臓病)対策について



熊本市健康福祉局 保健衛生部
健康づくり推進課
副課長 谷 昭子

CKD対策 準備期



平成20年10月 活動開始！

熊本市内腎臓専門医、医師会理事へ訪問

- 熊本市民病院腎臓専門医と代謝内科専門医 訪問
 - 熊本市医師会特定健診担当理事 訪問
- ↓
- 公的病院腎臓専門医、病診連携協力医
キーパーソンへインタビュー

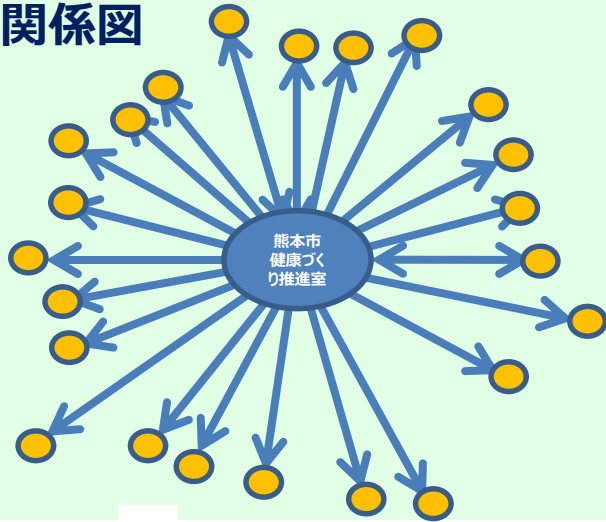
関係機関へ直接訪問、荷電、学会出席

<関係機関・団体>

熊本市医師会、熊大代謝内科、熊大薬学部、熊大循環器内科、全国慢性腎臓病協会、熊大小児科、熊本市医師会ヘルスケアセンター、熊本県総合保健センター、熊本県済生会健診センター、熊本県農協、熊本市公的病院連絡会、厚生労働省、熊本県栄養士会、熊本県国民健康保険連合会、熊本県看護協会、熊本市地域医療センター、熊本市地域包括支援センター協議会、熊本市教育委員会健康教育課、熊本県移植コーディネーター、熊本県薬務衛生課、浜松市保健所、高知市保健所医師、日本腎臓財団、福島県立医大、筑波大学医師、日本腎臓学会、日本高血圧学会、日本公衆衛生学会、産業看護研究会、5保健福祉センター

専門医、病診連携医、各関係機関・団体との関係図

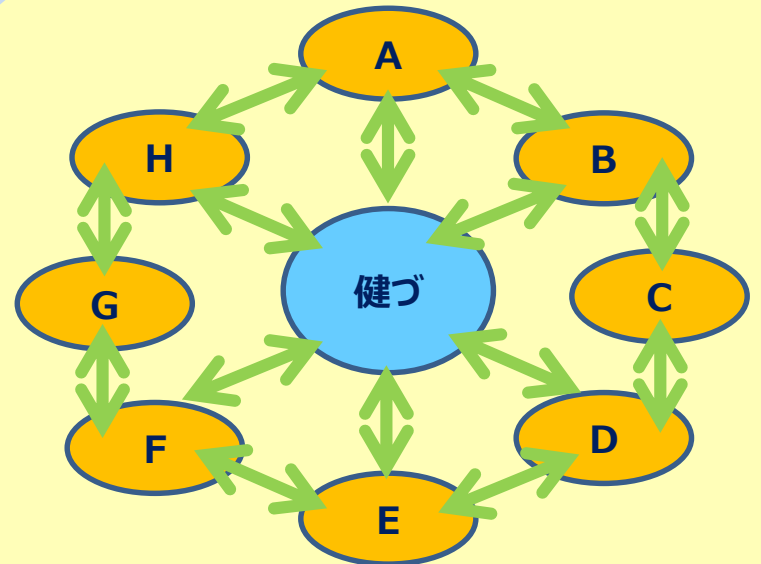
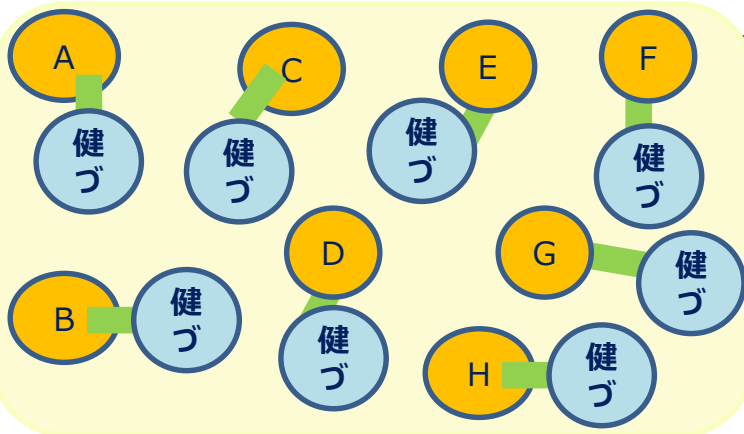
当初の関係図



構造同値

同じ価値、同じベクトルを持った集合、構成員が入れ替わっても変化しない集団を作った！

構造化



健康づくり推進室

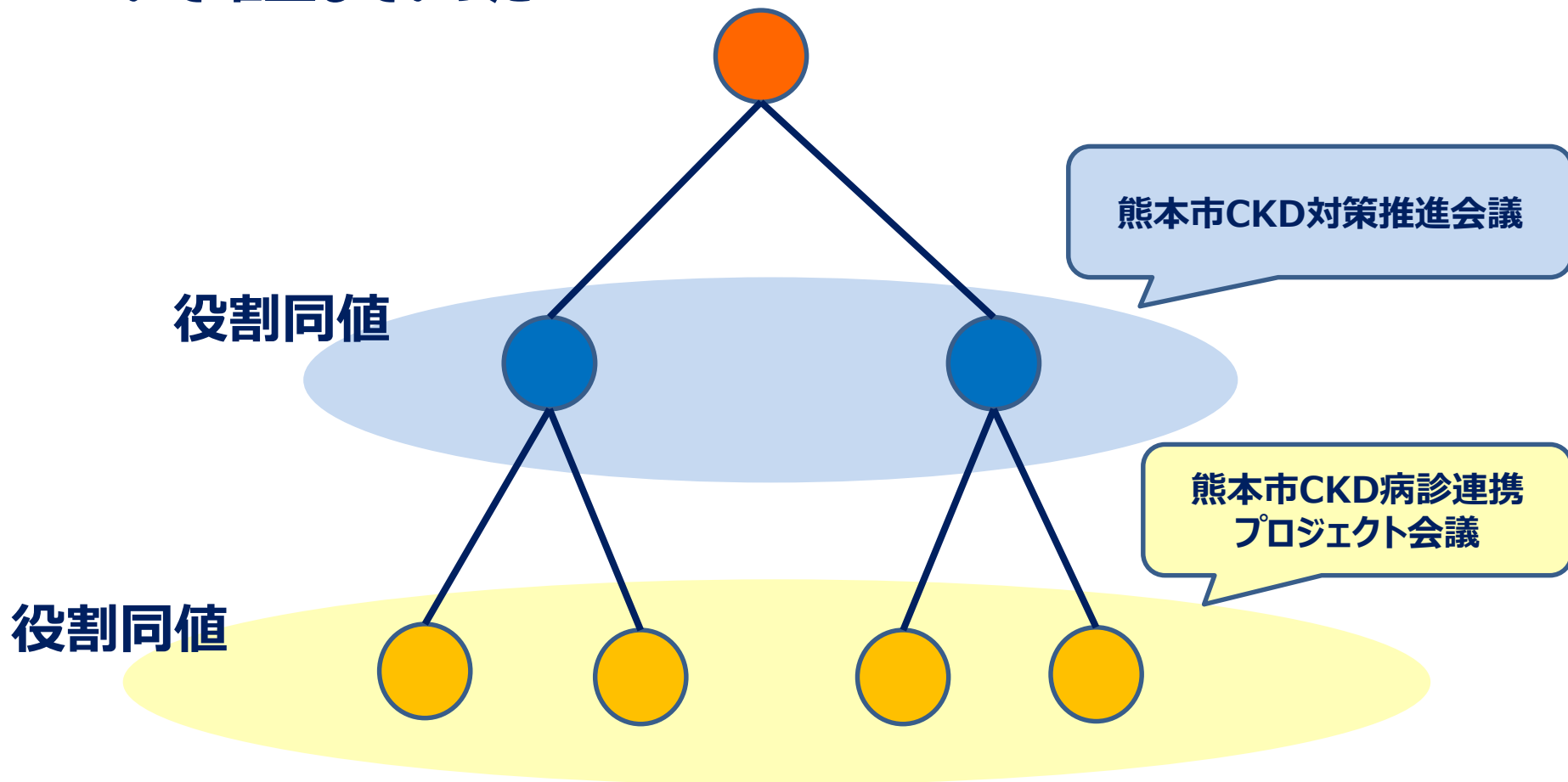
(現在：健康づくり推進課)

と医療機関等との直接結合は

できたものの、まだ力を発揮できていない状態

(ベクトルは様々)

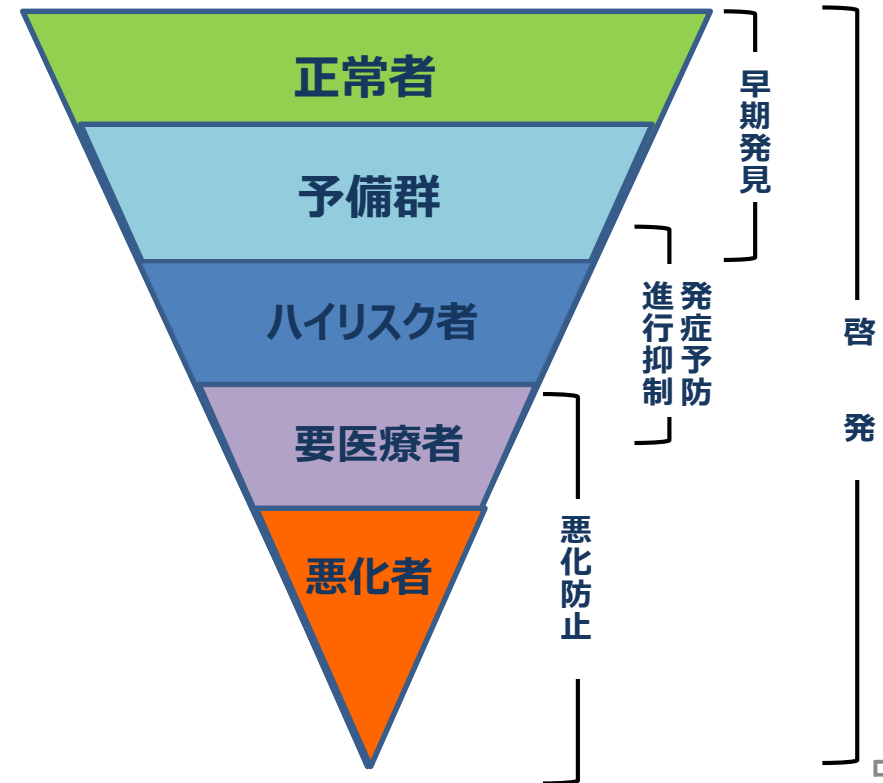
構造同値になった集団を役割同値しているところとつなげて
会議を行い、CKD対策について意見を交え、取組み内容に
ついて確立していった



CKD対策の取組み（4本柱）

2009-2017

- 啓発・早期発見
- 発症予防・進行抑制
- 悪化防止
- 推進体制の整備



■ 啓発・早期発見

① 啓発 ・啓発媒体、各種イベント、講演会、HPなど啓発



バスカード



競輪場でのイベント



動物園でのイベント



② 特定健診受診率向上への取組

- ・特定健診実施機関からの未受診者への**受診勧奨**（国保実績：約55万件）
- ・国保特定健診受診案内様式変更（腎機能注意書追加）

③ 腎機能評価のための**eGFR値算出促進**

- ・特定健診の個人結果通知にeGFR値を記載する旨、各衛生検査所への働きかけ（8箇所中8箇所）

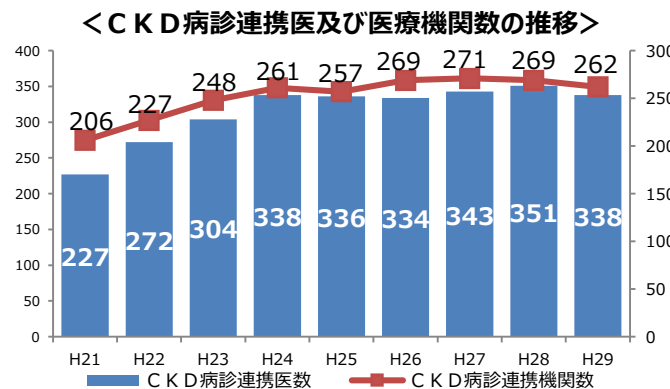
■ 発症予防・進行抑制

- ・ 熊本市CKD対策推進「保健指導プロジェクト会議」の設置
- ・ 各区保健子ども課における保健相談等の実施
- ・ ICTを活用した健康づくり支援（H24-26年度） 参加：940人

・ 熊本市CKD対策推進「病診連携医」登録制度の創設

CKD対策推進に賛同・協力するかかりつけ医の登録病診連携登録医 338人

登録医療機関 262箇所
(内科医標榜 59.3%)



・ かかりつけ医と栄養士との栄養連携システム

管理栄養士のいないかかりつけの医療機関でも栄養指導が行える仕組みづくり

H24~29実績 計 8,036件

■悪化防止

① 腎機能悪化者・重症高血圧・糖尿病者等への受診勧奨

- ・ 国保特定健診結果に基づく受診勧奨
(CKD3,672件 重症高血圧736件 糖尿病3,550件 脂質異常症 2,645件)

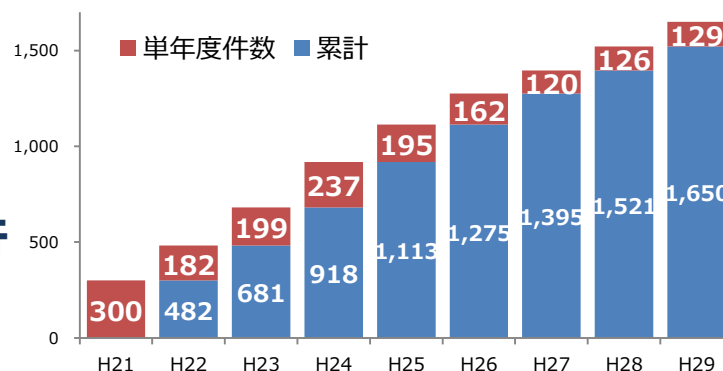
② かかりつけ医と腎臓専門医の連携システムの構築

- ・ 熊本市CKD「病診連携プロジェクト会議」の設置
- ・ 専門医紹介基準（市版）、紹介状・再紹介チェックシート様式の作成、
腎臓専門医の所属する施設リストの作成
- ・ 熊本市CKD病診連携説明会の開催（22回 2,121人（うち医師1,845人））

③ CKD病診連携の推進

- ・ 病診連携医と
腎臓専門医の連携数 1,650件
- ・ 熊本市CKD対策NEWSレターの発行

<CKD病診連携数の推移>



■ 推進体制の整備

① 熊本市CKD対策推進会議の開催

・CKD対策推進のため、関係機関との連携、

総合的な悪化防止運動の展開を行う

開催：年1回（90団体） 「アクションプラン」の作成（独自あるいは協働の取組）



② 熊本市CKD対策推進協力団体募集

協力団体27社（H30.3月現在）

【協力内容】 ・積極的なCKD対策推進の啓発活動 ・CKDの予防や健康づくりに関する情報提供

・その他熊本市のCKD対策の推進に関すること

③ 区役所単位の生活習慣病ネットワーク連絡会

・生活習慣病等の健康課題に関する情報共有、意見交換

メンバー：市医師会、区役所及び国保職員等 H23～H28 全30回 1,695人

④ コメディカル研修会

・医療専門職と情報共有、意見交換

メンバー：CKD対策推進会議メンバー（医療従事者） 全13回 877人

CKD病診連携システム



CKD対策推進に賛同・協力する「かかりつけ医」をCKD病診連携医として登録。**CKD病診連携医と腎臓専門医の双方で診療する2人主治医制**とする「CKD病診連携システム」を構築し、患者さんの進行抑制、悪化防止につなげる。

事業効果

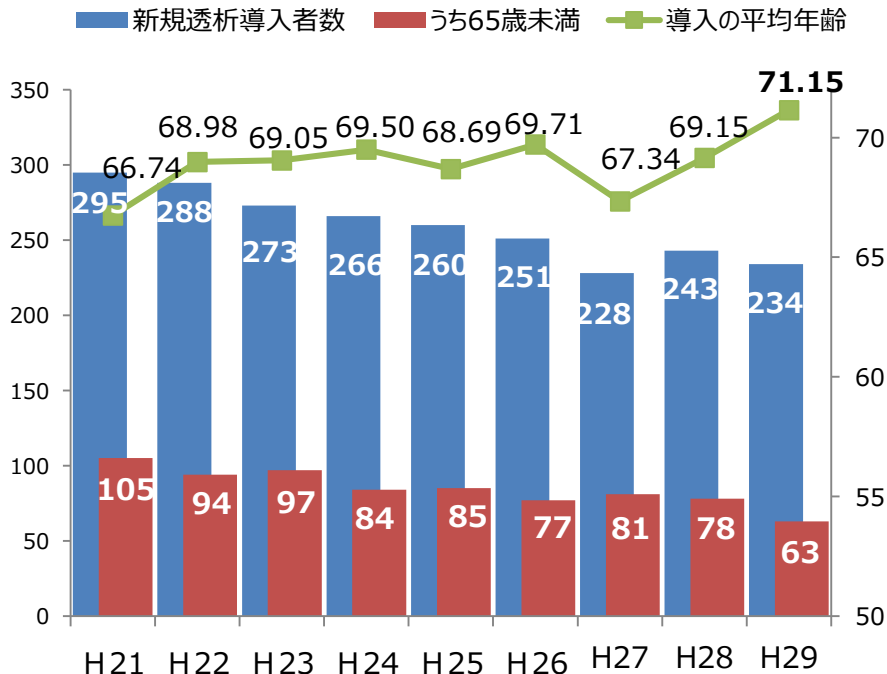
●新規人工透析導入者

295人 (H21) → 234人 (H29)

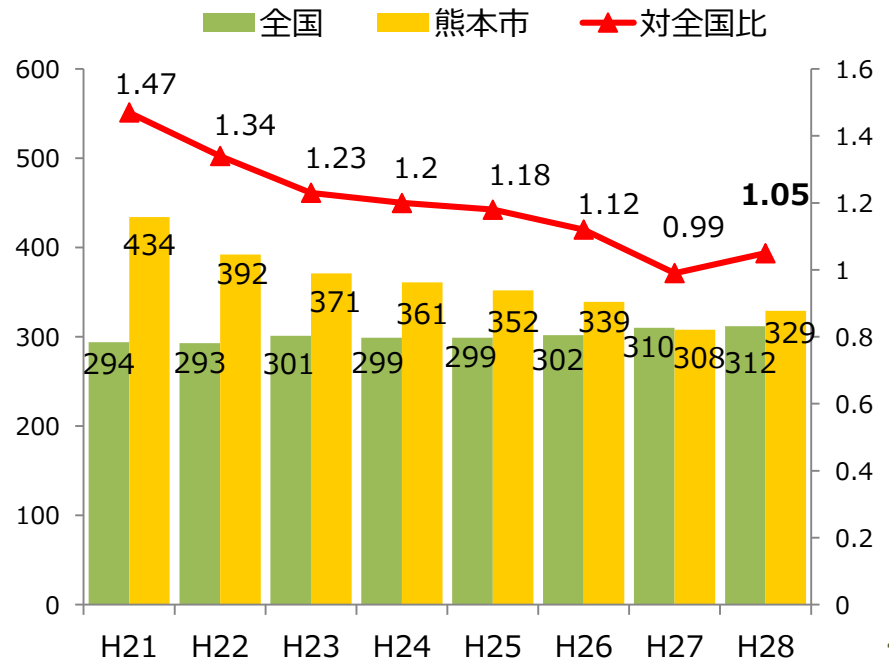
●導入平均年齢

66.74歳 (H21) → 71.15歳 (H29)

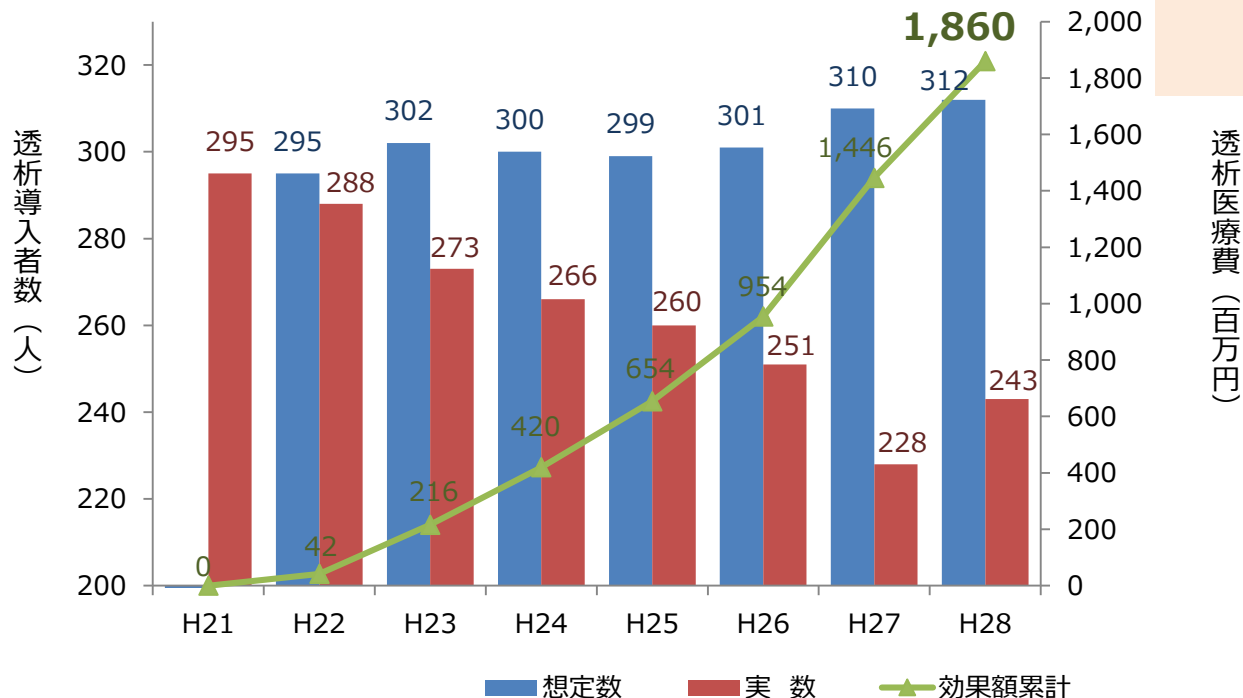
■新規人工透析導入者と導入平均年齢の推移



■新規透析導入者数割合 (人口100万対)



● 効果額試算



試算効果額は
約18億6千万円!!

※試算に当たっては、平成21年度の新規透析導入者：295人に国の新規透析導入者の伸び率を乗じ、平成22～28年度新規透析者想定数を算出。各年度の新規透析者実数との差を基に、効果額を試算。（新規透析費用は6百万/年と設定）

【参考：全国の新規人工透析導入者】（単位：人）

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
全国	37,543	37,532	38,474	38,165	38,024	38,335	39,402	39,547
/伸び率	—	-0.03%	2.48%	1.66%	1.28%	2.11%	4.95%	5.34%

■ その他（表彰）

第3回健康寿命をのぼそう!アワード

自治体部門 厚生労働大臣 優秀賞

「すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で
いきいきと暮らせるまちを目指して」
～ネットワークで守る市民の腎臓（そらまめ）～



健康寿命をのぼそう! *Award*



糖尿病性腎症予防への取組



【糖尿病】

成人の4人に1人。

4

糖尿病対策

(1)啓発ちらし配布にて糖尿病予防啓発

- ・対象：妊婦、幼児から高齢者まで全世代
- ・広報



▲ちらし



▲ポスター

(2)地域における簡易血糖検査実施による早期発見

- ・要指導者・要医療者へのフォロー



(3)ハイリスク者及び未受診者に対する個別支援

(国保特定健診対象者)

- ・国保年金課及び校区担当保健師等と連動した訪問

岡山県のCKD(慢性腎臓病) 対策について



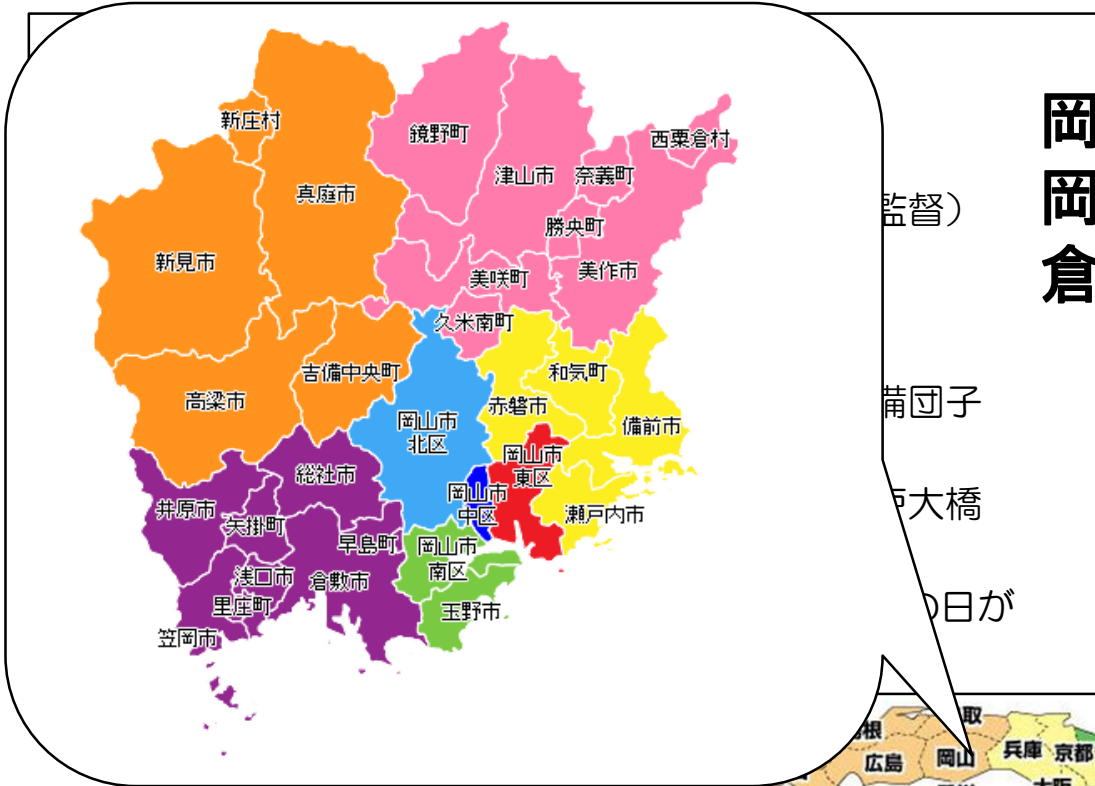
© 岡山県マスコット「ももっち」



第2次健康おかやま21

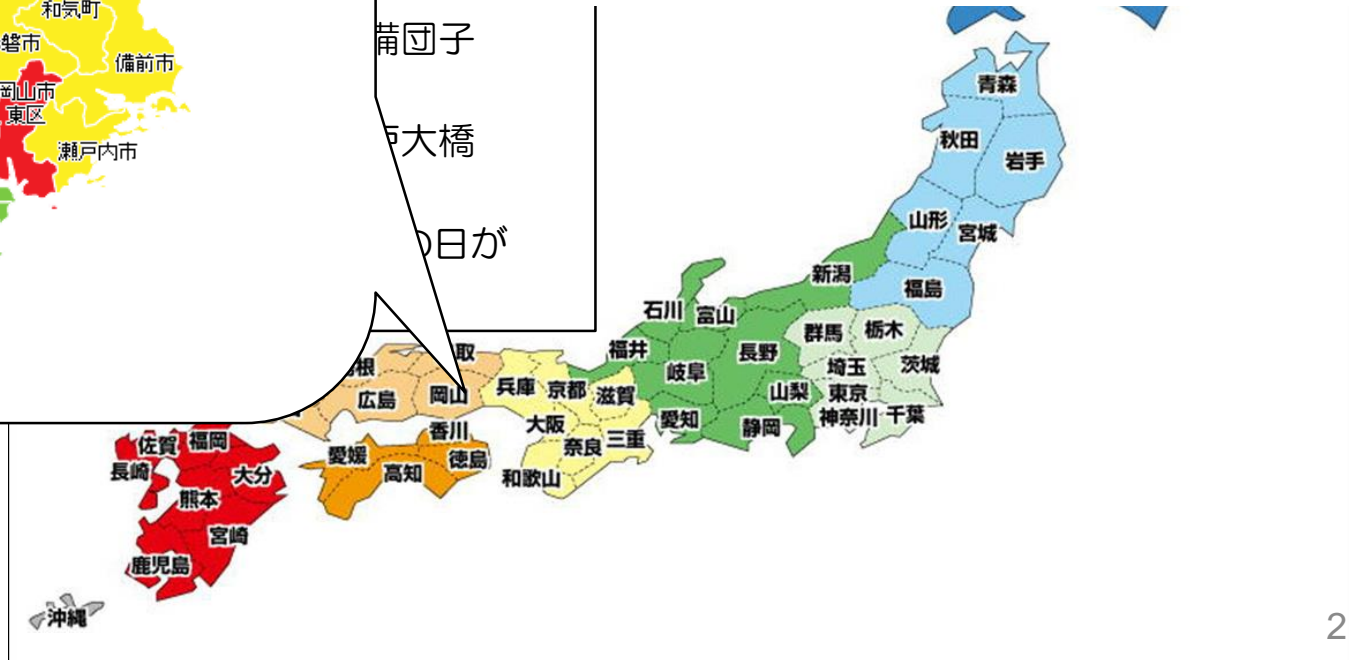
岡山県保健福祉部健康推進課

岡山県と言えば



岡山県人口 約 192万人
岡山市人口 約 72万人
倉敷市人口 約 48万人

(参考：岡山県毎月流動人口調査平成28年9月1日)



本日の内容

- 1 岡山県健康増進計画等
- 2 CKD対策の推進体制
- 3 関係機関との連携によるCKD対策
- 4 岡山県における取組と今後



© 岡山県マスコット「ももち」

1 県健康増進計画の概要

基本理念

全ての県民が健康で生きる喜びを感じられる長寿社会の実現

健康寿命の延伸

健康づくりへの取組

・不規則な生活
・暴飲暴食
・運動不足等

②身体活動・運動

⑤喫煙

⑥歯と口の健康

③休養・こころの健康

①栄養・食生活

④飲酒

目標（例）

- 適正体重を維持している者の増加
- ★日常生活における歩数の増加
- ★成人の喫煙率の減少
- ★がん検診の受診率の向上
- ★特定健診・特定保健指導の実施率の向上
- ★高血圧の改善 等

基本的な方針

①生活習慣病の予防の発症予防と重症化予防

②社会生活を営むために必要な心身機能の維持及び向上

③健康を支え、守るための社会環境の整備

それぞれの役割

個人
家庭

地域
(住民)

学校

職場

保険者

関係機関
関係団体

マスメディア
民間企業

行政

がん、
糖尿病
脳血管疾患
心疾患

健康おかやま21

第2次健康おかやま21(平成25～34年度)

改善している主な指標

○がん検診の受診率

肺がん	男性	35.1%	→	54.9%
	女性	36.3%	→	51.6%
大腸がん	男性	31.6%	→	45.1%
	女性	30.4%	→	41.4%

○食塩摂取量 10.3g → 9.5g

○生活習慣病のリスクを高める飲酒をしている者の割合

女性 11.2% → 4.6%

○未成年者の喫煙の割合

高校生男子	3.3%	→	0.2%
高校生女子	1.2%	→	0.2%

○80歳で自分の歯を20歯以上持っている者の割合

32.0% → 42.8%

悪化している主な指標

○糖尿病が強く疑われる者の割合

8.9% → 12.8%

○適正体重を維持している人

20～60歳代男性の肥満者の割合

26.9% → 33.1%

40～60歳代女性の肥満者の割合

19.3% → 24.7%

○野菜摂取量

291.2g → 262.3g

○朝食を毎日食べる者の割合

小学生	94.3%	→	91.7%
中学生	89.2%	→	85.3%

○運動習慣者の割合(20～64歳)

男性	28.5%	→	14.7%
女性	18.7%	→	10.6%

第3期医療費適正化計画(2018~2023)

糖尿病の重症化予防の推進

○現状

- ・糖尿病性腎症は新規透析導入の原因疾患の第1位
- ・「糖尿病が強く疑われる者」のうち、現在治療を受けている者の割合は76.6%であり、治療につなげていない者もある。
- ・H28国保特定健康診査28.9%(43位) 特定保健指導12.6%(46位)

○目標

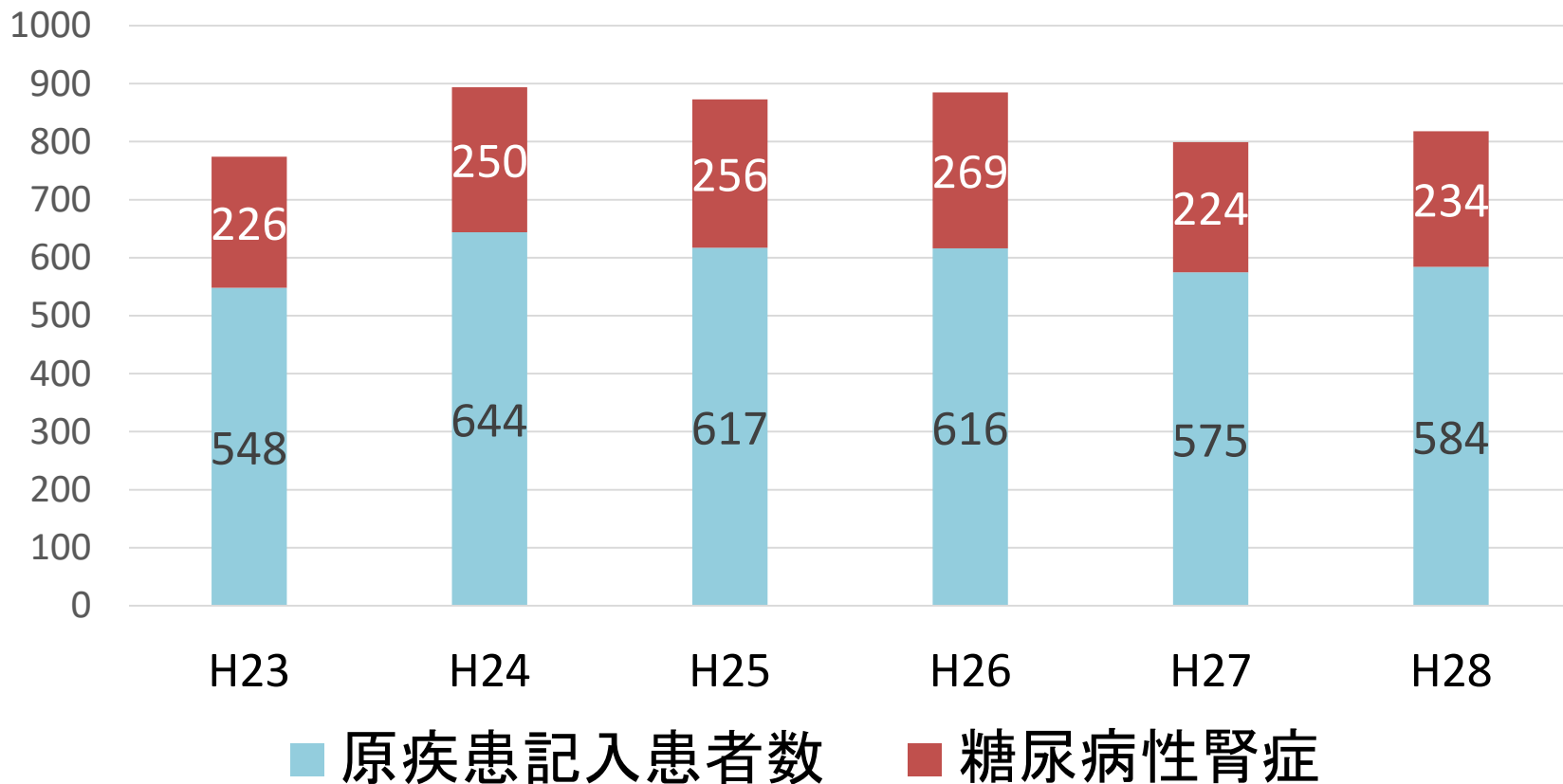
- ・糖尿病性腎症による年間新規透析導入者数を減少する。

○施策

- ・適切な医療の提供
- ・重症化・合併症の予防対策
- ・特定健診受診率の向上

岡山県新規透析導入患者数のうち原疾患に記入があった患者数と

原疾患が糖尿病性腎症の患者数



患者調査票による集計

(出典) 社団法人日本透析医学会 統計調査委員会

2 CKD対策の推進体制

糖尿病等
生活習慣病医療
連携体制

糖尿病重症化予防・健康寿命の延伸

県民

良質な医療提供

糖尿病医療連携参加医療機関等
かかりつけ医・コメディカルスタッフ

公開講座等

研修会開催・情報発信・普及啓発等

岡山県医師会
糖尿病対策推進協議会

岡山県医師会
日本糖尿病学会
日本糖尿病協会
岡山県

(事務局:岡山県医師会)

糖尿病医療連携推進事業

岡山県
糖尿病対策専門会議*

岡山県医師会
日本糖尿病学会
日本糖尿病協会
歯科医師会
看護協会 栄養士会
薬剤師会 岡山県等
(事務局:岡山大学病院)

生活習慣病等対策推進事業

岡山県
CKD・CVD対策専門会議

岡山県医師会
日本腎臓学会
日本慢性腎臓病対策協議会
歯科医師会
看護協会 栄養士会
薬剤師会 岡山県等
(事務局:岡山県)

連携

政策提言

岡山県糖尿病医療連携体制検討会議*

(事務局:岡山県 健康推進課)

3 関係機関との連携によるCKD対策

目的：地域におけるCKD・CVD医療連携体制の構築、
県民への普及啓発を推進する。



CKD・CVD定例会議

参加者:

岡山大学

血液浄化療法人材育成システム開発学講座医師

CKD CVD地域連携包括医療学講座医師

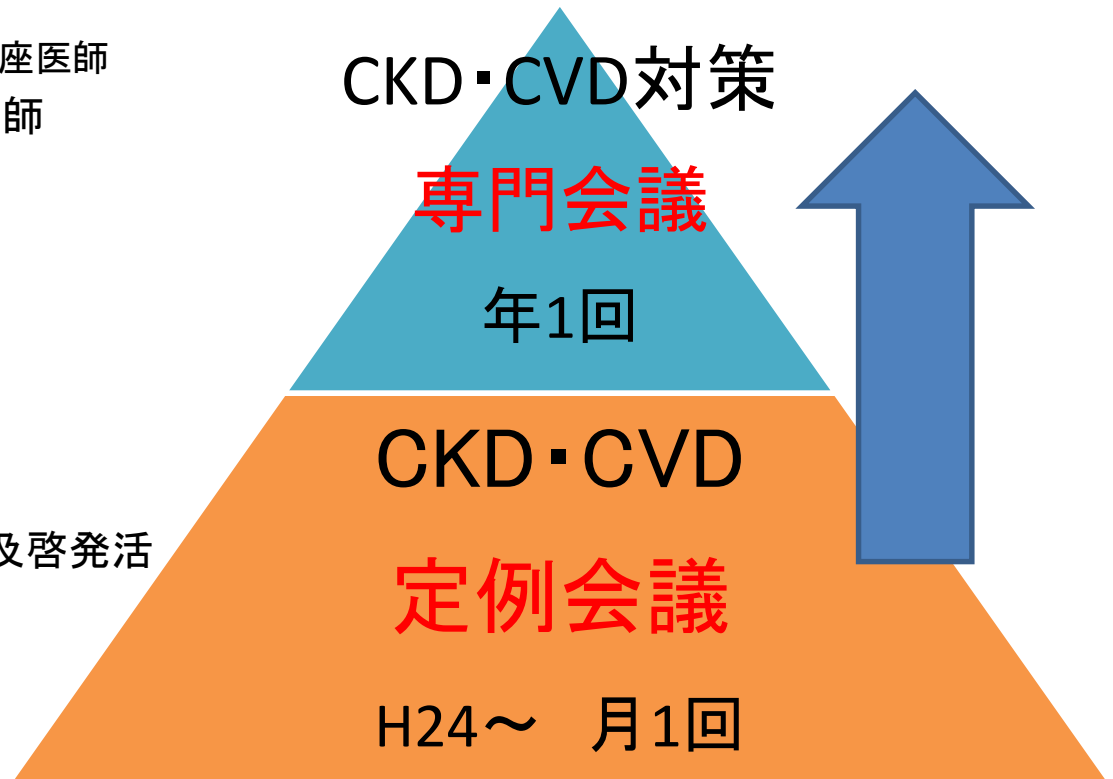
腎・免疫・内分泌代謝内科医師

岡山県医師会医師

健康推進課

回数: 毎月1回

内容: 専門会議、研修会、県民への普及啓発活動等の**実務的な内容**を協議。



普及啓発

1. 世界腎臓デーイベント(2007年度～、毎年3月)、岡山市、J-CKDIなど共催

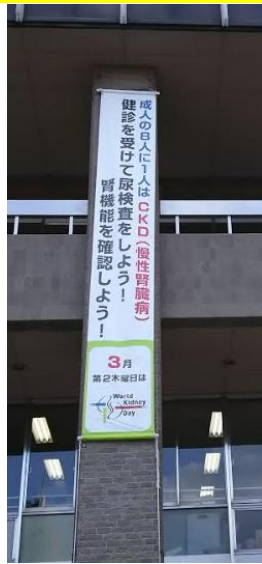
あなたの腎臓、
気にしたことはありますか？

Kidney Disease
and
Obesity

3月9日は「世界腎臓デー」
(毎年3月第2木曜日)

世界腎臓デー2017 in おかやま
CKD(慢性腎臓病) 啓発イベント
「腎臓病の早期発見は、
尿検査と血圧測定が大切！」

World Kidney Day
9 March 2017
www.worldkidneyday.org



2. 県民公開講座(2013年度～)、岡山県医師会など主催

定員600名
入場無料
お申込み不要

平成29年
10/12(日)
11:00～15:15(11:00開場)
岡山衛生会館

CKD(慢性腎臓病) 県民公開講座
「健康長寿の秘訣は腎臓と心血管にあり」
CKD・CVDの診断、検査、治療、日常生活上の注意について

健康相談
血圧測定
塩分チェック

参加費無料

参加費無料 定員400名(お申込み不要)

平成29年
10/23日
11:00～15:15(11:00開場)
岡山県医師会館

CKD(慢性腎臓病) 県民公開講座
「腎臓病と減塩を正しく知って元気に長生きしよう」
CKD・CVDの診断、検査、治療、日常生活上の注意について

健康相談
血圧測定
塩分チェック

参加費無料

県民公開講座
慢性腎臓病(CKD)
～腎臓を守って元気で健やかに～

平成29年
7月2日 13:30～14:45
(開場13:00)

会場：イオンシネマ岡山
共催：岡山CKD-CVD対策専門協議会
中外製薬株式会社

後援：岡山県医師会、公健社老人岡山県支部、岡山県山形市、日本慢性腎臓病対策協議会(J-CKD)、NPO法人腎臓サポート協会、岡山県老人生活支援財団

プログラム

申込方法
申込先：慢性腎臓病(CKD)岡山対策部
申し込み締切日：平成29年6月23日(日)当日有効
申し込み先：086-251-3770

お問い合わせ FAX番号 086-251-3770
メールアドレス info.okayama@shimite.jp

○健康相談
血圧測定、塩分チェック
○講演
* 9市町村にて開催

食育ナビ 減塩編


栄養委員(食生活推進員)等が活用

(全ての市町村に健康づくりボランティアとして活動)

健康な未来へ
あなたをナビゲート

食育ナビ

おいしく減塩編



岡山県民の一日の食塩摂取量(20歳以上)

性別	食塩摂取量 (g)
男性	10.4g (2.4gの超過)
女性	8.7g (1.7gの超過)

岡山県民は食塩をとり過ぎている!

1日の食塩摂取目標量(成人)は
男性8g未満 女性7g未満
日本人の食塩摂取基準(2015年版)
(高血圧の人6g未満)
高血圧治療ガイドライン2014

岡山県

あなたの塩分チェックシート

※当てはまるものに○をつけ、最後に合計点を計算してください。

	3点	2点	1点	0点
みそ汁、スープなど	1日2杯以上	1日1杯<5杯	2~3回/週	あまり食べない
つけ物、梅干しなど	1日2回以上	1日1回<5回	2~3回/週	あまり食べない
漬物、かつおなどの練り製品		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
あじの佃煮、ありん干し、塩鮭など		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
ハムやソーセージ		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
うどん、ラーメンなどの麺類	ほぼ毎日	2~3回/週	1回/週以下	食べない
せんべい、おかき、ポテトチップスなど		よく食べる	2~3回/週	あまり食べない
しょうゆやソースなどをかける頻度は?	よくかける(毎食)	毎日1回はかける	時々かける	ほとんどかけない
うどん、ラーメンの汁を飲ますか?	すべて飲む	半分<5杯飲む	少し飲む	ほとんど飲まない
昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか?	ほぼ毎日	3回/週<5回	1回/週<5回	利用しない
夕食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか?	ほぼ毎日	3回/週<5回	1回/週<5回	利用しない
家庭の調味料は外食とはべていりませんか?	濃い	同じ		薄い
食事の量は多いと思いませんか?	人より多い		普通	人より少ない
○をつけた場合	3点× 数	2点× 数	1点× 数	0点× 数
小計		点	点	点
合計				点

※合計点の高い人は要注意!をしたところの食生活を再見してみてください!

チェック	合計点	評 価
0~8		食塩はあまりとっていないと考えられます。引き続き減塩をしましょう。
9~13		食塩摂取量は平均的と考えられます。減塩に向けてもう少し頑張らしましょう。
14~19		食塩摂取量は多めと考えられます。食生活の改善で減塩の工夫が必要です。
20以上		食塩摂取量はかなり多いと考えられます。基本的な食生活の見直しが必要です。

減塩に向けた食生活の改善が重要です!

岡山県 健康推進課 健康推進員 2019年10月

食塩をとりすぎると...

あなたの食塩摂取量をチェック!

あなたの塩分チェックシート

食塩をとりすぎると...

食塩は塩化ナトリウム(NaCl)と呼ばれ、ナトリウム(Na)と塩素(Cl)からできています。ナトリウムは、必須ミネラルのひとつで、体内の水分調節に重要な役割を果たしていますが、通常の食事をしていれば、ナトリウムが不足することはありません。WHO(世界保健機関)では、食塩摂取量の目標値を1日5g未満としています。

食塩をとりすぎると...

塩分摂取量が増加 → 血液量が増加 → 心臓 → 膨らんだ血液は戻らない → 腎臓がオーバーワーク → 余分な水分を排泄しなければならぬ → 腎臓がオーバーワーク → 高血圧 → 動脈硬化 → 心臓病、脳卒中、腎不全などを引き起こすリスクが高くなる

塩分摂取量 1g減少 → 収縮期血圧 1mmHg低下

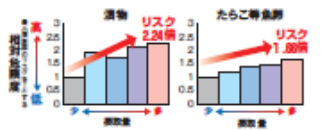
※参考: 健康日本21(第二次)の健康に関する30年計画

胃がんのリスクを高める!

漬物やたらこなど、食塩を多く含む食品をとるとは胃がんのリスクが高くなるという結果が報告されています。

塩蔵食品摂取量と胃がんリスク

※塩蔵食品とは、魚、野菜などを塩に漬けて乾燥させた食品



漬物: リスク 2.2倍
たらこ等魚卵: リスク 1.9倍

野菜や果物を食べよう!

野菜や果物に多く含まれているカリウムは体内の余分な食塩(ナトリウム)の排泄をうながし、減塩効果を高めます。

野菜は1日350g以上、果物は1日100g~200g程度を目標に食べましょう。

※腎臓に疾患のある人はカリウム摂取について医師に相談しましょう。

こんな食べ方していませんか?

当てはまるページをチェックしてみよう

- ① 食塩摂取量をチェックしてみよう!
- ② 食事の量が人より多い! 味付けは濃い方が好き!
- ③ 朝、昼、タと汁物は毎食食べたらしい!
- ④ 味を見ないで何にでもしょうゆなどの調味料をかける!
- ⑤ 外食やインスタント食品をよく食べる!
- ⑥ ラーメン、うどんなど麺類の汁は全部飲みきってしまう!

【お問合せ】岡山県保健福祉部健康推進課
〒700-8510 岡山県北区内山下3-4-6
TEL:086-226-7328

特定健診・特定保健指導の手引き

～慢性腎臓病 (CKD)

フォローアップ対策編～



岡山県

岡山県生活習慣病対策推進会議

CKD (慢性腎臓病)・CVD (心血管疾患) 対策専門部会

本手引きは、「CKD進展予防のための保健指導教材」(平成25年3月、厚生労働省科学研究費補助金 CKD進展予防のための特定健診と特定保健指導のあり方に関する研究)および「岡山市国民健康保険特定健診フォローアップ事業実施計画【平成25年度改訂版】」(平成25年7月、岡山市国保年金課)を参考にして作成しました。

岡山県保健福祉部健康推進課ホームページ
<http://www.pref.okayama.jp/page/423366.html>

CKD 慢性腎臓病

Chronic Kidney Disease

受診勧奨用

って何の病気?

慢性腎臓病 自覚症状がなくてもどんどん悪化し、尿がつかれなくなると週に2～3回人工透析が必要になります。

成人の8人に1人はCKD (慢性腎臓病)といわれています。

腎臓の仕事はコレ!

- Work 1** 血液の中の塩分や老廃物を尿として排出します
尿が出にくくなると老廃物や毒素が溜まり尿毒症になります。
- Work 2** 体内の塩分(ナトリウム)や水を調整し血圧をコントロールします
高血圧になると腎臓に負担をかけ悪循環になります。
- Work 3** 水分量やイオンバランスの調節をします
バランスが崩れると、手足のむくみ、疲れやすさ、めまいなどが現れます。
- Work 4** 赤血球の生成を促す造血ホルモンを分泌します
血液をつくるために必要なホルモンをつくります。不足すると腎性貧血になります。
- Work 5** 骨の健康を保ちます
カルシウムの吸収に必要なビタミンDを活性化します。

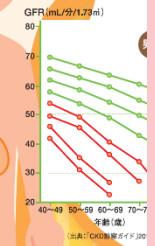


糸球体でろ過された尿は、尿管に集まり尿管を過ってほろこに溜まる

CKDってどんな状態?

- ① たんぱく尿など腎臓
 - ② GFR (糸球体ろ過量)
 - ①②のいずれか3ヶ月以上続
- 尿たんぱく・血尿
血清クレアチニン
GFR (糸球体ろ過量)

加齢に



糖尿病とCKD

血糖をコントロールしましょう!

正常範囲	生活習慣を改善	医療機関を受診	
空腹時血糖 (mg/dl)	99以下	100～125	126以上
HbA1C (%)	5.5以下	5.6～6.4	6.5以上

糖尿病疾患の人の腎不全や心血管病等による死亡の危険性の区分

腎機能(GFR)区分	原尿白試験紙法		(-)~(±)	(-)~(2+)	(1+)~(3+)
	尿アルブミン定量 (mg/dl)	30未満	30~299	300以上	
非常に危険	正常または高値	90以上	赤	赤	赤
かなり危険	正常または軽度低下	60~89	黄	赤	赤
やや危険	軽度~中度低下	45~59	黄	黄	赤
危険性は低い	中等度~高度低下	30~44	黄	黄	黄
	高度低下	15~29	黄	黄	黄
	末期腎不全 (ESKD)	15未満	赤	赤	赤

糖尿病の3大合併症

- ◆糖尿病網膜症 →失明
 - ◆糖尿病神経障害 →足の切断
 - ◆糖尿病性腎症 →人工透析
- 腎症の予防には血圧のコントロールも必要です。

食事・運動療法

CKDのステージごとにエネルギーの調整とたんぱく質の制限が必要です。自分にあった量で必要な栄養をとるよう工夫しましょう!

- 1日3食規則正しい時間に食べる。
- 食事はバランスよく腹八分にする。
- 1日30回を目安にゆっくりよく噛んで食べる。

医師の指導で、自分にあった運動メニューを。

適度な強さの運動をしよう
 「少し汗ばみ、隣の人と家に会話ができる程度」が強さの目安です。運動後とも疲れれるようならセーブしながらにしましょう。

低血糖に注意しよう
 食事量が少なかったり、運動後などは注意が必要です。発汗・動悸・手の震え・頭痛、目のかすみ、あくびなど症状があればすぐにブドウ糖を摂りましょう。

運動は食後30分～2時間後に
 食後の血糖値上昇が抑えられます。

歯周病も治療して
 糖尿病の合併症ですので治療しましょう。

足のトラブル
 高血糖が続くと痛みを感じにくくなり、傷が重症化することもあります。足にあった靴を選びましょう。

人工透析

Aさん(40代男性)：糖尿病性腎症(II型糖尿病)
 20代で血糖250、血圧200あり、聴場から注意されたが放置し30歳で透析を受けることになった。今思うことは、「再検査」をもっとしっかりと拒絶してもらえたら、通院に対して職員の理解があったらと後悔しきれない。「透析＝労働時間を奪われる」という思いもあり、家族や周りの人も糖尿病を早期発見し、若いうちに食事や飲酒、タバコ、運動習慣を見直さなければならない。

人工透析とは
 血液を体内から取り出し、血液透析器をつけて、血液中の老廃物や余分な水分を取り除き、浄化された血液を体内に戻します。血液を取り出すために、動脈と静脈をつなぐ吻合する手術が必要です。週2～3回、1日4～5時間の長めの治療を行います。医療保険の支給もありますが、医療費は年間約600万円になります。他にも腹膜透析があります。

人材育成

メディカルスタッフ研修会

1 概要

CKDの重症化を防ぐため、メディカルスタッフが効果的な保健指導をチームで実施できるようにする。

2 対象者

医療従事者(看護師、管理栄養士、薬剤師等)

3 内容

- 1)「慢性腎臓病CKD診療の要点」
- 2)「CKD患者の食事療法について」
- 3)「CKD患者の療養生活支援」
- 4)「CKD患者の服薬指導と注意点」
- 5)「CKD患者の療法選択」

* NPO日本腎臓病協会 腎臓病療養指導士の講義
内容に準拠。

4 回数

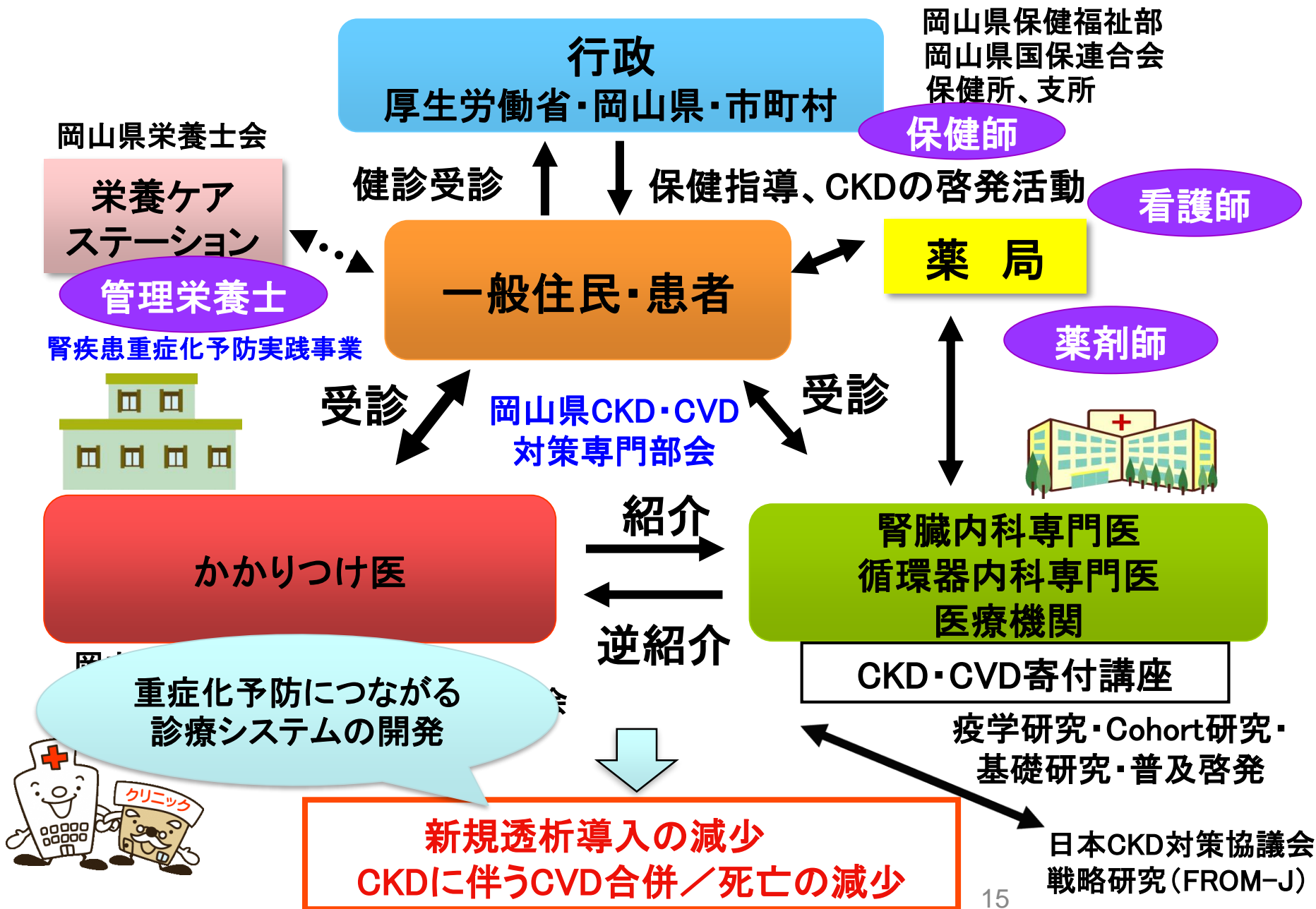
年2回 H25から実施

5 結果

腎臓病療養指導士への関心が高く、様々な職種が参加した。CKDについて総合的に学べたと好評だった。



岡山県でのCKD・CVD医療連携の取り組み



県内各地でのCKD医療連携の拡がり

会員数 約30名

MCKD-NET
(2014年～)

岡山県北部腎臓専門施設と
北部地域のかかりつけ医との
医療連携の会

会員数約150名

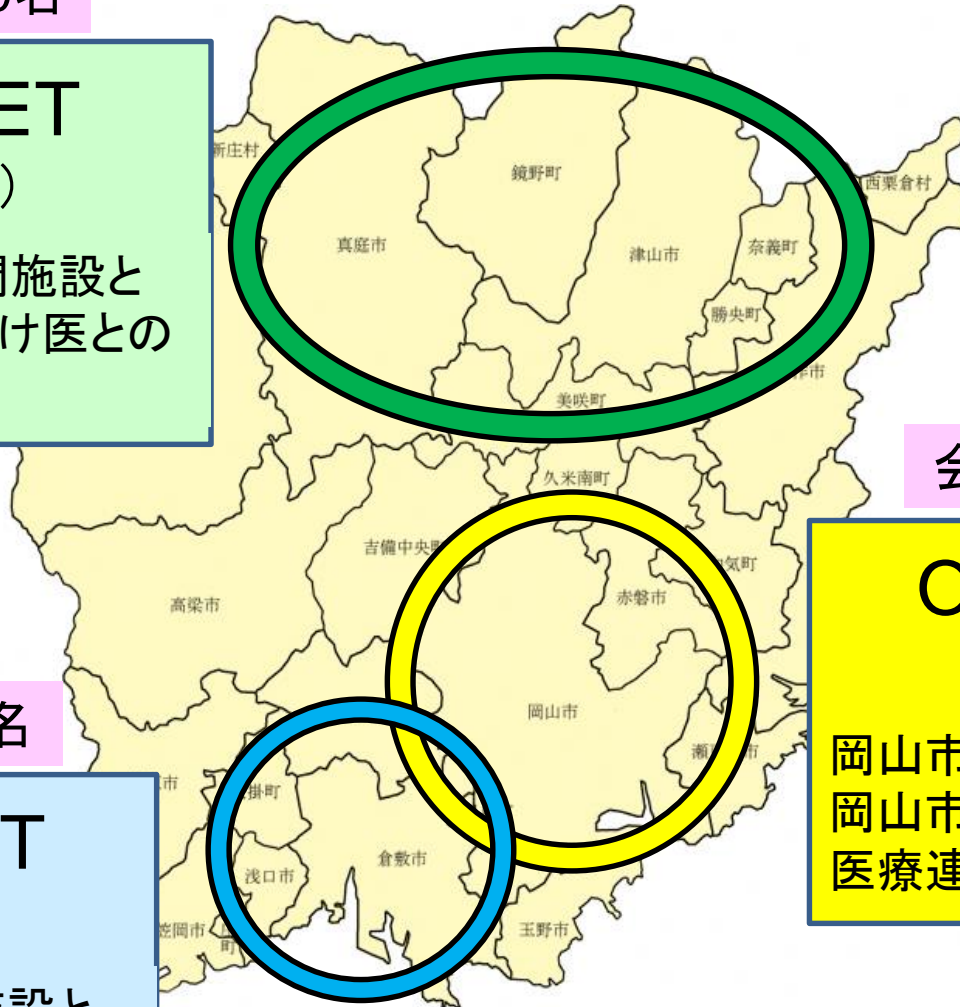
OCKD-NET
(2007年～)

岡山市内腎臓専門施設と
岡山市のかかりつけ医との
医療連携の会

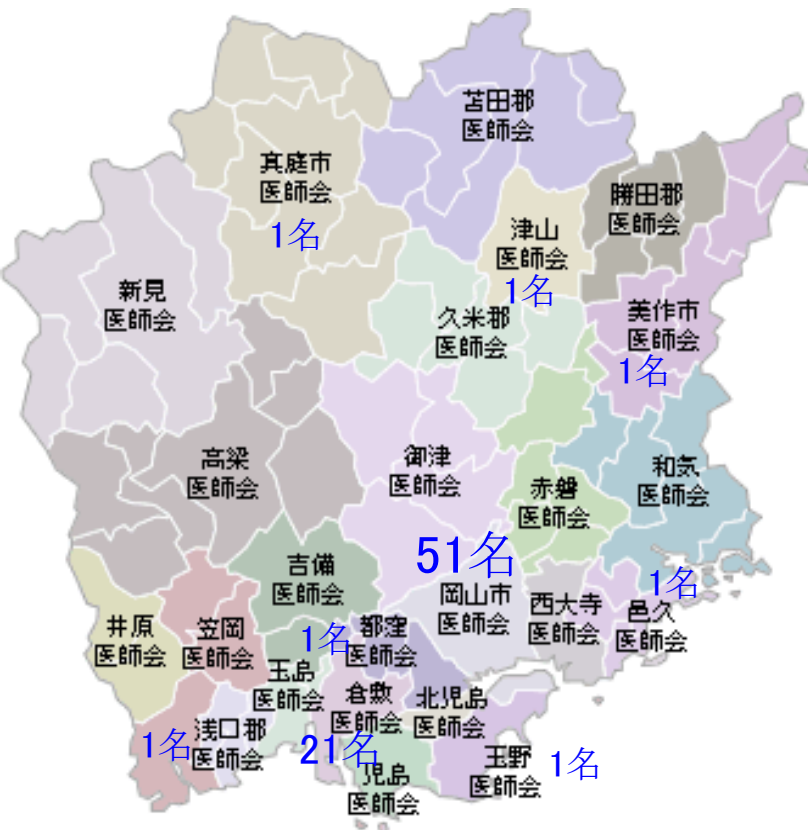
会員数約150名

KCKD-NET
(2013年～)

倉敷市内腎臓専門施設と
倉敷市のかかりつけ医との
医療連携の会



岡山県においても腎臓専門医の偏在がある



岡山県南では腎臓専門医数が多いが、県北では少ない

CKD・CVD医療連携パス H25～

岡山県CKD・CVD地域連携診療計画書(かかりつけ医主導版)

医療機関名		医療機関名
医師名		医師名
担当	かかりつけ医	
年月日	年 月 日	
診断		
既往歴	狭心症 心筋梗塞 脳卒中 その他() (該当診断名を丸で囲む)	
役割	[CKD診療ガイド2012](日本腎臓学会)に基づく、診療全般の管理と専門医との連携	
身体計測	<input type="checkbox"/> 身長 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 聴診	
血液検査	定期検査 スタージG1-G2 (eGFR \geq 60): S-Cr, eGFR スタージG3-G5 (eGFR \leq 59): S-Cr, eGFR, BUN, UA, Ab, Na, K, Ca, P, Hb, 糖化糖 血酸値, HbA1c	腎臓専門医への紹介基準 場合に該当する 場合や検査・ 指導等の具 施設での実施 が困難な場合 は、専門医療 機関へ紹介
尿検査	<input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 尿蛋白/尿Cr比	
合併症チェック	<input type="checkbox"/> 胸部X-P-EOG(必要に応じて)	腎臓専門医への紹介基準 1) 0.5g/gCr以上または20以上の尿蛋白 2) 尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上) 3) eGFR < 50ml/分/1.73m ² (40歳未満ではeGFR < 60 ml/分/1.73m ² , 腎機能の安定した70歳以上ではeGFR < 40 ml/分/1.73m ²)
生活指導	<input type="checkbox"/> CKDおよび合併症について <input type="checkbox"/> 治療について <input type="checkbox"/> 日常生活について	<input type="checkbox"/> CKDおよび合併症について <input type="checkbox"/> 治療について <input type="checkbox"/> 日常生活について
栄養指導	<input type="checkbox"/> 栄養指導を受けたことがある	<input type="checkbox"/> 栄養指導 (エネルギー量: kcal) (塩分: g/日) (蛋白: g/日) (K摂取: 有/無)
服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬状況確認	服薬指導(必要に応じて)-お薬手帳確認
腎代替療法に関する情報提供	基本的に腎専門医施設にて施行	<input type="checkbox"/> eGFR<30 (70歳以上で<40)で説明 <input type="checkbox"/> eGFR<30で詳細な説明 <input type="checkbox"/> 精神面のサポート <input type="checkbox"/> 医療費について
目標設定	目標体重: []	目標体重: []

かかりつけ医主導の医療機関連携により、必要な事項を全てチェックしてください。

★受診時にはCKD・CVD連携手帳にデータを記載して下さい。
 ★専門医⇄かかりつけ医の受診の際には、「診療情報提供書」を記載して下さい。

印
患者名

CKD患者のフォローアップ(成人)-2

腎臓専門医への受診間隔(月) - かかりつけ医へは随時-

尿蛋白	蛋白尿割合	A1	A2	A3	
糖尿病	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 腎炎 多発性骨髄質 腎移植 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/1.73m ²)	G1 正常または高値	≥90	≤12	≤6	≤3
	G2 正常または軽度低下	60~89	≤12	≤6	≤3
	G3a 軽度~中等度低下	45~59	≤6	≤3	≤3
	G3b 中等度~高度低下	30~44	≤3	≤3	≤3
	G4 高度低下	15~29	≤3	≤3	↓
G5 末期腎不全	<15	↓	↓	↓	

1) KDIGO CKD guideline 2012 日本版(改訂)
 日本腎臓学会「CKD診療ガイド2012」p.48 表18

かかりつけ医
医療機関用

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

プログラムの趣旨

- 糖尿病が重症化するリスクの高い者に対して早期に介入し、県民の健康増進と医療費抑制を図る。

対象者選定の考え方

- 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者
- 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

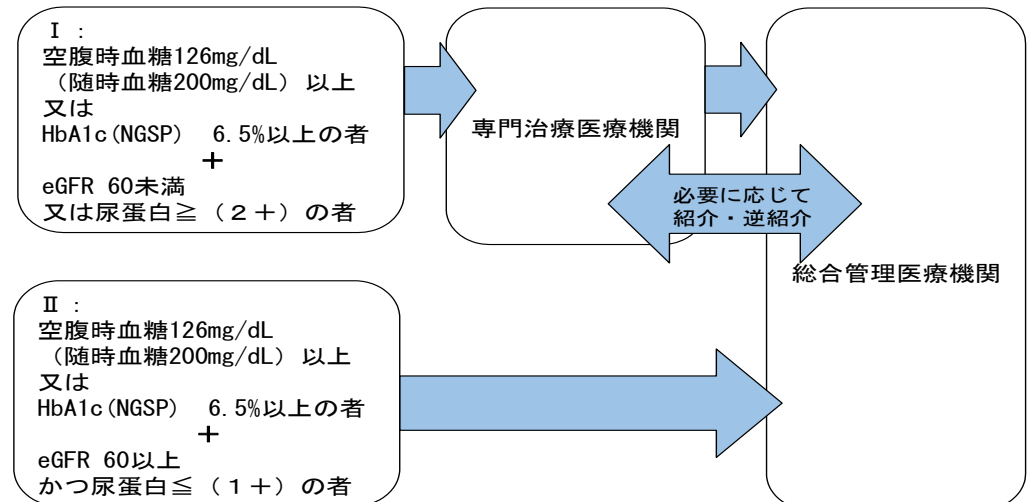
方法

受診勧奨、保健指導

○関係機関

- 岡山県医師会
- 岡山県糖尿病対策推進会議
- 岡山県糖尿病医療連携体制検討会議
- 岡山県糖尿病対策専門会議
- 岡山県CKD・CVD対策専門会議
- 岡山県国民健康保険団体連合会
- 岡山県

受診勧奨フロー図



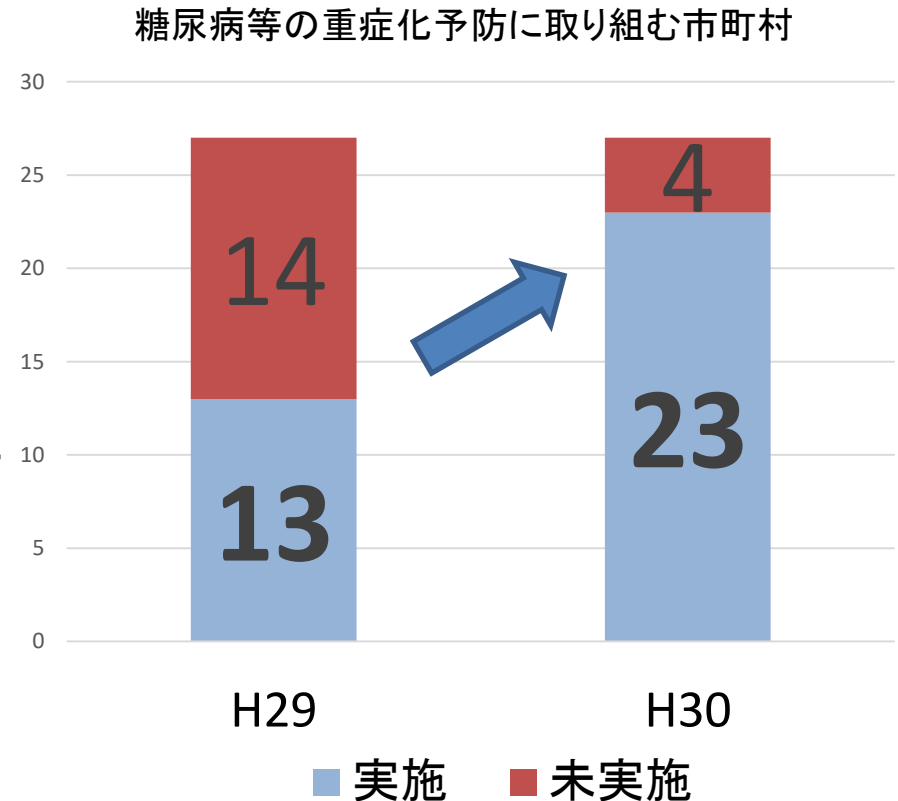
市町村における糖尿病等の重症化予防の取組

現状

- 「岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」をもとに、27市町村のうち23市町村が実施
- 実施している市町村: 保険者努力支援制度の評価指標①～⑤を満たしている

今後について

- 全市町村実施に向けて、地域の実状に応じたきめ細かい支援や連携、取り組みの推進
(市町村と糖尿病専門治療医療機関、総合管理医療機関等の連携)
- 重症化予防プログラムの周知、活用。



市町村保健事業の基盤整備（人材育成）

糖尿病性腎症重症化予防研修会（国保ヘルスアップ支援事業）

1 概要

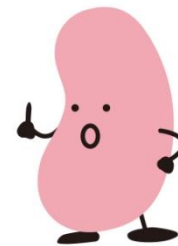
「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を適切に実施できるよう、市町村関係者の人材育成を行い、保健事業の基盤整備を図る。

2 対象者

市町村職員（保健師、看護師、管理栄養士等、国民健康保健事業に携わる事務職員）

3 内容

- 1) 糖尿病性腎症重症化予防プログラムについて
- 2) 糖尿病性腎症重症化予防のための治療戦略
- 3) 保健指導の実際（食生活編、運動編）
- 4) 糖尿病性腎症重症化予防のための血圧コントロール
- 5) 事例発表：市町村における取組の実際、グループワーク



4 結果

糖尿病の病態を理解でき、プログラムをどのように進めたら良いか参考になった。他市町村の具体的な取組が参考になった。

岡山県国保ヘルスアップ支援事業 実施体制

県が共同保険者として、広域的に実施することが望ましい保健事業について、市町村、保健所、関係団体等と連携を推進し、国保被保険者の健康の保持増進、疾病予防を図る。



国保被保険者

- A：市町村保健事業の基盤整備**
- ・ 糖尿病性腎症重症化予防研修会
- B：市町村の現状把握・分析**
- ◆ 医療費等分析・評価
 - ・ 医療費分析、透析治療患者の現状分析
 - ・ 医療費分析等研修会
 - ・ 保健指導用資材の作成
受診勧奨用ちらし
保健指導パンフレット



医療機関

データヘルス計画
に基づく効果的な
保健事業

- A市 (保険者)
- B町 (保険者)
- C村 (保険者)

県内27市町村

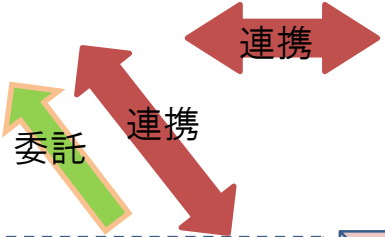
県保健所
支所(9カ所)

助言・支援

C：県が実施する保健事業

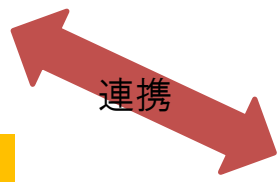
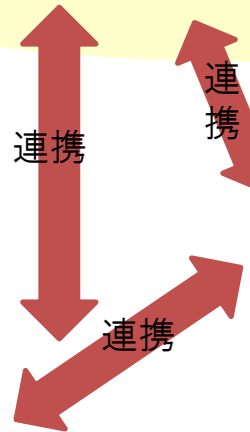
- ◆ 保健所国保ミーティング
- ・ 連携会議、研修会等

岡山大学病院



県
(健康推進課)

県
(長寿社会課)



国保連

健康おかやま21推進会議
岡山県国民健康保険運営協議会
(第三者支援・評価)

糖尿病医療連携体制検討会議

医療費分析・評価のためKDB,
システムの支援

評価指標

取組	目的	評価指標	実績
普及啓発	CKD対策の推進 CKDの認知度アップ	<ul style="list-style-type: none"> ●市町村による普及啓発活動実施数 ●市民公開講座等の実施数 ○CKDの認知度 	<p>今後: 県内普及啓発活動把握</p> <p>CKD県民公開講座: 年1回実施</p> <p>今後: 県民のCKD認知度把握</p>
医療連携体制の整備	CKD早期発見・診断、 適切な治療の実施継続	<ul style="list-style-type: none"> ●CKD診療を担う医療従事者数 ●連携体制整備に向けた会議等の実施数 ○紹介基準に則った紹介率 	<p>OCKDネット:</p> <p>H19年127施設・6腎臓専門施設 →H30年134施設・7腎臓専門施設 が連携</p> <p>岡山県CKD・CVD対策専門会議: 年1回実施</p> <p>CKD・CVD定例会議: H24～月1回実施</p> <p>H25～CKD・CVD医療連携パス作成</p> <p>CKD管理ノート: OCKDネット等に配布</p> <p>今後: 連携パスによる紹介率の把握</p>
診療水準向上	適切な診療の実施 CKD重症化予防の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ○ガイドライン等で推奨される診療の実施率 ●関連疾患の専門医療機関との連携基準等の作成・普及 	<p>岡山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム:</p> <p>H30.3月作成。市町村、かかりつけ医、専門治療医療機関、市町村担当糖尿病専門医への周知</p>
人材育成	CKD診療体制の充実	<ul style="list-style-type: none"> ●研修会実施数・参加者数 ○腎臓病療養指導士数 	<p>メディカルスタッフ研修会: H25～年2回実施</p> <p>今後: 腎臓病療養指導士数・連携事例数等把握</p>
市町村における重症化予防対策	CKD重症化予防の徹底 地域の実状に応じた対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ●重症化予防に取り組む市町村数 ●保険者努力支援制度評価指標 	<p>重症化予防に取り組む市町村数:</p> <p>H29年13市町村→H30年23市町村</p> <p>取り組んでいる市町村は保険者努力支援制度評価指標①～⑤を満たす。</p>
ヘルスアップ支援事業 ①糖尿病性腎症重症化予防研修会 ②医療費分析 ③保健所による市町村支援	各市町村に応じた生活習慣病予防対策の推進	<ul style="list-style-type: none"> ①●研修会実施回数・参加人数 ②●研修会実施回数・参加人数 ○保健指導用資材配布数 ③●特定健診受診率・特定保健指導実施率 ●連携会議、研修会実施数 	<ul style="list-style-type: none"> ①重症化予防研修会: 年2回実施、104名参加 ②医療費分析・透析患者現状分析研修会 保健指導用資材の作成予定 ③市町村国保 特定健診受診率 28.9%(全国43位) 保健指導実施率 12.6%(全国46位) 保健所による連携会議、研修 把握

4 岡山県における取組

糖尿病対策からのCKD対策

- ・ H24から糖尿病医療連携の一環として実施。健康おかやま21計画の推進。

特定健診からCKD予防対策

- ・ 国保レセプトデータや健診データの分析等を行い、健康課題を把握。保健指導用のちらしを活用し、効果的な保健指導の実施。

岡山大学、県医師会と顔の見える連携

- ・ 関係団体と連携し、普及啓発、人材育成のための研修会等、地域の実情に合った効果的な活動を県内全域で実施。

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ

- ・ ヘルス部門のまち全体の健康づくり施策の中のハイリスクアプローチとの連動。

岡山県の強みを活かした事業展開

- ・ 岡山県の健康づくりボランティアと県保健所での事業展開。

大阪府のCKD（慢性腎臓病）対策について



2025年万博 大阪・関西に決定!



大阪府

サイト 20,152
フォロー 404
フォロー中 33,787
いいね 1,983

フォロー中

ウェブサイト ツイートと返信 メディア

Twitterを使ってみよう
検索してあなたのお気に入りを見つけよう

アカウント作成

平成31年2月12日
腎疾患対策担当者会議



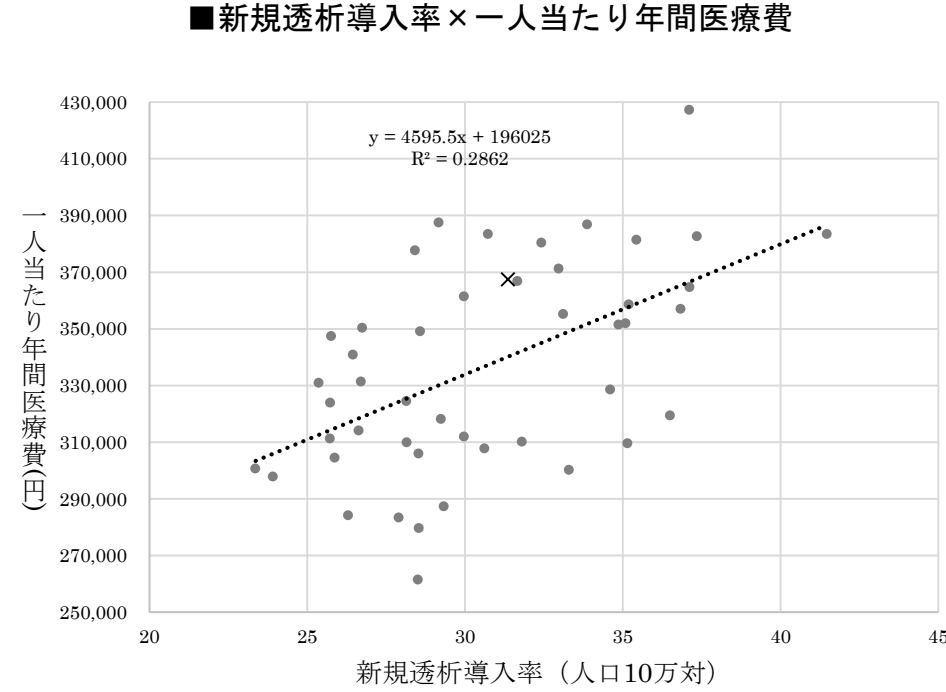
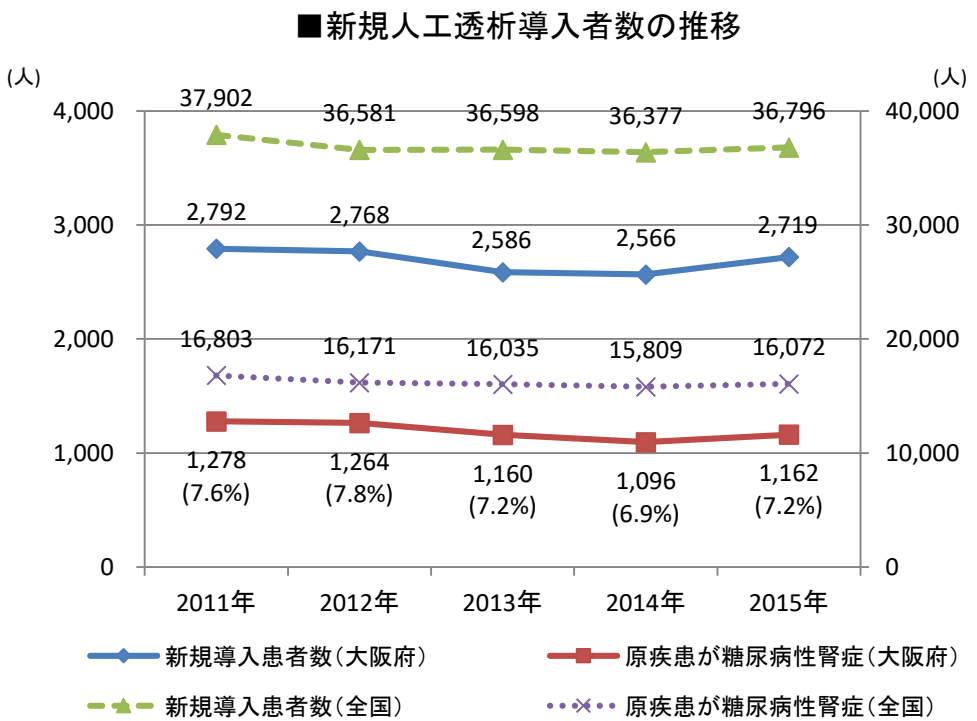
大阪府広報担当副知事
もずやん

大阪府 健康医療部 保健医療室 健康づくり課

新規透析導入患者数の推移



- 糖尿病は治療されず放置された場合、腎不全や失明、下肢のえそ、心筋梗塞や脳梗塞などの合併症に至る可能性。腎症が重症化し透析が必要になった場合、透析治療に必要な医療費は、患者1人当たり35～50万円/月程度といわれている。
- 年間新規透析導入患者数は、約2,700人あまり存在。
(糖尿病性腎症からの透析導入患者は、毎年1,000人あまり)
- 新規透析導入率が高くなるにつれて、一人当たり年間医療費も高くなる傾向にあり、医療費に及ぼす影響も大きい。



出典：2015年末の慢性透析患者に関する基礎集計
(日本透析医学会)
※府数値のカッコ書きは全国に対する府の占める割合

始まりは・・・約2年半前（OCKDIの先生方からのご提案）



大阪慢性腎臓病対策協議会(O-CKDI)について

大阪府慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）は、大阪府における慢性腎臓病（CKD）啓発を進めたいと考え、腎臓専門医が集まり発足させた組織です。

【私たちの思い】
CKD対策への支援を行うことで大阪府民の健康寿命に寄与したい。



大阪府に在住するすべての方々へのCKDの疾患啓発を行い、早期発見・早期治療の更なる浸透を目指し腎臓病の重症化予防に取り組みます。

日本慢性腎臓病対策協議会 (J-CKDI)

大阪慢性腎臓病対策協議会 (O-CKDI)



CKD対策への支援を行うことでCKD診療の向上と大阪府民の健康寿命に寄与したい



O-CKDI
・2015年12月21日、発足
・2016年4月6日、第1回世話人会

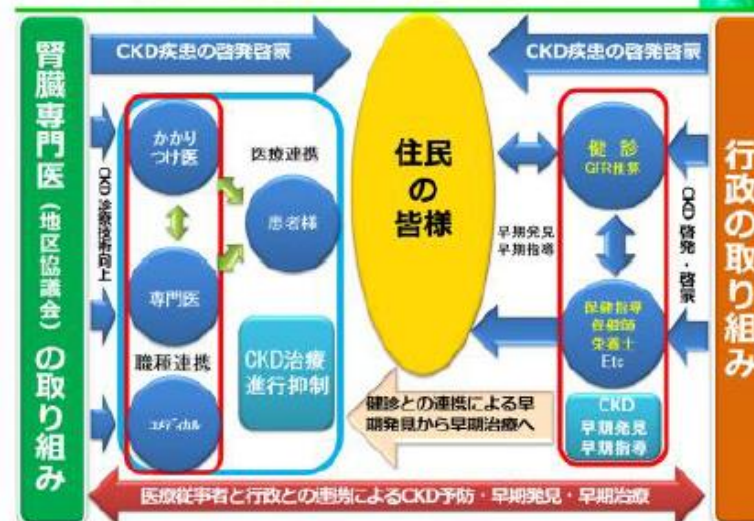
3つの見える化の支援を考える

- 府民の皆様から医療者のCKD対策が見える
- かかりつけ医から専門医のCKD対策が見える
- 行政・保健師とCKD対策の連携が見える

大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）は、大阪府に在住するすべての方々へのCKDの疾患啓発を行い、早期発見・早期治療の更なる浸透を目指し腎臓病の重症化予防に取り組みます。

- 具体的達成イメージ・・・
- ★ 健診受診率の向上
 - ★ 医療費適正化の支援
 - ★ 透析導入の遅延

CKD対策モデルイメージ



※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

大阪慢性腎臓病対策協議会 (O-CKDI)



- 代表幹事：守山敏樹（大阪大学）
- 幹事：猪阪善隆（大阪大学）
- 幹事：石村栄治（大阪市立大学）
- 顧問：西澤良記（井上病院）
- 顧問：武曾恵理（北野病院）
- 世話人：東治人（大阪医科大学）
- 世話人：有馬秀二（近畿大学）
- 世話人：稲葉雅章（大阪市立大学）
- 世話人：小西啓夫（大阪市立総合医療センター）
- 世話人：阪口勝彦（住友病院）
- 世話人：菅原照（大阪赤十字病院）
- 世話人：高橋延行（関西医科大学）
- 世話人：塚本達雄（北野病院）
- 世話人：林晃正（大阪府立急性期・総合医療センター）
- 世話人：原田環（東大阪市立総合病院）
- 世話人：福田正博（大阪府内科医会）
- 世話人：山内淳（大阪労災病院）



【連絡先・事務局】
大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学
事務連絡責任者 猪阪 善隆
〒565-0871 大阪府吹田市山田丘2-2
電話（代表）06-6879-3857

※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

2016年5月 大阪府庁で打ち合わせ

【主な面談内容】

- 大阪のCKD対策について相談
- O-CKDIの設立について
- 今後の協力要請
 - ...協会けんぽ向けの講演
 - ...保健師向けの活動について
 - ...街頭キャンペーン等
 - ・電光掲示板の使用
 - ・ホームページ掲載
 - ・各市町村への案内など



【参加者】

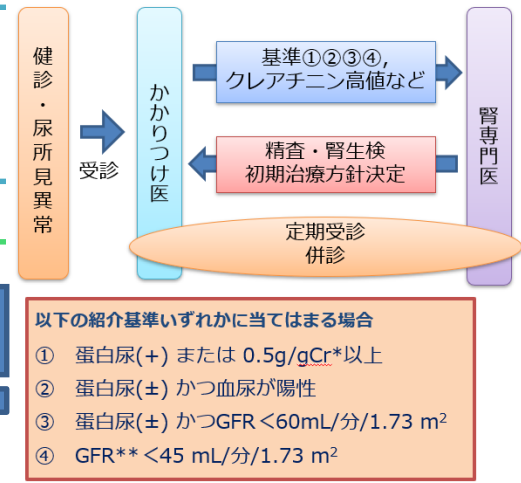
- ・健康づくり課（課長、課長補佐、主査（保健師））
- ・大阪大学 猪阪教授

※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

これまでのO-CKDIの取組み



- 2015**
 - 12月末・・・O-CKDI構想、設立、世話人の先生方に就任打診
- 2016**
 - 4月に第1回世話人会を開催
 - テーマ: かかりつけ医及び府民の**認知度**向上と、**行政**の参画
 - 大阪府内科医会のアンケートや紹介基準が作成された
 - O-CKDI共催・後援会合: **14**企画
- 2017**
 - テーマ: **腎臓専門医**の参画
 - CKD対策推進委員制度を開始、現在120名程度が参加
 - O-CKDI共催・後援会合: **14**企画
- 2018**
 - テーマ: **医師会**の参画
 - 各医療圏で取り組む** ⇒ ⇒ 地域の成功事例に学ぶ講演会(12/8)
 - O-CKDI共催・後援会合: **35**企画 (30年12月現在)



府との連携

O-CKDIの活動・拡大イメージ



※大阪大学・猪阪先生ご提供資料を改変

第1回検討会では、大阪大学守山教授が参考人として、大阪府や熊本市の取組を報告。報告書に反映される。

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～

平成30年7月

腎疾患対策検討会

【参考1】

腎疾患対策検討会報告書(概要)

～腎疾患対策の更なる推進を目指して～

全体目標

自覚症状に乏しい慢性腎臓病(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。

達成すべき成果目標(KPI)

- ①地方公共団体は、他の行政機関、企業、学校、家庭等の多くの関係者からの参画を得て、腎疾患の原因となる生活習慣病対策や、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの活用等も含め、地域の実情に応じて、本報告書に基づく腎疾患対策に取り組む。
- ②かかりつけ医、メディカルスタッフ、腎臓専門医療機関等が連携して、CKD患者が早期に適切な診療を受けられるよう、地域におけるCKD診療体制を充実させる。
- ③2028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。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人)

実施すべき取組

1. 普及啓発

- ①対象に応じた普及啓発資料の開発とその普及
- ②糖尿病や高血圧、心血管疾患等と連携した取組
- ③地域での取組の実施状況等を把握し、活動の効果の評価、効果的・効率的な普及啓発活動の共有、横展開

2. 医療連携体制

- ①かかりつけ医から腎臓専門医療機関等や糖尿病専門医療機関等への紹介基準の普及
- ②定期的な健診受診を通じた、適切な保健指導や受診勧奨
- ③地域でCKD診療を担う医療従事者や腎臓専門医療機関等の情報共有・発信
- ④かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等が連携したCKD診療連携体制の好事例の共有と均てん化

3. 診療水準の向上

- ①関連学会等が合同で協議し、推奨内容を合致させた、ガイドライン等の作成
- ②利用する対象を明確にしたガイドライン等の作成・普及
- ③関連する疾患の専門医療機関との連携基準等の作成・普及

4. 人材育成

- ①腎臓病療養指導士等のCKDに関する基本的な知識を有するメディカルスタッフの育成
- ②かかりつけ医等と腎臓病療養指導士等との連携、また、関連する療養指導士等との連携推進

5. 研究の推進

- ①関連学会との連携による、データベース間の連携構築
- ②研究及び診療へのICTやビッグデータの活用
- ③国際共同試験を含めた臨床試験の基盤整備
- ④病態解明に基づく効果的な新規治療薬の開発
- ⑤再生・オミックス(ゲノム等)研究の推進
- ⑥腎臓病の基礎研究や国際競争力の基盤強化

大阪府における取組の状況【CKD】

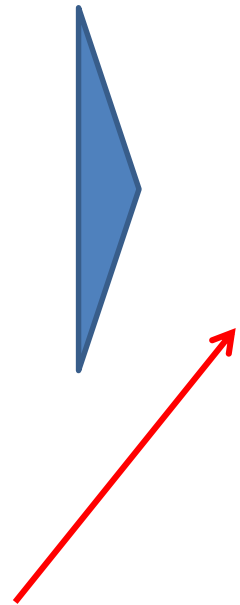
【課題・方向性】

府・市町村：糖尿病・CKD等生活習慣病の予防、特定健診受診率向上、糖尿病性腎症重症化予防等
 学会・腎臓専門医療機関：CKDの普及啓発、紹介基準等連携体制・ネットワークづくり、人材育成等

⇒CKDに特化した個別対策を実施しなくても、糖尿病など生活習慣病予防の取組みの中で、CKDも含めた取組みが可能

腎疾患対策検討会報告書における個別対策		大阪府での取組み状況	
項目	今後実施すべき取組	協議会	大阪府・市町村
①普及啓発	国：普及啓発資材の開発・普及	—	—
	学会・県：普及啓発活動を実施・評価・横展開（糖尿病等と連携した活動も効果的）	<ul style="list-style-type: none"> ・世界腎臓病デーイベント（相談会・セミナー、チラシ作成等） ・市民公開講座（講師・会場確保、チラシ作成等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・世界腎臓病デーイベント（後援、「もずやん」の出演、報道提供・周知等） ・市民公開講座（府市後援、広報等）
②医療提供体制の整備	学会：国や自治体と連携して紹介基準を普及、かかりつけ医と腎臓専門医療機関等との連携	・大阪慢性腎臓病協議会の活動（ネットワーク、内科医会と連携した紹介基準の作成、かかりつけ医等向け講演会等）	—
	行政・学会・関係団体：好事例を共有し、均てん化	—	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪慢性腎臓病対策協議会へのオブザーバー参加 ・大阪慢性腎臓病対策協議会主催の講演会の周知、参加（行政報告）
③診療水準の向上	学会：ガイドラインの作成・普及	—	—
④人材育成	学会：メディカルスタッフの育成、連携の推進	・市町村等保健師向け研修会での講演	・市町村等保健師向け研修会の開催（府主催・保険者協議会主催）
⑤研究開発の推進		—	—

- ## 第2次計画
- 第5章 目標値と分野別の取組
 - 5.1 健康寿命・健康格差
 - 5.2 がん
 - 5.3 **循環器疾患・糖尿病等**
 - 5.4 COPD
 - 5.5 こころの健康
 - 5.6 栄養・食生活
 - 5.7 身体活動・運動
 - 5.8 休養・睡眠
 - 5.9 たばこ
 - 5.10 アルコール
 - 5.11 歯と口の健康
 - 5.12 社会環境の改善を主体とした取組



- ## 第3次計画
- 第3章 府民の健康をめぐる状況
 - 1 健康指標からみた現状と課題
 - 2 生活習慣病の状況
 - (1) 悪性新生物（がん）
 - (2) 心疾患
 - (3) 脳血管疾患
 - (4) 糖尿病
 - (5) 高血圧
 - (6) 慢性腎臓病（CKD）**
 - (7) 脂質異常症
 - (8) メタボリックシンドローム（内臓性脂肪症候群）
 - (9) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
 - (10) 肥満・やせ
 - 3 「食生活」や「運動」「歯と口」等の健康行動
 - 4 社会参加・社会環境

第3次計画では新たな項目として明記

目標

健康指標	現状	2023年度目標
▽糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	1,162人(H27)	1,000人未満

事例：府民への普及啓発（世界腎臓病デーイベント）



提供日	2018年2月9日
提供時間	14時0分
内容	<p>毎年3月の第2木曜日は、「世界腎臓デー」です。腎臓病の早期発見と治療の重要性を啓発する国際的取り組みとして、各地で様々な啓発キャンペーンが実施されます。大阪府におきましても、以下①と②の両方啓発活動を行いますのでお知らせします。当日は、腎臓専門医、栄養士によるミニレクチャーも実施します。ぜひお越しください。</p> <p>○世界腎臓デー2018 in OSAKA あなたの腎臓、気にしたことはありますか？</p> <ol style="list-style-type: none"> 日時 平成30年3月10日(土曜日) 12時00分から16時00分 場所 ①ディアモール大阪地下1階 イベントスペース「チーズスクエア」 大阪市北区梅田1丁目 大阪駅前ダイヤモンド地下街1号 ②ディアモール大阪地下1階 多目的空間「ディアルーム」 大阪市北区梅田1丁目 大阪駅前ダイヤモンド地下街5号 主な内容 ①腎臓専門医、栄養士によるミニレクチャー 【レクチャー講師】 市立東大阪医療センター 中田裕人 先生 北野病院 塚本達雄 先生 土曜大塚 外巻浩一 先生



**あなたの腎臓、
気にしたことはありますか？**

毎年3月第2木曜日は「世界腎臓デー」

**慢性腎臓病“CKD”
ミニレクチャー & 健康相談**

2019年3月9日(土)12時～16時00分
大阪駅前ディアモール大阪地下1階(地図参照)



【ミニレクチャー】

- 12:30～13:00 ①CKDについてのレクチャー
- 13:20～13:50 ②CKDの治療について
- 14:10～14:40 ③保健指導や栄養指導
- 15:00～15:30 ④腎不全の治療選択

【レクチャー講師】

- ①大阪労災病院 長門谷 克之 先生
- ②大阪大学 守山 敏樹 先生
- ③大阪府 保健師さんを推薦依頼済み
- ④関西医大 鈴木 朋子 先生

参加費無料
申し込み不要

**健康相談は12時から16時まで。
腎臓のこと、気軽に相談ください。**



共催：大阪慢性腎臓病対策協議会/中外製薬株式会社(ミニレクチャーのみ)
後援(依頼予定)：NPO法人日本腎臓病協会/NPO法人腎臓サポート協会
大阪府内科医会/大阪府医師会/大阪府/大阪市

ミニレクチャーに関するお問い合わせ先：中外製薬株式会社大阪中央オフィス TEL：06-6263-2770
健康相談その他に関するお問い合わせ先：大阪慢性腎臓病対策協議会事務局(大阪大学腎臓内科内)
*お問い合わせ時間：9:00～17:00 土日・祝日を除く TEL：06-6879-3857

※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

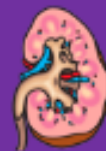
北河内 腎臓病フォーラム

(Final Announcement)

日時：2017年7月15日（土）16時～18時

場所：ホテル・アゴラ大阪守口4F 白鳳
大阪府守口市河原町10-5

TEL：06-6994-1111



謹啓

時下、先生方におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
さて、この度下記内容にて北河内二次医療圏を対象に腎臓病フォーラムを開催させていただき運びとなりました。先生方におかれましてはご多忙とは存じますが、ご参加いただけますようお願い申し上げます。

敬具

【Opening remarks】16時00分～16時10分

関西医科大学香里病院 血液浄化療法部 病院教授 高橋延行 先生

【一般講演】16時10分～17時00分

座長：医療法人 協仁会 小松病院 総院長 一番ヶ瀬 明 先生

Ⅰ 『富田林市国民健康保険糖尿病性腎症重症化予防プログラム』
富田林市 健康推進部 保険年金課 保健事業係長 中野葉子 様

Ⅱ 『糖尿病の薬物治療における調剤薬局の取り組み』
一般社団法人 寝屋川市薬剤師会 常務理事 カトウ薬局 加藤克彦 先生

【特別講演】17時00分～18時00分

座長：関西医科大学香里病院 血液浄化療法部 病院教授 高橋延行 先生

「有効なCKD病診連携を再考する」
-かかりつけ医、専門医両者の立場を経験して-

八田内科医院 院長・理事長
近江八幡市立総合医療センター 腎センター顧問
八田 告 先生

大阪府医師会生涯教育講座の単位(11・12・13・14)を取得しております。

共催：大阪慢性腎臓病対策協議会(O-CKDI) 中外製薬株式会社

後援：日本慢性腎臓病対策協議会(J-CKDI)

交野市医師会 門真市医師会 大東・四條畷医師会

寝屋川市医師会 枚方市医師会 守口市医師会

大阪府

連携

富田林市

+

寝屋川市

+

薬剤師会

+

専門医療機関

+

大阪府

+

O C K D I

※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI） ～大阪府におけるCKD対策について～

日時：2018年12月8日（土）16時00分～18時30分
場所：TKPガーデンシティPREMIUM心斎橋3階 バンケット3A
大阪府中央区南船場4-3-2ヒューリック心斎橋ビル 3F
TEL:06-6121-5047



謹啓

時下、先生方におかれましてはますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
大阪府におけるCKD対策を円滑に進めるために、大阪慢性腎臓病対策協議会を設立いたしました。本活動において、腎臓学会の専門医及び、各地域で腎疾患を診療されている先生方に、是非ともご協力を賜りたく、今回の会合を企画させていただきました。
ご多忙中誠に恐れ入りますが、ご参加いただきますようお願い申し上げます。 謹白

【Opening remarks】

大阪慢性腎臓病対策協議会代表 守山敏樹 先生（大阪大学）
日本腎臓学会理事長・NPO法人日本腎臓病協会理事長 柏原直樹 先生（川崎医科大学）

【前半】 司会：大阪慢性腎臓病対策協議会 猪阪善隆 先生（大阪大学）

- ① 16時10分～ 『大阪府における健康づくりの取り組み』
大阪府健康づくり課 課長 清田正彰 先生
- ② 16時30分～ 『医師会・薬剤師会等と連携で進める
豊中市の糖尿病性腎症重症化予防の取り組み』
豊中市保健所 健康増進課 主任保健師 中田三千代 先生

【後半】 司会：大阪慢性腎臓病対策協議会 塚本達雄 先生（北野病院）

- ③ 16時50分～ 『行政と取り組む寝屋川市のCKD対策』
大阪慢性腎臓病対策協議会 高橋延行 先生（関西医科大学）
- ④ 17時10分～ 『北野病院における病診連携の取り組み』
大阪慢性腎臓病対策協議会 塚本達雄 先生（北野病院）

【特別講演】 司会：大阪慢性腎臓病対策協議会 稲葉雅章 先生（大阪市立大学）

- 17時40分～ 『熊本市CKD対策の取り組み』
熊本市健康福祉局 保健衛生部 健康づくり推進課
技術主幹 木柳聖子 先生

共催：大阪慢性腎臓病対策協議会/中外製薬株式会社
後援：大阪府/NPO法人日本腎臓病協会

連携

大阪府
+
豊中市
+
専門医療機関
+
熊本市
+
O C K D I

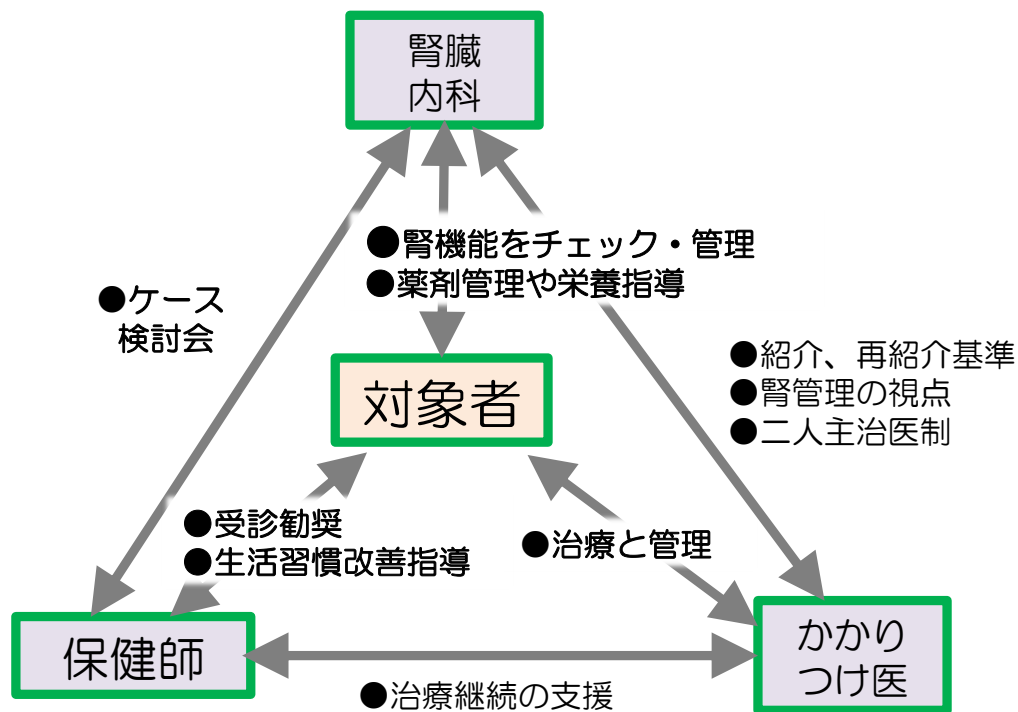
※大阪大学・猪阪先生ご提供資料

透析予防のための地域連携

CKD予防地域連携システム

地域連携協定

- H25年 寝屋川市医師会・薬剤師会・歯科医師会・関西医大香里病院・寝屋川市とで生活習慣病重症化予防地域連携協定を締結
- 2人主治医制
かかりつけ医と腎専門医の2人を主治医とすることで、長期的に腎機能を維持
- 継続的な保健師のフォローで治療の中断を防ぐ

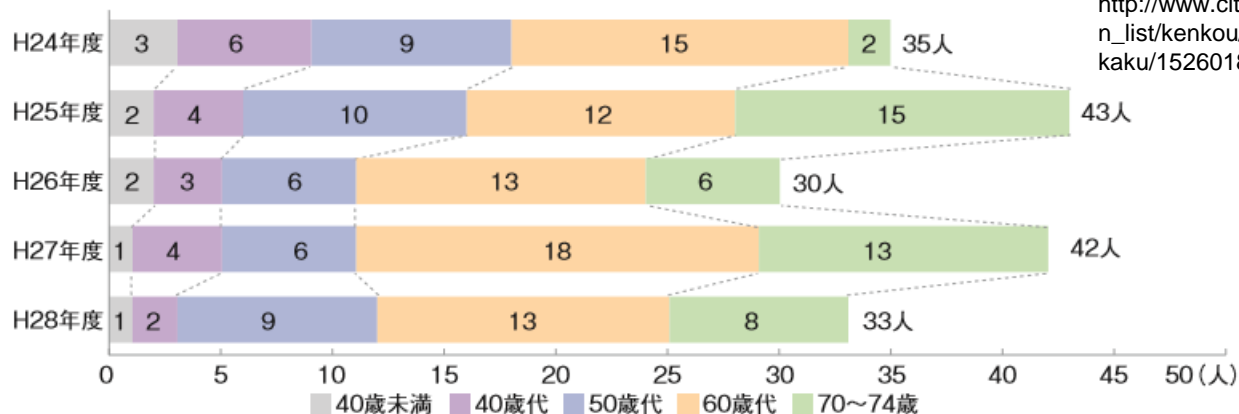


※寝屋川市ご提供資料（データヘルス計画）

寝屋川市国保の人工透析患者数の推移

- 平成28年度の新規透析患者 33人のうち 19人は、すでに透析を受けている人の国保転入者。そのうち 16人は他保険者からの転入
- 国保被保険者になってから透析導入になったと考えられる 14人のうち 10人のレセプトに「2型糖尿病」の病名があり、糖尿病性腎症に該当

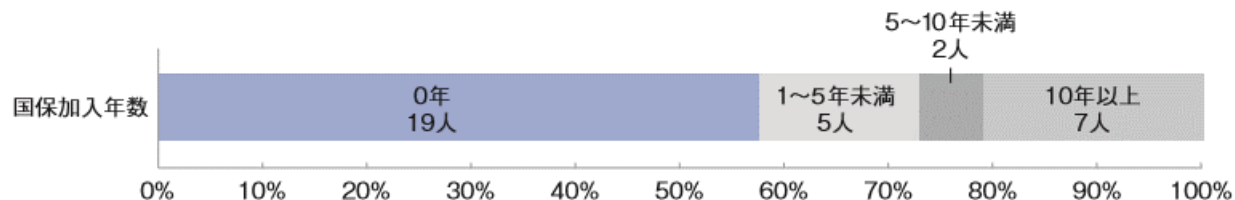
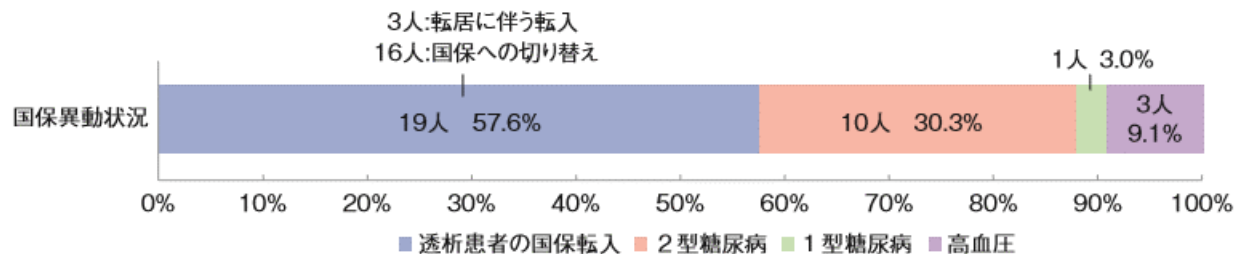
【図表 2-21】 新規透析患者 年齢層内訳 (平成 24 ~ 28 年度)



出典:寝屋川市第2期データヘルス計画
http://www.city.neyagawa.osaka.jp/organization_list/kenkou/kenkousuisinsitu/h25_kensin/keikaku/1526018601670.html

出典: KDB 様式 2-2

【図表 2-22】 新規透析患者 33 人内訳 国保異動状況と国保加入年数 (平成 28 年度)



出典: KDB 様式 2-2、寝屋川市国保レセプトと住基異動記録

○ CKDに特化した個別対策を実施しなくても、糖尿病など生活習慣病予防の取組みの中で、CKDも含めた取組みが可能ではないか

- ◆ **協力してくれる腎臓専門医の先生を見つける・相談する・わかりあう**
～腎臓学会の担当の先生とのWIN-WINの関係づくり～
- ◆ **学会、医療機関、医師会の取組みと連携する**
～専門医・かかりつけ医対象のフォーラム・セミナー、世界腎臓病デーイベントなど～
- ◆ **既存の連携の輪を広げる**
～糖尿病などの生活習慣病連携を活用する～
- ◆ **既存の生活習慣病対策の事業を活用する**
～生活習慣病予防セミナーや糖尿病性腎症重症化予防事業、保険者協議会研修など～
- ◆ **市町村・市町村国保や保険者を支援**
～県全体の枠組みづくり、関係者間の総合調整など～

ご清聴ありがとうございました！

健康づくりのキャッチコピー＆ロゴ

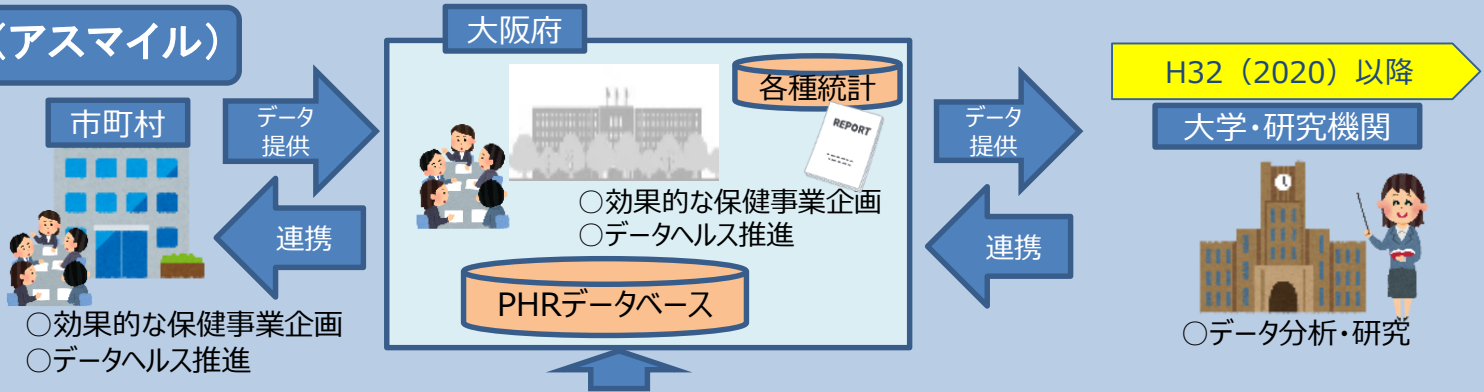


H30: 健康づくり条例制定

<p>1</p> <p>健康に関心を 持ちましょう</p>	<p>2</p> <p>朝ごはん＆野菜を しっかり食べましょう</p> <p>1日の野菜 350g以上</p>	<p>3</p> <p>日頃から体を動か し運動しましょう</p> <p>1日の目標 男性 9,000歩 女性 8,000歩</p>	<p>4</p> <p>ぐっすり眠り 疲れをとりましょう</p>	<p>5</p> <p>ストレスとうまく 付き合いましょう</p>
<p>6</p> <p>お酒の飲み過ぎ に注意しましょう</p> <p>1日の適量 ビールなら 中瓶1本 ワインなら 1/4本</p>	<p>7</p> <p>たばこから自分と 周囲の人を守りま しょう</p>	<p>8</p> <p>歯と口の健康を 大切にしましょう</p> <p>毎日歯磨き 1年に1回 歯科受診</p>	<p>9</p> <p>けんしん（健診・ 検診）を受けま しょう</p> <p>がん検診 特定健診</p>	<p>10</p> <p>病気が見つかった らきちんと治療し ましょう</p>

大阪版健康マイレージ(アスマイル)

H31.1.21 リリース
(モデル3市町)
H31.10 本格実施
(府内全市町村)



府民

電子マネーやクーポンが当たる
大阪府のおトクな健康アプリ

アスマイル

まずはアスマイルアプリをダウンロード

健康活動を記録する

歩く

体重・血圧を計る

朝食を食べる

歯を磨く

健康活動ごとにポイントが貯まる!!

目標を設定する

健康コンテントを楽しむ

健康イベントに参加する

健康アンケートに答える

ポイントが貯まると

毎月抽選で当たる

毎月抽選で当たる

クーポンが当たる

たのしくおトクに健康が育く!

受託事業者
(株)NTTデータ関西
協力企業
イオンモール(株)
イオンリテール(株)
オムロンヘルスケア(株)
サンスター(株)
総合メディカル(株)
ドコモ・ヘルスケア(株)
(株)NTTドコモ