

沖縄県のCKD対策について

沖縄県の概要

- 人口:約148万人 *¹(R5.10.1時点)
- 市町村数:41市町村(5医療圏)
- 高齢化率23.5%(R5.10.1時点)

2025年には24.8%、**2040年には30.8%**まで上昇の見込み
75歳以上人口は、全国では令和12(2030)年頃をピークに、
一旦減少に転じるが本県は引き続き増加し続けることが見込まれている。

産業構造

第一次産業1.17%、第二次産業14.52%、第三次産業85.01%

加入保険の状況

社保約4割、市町村国保約3割、後期約1割

関連データ

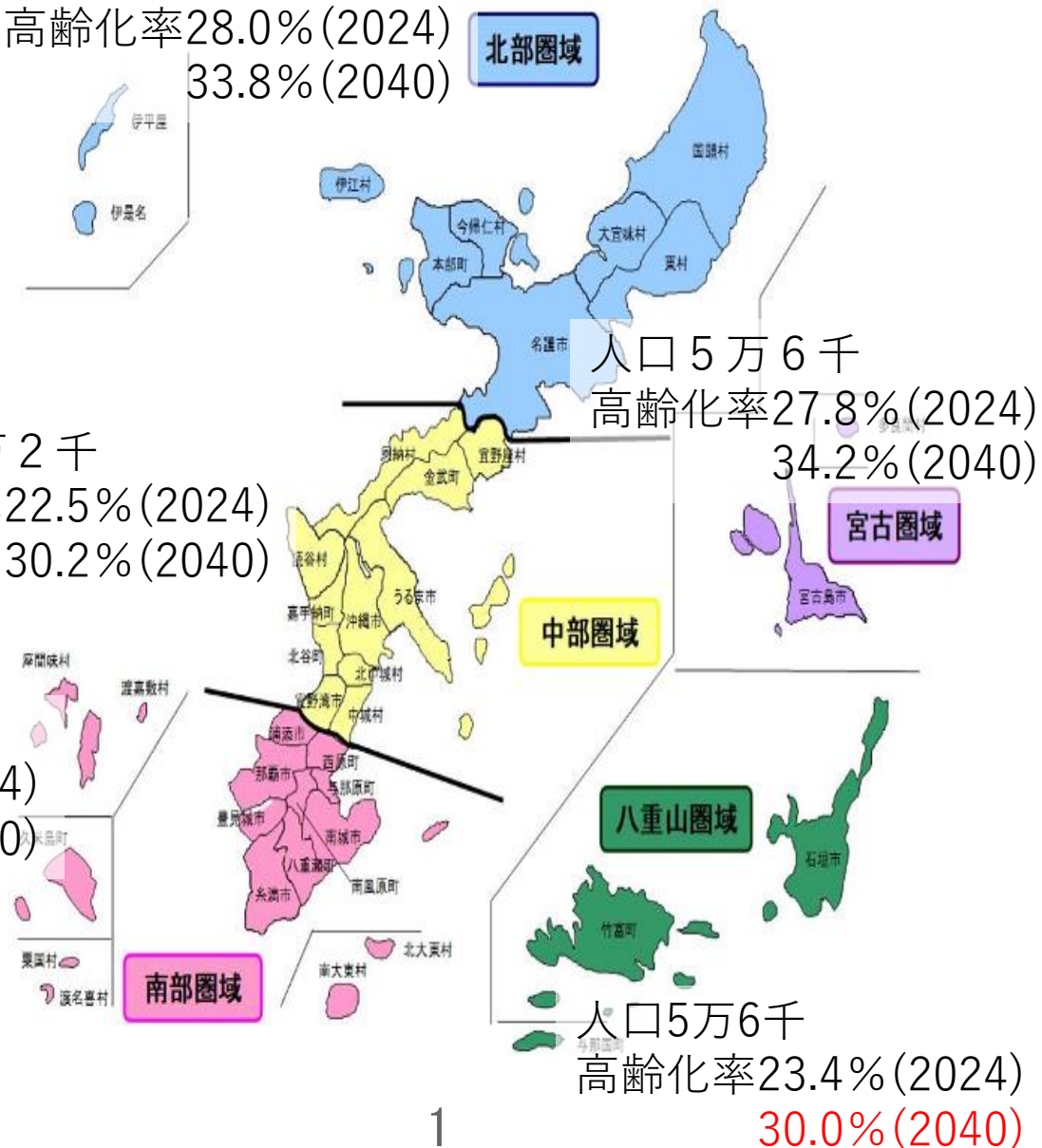
平均寿命(R2) 男性 80.73(43位) 女性 87.88(16位)
健康寿命(R4) 男性 71.62(45位) 女性 74.33(46位)
死亡数(R4) 15,054人(悪性新生物23.0%、心疾患13.3%、老衰11.4%)
要介護認定(R4年度末) 62,671人(第1号被保険者に占める認定率17.8%)
特定健診受診率 51.2%(R4年度) ※全国ワースト5位
特定保健指導実施率 35.0%(R4年度) ※全国5位 1位は熊本県

人口10万 2 千

高齢化率28.0%(2024)

33.8%(2040)

北部圏域



腎疾患対策検討会報告書(平成30年7月)に係る取組の中間評価と今後の取組(R5.10)

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。

現状及び中間評価の概要

- 腎疾患対策検討会報告書において「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」を達成すべき成果目標（KPI）として掲げているところ、令和3年の年間新規透析導入患者数は40,511人と、平成30年からほぼ横ばいで推移している。新規透析導入の原因疾患については、高血圧等の生活習慣病（NCDs）が主要因とされている腎硬化症の割合が増加傾向にある。
- 腎疾患対策検討会報告書に基づき、2人主治医制やCKDの早期発見に関する啓発活動、各都道府県の腎疾患対策の強化、腎臓病療養指導士制度の運用などが進められてきた。
- 一方で、慢性腎臓病（CKD）の認知度が低い、医療機関間の連携不足、一部の評価指標の把握が困難であること等が課題として挙げられた。
- こうした状況を踏まえた、更に推進すべき主な事項は以下のとおり。

個別施策	更に推進すべき主な事項
①普及啓発	○勤労世代等に対する新たなアプローチ方法についての検討 ○CKDの正しい知識および早期からの受診の重要性についての普及・啓発
②地域における医療提供体制の整備	○医療機関間の紹介基準等の普及及び連携強化 ○医療機関に対する早期診断・早期治療の必要性の普及・啓発 ○腎臓専門医療機関とCKD診療に関するかかりつけ医機能を有する医療機関の連携強化に資する連携パスの活用
③診療水準の向上	○CKD患者の治療と仕事の両立支援の取組 ○各種ガイドライン等の普及、各地域における腎臓病療養指導士等の活動内容等の好事例の横展開
④人材育成	○腎臓専門医が少ないエリアにおける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看護師／保健師、管理栄養士、薬剤師等のメディカルスタッフの育成・配置等 ○多職種による療養指導のための標準化ツールの普及
⑤研究開発の推進	○腎疾患対策の効果のより適切な評価方法の確立 ○CKD患者データベース（J-CKD-DB）等を活用した研究

糖尿病性腎症重症化予防プログラムの改訂の概要(平成28年4月20日策定、令和6年3月28日改訂)

①対象者の年齢層に応じた取組の推進

- ・ライフコースアプローチの観点から、年齢層（青壮年層、高齢者）を考慮した取組を推進
- ・歯周病と血糖コントロールの関係を踏まえ、口腔衛生の指導や歯周病の未治療者に対しての継続的な歯科受診を勧奨
- ・糖尿病の合併症の1つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的かつ継続的な眼科受診を勧奨

②関係者の連携に向けた役割の提示

【保険者（市町村）】

被保険者は市町村国保と被用者保険の間を異動することや後期高齢者医療制度への異動もあるため、被用者保険と市町村間、広域連合と市町村間等でそれぞれ連携を密にし、保険者間の異動により支援が途切れないようにすることや長期的な視点で評価を行う

【都道府県】

取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援を実施する

【広域連合】

地域の医師会等の関係団体に対して、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都道府県と連携しながら調整する場合や市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行う

【地域の医師会等医療関係団体の役割】

かかりつけ医機能を有する医療機関と専門医等との連携強化が重要であるため、地域の医師会等は各医療機関や医師等と連携し必要な取組を行う

糖尿病の合併症として網膜症や歯周病、歯の喪失等があることを踏まえ、医科歯科連携の仕組みを構築し活用する

健康サポート薬局、栄養ケア・ステーション、まちの保健室等の資源を有効活用した体制整備の検討を行う

【国保連合会、国保中央会】

取組状況等から支援の必要性があると考えられるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援する

③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

- ・健康診査の結果の有無、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、それぞれ対象者の把握方法を例示
- ・健康診査の結果がある者については、糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）に、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

- ・評価では、受診勧奨や保健指導を実施した対象者ごとに行う評価に加えて、対象者全体（集団）での評価も行う。
- ・評価では、ア．被保険者全体、イ．対象者抽出基準該当者、ウ．絞込み該当者、エ．事業参加者、を意識して評価を行う。

【未治療者・治療中断者】医療機関への受診勧奨と保健指導

		腎障害の程度									腎障害の 程度/ 血圧区分 判定不可
		以下のどちらかに該当 ・eGFR<45 ・尿蛋白(+)以上			以下のどちらかに該当 ・45≤eGFR<60 ・尿蛋白(±)			以下の両方に該当 ・60≤eGFR ・尿蛋白(-)			
		血圧区分			血圧区分			血圧区分			
		受診中	血圧変動 受診なし	正常範囲	受診中	血圧変動 受診なし	正常範囲	受診中	血圧変動 受診なし	正常範囲	
H b A 1 c (%)	8.0以上										
	7.0~7.9										
	6.5~6.9										
	6.5未満										

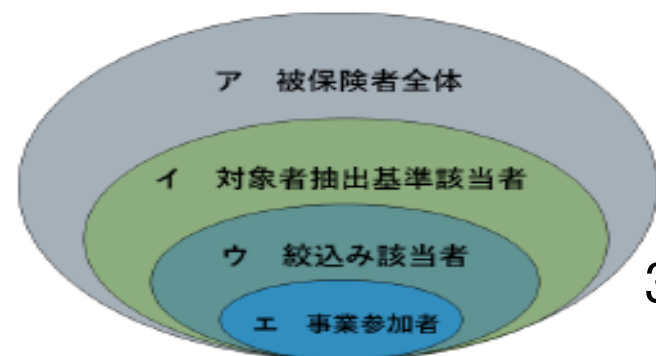
CKD対策

高血圧受診勧奨

【対象者の状態に応じた受診勧奨・保健指導】

レベル	受診勧奨	保健指導
I	通知、健康教室等の案内 (面談の機会を設定)	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康教室の案内
II	通知・電話/面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病の管理に関する内容を中心とし、通知・電話/面談
III	通知・電話/面談/訪問にて確実に実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話/面談/訪問を確実に実施

【評価対象のとりえ方】



健康おきなわ21(第3次)(2024-2035)概要

1 計画策定の趣旨

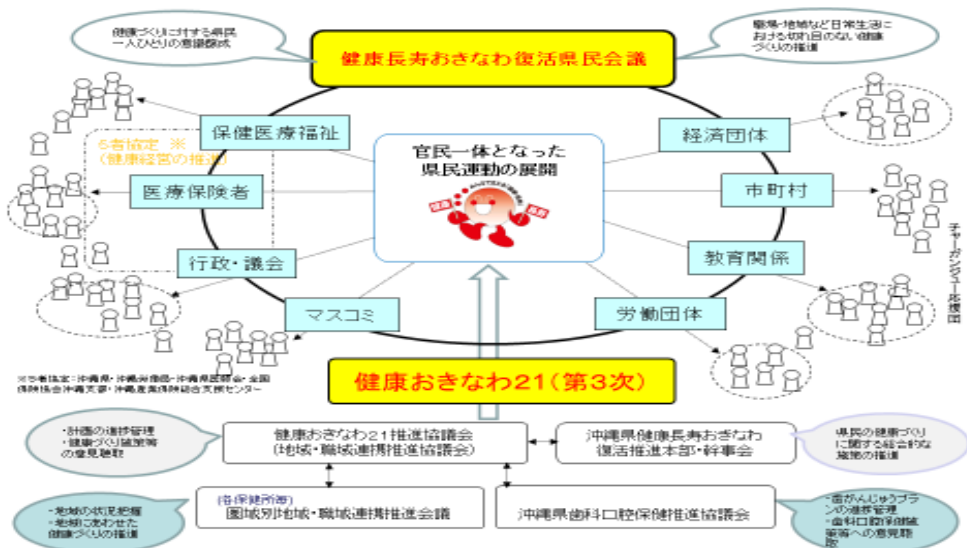
健康長寿おきなわの維持継承を目指し、県民一人ひとりが主体的に健康づくりを行い、健康状態を改善することに加え、家庭や学校、地域、職場等個人を取り巻く社会環境の質の向上を図るとともに、庁内の全部局、市町村、各種団体、関係機関等と連携し、社会全体で誰一人取り残さない健康づくりを総合的かつ持続的に推進するため、健康おきなわ21(第3次)を策定。

2 計画の位置づけ

- 健康増進法第8条に基づく「都道府県健康増進計画」
- 「新・沖縄21世紀ビジョン基本計画・実施計画」の個別計画として、基本計画及び実施計画で掲げる施策展開を図る。
- 関連個別計画等と整合する健康づくり施策推進に関する計画。
- 県の今後の健康づくり対策の基本的な施策を示すもの。
- 市町村の健康増進計画の行政施策の指針となるもの。
- 県民、保健医療関係者及び事業者には、その自主的な活動、行動を推進する役割。
- 計画期間は、2024年から2035年までの12年間。

3 進行管理

- 健康おきなわ21推進協議会において、本計画の目標項目についての進捗状況を把握し、進捗管理を行う。また、健康長寿おきなわ推進本部版及び健康長寿おきなわ復活県民会議版のロードマップにおいて、取組等の進捗管理を行う。
- 計画の進捗管理のため、2032年(R12)を目途に中間評価を行う。



4 健康おきなわ21(第3次)の主な項目

第1章 計画の策定にあたって

第2章 県民の健康の現状

人口、医療費、平均寿命、健康寿命、死亡、介護の状況等

第3章 沖縄県の目指す健康づくり(基本的方向)

- 基本理念
「県民が健康・長寿を維持継承し、生きがいに満ちた豊かな人生を送ることが大切である」
- 基本的方向
(1) 個人の行動と健康状態の改善
(2) 健康を支える社会環境の質の向上
(3) 生涯を通じた健康づくり

第4章 全体目標と重点的に取り組む事項

- 全体目標
(1) 平均寿命の延伸
(2) 健康寿命の延伸
(3) 早世の予防
(4) 健康寿命の地域格差の縮小
- 重点的に取り組む事項
(1) 肥満の改善
(2) 働き盛り世代の健康づくり
(3) 市町村等との連携強化

第5章 施策の展開と目標

- 個人の行動と健康状態の改善
(1) 生活習慣病の発症予防と重症化予防
(がん、循環器、**糖尿病**、肝疾患、COPD)
(2) 生活習慣の改善
(食生活、身体活動・運動、休養・こころの健康、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康)
- 健康を支える社会環境の質の向上
(1) 社会参加や地域の人々とのつながりの強化促進
(2) 自然に健康的な行動が取ることができる環境づくり
(3) 多様な主体による健康づくりに誰もがアクセスできる基盤整備
- 生涯を通じた健康づくり
(1) こども(胎児期・乳幼児期・学齢期)
(2) 働き盛り(成人期)
(3) 高齢者(高齢期)

第6章 計画の推進体制

- 計画の推進体制
- 計画の進捗管理

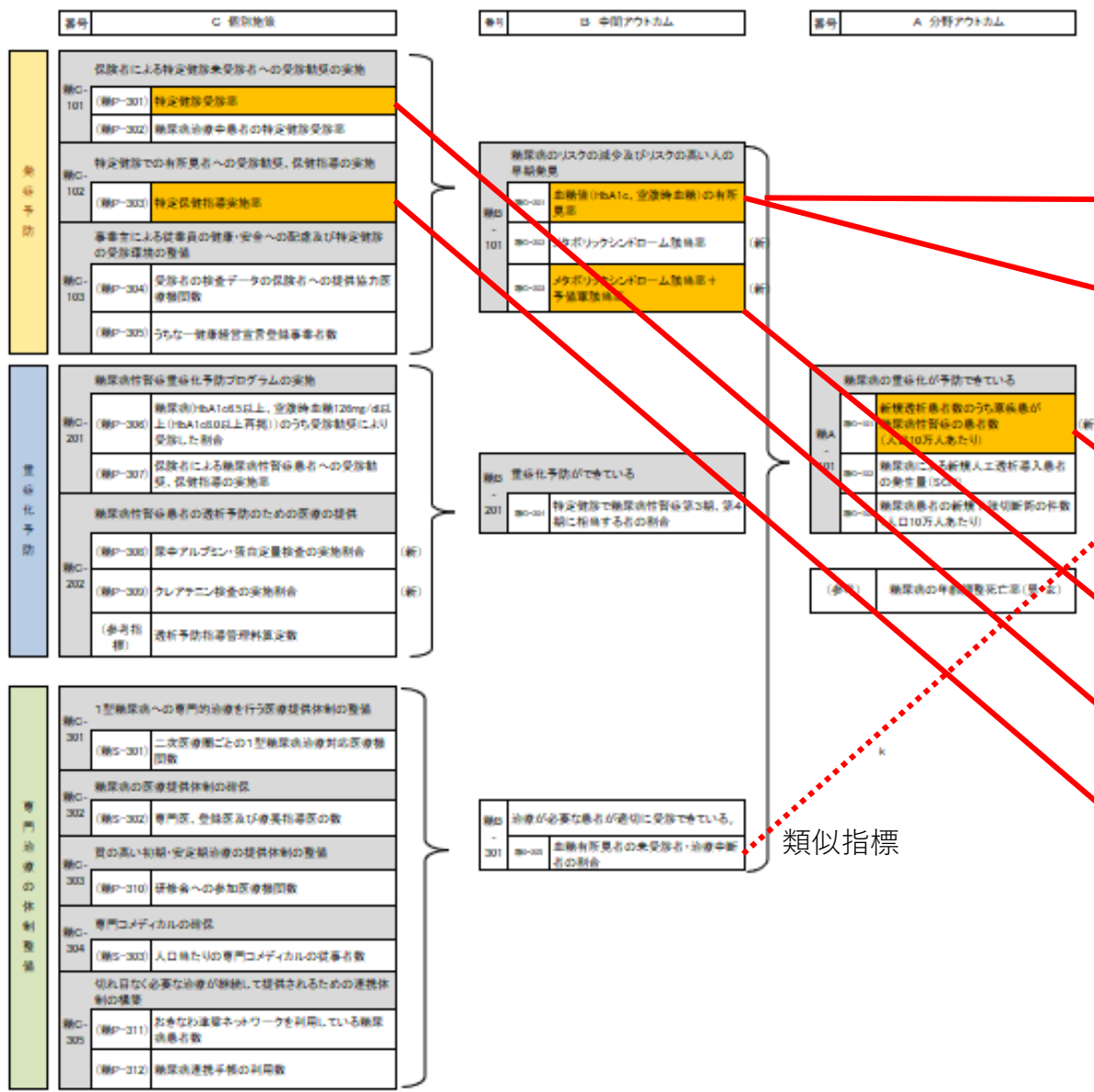
健康おきなわ21
—第3次—



医療計画(糖尿病)分野のロジックモデルと、健康おきなわ21(第3次)糖尿病分野との対応

医療計画(糖尿病分野)

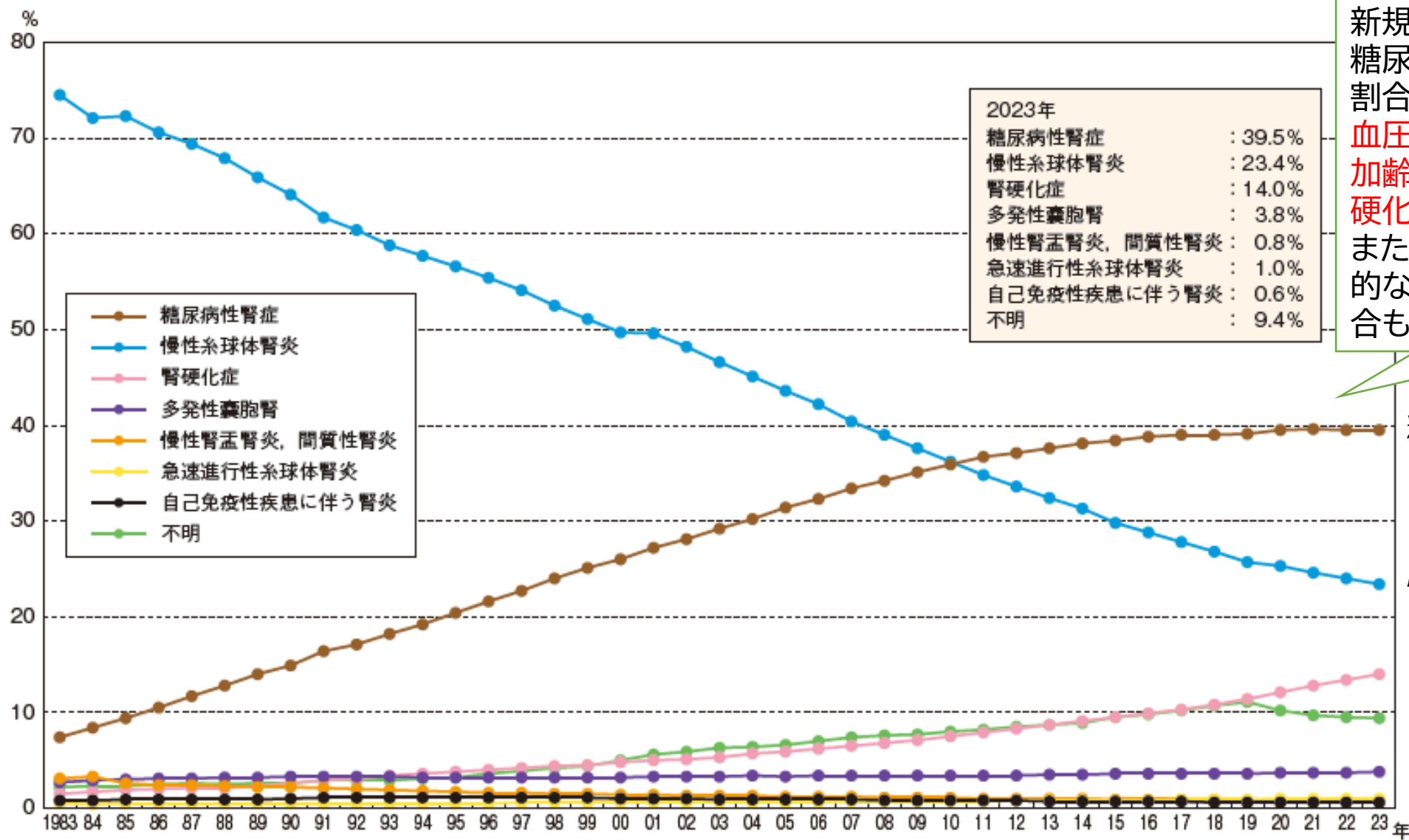
糖尿病分野 施策・指標体系図



健康おきなわ21(第3次)糖尿病分野

目標項目	指標	ベースライン	目標値		目標値の考え方	出典
			前期(R10)	後期(R14)		
糖尿病有病者の増加抑制(増加幅を減らす)	HbA1c (NGSP値) 6.5%以上の者の割合	男性 11.0% (R2) 女性 6.1% (R2)	13.0%	全国平均並みに改善※5 (R2参考) 男性9.5% 女性4.7%	沖縄県医療計画の目標値	NDBオープンデータ
	血糖値コントロール不良者の減少	男性 2.5% (R2) 女性 1.2% (R2)	1.7% 1.1%	男女とも1%		
治療継続者の増加	治療継続者の割合	男性 61.6% (R3) 女性 53.7% (R3)	68.3% 64.4%	男女とも75%	健康日本21(第三次)の目標値	県民健康・栄養調査
透析導入患者の減少	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	170人 (R4)	150人	130人	健康日本21(第三次)の目標値算出方法に準じて算出	我が国の慢性透析療法の現況
メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少(再掲)	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合	男性 51.6% (R3) 女性 18.9% (R3)	現状より減少	評価時点の全国値より減少 (R3参考) 男性43.1% 女性13.0%	全国並に改善させる	特定健康診査・特定保健指導の実施状況
特定健康診査の受診率の向上(再掲)	特定健康診査の受診率	50.9% (R3)	70%	増加※6	沖縄県医療費適正化計画の目標値	
特定保健指導の実施率の向上(再掲)	特定保健指導の実施率	33.6% (R3)	45%	増加※6		

慢性透析患者 原疾患割合の推移, 1983-2023



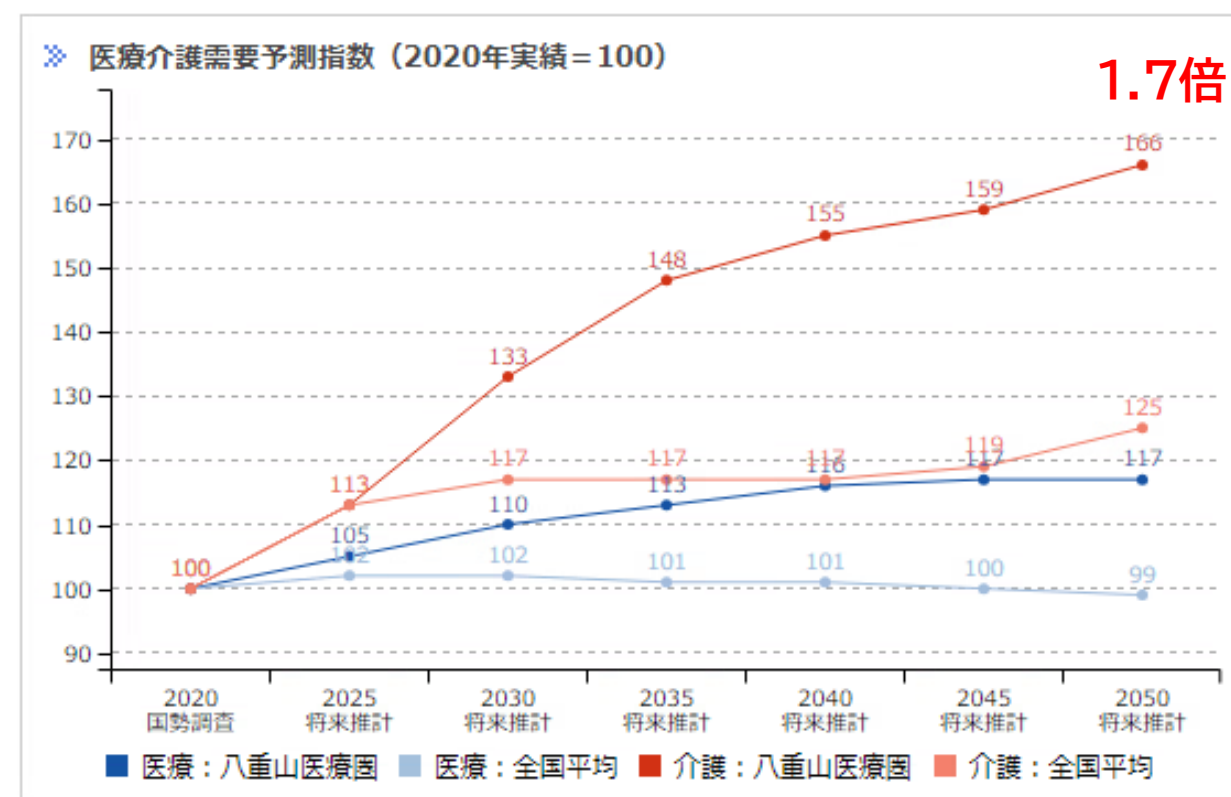
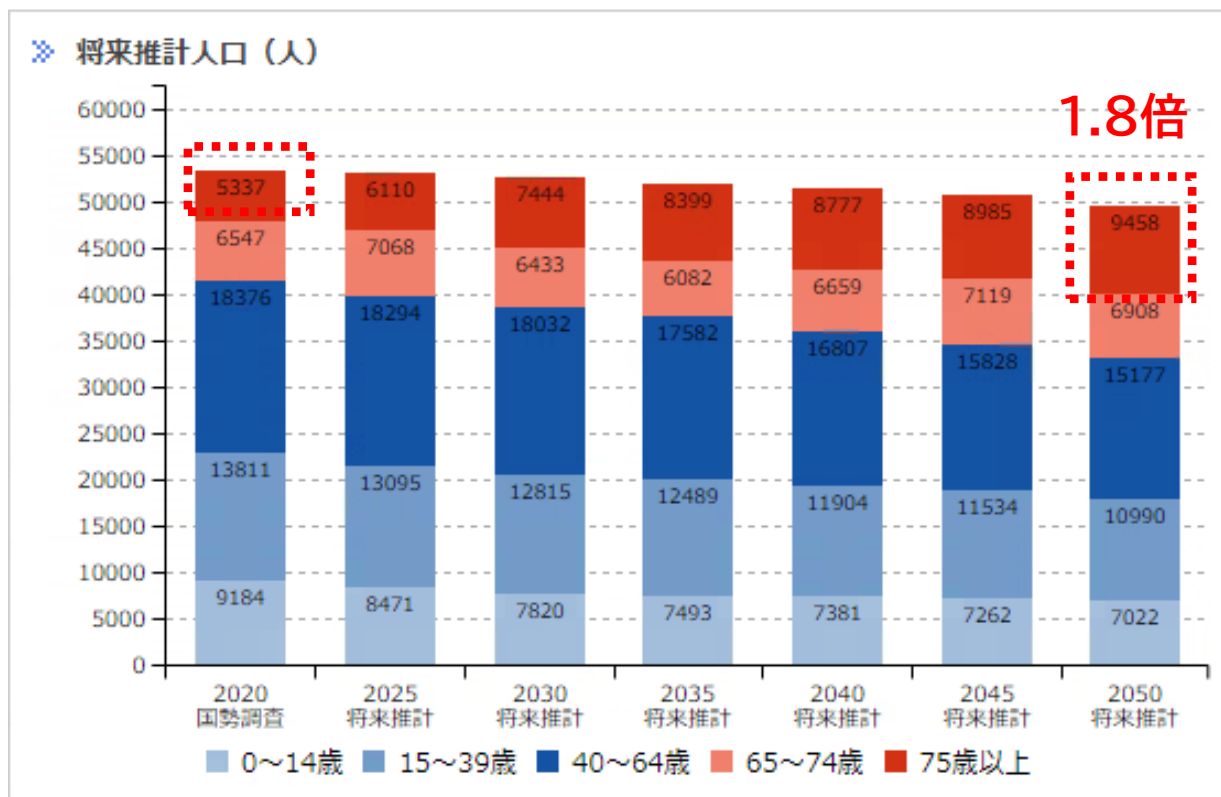
新規透析導入患者の原疾患は、糖尿病性腎症が最多であるが、割合としては減少傾向にあり、**高血圧等の生活習慣病(NCDs)や加齢等が主要因とされている腎硬化症の割合が増加傾向**にある。また、慢性糸球体腎炎等の専門的な検査・治療を要する疾患の割合も依然として高い

糖尿病性腎症

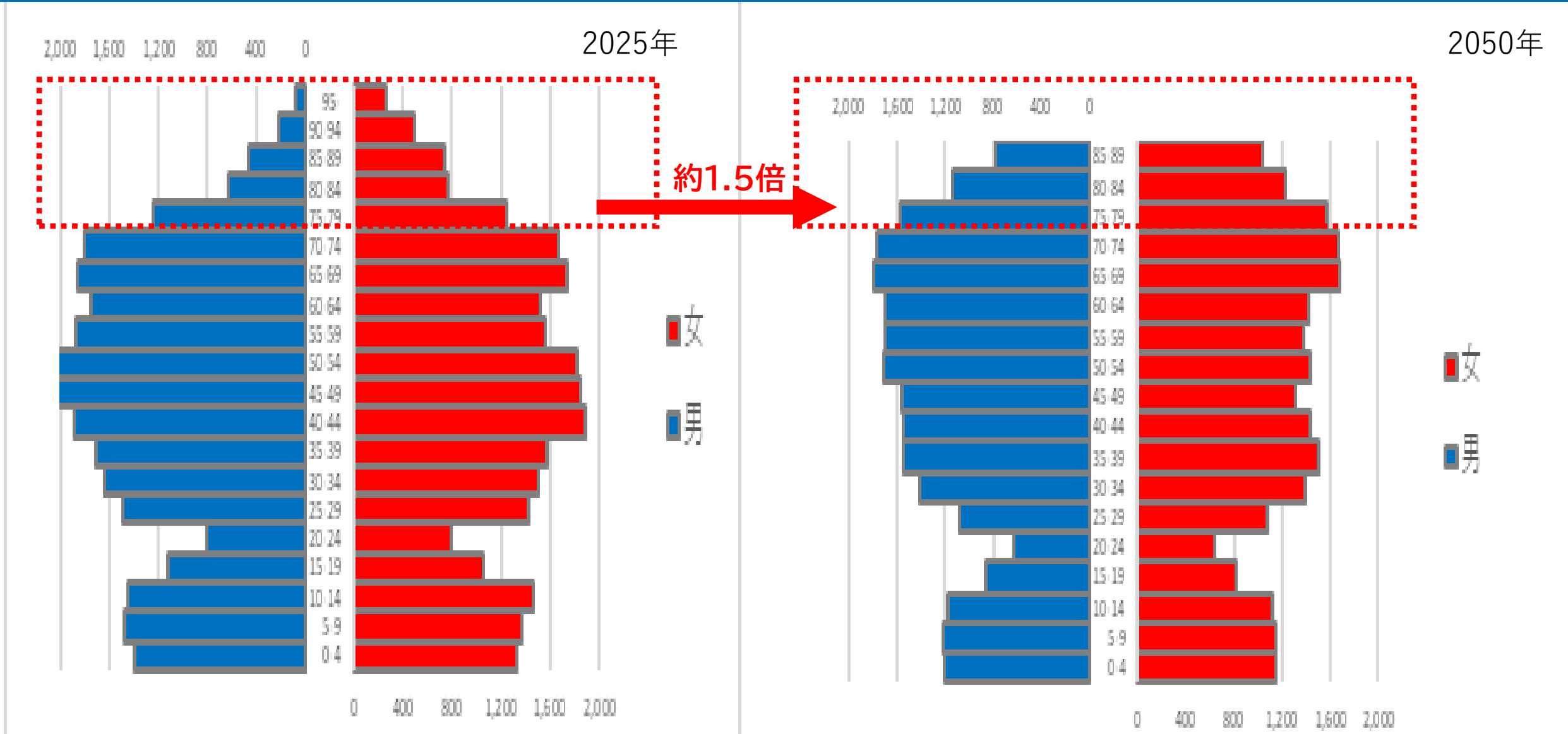
慢性糸球体腎炎

腎硬化症

将来推計人口及び医療介護需要予測指数（八重山圏域）



- 2050年の将来推計人口における75歳以上人口は、対2020年比で約1.8倍(5,337人→9,458人)
- 2050年の医療介護需要予測指数は対2020年比で約1.7倍

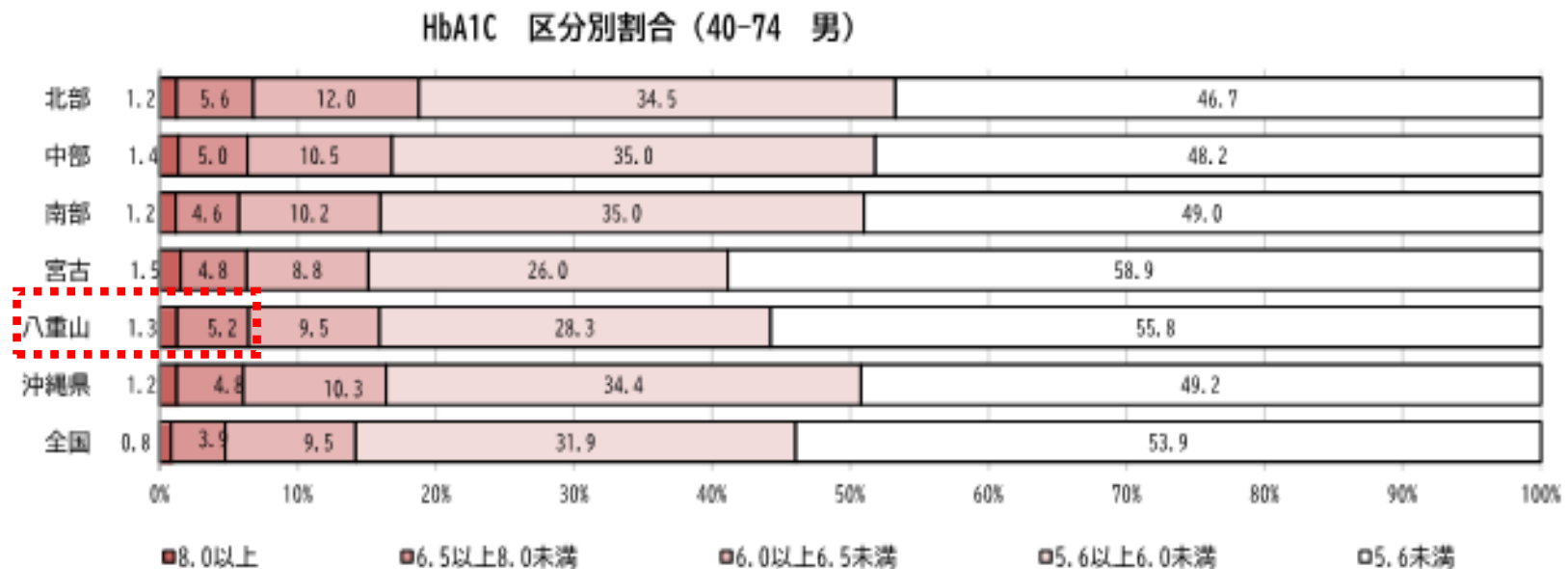
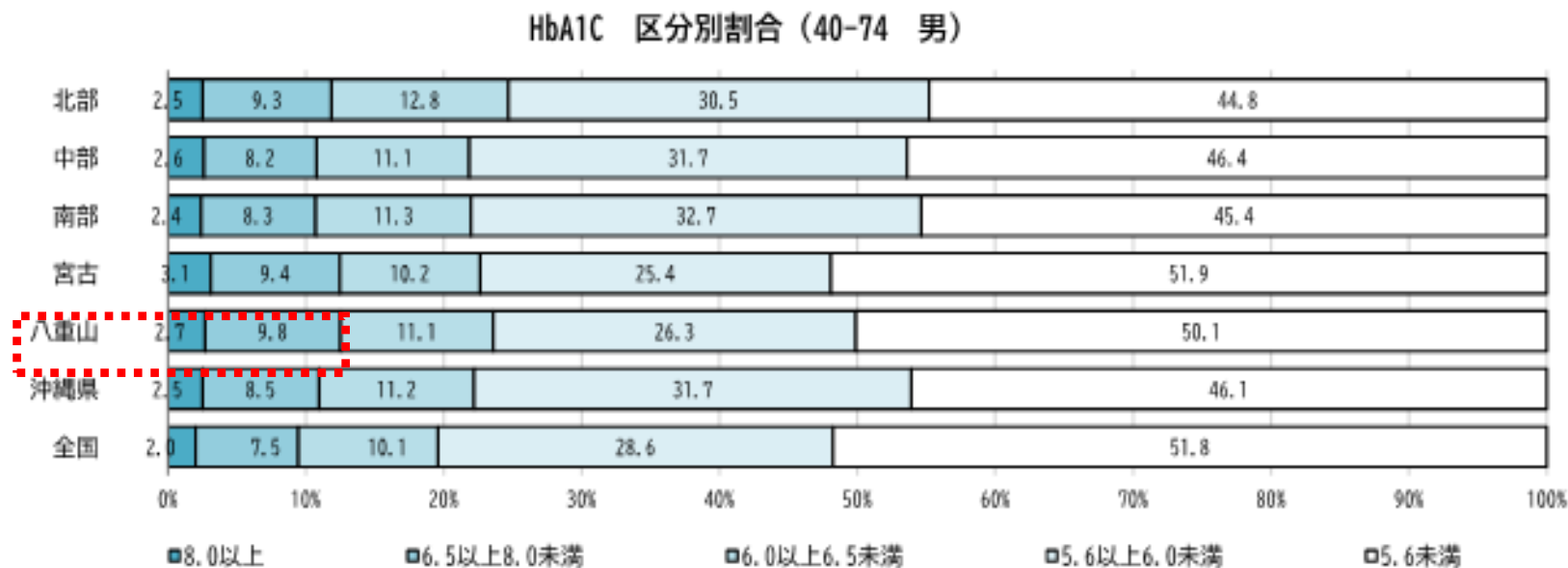
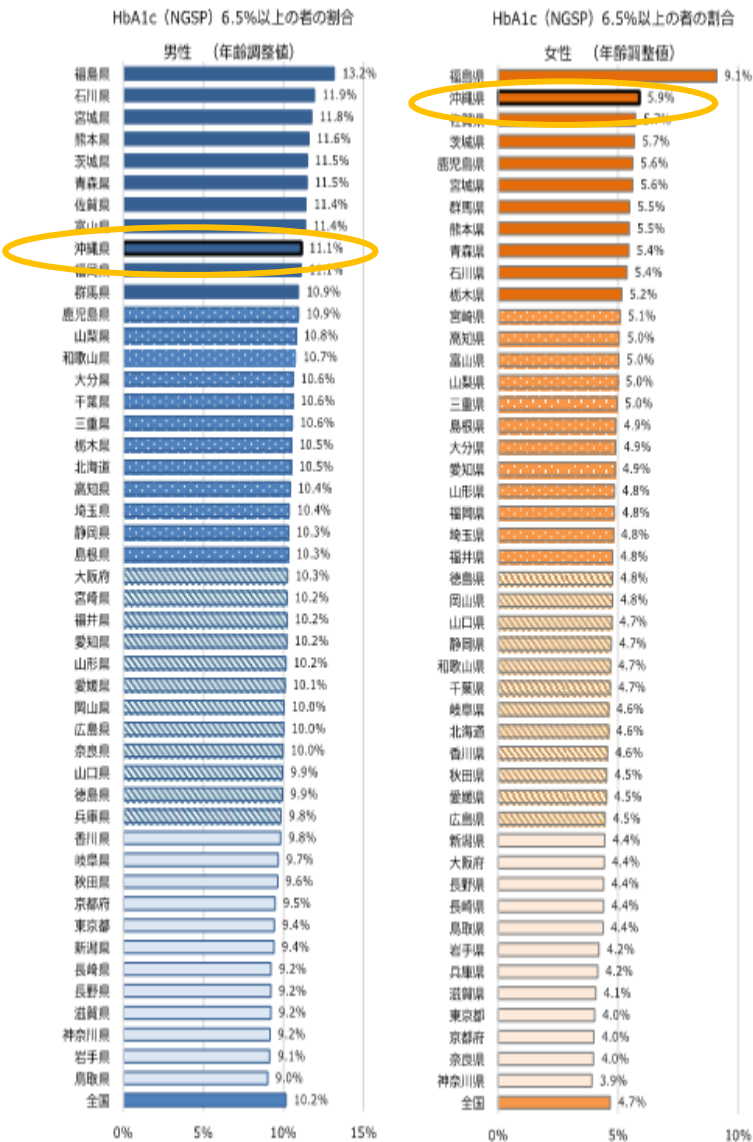


<https://sites.google.com/site/pmchuoeh/files/chv-1>

- 八重山圏域では男女とも75歳以上の人口が増加
- 糖尿病の重症化予防に加え、加齢に伴う腎機能低下への対策が必要(高血圧対策)

健診データ(HbA1c)

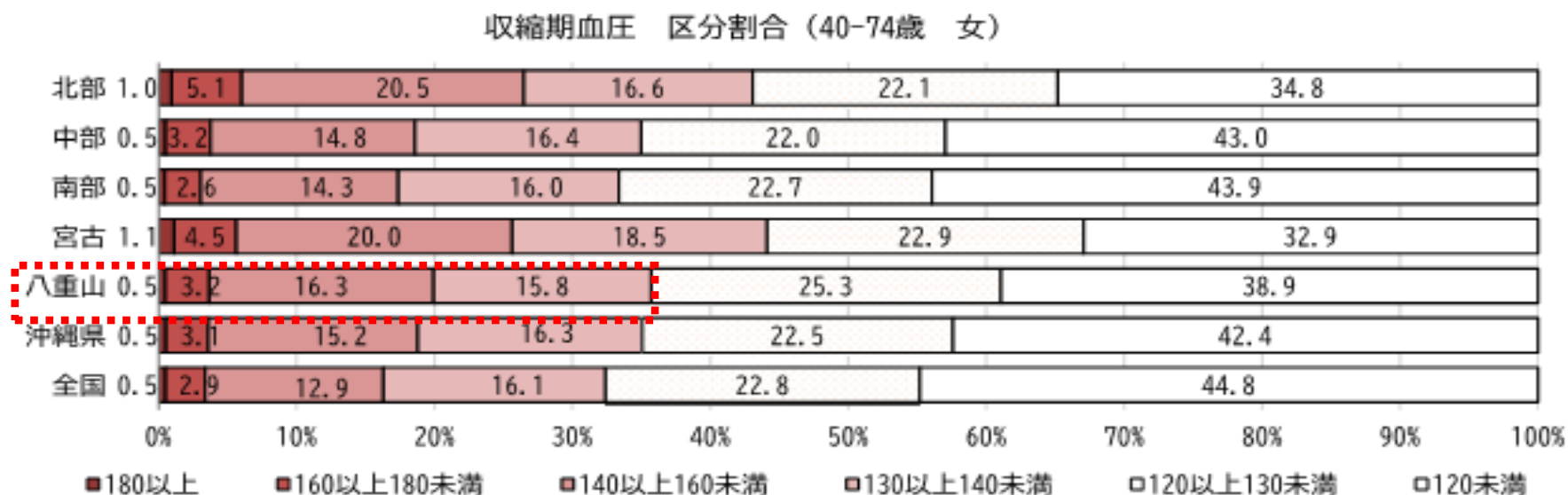
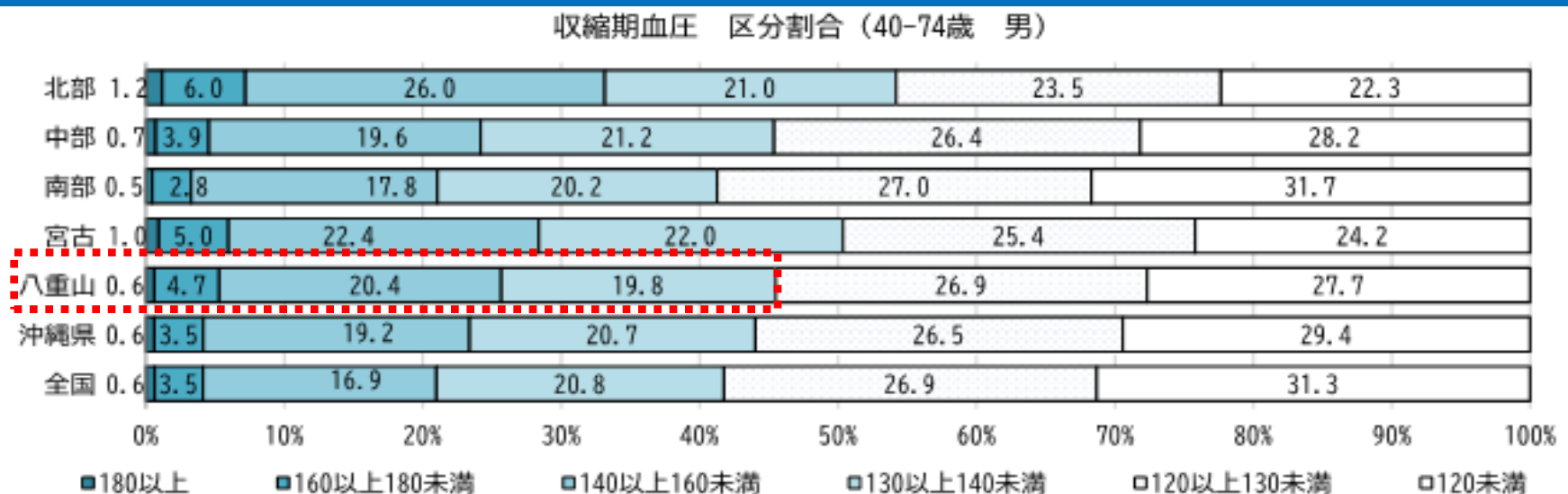
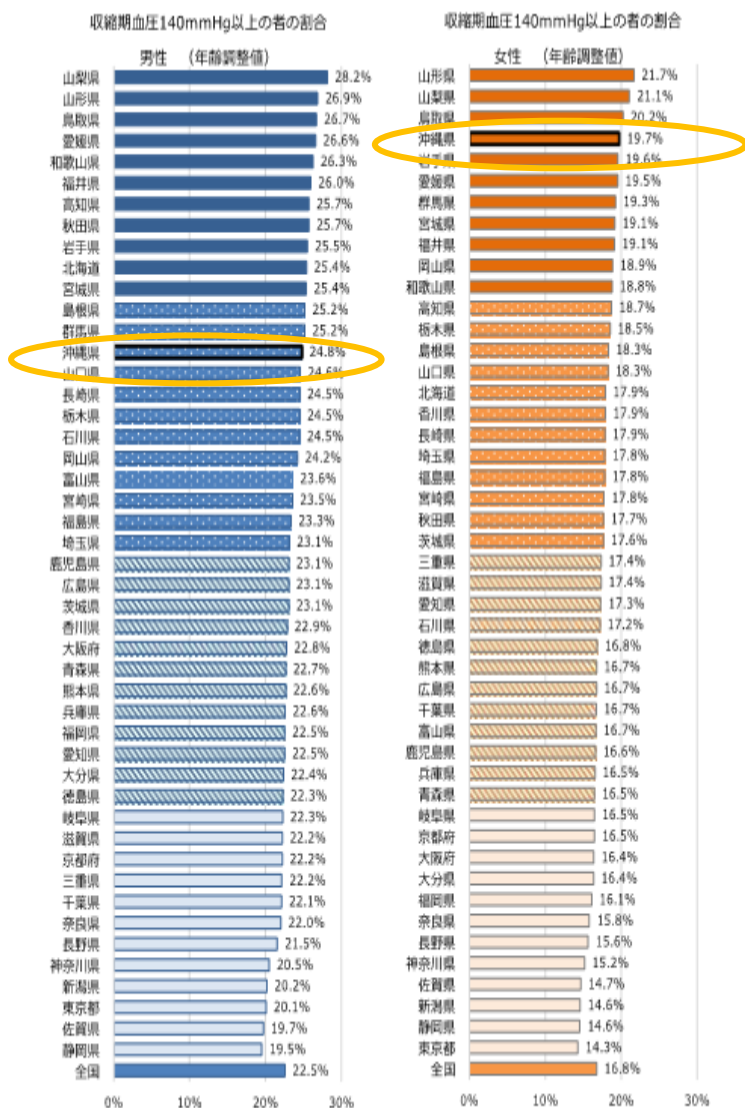
HbA1c6.5%mg/dl以上の者の割合
(R2NDBオープンデータ)



- HbA1c6.5%mg/dl以上の者の割合は男女とも全国と比べて高い
- 八重山圏域は県と比較して高い

健診データ(収縮期血圧)

収縮期血圧140mmHg以上の者の割合
(R2NDBオープンデータ)



- 収縮期血圧140mmHg以上の者の割合は男女とも全国と比べて高い
- 八重山圏域は県と比較して男女とも高い

慢性腎臓病特別対策事業

【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。

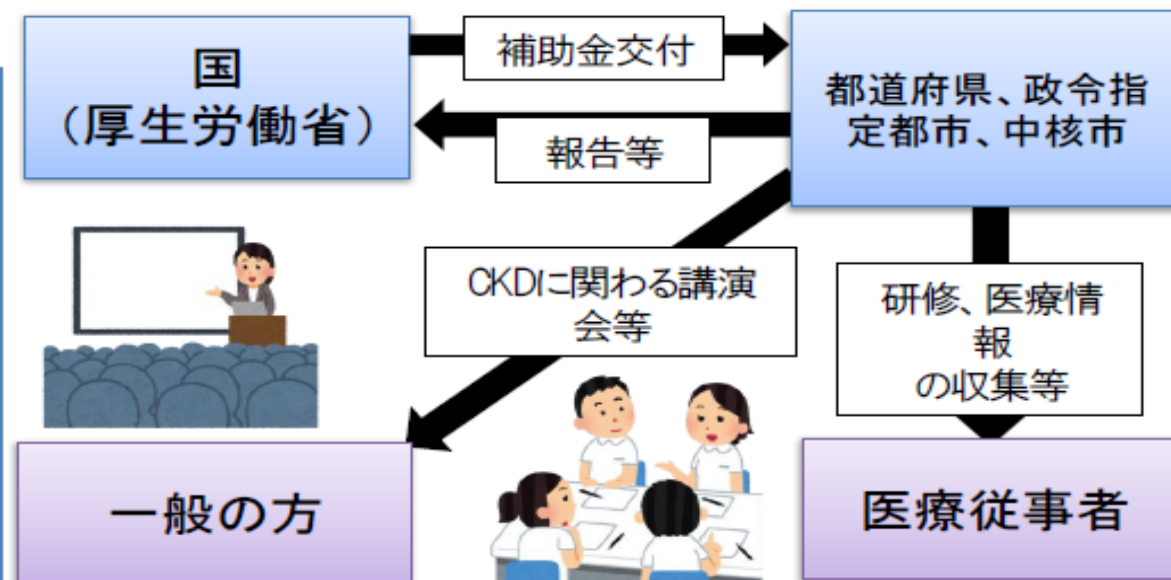
【事業スキーム(イメージ)】

【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
- ⑤ CKD診療連携構築事業

【補助率】 1/2

【補助先】 都道府県、政令指定都市、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

(イ)課題

- ・CKDは生命を脅かしうる疾患群であり、患者数も多い疾患であるが、治療可能であること等のCKDの正しい認識および知識が十分普及していない。
- ・医師、メディカルスタッフ、行政機関、CKD患者、国民、成人、小児など、対象に応じた普及啓発内容の検討が十分とはいえない。
- ・医療従事者および行政機関等において好事例が十分に共有されておらず、普及啓発活動の均てん化が十分進んでいない。

(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。

沖縄県慢性腎臓病（CKD）特別対策事業 イメージ図（案）



沖縄県CKD対策連絡協議会（仮称）

【目的】
慢性腎臓病（CKD）の予防や重症化予防に関する施策を協議する。

【事業内容】

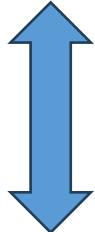
- ①患者等一般向け講演会等の開催
- ②医療関係者向け研修会の実施
- ③CKD診療に関わる医療機関情報の収集と提供
- ④CKDの普及啓発
- ⑤事業実施の評価
- ⑥その他CKDの予防や重症化予防に必要な事項

各市町村等の取組
那覇市CKD病診連携システム（CKD48）
ちゅらまーみプロジェクト（うるま市・沖縄市）
南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクト

糖尿病対策推進会議

沖縄県糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進
（沖縄県、沖縄県医師会、沖縄県糖尿病対策推進会議、沖縄県保険者協議会にて作成）

沖縄県CKD対策連絡協議会（仮称）



情報共有・連携

令和10年度以降、病診連携体制構築のため、新たな協議会を設置

沖縄県CKD病診連携構築協議会（仮）

【目的】
健診等で発見されたCKD患者に早期に介入し治療につなげるとともに、継続した医療を提供できる体制を維持できるようにするため診療連携体制を構築する。

【事業内容】

- ①かかりつけ医と陣専門医の連携の在り方の検討
- ②連携マニュアルの作成
- ③連携マニュアル活用促進のための説明会

沖縄都県における CKD 医療連携 (南城市、沖縄市・うるま市、那覇市)

沖縄県 代表 古波蔵健太郎

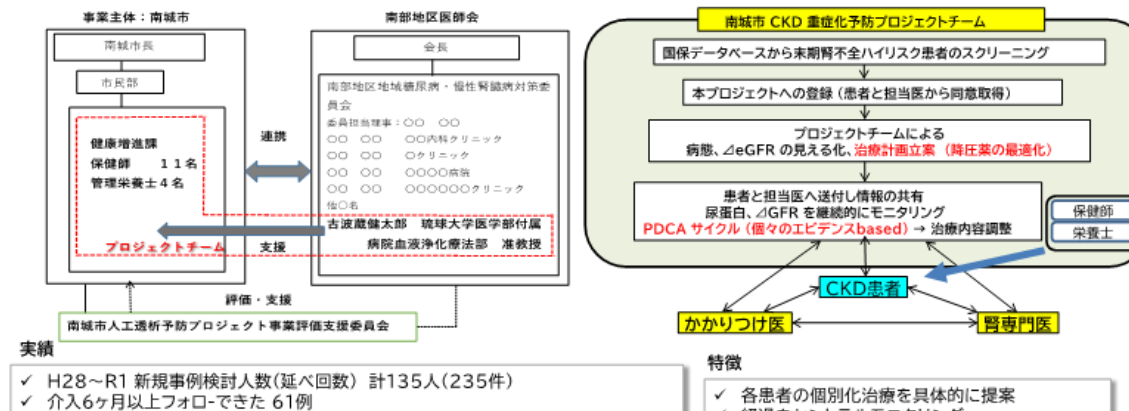
2022 年 9 月版

南城市慢性腎臓病重症化予防プロジェクト

南城市の国保医療費分析の結果、人工透析にかかる医療費割合が国の1.5倍と圧倒的に大きく、県下でもワーストであった。
Dr.古波蔵との事例検討会で介入によって腎障害進展抑制が可能な患者が多くなることがわかった。

H28
プロジェクト開始

市の概況	
人口	45,045人
高齢化率	25.6%
後期被保険者数	5,353人
日常生活圏数	4 圏域



那覇市 CKD 病診連携システム（CKD48）

1. 目的
かかりつけ医と腎臓診療医が共通の紹介基準をもとに CKD 患者を紹介・逆紹介を行い、CKD 患者の重症化を予防する。
2. 那覇市 CKD 病診連携の流れ



平成27年10月、那覇市長と医師会長は「那覇市慢性腎臓病（CKD）病診連携事業」を共同でキックオフ宣言

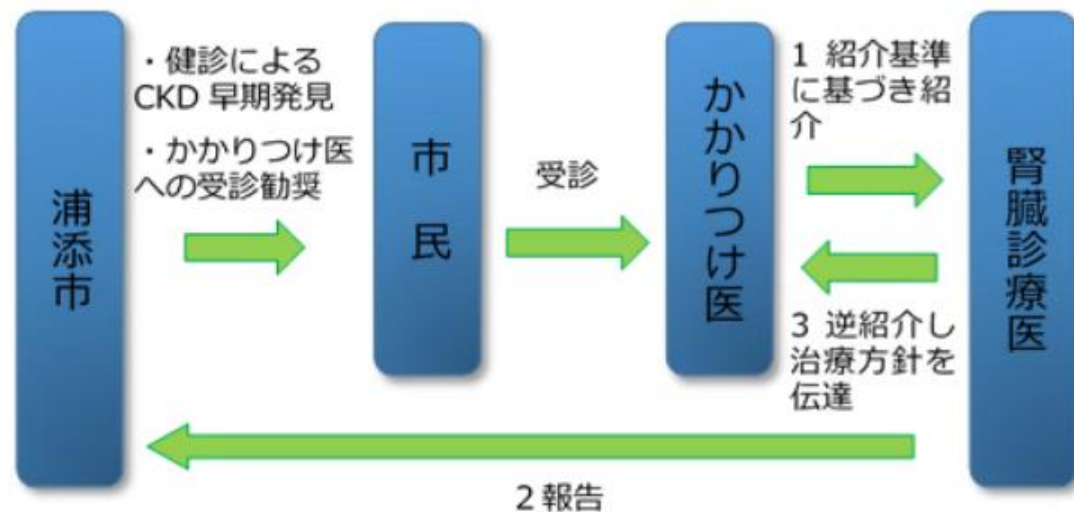
- ✓ 那覇市（35万人）をカバー
- ✓ CKD登録医制度、講演会
- ✓ 行政、地域医師会が中心になって運営
- ✓ 地区レベルで専門医とかかりつけ医の症例検討会



沖縄県内の市町村の取組例②

浦添市 腎腎プロジェクト

連携の流れ



宜野湾市 CKD(慢性腎臓病)・糖尿病性

宜野湾市 じの〜ん腎プロジェクト

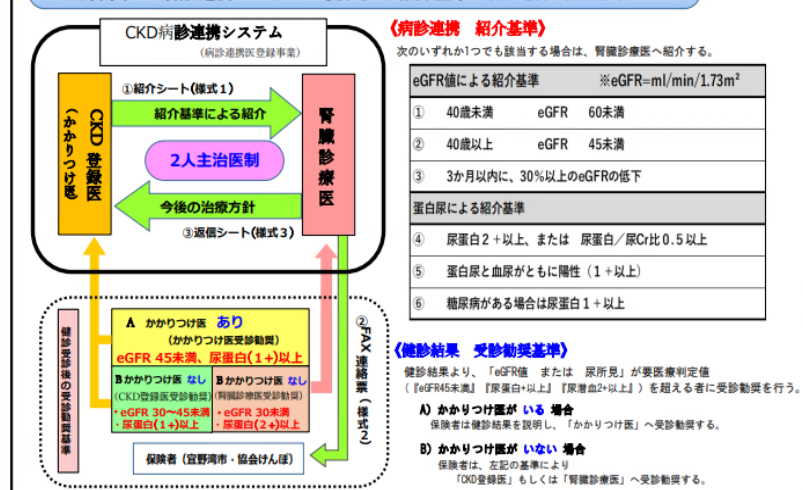
1.目的

宜野湾市における『新規人工透析導入患者数の減少』を目指し、腎臓診療医およびかかりつけ医と協同して病診連携に取り組む、慢性腎臓病(以下CKD)の発症予防・重症化予防に努めます。

2. CKD登録医と腎臓診療医

- CKD登録医 (かかりつけ医)**
 - ★宜野湾市CKD・糖尿病性腎臓病病診連携システムに賛同し、ご協力いただけるかかりつけ医
- 腎臓診療医**
 - ★日本腎臓学会が認定する腎臓専門医
 - ★日本透析学会が認定する透析専門医
 - ★「腎臓を専門に診療している」と推薦された医師

3. 宜野湾市CKD病診連携システムの流れ及び紹介基準 (病診連携・健診結果)



4. 3者間の取組内容 ※

- ① CKD及び糖尿病性腎臓病に関する周知・啓発を実施する。
- ② 紹介基準に基づき、医療、行政、地域、保険者が連携した取組を実施する。
- ③ CKD等の早期発見に向け、特定健診受診促進に取り組む。
- ④ その他、CKD対策に関すること。

※ 3者連携協定 (中部地区医師会、協会けんぽ、宜野湾市)



【問い合わせ先】
宜野湾市役所 健康増進課
TEL 098-898-5598
FAX 098-898-5585

宮古島市 みゃ〜くCKDプロジェクト



【目標】

新規透析導入患者数の減少

【目的】

地域住民の糖尿病予防、重症化予防のため医療機関、3市町、地域・職域等、健康づくりに取り組む団体と連携し、効果的・具体的な対策及び普及啓発について検討する。

八重山保健所 糖尿病予防対策部会

