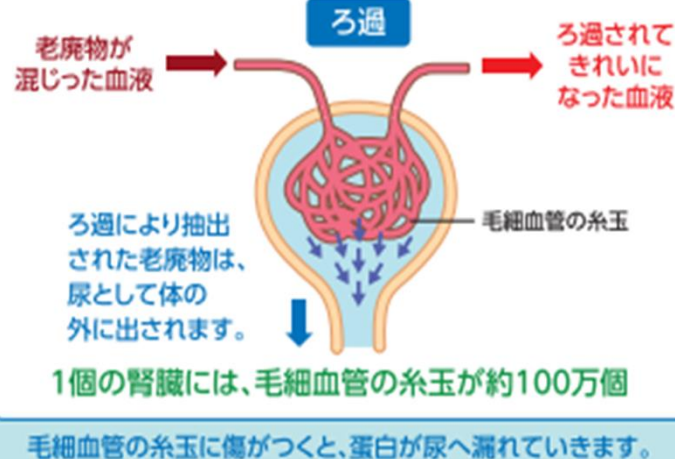
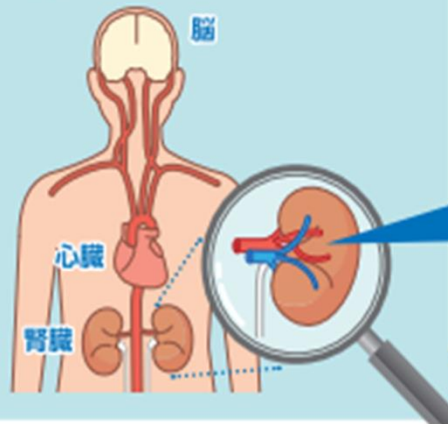


沖縄県慢性腎臓病対策協議会について

令和 7 年11月10日
沖縄県健康長寿課

慢性腎臓病とは

腎臓は体に2個、
脳や心臓と血管でつながっています。



腎臓の機能が低下した状態や尿蛋白陽性が持続する状態を**慢性腎臓病(CKD)**といいます。症状がないため、放置してしまうと徐々に腎臓の機能が悪くなり、むくみや貧血が進み、さらに進行すると透析が必要になります。



以下の①、②のいずれか、または両方が3ヶ月を超えて持続する(特に蛋白尿の存在が重要)

- ①尿異常、画像診断、血型検査、病理診断で腎障害*の存在が明らか
- ②GFRが60mL/分/1.73m²未満

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



家族に腎臓病の人がいる



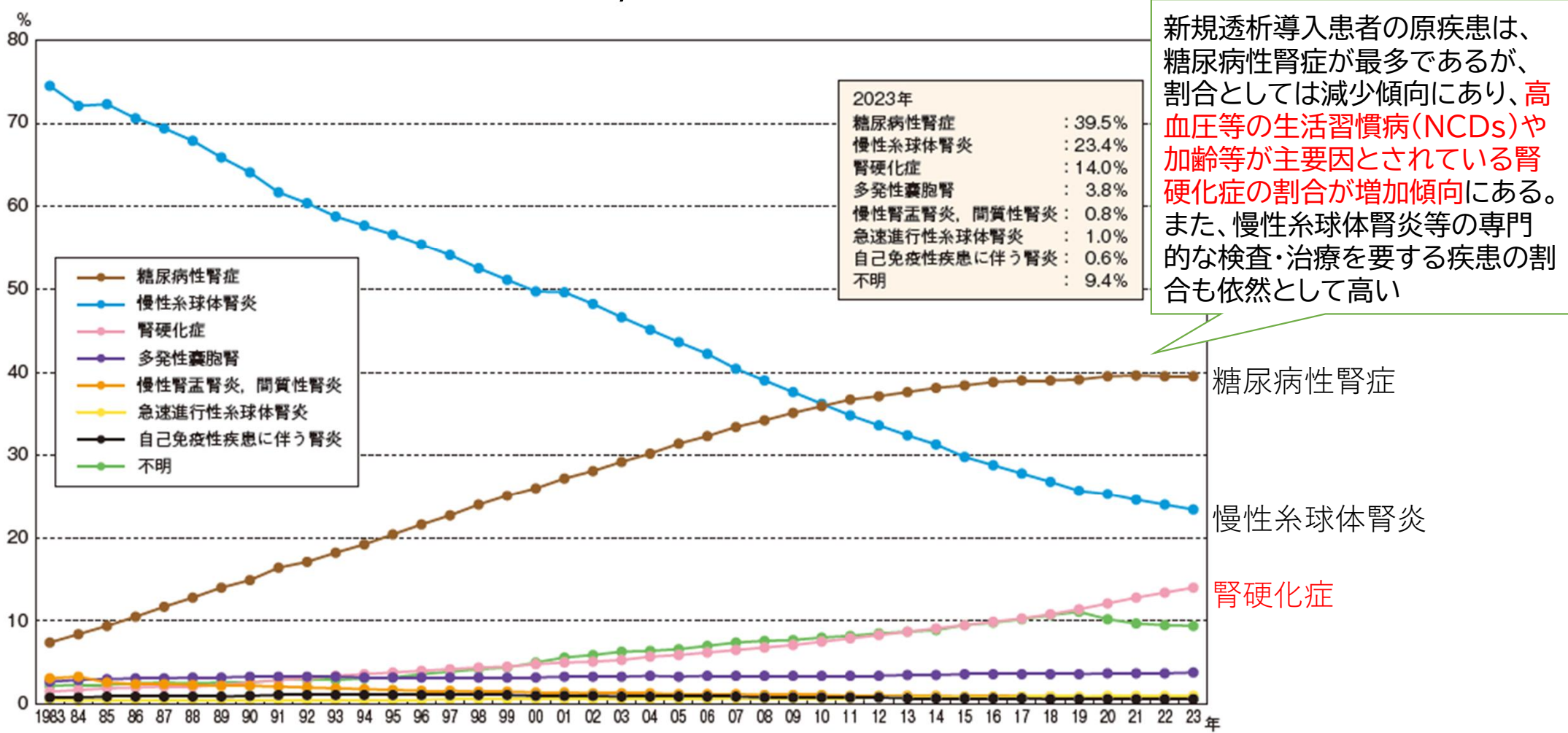
出典: NPO法人日本腎臓病協会HP

検診などでたんぱく尿が見つかったことがある



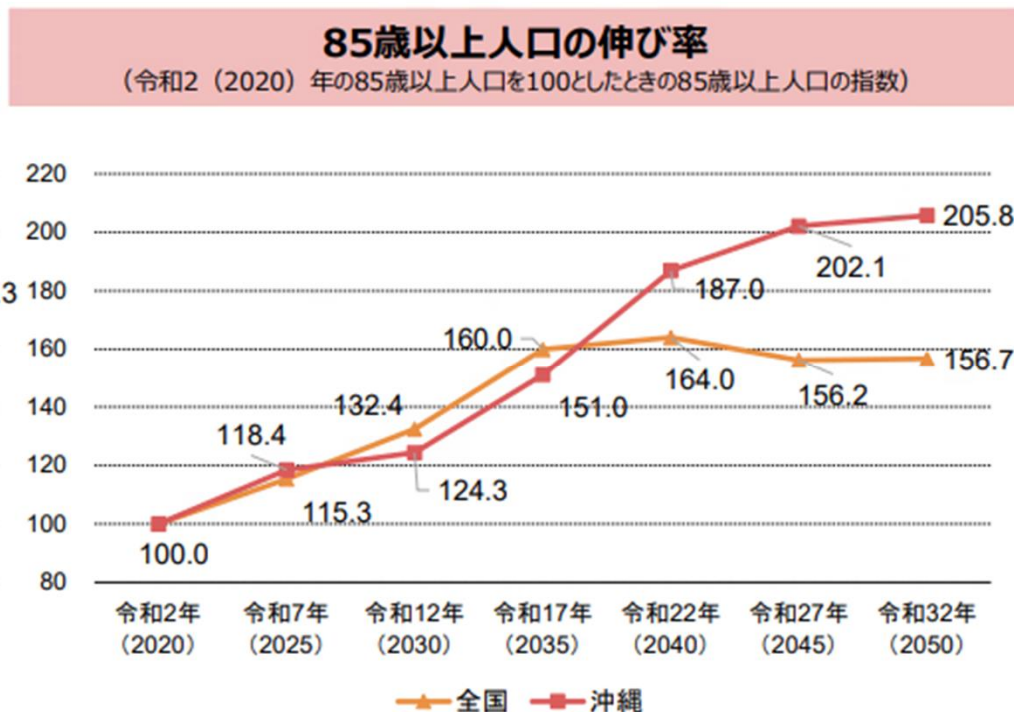
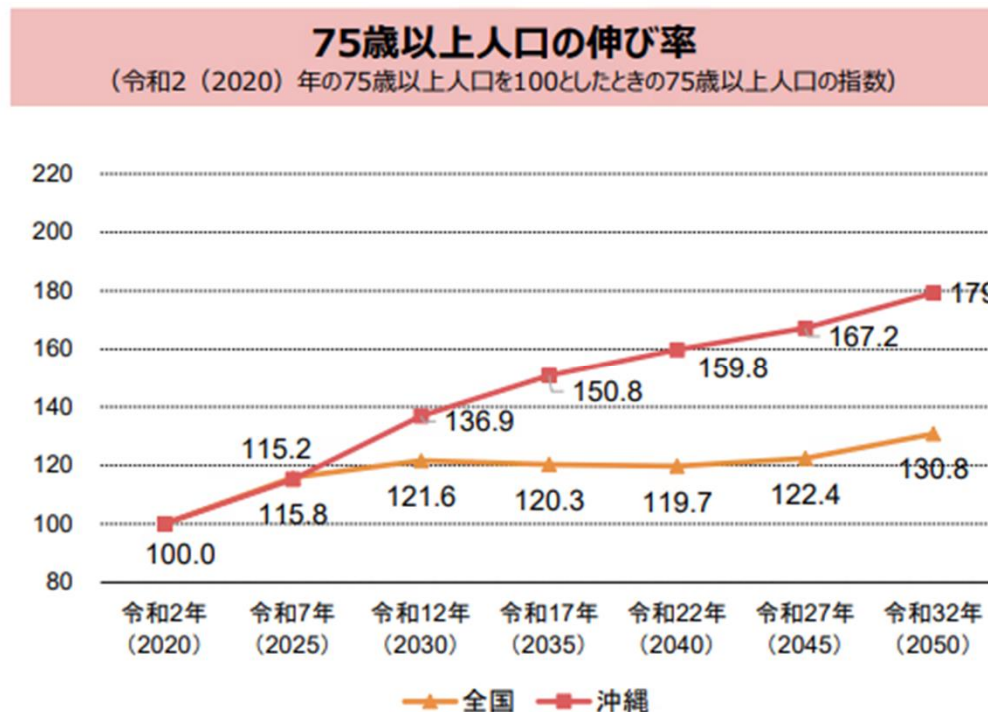
たばこを吸っている

慢性透析患者 原疾患割合の推移, 1983-2023



わが国の慢性透析療法の現況(2023 年12 月31 日現在)

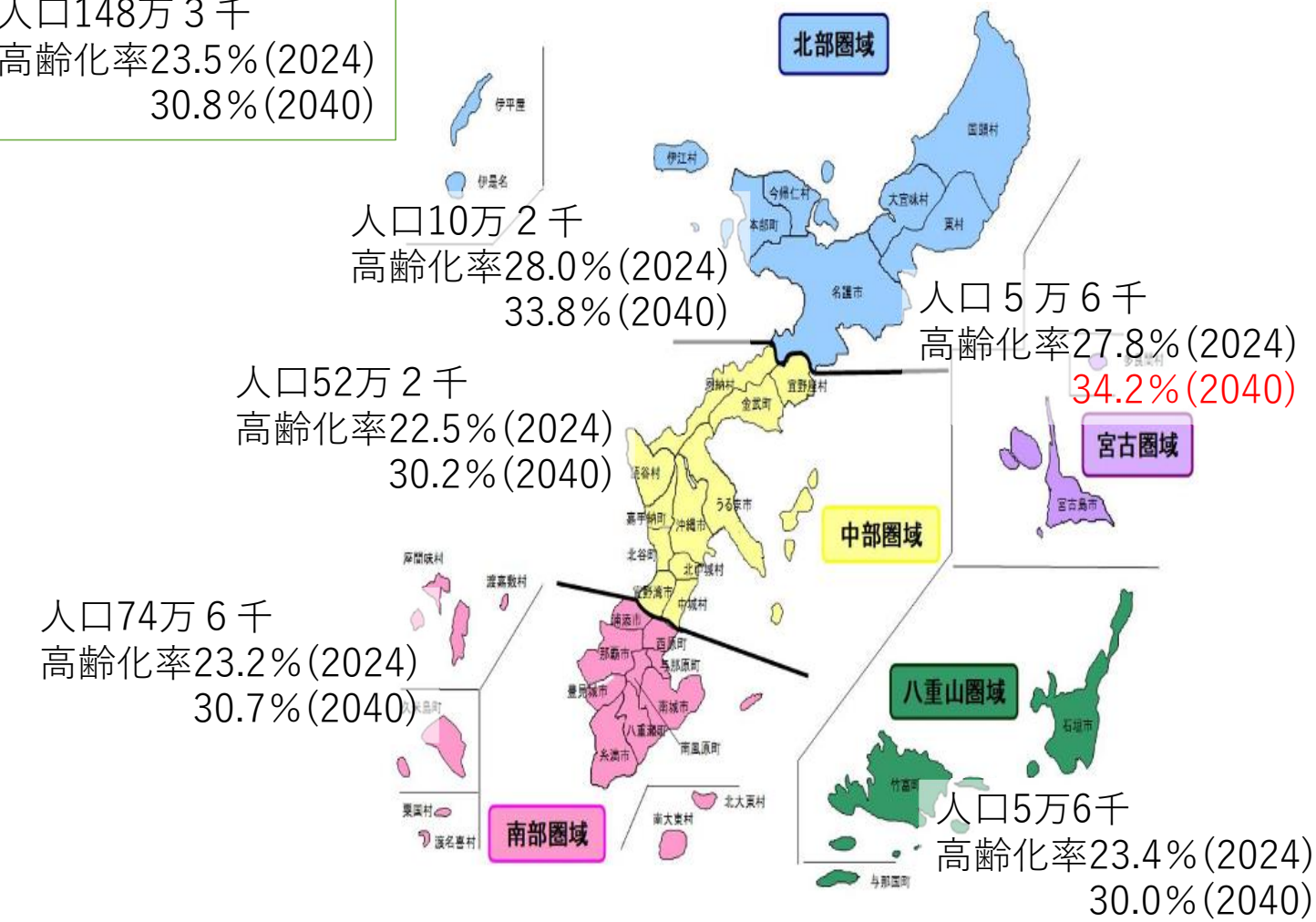
沖縄県における75歳及び85歳以上人口の伸び率（推計）



- 75歳以上人口については全国では令和12(2030)年頃をピークに増加が落ち着き、一旦減少に転じるが、沖縄県では引き続き増加し続けることが見込まれている。
- 85歳以上人口ではその傾向が特に顕著となっている。

圏域別高齢化の現状

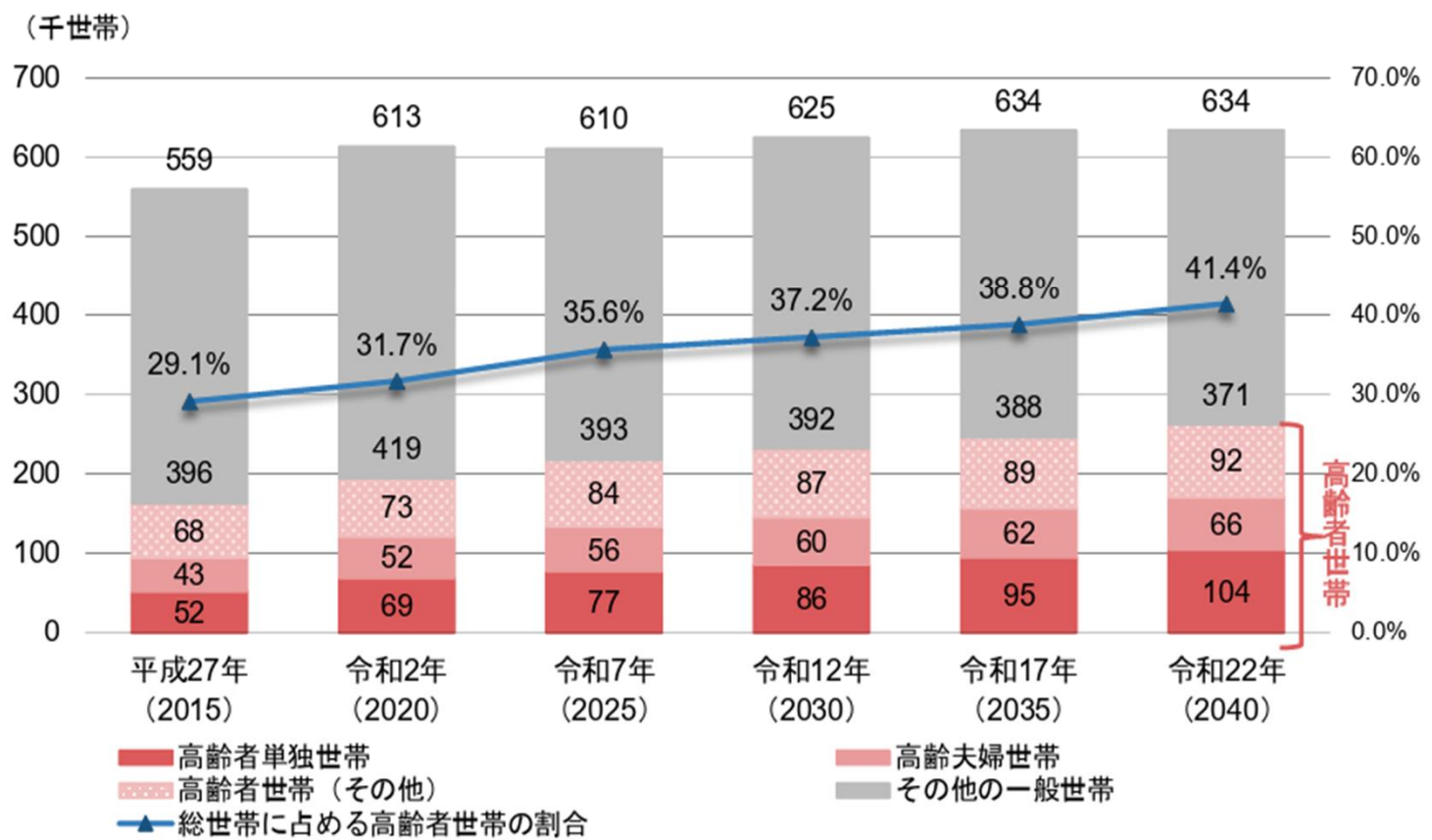
沖縄県
人口148万 3 千
高齢化率23.5%(2024)
30.8%(2040)



- 沖縄県の人口は約148万 3 千人（沖縄県人口の約 85%は中南部に居住）
- 沖縄県全体の高齢化率は 23.5%
- すべての圏域で高齢化が進む（2040年の高齢化率が最も高い圏域は宮古圏域、次いで北部圏域となっている）

沖縄県における将来の世帯推計

【沖縄県の高齢者世帯数の推計（単位：千世帯）】



- 高齢者世帯の増加
- 中でも、高齢者単独世帯が増加する



栄養管理、生活支援
の必要な対象者が増加する

出典：高齢者世帯数の推移は、令和2年までは総務省「国勢調査」、令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）（2019年推計）」より作成。
注釈：「一般世帯」とは、「施設等の世帯」以外の世帯のこと。「施設等の世帯」とは、学校の寮・寄宿舎の学生・生徒、病院・療養所などの入院者、社会施設の入所者、自衛隊の営舎内・艦船内の居住者、矯正施設の入所者などから成る世帯のこと。

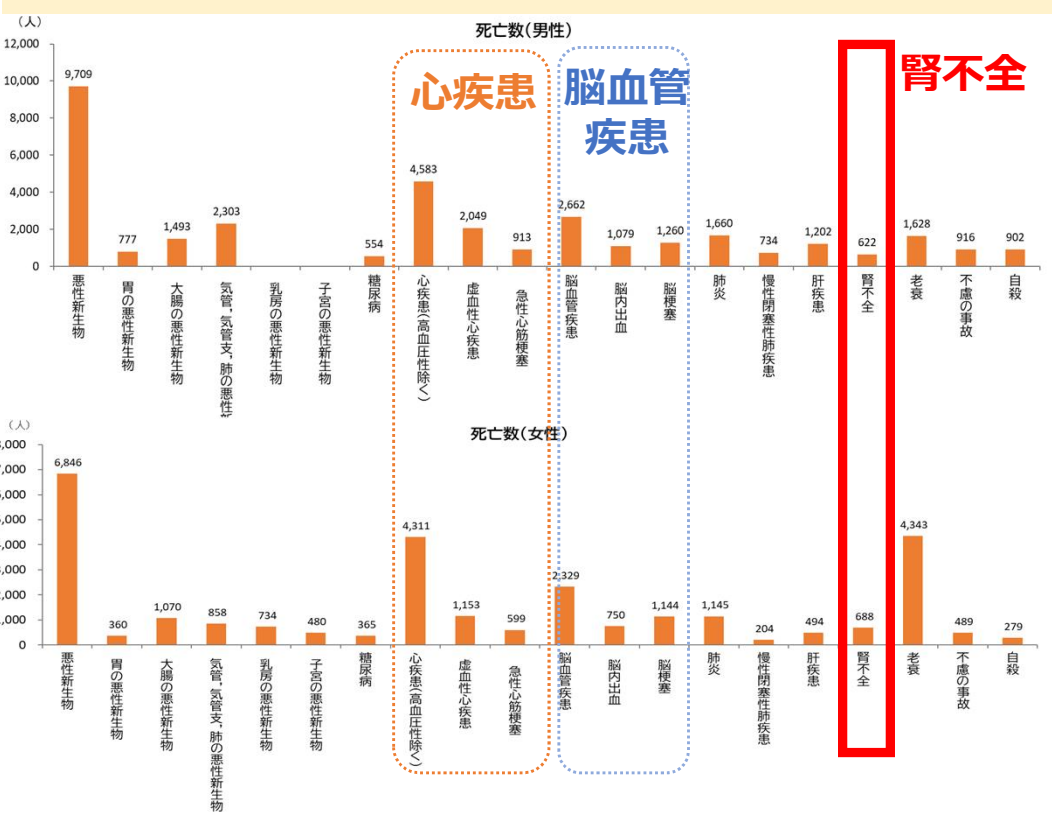
標準化死亡比(SMR)と死亡者数 (H30～R4)

2次医療圏別標準化死亡比 (H30～R4)

| 疾患別保健所別 SMR | がん総数 | | 心疾患総数 | | 脳血管疾患総数 | | 腎不全 | |
|----------------|------|------|-------|------|---------|------|------|------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 沖縄県 | 92.3 | 93.2 | 93.5 | 82.1 | 108 | 91.9 | 92.2 | 111 |
| 那覇市保健所 | 95.1 | 97.5 | 99 | 81.3 | 103 | 86.9 | 112 | 106 |
| 北部保健所 | 93 | 88.1 | 88.5 | 81.9 | 109 | 91.8 | 82.6 | 122 |
| 中部保健所 | 89.8 | 92.7 | 91.7 | 83.3 | 108 | 93.5 | 92.9 | 103 |
| 南部保健所 | 88.8 | 92.4 | 89.8 | 77.2 | 98.5 | 86.4 | 80.5 | 113 |
| 宮古保健所 | 103 | 93.5 | 113 | 105 | 166 | 116 | 77.2 | 99.4 |
| 八重山保健所 | 103 | 89.4 | 90 | 77.5 | 115 | 106 | 103 | 152 |

腎不全

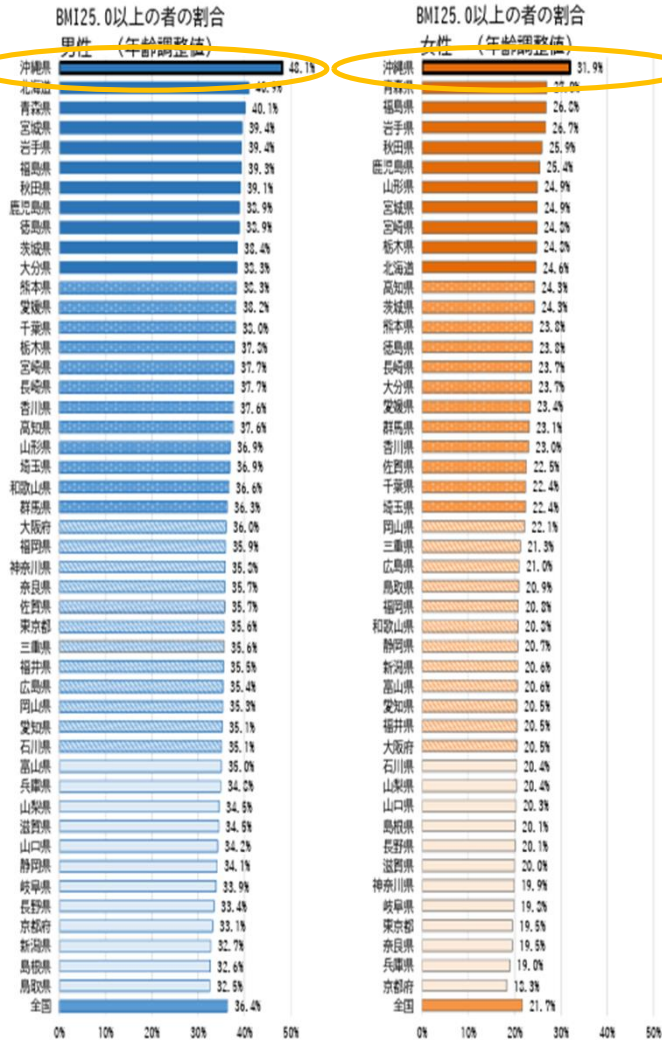
沖縄県の死亡数 (H30～R4)



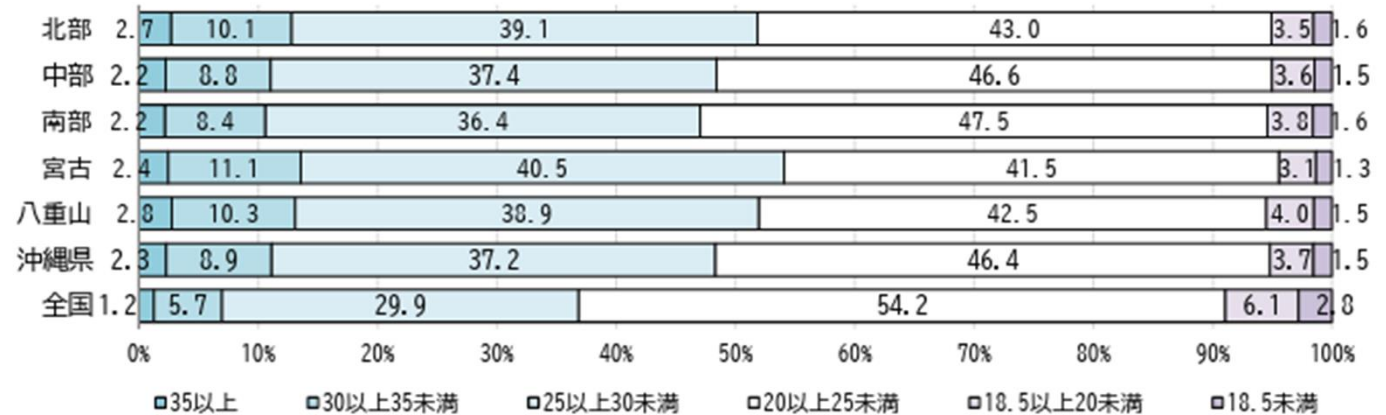
- 腎不全の標準化死亡比は女性で高く、圏域では八重山圏域で高い。
- 死亡数（右）で見た時に数は多くないが、循環器病の死亡者数は多い。
- 慢性腎臓病対策により循環器病死亡数の減少が期待される。

(参考) 県民の健康状態①_BMI

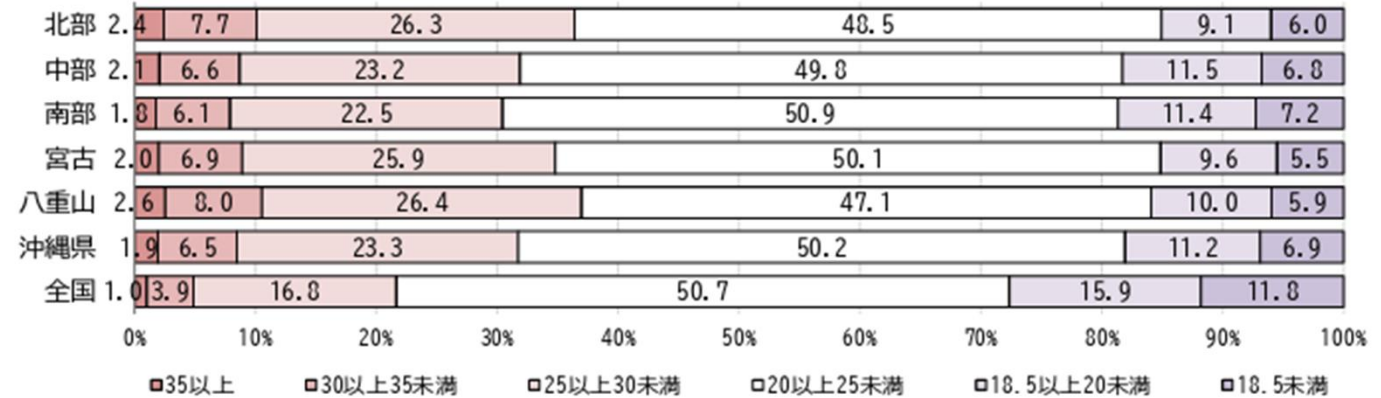
BMI25 以上の割合
(R3NDBオープンデータ)



BMI 区分別割合 (40-74歳 男)



BMI 区分別割合 (40-74歳 女)

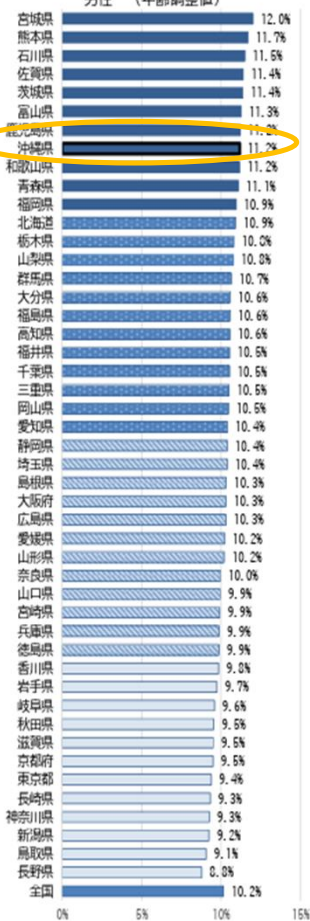


➤ 全ての圏域でBMI25以上の割合は全国より高い

(参考) 県民の健康状態②_HbA1c

HbA1c6.5%mg/dl以上の者の割合
(R3NDBオープンデータ)

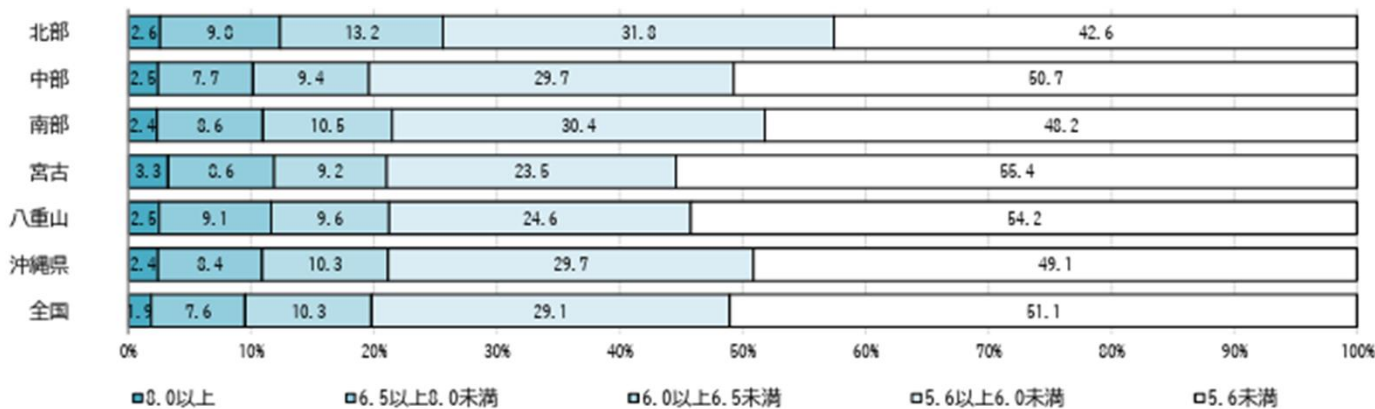
HbA1c (NGSP) 6.5%以上の者の割合
男性 (年齢調整値)



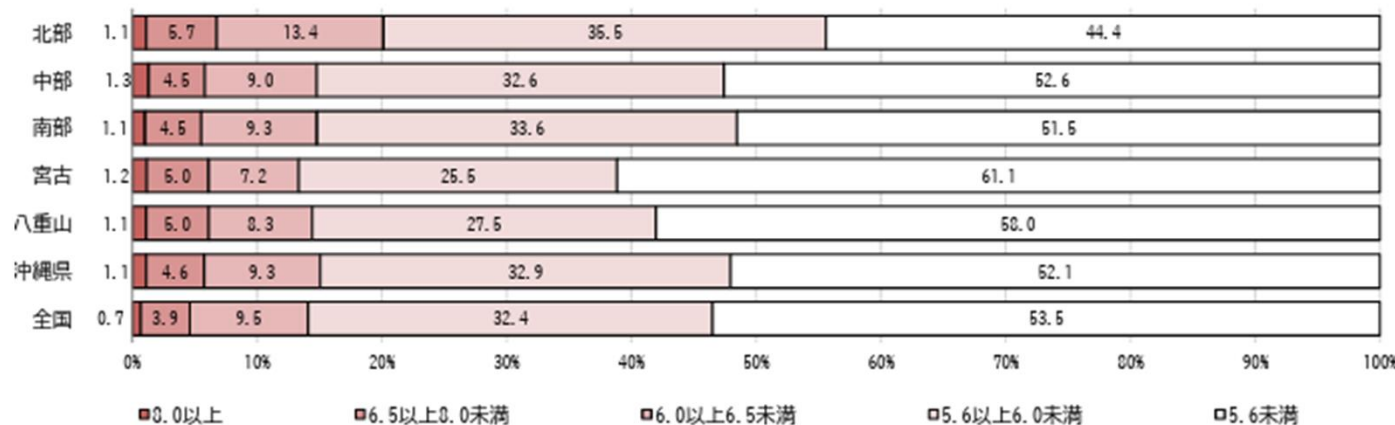
HbA1c (NGSP) 6.5%以上の者の割合
女性 (年齢調整値)



HbA1c 区別割合 (40-74 男)



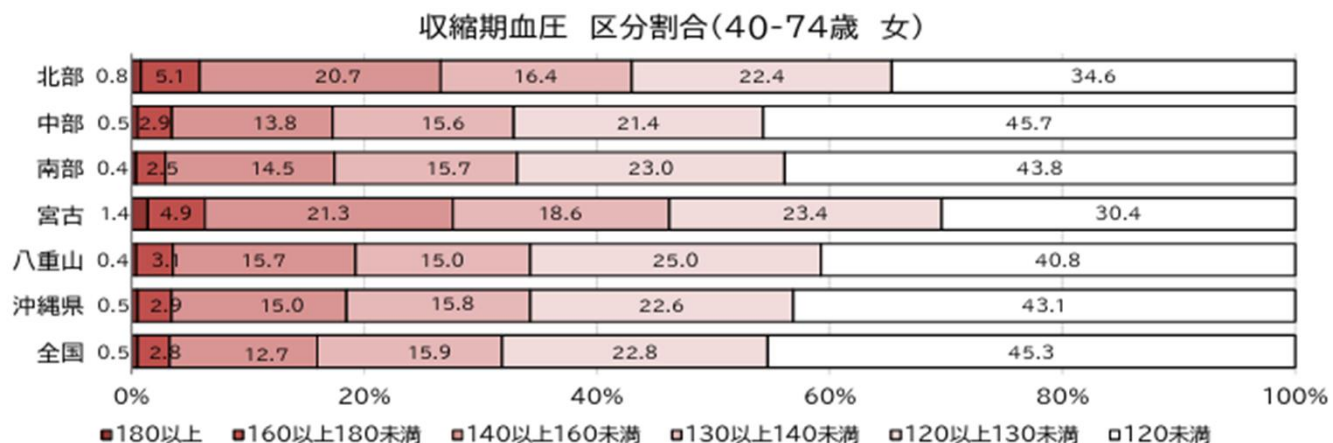
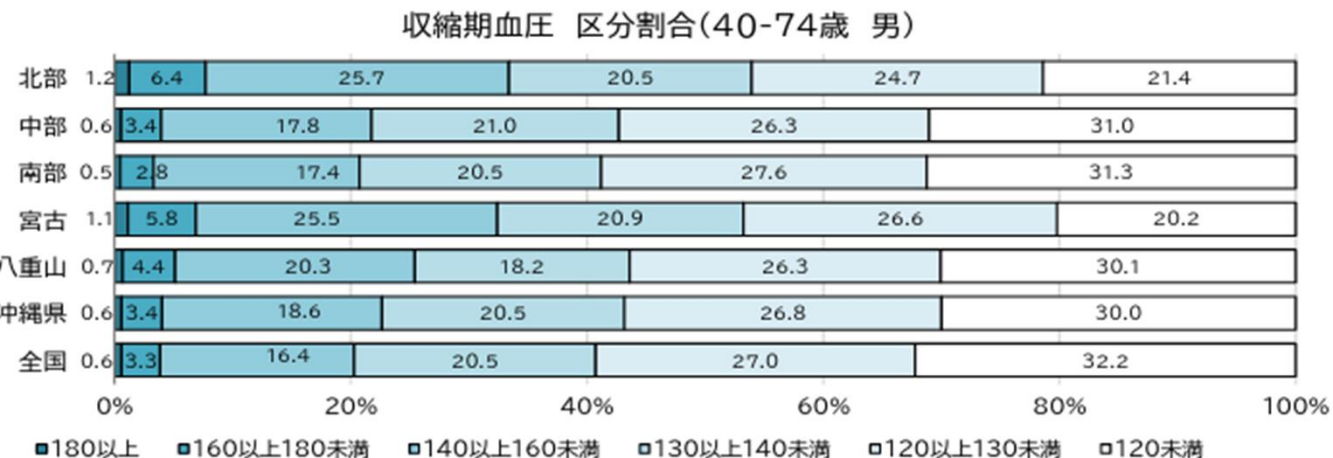
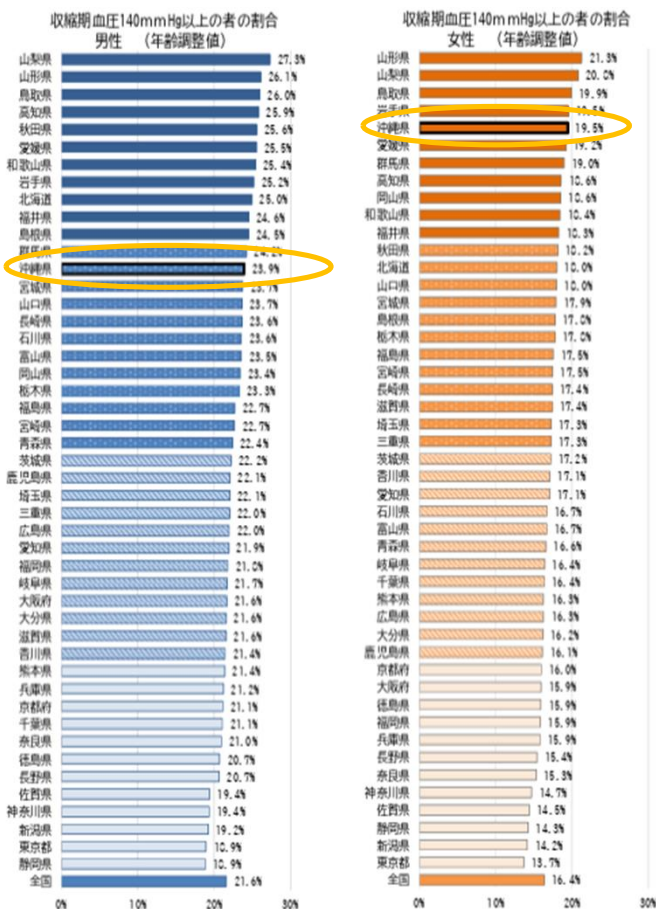
HbA1c 区別割合 (40-74 女)



- HbA1c6.5%mg/dl以上の者の割合は男女とも全国より高い
- 圏域別では北部・中部・南部で高くなっている

(参考) 県民の健康状態②_収縮期血圧

収縮期血圧140mmHg以上の者の割合
(R3NDBオープンデータ)



- II度高血圧以上の割合は男女とも全国と比較して高い
- 圏域別では北部・宮古で高くなっている

沖縄県慢性腎臓病（C K D）対策協議会について

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日改定)

| | |
|-----------------------------|--|
| ①対象者の年齢層に応じた取組の推進 | <ul style="list-style-type: none"> ・ライフコースアプローチの観点から、<u>年齢層（青壮年層、高齢者）</u>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、<u>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</u> ・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 | <p>【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</p> <p>【都道府県】 <u>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</u></p> <p>【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</p> <p>【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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>【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</p> |
| 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | <ul style="list-style-type: none"> ・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(±) | | | 以下のどちらかに該当 - 60≤eGFR - 尿蛋白(-) | | | |
| | | 血圧区分 | | | 血圧区分 | | | 血圧区分 | | | |
| | | 未診断 | 血圧変動 受診なし | 正常範囲 | 未診断 | 血圧変動 受診なし | 正常範囲 | 未診断 | 血圧変動 受診なし | 正常範囲 | |
| HbA1c (%) | 8.0以上 | | | | | | | | | | |
| | 7.0~7.9 | | | | | | | | | | |
| | 6.5~6.9 | | | | | | | | | | |
| | 6.5未満 | | | | | | | | | | |

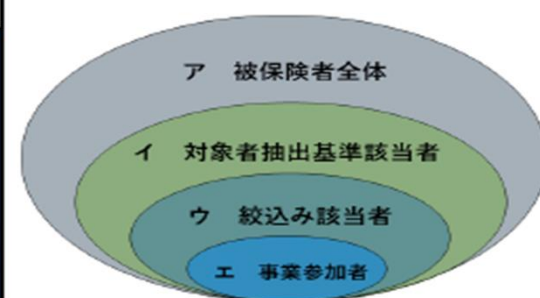
CKD対策

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】



慢性腎臓病特別対策事業（厚生労働省,補助率1/2）

国の補助事業

【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。

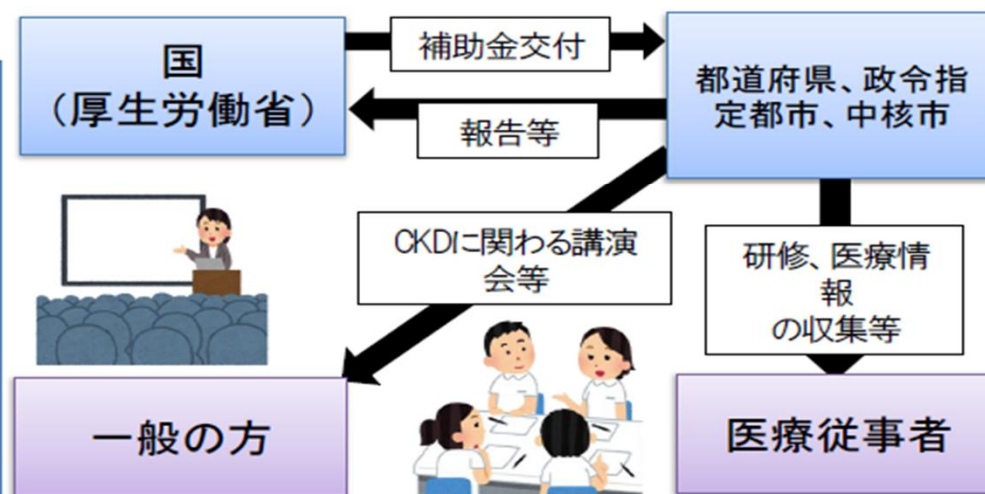
【事業スキーム（イメージ）】

【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は生命を脅かす疾患群であり、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)対策協議会

●目的

慢性腎臓病（CKD：Chronic Kidney Disease）について、広く正しい知識の普及に努め、発症、重症化予防を目的として、沖縄県における慢性腎臓病（CKD）の対策を総合的かつ効果的に推進する

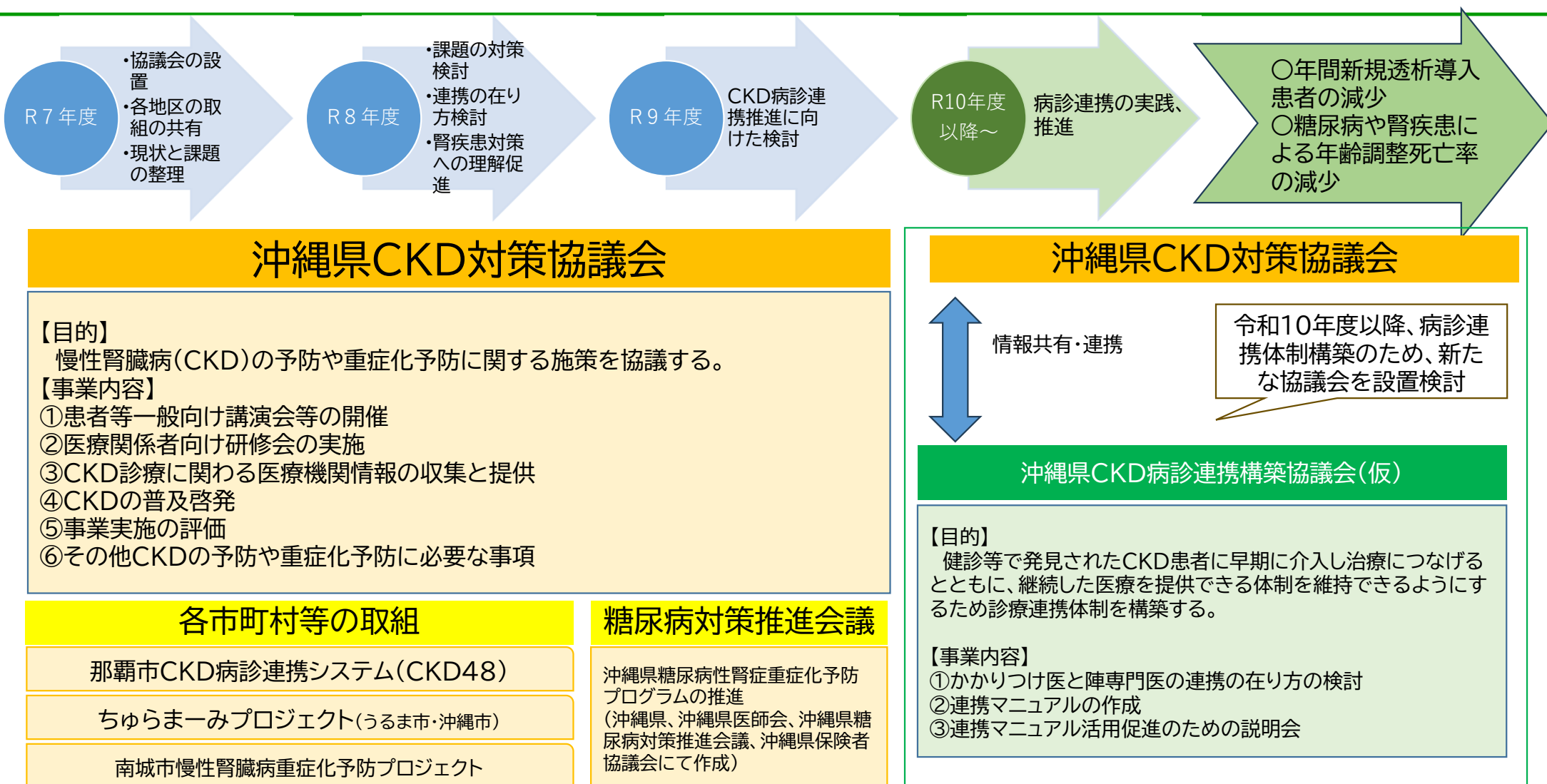
●協議事項

- (1) 患者等一般向けの講演会等の開催に関する事項
- (2) 病院や診療所等医療関係者を対象とした研修の実施に関する事項
- (3) 慢性腎臓病（CKD）診療に関わる医療機関情報の収集と提供に関する事項
- (4) 慢性腎臓病（CKD）の普及啓発に関する事項
- (5) 事業評価の実施に関する事項
- (6) その他慢性腎臓病（CKD）の発症や重症化予防に必要な事項

●構成員

- (1)保健・医療関係者 (2)地域保健関係者 (3)保険者 (4)学識経験者
(5)その他慢性腎臓病の対策に係る関係者 等から構成

沖縄県慢性腎臓病（CKD）特別対策事業 イメージ図（仮）



沖縄県慢性腎臓病（CKD）対策事業スケジュール

沖縄県慢性腎臓病特別対策事業スケジュール

(令和7年9月時点)

| | | 令和7年度 | | | | | | | | | | | | 令和8年度 | |
|---|---------------|-------|-------------------|--|----|--------------------|----|--|------|-----|----|------------------------------|----|--------|----|
| | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 |
| 1 | 予算措置 | | 国庫事前協議 | | | 国庫内示 財政課へR8予算要求 | | | 交付申請 | | | 国庫受入 | | 国庫事前協議 | |
| 2 | 検討会 | | 5/22古波蔵先生 事前相談 | 検討会① 協議会の内容 アンケート項目 協議会構成メンバー | | アンケート | | 検討会② 現状、課題検討 目標値の設定 普及啓発資材の内容 | | | | 検討会③ 次年度取組 | | | |
| 3 | 協議会 | | | | | 委員調整 | | 協議会① 現状、課題、対策の検討 普及啓発資材の内容 | | | | 協議会② 今年度実施事業報告 次年度事業計画 | | | |
| 4 | 県民講座、広報 | | | | | | | 県民講座① 11/14世界糖尿病デー 広報資材、県ホームページ等での広報啓発 | | | | 県民講座② 世界腎臓病デー 3月第2木曜日 | | | |
| 5 | コメディカル、医師等研修会 | | | | | | | 各圏域で実施（各地区医師会に協力依頼を検討） | | | | | | | |