

令和7年度（2025年度）第2回宗谷地域・職域連携推進連絡会 議事録

- 開催日時 令和8年（2026年）1月29日（木） 14:00～16:05
- 開催方法 オンライン（Zoom形式）開催（稚内保健所1階応接室）
- 出席者 別紙出席者名簿のとおり（計 27名）

1 議 題

- 議 題1 情報提供
 - （1）地域・職域連携推進事業について 【資料1】
 - （2）糖尿病性腎症重症化予防対策アドバイザー派遣事業について【資料2】
 - （3）管内医療機関における禁煙治療等に関する調査結果について【資料3】
- 議 題2 研 修
 - 「慢性腎臓病対策における地域・職域連携について」【資料4】
- 議 題3 意見交換
 - 「慢性腎臓病（CKD）対策に関する事前アンケート調査の結果について」【資料5】

2 内 容

■ 開催挨拶

【事務局（稚内保健所企画総務課長 稲垣）】

稚内保健所企画総務課の稲垣でございます。令和7年度第2回宗谷地域・職域連携推進連絡会の開催に当たり一言御挨拶を申し上げます。

本日ご出席の皆さまにおかれましては、平素より当地域・職域における健康づくりや生活習慣病予防の推進に御尽力いただいておりますこと、並びに本道の保健医療福祉行政の推進に御理解御協力いただいておりますことをこの場を借りしまして、心より感謝申し上げます。

さて、令和6年度より始めました「健康日本21」では、地域・職域連携推進協議会等を活用し、健康格差の縮小に取り組むということが示されているところでございまして、地域・職域連携推進協議会の効果的な運営が一層求められているところでございます。

本連絡会は地域と職域が連携し、生活習慣病予防や健康診断後のフォロー、健康無関心層へのアプローチといった地域と職域が共通して抱える健康課題、さらには働く世代を含めた住民の健康づくりをより効果的に推進することを目的として開催しているものでございます。

近年は生活習慣病の影響が大きい腎臓病の早期発見・早期治療が重要な課題となっているところでございます。

腎臓病は自覚症状が乏しく、進行すると人工透析など長期的な治療を要するため、健診結果に基づく早期支援や医療機関との連携、これが不可欠でございまして、そのためには特定健診結果に基づく特定健診・特定保健指導の活用や医療機関・保険者・企業・行政、これらが連携をして生活習慣の改善支援、これを行う体制の強化が求められているものと考えているところでございます。

道内でも特に人口減少や高齢化が進む当宗谷圏域においても、働く世代から高齢者の方までの切れ目のない健康支援が課題となっているところでございまして、そのためには医療機関・保険者・企業・行政、こういった関係機関が互いに連携し合い、地域と職域の両面から支援体制を構築していくことが重要であると考えております。

本日は、北海道保健福祉部健康安全局地域保健課がん対策係の油谷主査から「北海道の地域・職域連携推進事業について」ご説明いただきますとともに、その後、事務局の方から「糖尿病性腎症重症化予防対策アドバイザー派遣事業について」「管内の医療機関における禁煙治療等に関する調査結果について」情報を提供させていただきたいと考えております。

また、本日は研修といたしまして、旭川医科大学内科学講座 循環器・腎臓内科学分野 教授 中川直樹様から「慢性腎臓病対策における地域・職域連携について」ご講演いただくこととしております。中川教授におかれましては、大変お忙しいところ、ご承諾いただきましたことを深く感謝申し上げます。

また、後半の情報交換では、事前に皆様よりいただいておりましたアンケート調査の結果を踏まえまして、地域における健康課題、今後の地域保健と職域保健とが連携して取り組むに当たっての対策、これらの方向性などについて意見交換させていただければと考えているところでございます。限られた時間ではございますが、それぞれの立場から忌憚のないご意見をいただきますようお願いを申し上げ、私の方からのご挨拶とさせていただきます。本日はよろしく願いいたします。

■ 情報提供

(1) 地域・職域連携推進事業について 【資料1】

【北海道保険福祉部健康安全局地域保健課 がん対策係 油谷主査】

▼ (スライド1)

私からは地域・職域連携推進事業について、説明をさせていただきたいと思っております。

▼ (スライド2)

既にご存知のことと思っておりますが、地域・職域連携推進協議会の設置について、ここでは連絡会に当たりますが、地域保健法や健康増進法に基づく指針に位置づけられておりまして、都道府県や二次医療圏を単位として設置し、地域・職域連携推進事業の企画・実施・評価において、関係機関が連携する上で中核的役割を果たすことが役割となっております。

▼（スライド3）

なぜ地域・職域連携が必要なのかというところですが、生活習慣病予防などの健康づくりは若年期から継続的に取り組むことが大切となります。若年期からの肥満・運動不足・喫煙・不十分な生活習慣病のコントロールは中年期になってからの糖尿病や循環器疾患の発症・重症化に影響し高齢期の認知機能にも影響を及ぼしています。

生活習慣は生活環境や風潮など環境要因によるところもありますので、健康的なまちづくりは住民全体の波及効果があります。

健康障害の発生による退職を防ぐことは、本人にとっても、事業所にとっても、さらには社会保険上にとってもメリットがあります。

▼（スライド4）

こちらは厚生労働省で出されています「地域・職域連携推進ガイドライン」に示されており、地域・職域連携推進事業の意義になりますが、改めて確認をさせていただきたいと思いません。

地域・職域ではそれぞれの取り組みを行っておりますが、働く人の健康づくり、生活習慣病などの予防については本人・職場・保険者がそれぞれの役割分担のもとに取り組んでおります。

義務化されているケースもありますが、努力義務や事業所自体の主体的な取り組みによることも大きいところがありますので、地域・職域が連携することによって、支援が届きにくい働き世代や扶養者などへのアプローチをしていくことが必要となってきます。

働き世代の不適切な生活習慣や病気を未治療のまま放っておきますと、仕事を退職して国保加入時には既に重症化していて、透析が必要な状態になっているなどの事例があることも聞かれています。

そうしますと、その後のライフスタイルや健康寿命・医療費などにも影響してきますので、地域・職域連携推進事業の目指しております「健康寿命の延伸や生活の質の向上」・「生産性の向上」・「医療費の適正化」には至らなくなってしまうので、地域・職域が連携してアプローチしていくことが重要となってきます。

▼（スライド5）

地域・職域が連携してできることとしましては、住民であります労働者の健康について事業所や保険者と共に支援していくことで、それぞれの保険事業や資源を有効活用することにより、相乗効果を上げていき、これまで健康づくりのサポート支援が不十分だった層に対してアプローチができることが大きなメリットとなります。

▼（スライド6）

こちらは地域・職域連携推進ガイドラインに記載しております、都道府県と道内の保健所で設置されております、二次医療圏協議会の役割についてです。

先ほどお伝えしました、地域・職域連携の推進を図るため道では専門部会を設置し、また各保

健所では二次医療圏ごとに連絡会を設置して取り組みを進めております。

道保健所に設置されております二次医療圏協議会（連絡会）の役割についてですが、地域の特性を生かす観点から地域特性に応じた協力体制により、継続的な健康管理が可能となる体制を構築すること、また、地域における関係機関への情報提供と連絡調整・健康に関する情報収集・ニーズの把握などを行い、二次医療圏特有の課題を特定し、地域特性に応じた健康課題の解決に資するような延命寿命の計画・実施・評価などを行うこととされております。

▼（スライド7）

ここまで、連絡会の目的や役割をお伝えしてきたところですが、協議会をどのように発展させたいのか目指す姿のイメージをレベルの物に示したものです。

最終的な目標はレベル3の具体的な取り組みを継続的に実施できるところですが、宗谷圏域の連絡会はどの段階になりますでしょうか。

▼（スライド8）

国で調査しました、全国の二次医療圏協議会の取り組みレベルですが、一番多いのがレベル1の②「協議会の構成員がそれぞれの立場での既存の健康に関する情報や取り組みについて報告し意見交換を行っている」が40%となっております。

次に多いのがレベル2の①「協議会の構成員がそれぞれの立場での既存の健康に関する情報や取り組みに基づき、健康課題を共有し連携した取り組みが実施されている」が多くなっております。

▼（スライド9）

このスライドは北海道で策定しております「北海道健康増進計画すこやか北海道21」に記載されているものでございますが、道民は健康で元気に生活できる「健康寿命の延伸」と「健康格差」といわれる地域や社会経済の状況の違いによる集団間の健康状態の縮小を目指しております、この計画の中でも地域・職域について記載しております。

地域・職域連携推進連絡会等を活用して市町村や医療保険者などをはじめ、関係機関と連携しながら地域の実情に応じた連携体制の構築を図ることとしております。

▼（スライド10）

最後のスライドになりますけれども、二次医療圏協議会での具体的な取り組みについての情報提供になります。

全国版の調査になりますが、一番多い取り組みが生活習慣病の改善についてとなっており、次いで糖尿病性腎症の対策に関する取り組み、次のがん検診の受診率向上に向けた取り組みの順に多くなっております。

宗谷圏域ではメタボ予備軍や喫煙者の割合が高く、空腹時血糖や高血圧の割合も高くなっておりますので、地域課題に沿った取り組みについてこの連絡会でご検討頂ければと思います。

説明は以上になります。

■情報提供

(2) 糖尿病性腎症重症化予防対策派遣事業について 【資料2】

【事務局（藤島主査）】

▼（スライド1）

資料2の「令和7年度糖尿病性腎症重症化予防対策アドバイザー派遣事業」について、ご説明させていただきます。

▼（スライド2）

道では圏域における「糖尿病性腎症重症化予防対策プログラム」の策定や運営に向けまして、多職種連携の推進・人材育成・データ活用などを支援するために専門家である「アドバイザー」を派遣する事業を実施しております。

▼（スライド3）

アドバイザーは、糖尿病性腎症重症化予防対策に精通した腎専門医・保健師など専門的知見を有するものを派遣するとされております。

今年度につきましては、本日ご参加いただいております旭川医科大学の中川先生が「アドバイザー」として派遣されており、対象者の選定や評価方法など市町村からの要望についてご助言いただいているところです。

▼（スライド4）

派遣先につきましては、保健所が管轄する地域となっており事業を実施する市町村や保健所、医療関係者などが対象となっております。

▼（スライド5）

事業内容ですが、道の国保医療課が保健所や市町村などからの依頼に基づいて、必要に応じてアドバイザーの派遣を行っております。

保健所は市町村支援として、現地派遣や電話・メール・WEBなどの助言方法について市町村と調整を図ります。

▼（スライド6）

また保健所はアドバイザーと連携して「地域課題の把握」「地域関係者との連携促進」「知識・技術の普及啓発」のうち2つ以上を組み合わせる事業を実施することとなっております。

▼（スライド7）

依頼方法ですが、市町村が希望する内容・派遣時期など保健所が取りまとめを行いまして、道の国保医療課へ依頼し、道の国保医療課がアドバイザーと派遣調整を行うこととなります。

派遣が決まりましたら、保健所がアドバイザーと連携し事業を実施することとなります。

北海道のように地域特性の異なる地域では、こうした外部専門家の知見を活かすことで効果的な重症化予防対策の推進に繋がるのではないかと思いますので、是非、積極的にこの事業をご活用いただければと思います。説明につきましては以上となります。

情報提供

(3) 管内医療機関における禁煙治療等に関する調査結果について 【資料3】

【事務局（藤島主査）】

▼（スライド1）

続きまして、資料3の「管内医療機関における禁煙治療等に関する調査結果」についてご説明させていただきます。

▼（スライド2）

調査の概要ですが、北海道たばこ対策実施要綱に基づきまして、管内の医療機関における禁煙治療の現状を把握するため管内28の医療機関を対象に調査を実施させていただきました。

▼（スライド3）

調査内容につきましては、設問の1～6のとおり「禁煙治療を行っているか」「保険診療を行っているか」「未成年者の喫煙治療を行っているか」「予約は必要か」などについて調査を行いました。

▼（スライド4）

調査票につきましては、スライドのとおりとなっておりますのでご参照願います。

▼（スライド5～6）

スライド5から6につきましては、集計結果をとりまとめた表となっております。

「禁煙治療を実施している」と回答いただきました、猿払村国民健康保険診療所、枝幸町国民健康保険病院、豊富町国民健康保険診療所につきましては、ホームページによる公表は不可となっておりますが、保健所へ照会があった場合は情報提供可能との回答をいただいております。

このことから、当保健所のホームページには非公表として掲載しておりますので、この集計表の取り扱いにつきましてはご注意くださいようお願いいたします。

▼（スライド7）

調査結果となりますが、記載のとおり禁煙治療を実施している医療機関は管内に8医療機関ございまして、その全てが保険診療によるものでした。

また、禁煙治療を実施している全ての医療機関では、未成年者の治療は行われていない状況です。予約が必要な医療機関は4医療機関となっております。

▼（スライド8）

この結果につきましては、スライドのとおり当保健所のホームページにおいて公表させていただきますが、現在、治療薬の出荷停止に伴いまして、禁煙治療を休診している医療機関がございます。

禁煙治療を希望される場合は、事前に医療機関へお問い合わせいただくよう掲載させていただいておりますので、市町村などにおかれましても、禁煙に治療に関するお問い合わせがあった際は、そのようにお伝えいただければと思います。説明につきましては以上となります。

■ 研修

慢性腎臓病対策における地域・職域連携について 【資料4】

【講師：旭川医科大学 内科学講座 循環器・腎臓内科学分野 教授 中川 直樹 氏】

皆さん、こんにちは。旭川医大の中川でございます。本日はこのような機会をいただきまして、ありがとうございます。藤島主査には留萌保健所の頃から色々お世話になっておりまして、またこのような機会をいただきありがとうございます。

それでは早速ではございますが、資料を共有させていただきます。

▼ (スライド1)

この地域・職域連携というのは本当に重要な分野でして、先ほど油谷主査からもご説明がありましたように、やはりその働き世代ですね、病気によって仕事を失うことがないように、また、企業にとっては貴重な従業員を病気によって失うことがないようにということで、やはり腎臓病を皆様はあまり良くなる病気ではないといいますが、治療が無いんじゃないかと思われているかも知れませんが、最近医療の進歩によりまして、腎臓病を良くする薬というのが腎臓・腎疾患に対して新薬が開発されてきております。

ですから、地域で働く人ほど慢性腎臓病のみならず、病気を理由で仕事を失うことがないようにして行くことがやはり重要であろうという事と、このCKDの治療と仕事の両立支援ということに関しましては後半の方でお話させていただきますが、私は厚労省の研究班の代表を務めさせていただいております。来年改定される予定の診療報酬改定におきまして、慢性腎臓病患者さんに対する治療と仕事の両立支援について加算がつく予定であるというようなこともありますので、そのあたりも含めて情報共有させていただきたいと思っております。

▼ (スライド2)

まず、慢性腎臓病患者さんですが、腎臓というのは皆さんご存じの様に老廃物を体の外に出す、尿と一緒に出すということもありますが、それ以外にも貧血にならないように赤血球を産生する働きを持っていたり、血圧を管理(ホルモンをコントロール)する様々な働きを持っていて、腎臓が悪いと末期腎不全・透析になってしまうということのみならず、心血管病が増える、そういったことが大きな問題となっております。

最近の疫学研究によりまして、アメリカでは成人の7人に1人ということなんです。日本では成人の5人に1人が慢性腎臓病にあたるというような研究報告が出てきています。

▼ (スライド3)

こちらは、日本の透析患者さんの推移を示しております。

1968年から透析ができるようになりましたが、それが高齢化また高血圧・糖尿病そういった生活習慣病の方が増えてきているということも背景に、いまや34万人位の方が透析されているということです。

あと問題はその医療費です。かかる医療費が年間総額約 1.6 兆円という推計になっておりまして、国も透析医療にかかる医療費をできるだけ削減するためにも透析患者さんを減らしたい。

もちろん慢性腎臓病の方が透析に至りますと、かなり日常生活が制限されます。

血液透析ですと週 3 回、1 回 4 時間医療機関に通わなければいけないということで、仕事をされてる方はかなり多くの制限を受けるということになってしまいます。

こうして見ますと、この棒グラフですが 2021 年をピークにやっと減少傾向にあるというようなことも見て取れます。

▼ (スライド 4)

血液透析を始める患者さんということになりますけれども、こういった病気が原因で透析になるかということを示したグラフになります。

横軸がその年代になりますけれども、まず水色の線は慢性糸球体腎炎によって透析導入になった人の割合というのが 1980 年代はもう 1 番、6 割くらいはそうだった訳ですけども、それが健診ですね、特定健診とあとは学校健診も含めまして、早期発見・早期治療によりこの腎炎の方は減ってきている。

一方でこの増えてるのが糖尿病性腎症になります。これは糖尿病が原因で透析に至る方が今第 1 位ということなんです、これも糖尿病の薬が良くなってきてたこともありまして、ここ数年は減少傾向にあります。

そして今、増えてきてるのがピンクで示されております「腎硬化症」という高血圧でありますとか、高齢化・加齢に伴って増えてくる病気になります。ですので、糖尿病・高血圧ということで、やはり生活習慣病を背景にした病気が原因で透析に至る方が多いということになります。

▼ (スライド 5)

この慢性腎臓病に対する対策をどう行うべきかというのは、この 2018 年 (平成 30 年) にこの検討会から発出されました。

これは厚労省が主導されているものですが、1 番の問題は高血圧も糖尿病もそうなんです、早期には自覚症状に乏しい。

慢性腎臓病も本当に透析の 1 歩手前になるまで自覚症状を認めないことが多いです。ですので、この自覚症状に乏しい慢性腎臓病 (クロニクキドニーディーズの略で CKD と言います) が CKD を早期に発見・診断し医療機関の治療を実施し継続する。

そして重症化予防ですね。ここには、皆様方が地域で行われてます「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」もここに含まれます。あとは透析や腎移植患者さんを含んだ慢性腎臓病患者さんの QOL の維持向上を図る。ここに治療と仕事の両立支援というものも含まれてまいります。

この報告書の中にポンチ絵がありますが、その 1 番左の「地域における医療提供体制の整備」ということにはなりますが、やはりどの地域でも行えるものとしては健診ですね。健診で保健指導・受診勧奨・未受診者を拾い上げるということが重要視されます。

その早期受診を地元の先生方に繋ぐというのが、地域の皆さんの重要な仕事ですし、あと職域の管理者におきましても、しっかり従業員の健康を守るため受診勧奨になっている職員に対しては受診させるということが重要になってまいります。

宗谷圏域ですと腎臓専門医はいらっしゃらないので、旭川あるいは札幌に出ていただくということになります。その地域の実情に応じて専門医との連携も進めていただくということになります。

CKDというのは、一度発症してしまいますとこの末期腎不全のみならず合併症として心・脳血管病が増えてくるということが問題となります。

▼（スライド6）

腎疾患対策検討会報告書は2018年に発出されまして、令和5年に中間評価がなされました。

この普及啓発、医療提供体制の整備、新常識の向上、人材育成、研究開発の推進等ありまして、まだまだなされていないということで、これらの項目が挙げられております。

やはり、この勤労世代に対するアプローチ方法については、まだ十分に検討すべきという点と、まだ十分にこのCKDの普及啓発が進んでいないということも挙げられております。

▼（スライド7）

こちらは皆様方の地域でも「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」で協議会というのを設けられてると思いますが、旭川圏では宗谷圏と同じように旭川市と周辺8町が年に一度こういったデータを基に協議を行っています。

これは糖尿病治療のない住民で、この方たちは自分が健康であることを確かめに受診する訳ですけれども、実際検査して見ますとヘモグロビンA1cが13.8から10ですね。

皆さん未治療です。未治療で糖尿病のある方が一定程度いらっしゃいます。

今日ご参加の皆さんたちの自治体にも1%くらいヘモグロビンA1c10%以上の未治療の方がいらっしゃるんじゃないかと思いますが、同時に血圧も190の100でありますとか、悪玉コレステロールも中には200を超えてる方もいらっしゃいます。

▼（スライド8）

あと、すでに尿蛋白が2プラスということで、腎障害を呈してる方もいらっしゃいます。

こうした方々は自覚症状がない訳ですけれども、このままですと腎不全に至るリスクも高いですし、脳心血管病・脳梗塞・心筋梗塞そういった病気のあるリスクが高いということで、行政の皆さんは病院に繋ぐという作業を行っていただく訳です。

多くの自治体では、このくらい悪い方は個別面接ということになる訳ですけれども、これは電話だけの支援になっておそらく旭川市だと思いますが、やはりその人口と保健師さんのバランスでアプローチの仕方が異なるとことですが、粘り強く病院に繋げていただくということをしていただいと理解しております。

蛋白尿で見ても、これだけの患者が病院受診歴のない方で、これだけ悪い方がいらっ

しゃいます。症状が無いので、何で病院へ行かなきゃいけないんだという方をうまく説得していただいて、マルが付いている方は医療機関に繋いでいただいているということになります。

医療機関に繋いでいただくと、きちんとヘモグロビンA1cも良くなるということが示されております。

▼（スライド9）

ということで、私がいま病院で診療してる患者さんというのは、このCKDと診断されて治療してる方、あるいは高血圧・糖尿病・コレステロール等のハイリスクで治療している方です。

こういった方は私の病院で診療することができるんですが、下の未診断・未治療・ハイリスクの未治療という方もまだまだ世の中にはたくさんいらっしゃるということで、そういった方を医療機関に繋げていただくのはやはり健診ということになりますので、自治体の皆さんもそうですし、職域の方でも産業医の先生と連携して、しっかり医療機関に繋げていただきたいという様に思う訳です。

▼（スライド10）

いくつかガイドラインや療養ガイドというものが比較的最近発出されましたので、紹介してまいりたいと思います。

真ん中に水色のCKD診療ガイドというのがありますが、かかりつけ医の先生であったり、保健師・栄養士の方も手に取りやすい解説書となっております。

▼（スライド11）

この様にCKD診断と意義、あと高血圧等々これらの項目に沿って記載されてます。

私はこの第2章の高血圧・CVDの項目を担当して執筆させていただきました。

▼（スライド12）

そもそもCKDはどの様に診断するんだということなんですが、これは血液検査でクレアチニンという老廃物を測定する項目があるんですけども、そこから算出される腎機能としてeGFRという腎臓が毒素を「こす」力といいますか腎臓の働きですね。この働きが60未満だと慢性腎臓病ということになりますし、あと尿検査で蛋白尿を認めれば慢性腎臓病。

ですからeGFRの低下と蛋白尿が3か月を超えて（慢性の意味は3か月を超えてといいます。）ということになりますが、そういったことで診断ができるということです。

先ほど申し上げましたがCKDの患者さんは2000万人おり、透析患者さんは約35万人弱と生活習慣病が深く関与していることが記載されております。

▼（スライド13）

一昔前はこのCKD患者さんが日本には1330万人位いらっしゃるんじゃないかという推測がなされておりました。この蛋白が1+以上、あと先ほど言いましたeGFRが60未満の方ですね、この緑色で示してるところがCKDということになります。

これは国民健康保険の国保の健診受診者のデータを基に算出した数字になります。

▼ (スライド14)

皆さんご推察されると思いますが、やはり健診を受けない人ほどCKDが多いであろうということは推測されるわけですが、最近は統計・手法が色々改善してまいりまして健診を受けていない人の中のCKDの有病率というのも考慮できるようになってきました。

この協会けんぽのデータを使いますと、非受診者の割合も加味すると約2000万人、成人の5人に1人であろうというような報告が出てきてるということでもあります。

▼ (スライド15)

これは旭川市内のフリーペーパーです。無料で配布されるものになりますが、その会社と旭川市の国民健康保険課と共同いたしまして、この慢性腎臓病というのは5人に1人が罹患する新たな国民病である。自然に治ることはなく、回復には早期着金が大切。血液と尿検査で検査チェックできますよ、ということで、この様に広告を打っているというものになります。

これは無料で全戸配布されますので、やはりこういったものを見てここの国保課にどうしたら健診が受けられるのか、という問い合わせが20~30件来るそうです。

▼ (スライド16)

死亡と心血管死とCKDの相対リスクということですが、横軸がeGFRで縦軸がそのリスクということになりますが、この左上の死亡のところ見ていただきますとeGFRが低くなるほど、また蛋白尿が正常・微量・顕性と蛋白尿が増えるほどそのリスクが増えますよ、ということが示されてまして、それは死亡についても心血管病についても同様にeGFRが低くなるほど、蛋白尿が増えるほど、そのリスクが増しますということが示されています。

▼ (スライド17)

日本人の健診結果ですが、データを用いてもこのようにCKDのステージというのが、eGFRが低くなるほどステージが高くなるという定義があるんですが、腎機能(eGFR)が低下するほど心不全が増え、全体としても心血管イベントが増えるということが示されています。

▼ (スライド18)

そのCKDの重症度を示す表があります。ヒートマップとありますが、横軸に蛋白尿が正常な方から多い方。縦軸にこのeGFR、腎機能ですね、正常から高度低下、末期腎不全に至るまでの数字で区切られて正常な方から低い方とこの組み合わせで見わけですが、緑色が完全な正常といたしますと蛋白尿が少しだけ出ているとeGFRが正常だったとしても、そのリスクが末期腎不全及び心血管死亡発症のリスクが高まりますよということです。緑よりオレンジ、黄色よりオレンジ、オレンジよりピンクの方がそのリスクが高まるということが、この重症度分類として示されています。

皆さん健診結果ですね、住民の方の健診結果など住民の方と一緒に見合わせて、あなたは蛋白尿がここでeGFRがここですからピンクですとかオレンジですとか、そういった形で指導されるのではないかという様に推察いたします。

▼（スライド19）

あとはCKD、先ほどのeGFRのステージと蛋白尿のステージによってこの様に表記する訳ですが、さらに腎生検もきちんとして、はっきり診断がついてる場合は括弧書きで病名も付けてあげると医療連携などにも有用ではないかという様なことがこのガイドで示されています。

▼（スライド20）

今日皆さんにとって重要なところなのかなと思いますが、やはり蛋白尿の評価とその対処法ということですが、蛋白尿1+以上出てるというのはやはり何らかの腎障害がないと出てきませんから、しっかり「かかりつけの先生」のところで再評価していただく。

かかりつけの先生がさらに腎臓専門医の受診が必要だと判断されれば、我々の方に回していただくことになります。あと尿蛋白ですが蛋白尿プラスマイナスという場合も毎年出てるような方というのは、しっかり診てもらふ必要があるというようなことで記載されております。

▼（スライド21）

細かいフローチャートになりますが、このガイドで示されてましてeGFRと尿蛋白の組み合わせですが、各地域の実情に合わせて受診を勧めてくださいというようなことになってます。

あと、このeGFRですね、これはクレアチニンという血液検査をしないと出てこないものなんですけども、その血清クレアチニンの測定っていうのが今までは任意であったんですが、今後は労働基準におきまして必須項目に挙がるということが来年度以降ですね、決定しつつあるという様に伺っております。

▼（スライド22）

あと糖尿病ですね。糖尿病関連腎臓病というのが今透析の原因の第1位なんですけども、やはりその管理のためには食事療法・運動・先ほど話がありました禁煙、あと目標体重、そういったものをしっかり再評価する。

PDCAサイクルも3か月ごとに見直しましょうということになっています。

さらにSGLT2阻害薬とかGLP1受容体作動薬という非常に良いお薬が最近登場してきて、血糖のコントロールもしやすくなりましたし、腎臓・心臓そういった臓器障害も抑制できるという非常に良いお薬が最近誕生してきているということでもあります。

▼（スライド23）

その腎臓の働きを考えた場合、顕微鏡で見ますと腎臓はこういう毛細血管の塊のような臓器で、そこで尿を「こす」場所を糸球体と言います。この糸球体が痛むと、この毒素を出す力が落ちて腎尿毒素が体に溜まっていくということになります。

▼（スライド24）

ここの血流のバランスを改善するお薬としてSGLT2阻害薬でありますとか、レニンアンジオテンシン系受容体拮抗薬、エンパグリフロジンというお薬があります。本来は尿に糖を出すお薬として開発されたものですが、それが糖尿病関連腎臓病の人と糖尿病以外の腎臓の悪い方、

CKDの方も含めて臨床試験を行いますと、このように腎疾患の進歩または心血管死の初回までの期間というのを抑制するということが大規模臨床試験で示されております。非常に効果が高いと。

▼ (スライド25)

さらに最近健診結果の説明などでも用いられつつあると思いますけども、この eGFR の傾きというのが大事だという様に言われてきています。

お薬を飲む場合は経時的に腎機能が下がっていくというのが示されている訳ですが、お薬を飲みますと一時的にこの eGFR 下がるんですが、その後の傾きがなだらかになりまして最終的にはお薬を飲まないプラセボと比べると腎機能保持効果が高いということが示されてます。

ですので、こういう傾きを住民の方と共有するというのも重要かと思えます。

▼ (スライド26)

例えばですが、このお薬を腎機能がまだ保たれてるうちに飲んだ人と飲まない人で推定すると、この末期腎不全に至る期間が26年くらい先延ばしにできるとか、かなり進んだ状態の eGFR20 くらいで始めたとしてもその差が2年くらい末期腎不全に至るまでの期間を先延ばしにできるというような推計も出ております。

▼ (スライド27)

やはり早期から治療することが慢性腎臓病・CKDにおいても重要であるということになりますので、住民の方あるいは職員の方も健診で蛋白尿が出ている、eGFRが低いということで指摘されてもなかなかイメージしにくいし、自分事としてイメージしにくい方が多くて困るということが多いと思いますが、そういった方にもこういった表を見せてあなたは今このくらいだからここできちんと治療すれば一生透析しないで済むかもしれない、そうすればやはり人生楽しいですね、という様なことを色々な資料を使いながらアプローチしていただければと思います。

▼ (スライド28)

高血圧におきましても、糖尿病におきましても、そしてこの CKD 診療におきましてもやはり多職種連携というのが今キーワードになっております。

患者さん・医師・患者のみでは限界があるということですね。やはりその周りに色々な職種の方が同じように患者さんのことを考えてアプローチするということが重要だという様に言われております。

▼ (スライド29)

その中でも比較的最近ですが検討された研究をひとつ紹介いたしますが、慢性腎臓病でそれまで年間マイナス 6eGFR が下がっていたような人が多職種のチーム医療を介入すると、その年間の下がり幅が大幅に減少した、良くなったということです。

特に管理栄養士の方が介入した場合、または理学療法士さんが介入した場合その効果がより

顕著であったということがこの論文で示されております。

▼（スライド30）

そういった臨床研究の結果に基づいて、これは令和6年の診療報酬改定の時に新たに加算として新設されたものですが、慢性腎臓病透析予防指導管理料というのが取れるようになりました。この1回300点とか250点とかではありますが、この専任の医師と看護師・管理栄養士のチームで管理指導を行うとこの点数が取れるというような加算が新設されたということになります。

▼（スライド31）

とはいえ、やはり自覚症状のない慢性腎臓病をいかに国民の皆さんに知っていただくということを考えなければいけません。

厚労省の研究班の中に、この慢性腎臓病に対する普及啓発の研究班もございまして私もそのメンバーに入れさせていただいていますが、例えば病気のない方にも腎臓がなくなったらどうなるのとか、尿を作るだけなんじゃないかとか、この資料を更新して5人に1人に変えなきゃいけないんですけども腎臓が働かなくなると血圧が上がったり、貧血が進むと酸欠になったり、骨粗鬆症の問題が出てくるとかという様なことがあったり、正常な腎臓はこうですけども、やはり生活習慣病を放置していると腎臓が段々痛んで縮んでしまう。腎臓の働きが正常の60%以下になるとCKDが上がって30%以下になって初めて軽い症状が出てくる。

本当に体調が悪くなるのは10%未満、本当にもう透析の一手手前にならないと出てきませんよ、ということで尿検査と血液検査で診断ができますのでしっかり健診を受けましょうと。

ここにはQRコードでありますとかURLが書いてあるところから無料でダウンロードできるようになってますので、ご使用いただければと思います。

▼（スライド32）

あとは高血圧とか糖尿病・コレステロール、そういったリスクのある方に対する啓発資料というのも作ってまして、尿検査と血液検査で分かりますとか、脳卒中・心臓病・認知症、全てのリスクが高まるということでもありますし、このCKDのステージは本当にもう最終段階にならないとこういった食欲低下・呼吸困難などの症状は出ませんよということですね。

▼（スライド33）

あとはこの栄養のこととか、運動をまずは10分、プラス10分っていうのを国でもよく言ってますけども、そういったことを記載したパンフレットも無料でダウンロードできるようになっております。

▼（スライド34）

それで私、先はどガイドの中の高血圧・CVDを担当させていただいたと申しましたが、それでもこういうフローチャート、蛋白尿の有無によって少し降圧目標が変わるということなんです、世界的な流れとしてはもうどんな病態においても診察室血圧は130の80で家庭血圧は

5 ずつ引いて 125 の 75。

まずここをどんな病態・年齢・現疾患問わず目指しましょうという流れになっております。

ただし高齢の方とか下がり過ぎると有害事象（めまい）とか起こす方もいらっしゃいますので、有害事象に注意しながら 130 の 80 未満を目指すということになっております。

▼（スライド 35）

あとは、こういう血圧の正しい測り方というのも住民の方にお伝えする必要がありまして、朝晩、朝は起床後 1 時間以内、朝食前、服薬前、お手洗顔だけ済ませて数分安静にして測っていただくということです。できるだけ記録して、担当の先生に見せるということになります。

▼（スライド 36）

高血圧のガイドラインのお話もさせていただきますが、前回のガイドラインというのは 2019 年に発出されていますが、その時のガイドラインの名前が「高血圧治療ガイドライン 2019」ということでした。今回のこの高血圧管理、管理という言葉が加わったということが一つのポイントとなりますが、国民の血圧管理、先進国において非常に日本はまだ不十分であることが説明されてます。

第 2 部では高血圧患者の管理治療、ここで具体的な高血圧の治療について書かれてまして、第 3 部は少し特殊な病態ということでもまとめられております。

▼（スライド 37）

1 番の大きなポイントは、降圧目標ですね。現疾患・年齢・降圧・診察時血圧 130 の 80 未満、家庭血圧 125 の 75 未満を目指しましょうということなんですが、高血圧の基準は診察時血圧 140 の 90 になります。この高値血圧というものが 130 から 139、下が 80 から 89 になりますが、こういった方はもう脳心血管病の発症がやはり完全な正常の方よりも高いということが分かってますので、生活習慣の改善を強化するということになりますし、あとは降圧目標はこうなんですけど、同時に有害事象には十分注意しましょうということも繰り返し記載されております。

▼（スライド 38）

あとは薬物治療についても整理されました。この様にお薬をグループ分けされてます。

G1、G2、G3 と分類されており、G1 というものが日常非常に良く使われるとありますが、主要降圧薬ということになります。

G1a がカルシウム拮抗薬レニンアンジオテンシン系阻害薬で、利尿性に優れるので非常に良く使われているお薬ということになりますが、G1b の少量の利尿薬ですとか、β遮断薬というのは本来もっと投与、もっと使えるべき薬なのにまだ十分使われてないということで G1b ということに位置づけられてます。

G2 でこのアンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬という比較的新しい薬ですが、MR拮抗、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬というようなものが位置づけられています。

▼ (スライド39)

この薬の使い方もこのフローチャートで示されていて、低・中等リスクの1度高血圧とか高リスクに応じてのお薬、ただ第1段階としてはこの主要降圧薬であるG1降圧薬を使う。それでも目標に達しない場合は2剤使う。病態においてはG2降圧薬を使いましょう。そして利尿薬も上手に使いましょうというのが記載されております。

▼ (スライド40)

あとは先ほど、年齢・病態問わず130の80未満を目指すとお話しましたが、高齢者の場合は少し病態に応じて降圧目標を変えるべきじゃないとか、細やかに判断するってことも記載されてます。

本当に元気でもう1人でピンピン身の回りのこともできるような方は、若い方と同じように130の80未満でいいでしょうということですね。

外来通院に少し介助が必要な方などは少し緩めでもいいんじゃないかと、あとはエンドオブライフの方については個別判断で100の140か160ぐらいでもいいんじゃないとか。

下がりすぎる方も高齢者の方いらっしゃいますので、降圧薬の減量や中止も考えてくださってということが記載されるようになりました。

▼ (スライド41)

高齢者はこういった薬を使うと色々な副作用も出やすいので注意しましょうということですし、あとは今日皆さんに一つ情報提供としては、最近薬剤師さんの世界では有名な話のようなんですけども「トリプルワーマー」という言葉があります。

▼ (スライド42)

トリプルというのは、このレニンアンジオテンシン系阻害薬、G1グループに属する良く使われるお薬なんですけども、それと利尿薬とさらにエヌセイズ(鎮痛薬)ですね、これの3者を合わせ飲みますと急性腎障害になるリスクが非常に高いということが示されていて、特に高齢者の場合危ないということです。

▼ (スライド43)

これを1つの病院で、全部出されることはまずないんですけども、この降圧薬は内科で出て、エヌセイズこの鎮痛薬は整形外科で出されてですね、それでトリプルワーマーになってしまうということがあり得ます。

▼ (スライド44)

それぞれのお薬の特徴として、やはりこの糸球体の血流を落とす結果に陥ります。この3剤を使うとですね。そうしたことで腎機能がぐっと悪くなるということがあるので、気をつけましょうということが言われております。

▼ (スライド45)

高血圧というのは、慢性腎臓病のリスクにもなります。

その管理というのは非常に重要になりますし、血圧というのは腎臓だけではなくて脳卒中・心筋梗塞・心不全、あらゆる病態においてやはりその管理というのは重要になりますが、そういったこともありまして、いま日本高血圧学会ではこの血圧朝活キャンペーンっていうのを行っております。朝の血圧をとにかく130以下にしましょうということで、この様なワッペンも作ってる訳です。

▼ (スライド46)

それで「まず測ろう、あなたのリスク」「あの手この手で、下げようリスク」ということになっております。

▼ (スライド47)

まず測ろう、あなたのリスクということで、全国民・全職種に向けてのメッセージってことなんですけども、診察室血圧、家庭血圧が主になりますが、それ以外にキオスク血圧、薬局でありますとかスポーツジム、役場などにもいま置いているところもあるかと思えますけども、職場の保健室の前とかにも置いてるところがあります。そういったあらゆる場面で血圧を測っていただいで130以上ある場合は朝の血圧を測っていただく。日本の場合は家庭血圧系の普及率がかなり高いのでしっかり朝の血圧を測っていただく。

▼ (スライド48)

朝の血圧が130以上続く場合は、生活習慣の見直し、減塩ですね。あと野菜・果物の摂取、適正体重、良質な睡眠、禁煙・節酒、ストレス低減こういった見直しを行う。

あとは生活環境としましては、特に北海道は今の時期、ヒートショックですね。お風呂の場合脱衣所の温度差がないようにしっかり脱衣場も温めていただくとかですね。

▼ (スライド49)

そういった生活環境の整備というのも大事だということが書かれてますし、朝の血圧が130未満に至らない場合は、特に朝の血圧130を超えたら医療機関へということになってはいますが、これはケースバイケースと言いますか、各地域の実情に応じて対応するということになるかと思えます。

生活習慣を見直すのも医療機関でも行いますし、あとは高血圧の保険診療で認められたアプリの治療というものが最近出て参りました。

食事内容とか運動とかをアプリで管理するという事なんですけども、あとは色々な新薬薬剤も出ておりますので、色々な方策を講じて早期高血圧を徹底制圧して脳・心・腎疾患の抑制、そして最終的な健康寿命の延伸を目指しましょう、ということがこのキャンペーンの目的になります。

▼ (スライド50)

血圧朝活で日本の未来を変えるということで、このキャンペーンとあとはガイドラインをうまく活用しながら、日本国民の血圧の管理状況を良くしようということが目指されされてるということです。

▼ (スライド51)

あとこの「高血圧管理治療ガイドライン 2025」の1番最後のページにこの高血圧の10のファクト「国民の皆様へ」というページがあります

これはいまインターネットとかもそうですが、色々な情報が過多になってますけれど、どの情報が正しいかということが国民も分かりにくいのではないかとということで、この学会が発出した10のファクト、正しい知識ということがこの1から10までに書かれています。

それから、上の血圧を10下げると、脳卒中・心臓病が2割減少します、あとこの棒グラフと言いますか、そのバーを見ていただきますと高血圧というのは国民の3人に1人、4300万人と言われてますけども、しっかり治療・コントロールされてる方は27%、治療中だがコントロール不十分の方が29%、一番多いのが「高血圧であることを知らない」という事であったり、「知っているが未治療」こういった方が一番多くてこういった方がやはり大きな脳梗塞とか心筋梗塞とかを起こすリスクが高いということが問題であって、こういった実態を国民の方に知っていただくということになります。

やはり食塩というのも高血圧の管理には重要なところで、特に宗谷圏域におきましては、おそらく塩分摂取量がいまでも平均すると15g前後のところが多いのかもしれないませんが、高血圧の場合は6g未満にするということが勧められてるということでもあります。

▼ (スライド52)

では、残りの時間でこの治療と仕事の両立支援のお話もさせていただきます。

やはり、いまですね、病気を抱えながら仕事をされる方というのが増えてきてます。

特に癌などは、癌の治療も本当に良くなっていますから、癌の治療をしながら働くという方が増えているわけです。ただし、本人は治療しながら仕事を続けられるか心配ということですし、会社と一緒に働き方を考える、サポーターティブな体制を整えることが求められていますし、病院も企業と連携してサポートしますというようなことで、一人で悩まないようにこの両立支援する体制整備ということでこれは働き方改革の一環です。

貴重な人材を失わないということですが、この療養就労両立支援指導料というものもある訳ですが、その対象疾患が癌ですとか脳血管疾患・心疾患・糖尿病・若年性認知症などがありますが、この中に慢性腎臓病が入っていませんでした。ということで、次回の改定で慢性腎臓病・透析・移植患者さんを含むCKDの方が対象となるように、このマニュアルを作成するというのがこの研究班の一番の目的なんですけれども、それがなんとかメンバーの皆さんのご尽力に寄りまして完成いたしました。

▼ (スライド53)

これはいま腎臓学会のホームページなどから無料でダウンロードできますが、小立てとしては CKD とは何かということを事業者の皆様にも知っていただくような基礎知識ということです。

あとは両立支援にあたっての留意事項。腎臓の悪い方は脱水なんかになると、余計腎臓を悪くする可能性がある。あとは疲労を蓄積しない。夜勤などは最低限に留めていただくとか、そういった色々な留意事項をまとめました。

▼ (スライド54)

事例編として、透析に至る前の保存期の CKD の方、血液透析の方、腹膜透析の方、腎移植後の方、それぞれにおいてどういった点を注意すべきかという様なことをこの手引きにまとめて去年の10月に完成することができました。

▼ (スライド55)

次にこれは非常にごみごみとした図で恐縮ですが、先ほどの両立支援の研究班とはまた別に厚労省の方で CKD 重症化予防のための診療体制構築及び多職種連携モデル事業というのがありまして、全国で6か所くらい選定されて行ってるんですが、そのうちの1つとして旭川医大が選定していただいて、旭川地域のかかりつけ医と腎臓病の2人の主治医師が多職種連携の取り組みなどを進めますとか、あとはこの療養指導・両立支援というのも進めていきたいと。

先ほどの研究班と連携しながら職場における患者支援ということで、先ほど完成したマニュアルも地域産業保健センター、北海道内にも20数か所あると思うんですけども、そこにも全てマニュアルを配布して使っていただくようお願いをしているところであります。

今日のお話は、この北海道との連携支援協力という事になるかと思いますが、こういったことで、北海道は広くて大変なんですけれども各地域の皆さんと取り組みを進めていきたいということです。

▼ (スライド56)

先ほど紹介した厚労省のこういった研究班、腎疾患政策研究事業というのがあって、そこで腎疾患対策検討会報告書の進捗状況を公開しております。

CKD 対策のアンケート調査の中に、やはり PDCA サイクルを回す必要についてコメントがあったかと思いますが公開していくということですね。

▼ (スライド57)

全国の地図がありまして、これで北海道をポチっとクリックすると北海道の腎臓専門医数ほどの様に増えているのかなど腎臓病療養指導制度というのがありまして、

(<https://ckd-research.jp/promotion/#sec02>)

▼ (スライド58)

そこで、雇用・取得している、ブルーは看護師さんですね。看護師さんがどのくらい増えてるとか、管理栄養士さん、薬剤師さんがどの様に増えてきているかというのを示しています。

▼ (スライド59)

さらに、新規透析導入患者数の推移というのも2006年から2020年までのデータを示してありますが、それは年代ごとですね。

上のパートが男性で、下が女性になりますが、上の例えばここで見ますと60から74歳、こちらは75歳以上の新規導入患者数の推移を示してありますが実は全国のトレンドで見ますと、全国では男性の高齢者というのは右肩上がりなんです。ですが、北海道の場合はこの高齢者層において減少傾向にあるということが全国でも珍しい地域であるということで注目されておりますが、やはりこれは腎臓専門医が少ない地域においても、このような現象が起きているというのは地域の皆さんのお力添えといいますか、多職種による介入の効果なのではないかという様に考えております。

▼ (スライド60)

ということで、この慢性腎臓病対策の地域職域連携においては、やはり、勤労世代におけるCKD対策、もっと広くいうと生活習慣の対策ということになりますけども、そこで貴重な労働力を失わないと。そのためにはやはり、CKDの疾患啓発、健診の受診率向上、早期発見・早期治療、受診勧奨が極めて重要であるということになりますし、CKD診療ガイドには患者さんへの病気の説明などにも使えると思われる色々な図や表があります。

そういったものをうまく使っていただきながら、CKD診療の標準化、透析予防さらには心血管予防などにも繋げていただきたいということでありまして、特に宗谷圏域におきましては、腎臓専門医どころかもう医師そのものが少ない地域であります。

そういったところで、いかに住民の健康、職員の健康を守るかというところを考えますと、やはり保健師・管理栄養士の皆さんあとは職場の上司の皆さんに、そういった健康増進に対する理解を深めていただく必要があるであろうということでございます。

私からの、CKDに関する情報提供は終了させていただきます。ご清聴いただきまして、ありがとうございました。

■質疑・応答

▼（中川教授）

本日の資料を拝見いたしますと、稚内労働基準監督署の井村課長にも御参加いただいておりますが、分かる範囲で構いませんが慢性腎臓病（CKD）に関する治療と仕事の両立について、何か困りごとなど相談を受ける機会がありますでしょうか。

▼（井村課長）

稚内労働基準監督署の井村でございます。

私ですが、稚内労基署に赴任して2年目になりますが、その経験でいいますと腎臓病（CKD）の相談というのは受けた事がございませんので、お答えできないところです。

▼（中川教授）

ありがとうございます。

ただやはり、この地域ですと透析になってしまうと透析主体の生活になってしまいますので、それで仕事も出来なくなってしまう方も出てくる可能性もありますので、是非、職域の方といえますか、管理者の皆さんには健診で蛋白尿が出ている様な職員に対する受診勧奨を是非、勧めていただきたいといった思いがありご質問させていただきました。

▼（事務局（藤島主査））

前任地において、各市町村を交えて中川先生が事例検討会を開催されていたかと思いますが、現在もその様な事例検討会を開催されているのか、もし、宗谷圏域で事例検討を行いたいと言った場合、先程のアドバイザー派遣事業にもありましたが助言いただくことは可能なのかお尋ねしてもよろしいでしょうか。

▼（中川教授）

事例検討会は旭川圏におきましては年に1回は行っております。

旭川市とその周辺の8町持ち回りで3事例くらい持ち寄って、腎臓専門医と市内の糖尿病専門医の先生にも一人参加いただいて、グループディスカッションと専門医からの見立てをコメントして皆さんと情報共有する機会を設けております。

コロナ禍はWEBで行っていましたが、3年ほど前から参集で行っております。

コロナ禍におきましてはWEBで圏域問わず、北海道、皆さんのところにもご案内していたかと思いますが、全道178市町村にご案内して3事例を2時間程度で事例提示、意見交換しながら事例検討を行う機会を設けていましたので、行う事は可能です。

ただし、以前は私が事務局的な立場で実施しましたが、その様に行うのも限界に達しまして、出来れば道地域保健課の油谷主査とも相談しながら何か良い方法があればと考えております。

■ 意見交換

慢性腎臓病（CKD）対策に関する事前アンケート調査の結果について 【資料5】

▼【事務局（藤島主査）】

只今、中川教授から慢性腎臓病対策に関するご講演をいただいたところですが、事務局において慢性腎臓病対策に関する事前アンケート調査を実施しましたので、その内容に基づいて意見交換を行いたいと思いますが、時間が限られておりますので項目を絞って行いたいと思います。それでは、慢性腎臓病対策の取組に関する質問について「実施している」と回答いただいた市町村から簡単にご説明いただきたいと思います。

▼（中頓別町）

中頓別では糖尿病性腎症重症化予防事業ということで、基本的には国保事業ということになりますが、健診事業の支援を充実しております。その中でも糖尿病の重症化予防の心配のある方を対象に保健師による面接を進めているところであります。

合わせて未受診者対策にも力を入れて受診勧奨しているところです。

▼（稚内市）

稚内市でもこちらに記載されています様に、特定健診の受診者に対しまして重症化予防を行っているところではありますが、課題としましては、特定健康診査自体の受診率が中々上がらないということで、重症化予防にも勿論取り組んでいますが、まずは受けていただくことを進めていくために、次年度に向けて事業所などにお声かけさせていただきながら、健診を受けていただける様に、少しでも広げて行くという方向で次年度に向けて話し合っているところです。

▼（利尻町）

記載のとおりガイドに基づいて、かかりつけ医や腎専門医の受診勧奨だったり保健指導などにも取り組んでいるところではありますが、令和5年度から行っている推定1日食塩摂取量ですとか、令和7年からは尿蛋白定量検査なども実施していますので、eGFR とそれらの数値を提示しながら、なるべく丁寧に腎臓の段階を受診者に見えるような説明に取り組んでいるところです。

先程、稚内市さんにもありましたが、やはり職域だったり未受診の方の拾い上げといったところをマンパワーが足りない中ではありますが、拾い上げて取り組んで行ければと考えているところでした。

▼（豊富町）

豊富町の方でも特定健診受診者の中でCKDの該当者になる方へ保健指導を実施しています。

他の市町村からもあったのと同じようなところなんですが、該当者への保健指導は行っているんですけど、健診受診率がまだまだ低いというところがあるので、もっと対象者の方はいるん

だろうなと思いますので、その辺が課題になってくると思います。

豊富町においても、令和6年から尿中塩分量とアルブミンの検査を追加して健診受診者全員に行っているのですが、その辺りでは早くからの対象者を見つけるってところの健診の体制は整えてきているところですよ。

▼（礼文町）

礼文町でも他の市町村さんと同じく記載のとおり、CKDの基準の該当を行って訪問と生活指導などを行っているところで、課題としてはそもそもの既往歴である高血圧や糖尿病を持っている方がたくさんいらっしゃるの、先程先生方のご講演の中でもあったように、元々の生活習慣のところを改善していくというところに、保健師としては力を入れて働きかける必要があると考えているところが課題となっています。

▼【事務局（藤島主査）】

実施していると回答いただいた市町村につきましては、以上となりますが他の市町村の状況はいかがでしょうか。

▼（猿払村）

猿払村では実施していないと回答したんですけど、例年特定検診自体を受ける受診率が低いので、これまで受診率を上げるというところをメインで行ってききましたが、今年は国保の担当者とも話をしまして、透析の方も増えてきているということで、取り組んでいけるように、次年度以降整えていきたいという様に係り同士で話し合いをしているところですが、具体的にはまだ決まっていないので、次年度以降、話し合いを重ねて決めていくという感じです。

▼（浜頓別町）

浜頓別町は検討中という回答にさせていただきましたが、全くやっていないというわけではなくて、特定健診受診された方には、指導を設けて保健指導などは行っているんですけども、しっかり全員にできているかというところ、そこまではないということ、保健師の人数が少ないというところで、稼働がなかなかうまくそちらに回せないというところと、病院の固定の医師がなかなか定まらない状況で、病院に行っても、その後続かなかったり、私たちの保健指導とあまりマッチしないまま終わってしまったというところで、なかなか体制的に整っていないというところで、今は検討中というところでさせていただきます。

▼（枝幸町）

うちの方でアンケートを送っていなかったのかも知れませんが、枝幸町では一応対策を実施してまして、病院の看護師と医療職と一緒に会議を行って情報共有をしております、これまで行われてきている腎機能予測結果還元プロジェクトで、対象者を絞って訪問を行っています。

▼（利尻富士町）

利尻富士町です。うちもCKDという部分では、対策はまだできていないというところなんですけれども、まず、健診の受診率が元々低く20%台でしたので、まずはそこを上げていこうということで実施をしていました。

今現在40%台まで上げることができたので、他の生活習慣病の重症化対策ということで、血圧ですとか血糖とか引っかかっている方への、受診勧奨や中断者への受診勧奨というところで、取り組んでいるところです。マンパワー的な部分がありますので、今後はまだ対策としてできるかは未定ですが、整い次第実施していきたいとは考えております。

▼（幌延町）

幌延町です。うちは実施していないと回答させていただきました。

人員が整わなくて、今年度は特に健診の方には力を入れられなかったなという反省点があります。CKDについては、健診の結果自体はそこを気に掛けて見て必要な方には、保健指導とか訪問というような形とか面接という形は取ってきましたが、今年度はそこが手薄になってしまいました。

結構CKDの関係で、精密検査が必要という結果が出る方は結構いらっしやいまして、いらっしやる現状なんですけれども、なかなか遠くの医療機関には行けないので、ほとんどの方が町の診療所に受診して、そちらの方を受診したら、結構異常なしで帰ってくるのが多くてっていうような現状なので、そういう方々に先程の中川先生のお話を聞いて、栄養士とか保健師でできる保健指導というのをより充実させていかなければならないなという様に感じてます。

また、改めてその健診結果の項目の見直しとか、私たちにできることを検討していきたいなと考えています。

▼【事務局（藤島主査）】

職域の方では取り組みが行えていないという回答がありましたのが、取り組めていない理由や市町村と協働できない理由などありましたら、教えていただければと思います。

▼（JA北宗谷）

うちは実施していません。現状は健診関係につきましては巡回ドックですとか人間ドックでの対応ということになりまして、事業所としては結果を踏まえて細かく分析するまでは至っていないのと、実質医師から本人へ何かあれば再検査を勧められている状況でありますので、担当としてもちょっと理解していない部分もありまして、取り組みが進んでいない状況です。

▼【事務局（藤島主査）】

先程、中川先生からもご質問がございましたが、稚内労働基準監督署さんにお伺いしますが、労働基準法や関連制度で腎臓病患者さんが活用できそうな制度など何かございますでしょうか。

▼（稚内労働基準監督署）

稚内労働基準監督署です。

労働法関係でいいますと、労働者の方が活用できるというのは、会社に対する義務を与えている法律がほとんどなので、それは無いのかなと思いますが、会社に対する義務として大きく2点挙げられます。

1点目は年1回の定期健康診断、先程の中川先生のお話で今後この定期健診の項目の中にeGFRも対象となる、それは私も知らなかったんですけど、そういう話がありましたので、そういったところで確認できるのかなということ。また、健康診断で有所見の方がいらっしゃった場合は、会社はその方が仕事を行っていく上で、措置に関する医師からの意見聴取をしなければならないということになっております。例えば労働安全衛生規則の第61条で心臓や腎臓等の疾病で労働のため病気が著しく憎悪する恐れがあるものに雇った労働者は就業を禁止しなければならないとか、そういった条文もあるんですけど、就労禁止まで行くのは中々まれだとは思いますが、こういった有所見の方に対しては医師の意見に基づいて、会社として労働者に対して必要な措置なり配慮なりを講じなければならないという義務がございます。

2点目ですけど、これも会社が制度を採用するかどうかですけど、時間単位の年次有給休暇制度ですね、1時間単位で年5日まで取れますよというもの。例えば1日とか半日までは休めなくても、2時間・3時間あれば何らかの病院へ行って処置ができるとか、そういったものがあればこういった時間単位の年次有給休暇制度を会社が採用していれば活用することは良いのかなと思っております。

あとは今後の話、令和8年4月1日以降の話になるんですけど、労働施策総合推進法という法律が改正されて、この法律の中で、治療と仕事の両立支援が会社の努力義務になるということになっております。

これまでも治療と仕事の両立支援については、ガイドラインを厚生労働省で定めてそれに基づいて説明なりをしてきたんですけど、今年の4月1日からはガイドラインが指針に格上げになるということが決まっております。そのために現在、その指針の内容について審議中だということで先程厚生労働省のホームページを見ましたら直近で令和8年1月23日にこの指針の検討会を開催したというものがございました。法律の施行に合わせて4月1日までにはこの指針が示される予定ということで聞いております。私からは以上です。

■質疑・応答

▼【事務局（稲垣課長）】

稚内保健所の稲垣です。

中川先生をはじめ油谷主査、講義と情報提供をいただきありがとうございました。

今回の連絡会を通じての部分となりますが、本会は地域・職域連携という趣旨の連絡会なのかなどの認識なんです、中々この連携という部分の話題がもう少しあっても良いのではないかと思ったところであります。

そういった印象を持ちながらになります、今回職域保健の参加者が本当に少ない。

今回JA北宗谷様から御出席いただき誠にありがとうございます。

次年度以降は是非とも他の職域保健のところの出席者が増えて行くような活動を保健所としても行っていかなければならないのかなという様に考えてはおりますが、現在、JA北宗谷様の方で健診では巡回ドック、人間ドックというような事を実施されているということですが、他に組合員さんだったりスタッフに向けた保健事業・健康教育だったりとか、そういった取り組みを実施されている実績などはありますでしょうか。

▼（JA北宗谷）

農協としましては、年1回の定期健診ということで職員に対しては、厚生病院さんをベースにしまして、バスによる巡回での巡回ドック、そして若年職員への定期健診ということになります。その他に受診できなかった人に対しては個別での人間ドックでの受診ということを奨励しております、あとは職員以外の農家さんになりますけど、こちらと同じ時期に案内をしまして巡回バスでの受診を奨励して受けれる人は受けていただく状況です。あとは研修につきましては、特に職員に向けた研修ですとかその辺は北農健保組合という健康保険の系統の団体があるんですけども、そちらの部分で個別に対しては、結果に対して個別のWEBを使った面談ですとかそういったのをやっている状況です。

▼【事務局（稲垣課長）】

ありがとうございます。

実は私がここの保健所ではなく、過去にいた保健所でも同じように連絡会の取り組みがございまして、同じように職域保健の方からお伺いしたお話になりますが、とある商工会議所の方が実施する健康診断、そちらの方に市町村の保健師さんがブースを作って、そこで問診でしたり健康相談をするような取り組みをされてるといような自治体がございまして、これはまさしく地域保健と職域保健の連携というようにところに繋がってくるのかな、という様に思っております。

ここもマンパワーの確保だったり、非常に難しい部分ではあるかと思いますが、そういったことも含めて、何かしらその地域保健と職域保健の連携の有り様というところを、今後、皆さんと一緒に考えていければという様に考えておりました。

▼（稚内市）

稚内市なんですけれども、稚内市の北宗谷農協さんでは、婦人部さんから健康教育を毎年お願いされてはどうか、あと組合員さんに対して、稚内市の方で健診のお勧めさせていただいて、色々と農協さんにもご協力いただきながら健診を実施している状況です。

▼【事務局（稲垣課長）】

ありがとうございます。

職域との連携を進めてるということですね。ありがとうございます。

▼（中川教授）

中川ですけども、1点よろしいでしょうか。

血清クレアチニンですね、必須化につきましては、いまチャットの方に皆様方にURLをお送りしましたが、労働新聞社とか厚労省の記事録なんかでも、その血清クレアチニンが労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目に追加することが妥当であるというような判断が、11月の検討会でなされております。

なので、いま特定健診でもクレアチニンはまだ任意項目と言いますか、必須化されておられません、おそらく流れとしては今後は特定健診の方でも必須化されてくんじゃないかなということが推察されますので、情報共有でありました。以上です。

(<https://www.rodco.jp/news/211398/>)

■まとめ

▼【事務局（藤島主査）】

ありがとうございます。ただいま皆様からご発言いただいたところですが、地域保健課の油谷主査から何かご発言がありましたらお願いします。

▼【（地域保健課（油谷主査））】

地域保健課の油谷です。

皆さんの話をお伺いして、色々地域でできるところの取り組みも進めているんだなというところなんですけれども、職域の保健のところの連携については、まだまだ北海道の他の圏域でもなかなか進んでいないところで、一步進んでいるという圏域では、例えば職域と圏域で共通して使えるようなリーフレットを作ってみたりとか、あと、イベントの方を共催で少しやってみたりとか、そういう圏域もあるようなので、できるところから進めていただければなと思って聞いておりました。以上になります。

▼【事務局（藤島）】

ありがとうございます。

それでは中川様、全体を通して何か御意見等ございましたらお願いいたします。

▼（中川教授）

ありがとうございます。

やはり宗谷圏域ですが、皆さんの話を聞いていきますと、やはり保健師、管理栄養士の皆さんがマンパワー不足です。

ゆりかごから墓場までではありませんが、本当に色々な事業を皆さん対応しなければならぬ中、この慢性腎臓病対策までなかなか取り組みたいんだけども手が回らないという様な実情を教えてくださいました。

しかし、医療に関しましても、やはり、なかなかドクターが定住されないという話もありましたが、そういった中で何ができるかと考えた場合に、やはり地域の保健師や栄養士の皆さんが、できることをコツコツやっていただくことが、住民の方一人一人を救うことになると思いますので、私も何ができるかと考えた場合、先程、藤島主査からご提案いただきました事例検討など、そういったもので、もしお手伝いできることありましたら取り組ませていただきますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

▼【事務局（藤島主査）】

ありがとうございます。

それでは1点事務局の方から補足説明がございます。

去年の連絡会において検討事項となっております、協会けんぽとの連携に関する取り組みについてですが、被保険者に係る個人情報の提供についてということで、協会けんぽ、国保連合会、それから道担当課などを通じて、再度確認を行ったところですが、やはり制度上難しいとの回答がありました。

先程のアンケート調査の中でも、自治体単位では取り組むことが難しいとのご意見もございましたことから、事務局といたしましては、改めて管内の職域関係機関を訪問するなどしながら、連携協力に向けた働きかけを行いたいと考えているところです。

新年度の取り組みになるかとは思いますが、早い時期に取り組むを行いたいと考えておりますので、その際は、ご協力いただくようお願いいたします。

それでは、以上をもちまして、令和7年度第2回宗谷地域職域連携推進連絡会を終了させていただきます。

（終了）