

厚生労働科学研究費補助金

腎疾患政策研究事業

慢性腎臓病 (CKD) 患者に特有の健康課題に適合した
多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

令和 3 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 要 伸也

目 次

I. 総括研究報告	1
慢性腎臓病 (CKD) 患者に特有の健康課題に 適合した多職種連携による生活・食事 指導等の実証研究 要 伸也	
II. 分担研究報告	13
CKDにおける多職種連携の実態調査と効果検証のための二次調査 阿部雅紀、内田 明子、石川 祐一、木村 健 特定健診データの解析（保健師介入の実証研究） 猪阪善隆	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	20

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）
総括研究報告書

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
研究代表者 要 伸也 杏林大学 教授

研究分担者：

柏原 直樹・川崎医科大学 教授
岡田 浩一・埼玉医科大学 教授
猪阪 善隆・大阪大学 教授
阿部 雅紀・日本大学 教授
金崎 啓造・島根大学 教授
内田 明子・聖隷横浜病院 総看護部長
石川 祐一・茨城キリスト教大学 教授
木村 健・兵庫医療大学 臨床実習教授

研究要旨：多職種連携による CKD 療養指導の実態調査や有効性に関する実証研究を行い、診療実態とエビデンスに基づいた課題解決への提言を作成することを目的とする。これらをそれぞれの working group を中心に進めて行く体制が整い、まずチーム医療に関する実態調査を開始した。今後展開を予定しているエビデンス構築研究によって CKD 多職種連携の効果と有効な運用方法が明らかにすることにより、多職種連携の質とチーム力の向上が期待でき、最終的には、CKD 重症化予防と CKD 患者の QOL 改善、さらには医療費節減にもつながると期待される。

A. 研究目的：

CKD の重症化予防の基盤は生活習慣の適正化にあるが、CKD 特有の課題を考慮した生活・食事・服薬指導が必要であるため、かかりつけ医と腎臓専門医の連携だけでは対応が難しく、看護師、保健師、管理栄養士、薬剤師等との多職種連携によるチーム医療が必須となる。しかし、チーム医療の有効性や連携方法に関するエビデンスは乏しく、今後はこれらの実証研究を行い、診療実態とエビデンスに基づいた治療目標の実現を可能とする多職種連携の在り方を提案してゆく必要がある。

本研究の目的は、現状を把握した上で多職種連携による CKD 療養指導の有効性を実証研究によって示し、エビデンスに基づいた課題解決への提言を行うことである。最終的には、多職種連携の強化による治療目標の達成率向上、さらに CKD 重症化予防と QOL 改善を目指す。本研究は、進行中の厚生労働省研究班（柏原・伊藤班）や腎臓病療養指導士委員会、および設立に関与したコメディカル 3 団体、日本糖尿病学会および糖尿病性腎症対策とも連携し、CKD 対策に係る職種横断的な

オールジャパン体制を構築してゆく（資料 1 のスライド参照）。

B. 研究方法：

本研究では、多職種連携による CKD 療養指導の実態調査や有効性に関する実証研究を行い、現状・課題を評価するとともに、診療実態とエビデンスに基づいた課題解決への提言を行ってゆく。それぞれの研究計画を遂行するために、WG を組織する。

1) CKD における多職種連携の実態調査

CKD 診療における多職種連携に関するマニュアル作成および実証研究立案の土台とすることを目的として、CKD 特有の健康課題に適合した CKD 特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等に関する実態調査ないしアンケートを実施し、現状の把握を行う。実態調査やアンケートの内容は、日本腎臓病協会評価普及小委員会（阿部委員長）CKD チーム医療検証ワーキンググループのもとで作成中の CKD のチーム医療と教育に関するアンケートを共有し、共同でこれを進める。結果について取りま

とめたうえで、分析と評価を行い、現状における問題点や課題を抽出する。

- 2) **多職種連携の有効性に関するエビデンス構築**
多職種連携による生活指導・食事指導等が CKD の予防・重症化予防に有効かどうかを検証するための実証研究を行ない、エビデンスを示す。実態調査の結果に基づき、エビデンス構築研究を立案、実施する。
- 3) **多職種連携に関する既存エビデンス集積**
CKD チーム医療の有効性に関する既存のエビデンスについて、「CKD 診療ガイドライン 2018」および現在改訂中の CQ のシステマティックレビュー資料、日本腎不全看護学会発行「CKD 保存期ケアガイド 2021」と腎疾患実用化研究事業「CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン 2017」の文献データベースから収集し、これらを解析する。
- 4) **特定健診データの解析（保健師介入の実証研究）**
大阪府の各市町村における特定健診データをもとに、特定健康診査実施率および特定保健指導実施率を調査し、保健師介入の有効性に関するエビデンスの構築を試みる。
- 5) **ホームページによる成果の公表**
研究班のホームページを作成し、本研究班の取り組みと得られた成果・提言を公表することにより、全国的な周知と普及を目指す。
- 6) **課題解決への提言**
実態調査から得られた課題、および 2) の実証研究の結果、および 3) の既存のエビデンス解析の結果等をふまえ、課題解決へ向けた戦略案を策定・提言するとともに、具体的な成果目標を示す。
- 7) **マニュアルの作成と普及**
多職種連携による生活・食事指導等のマニュアル作成をワーキンググループを組織して行う。関係学会等による既存の成果も参照しつつ、新たなエビデンスも取り入れる。制作には、CKD 診療ガイドライン（医師向け）と CKD 療養ガイド（患者向け）の制作責任者、および作成中の腎臓病療養指導士のための CKD 指導ガイドブックの作成担当者が加わり、整合性を保てるよう

配慮した。糖尿病性腎症の重症化予防の視点も取り入れる。

（倫理面への配慮）

各臨床研究は、実施施設の倫理委員会の承認のもとに進め、個人情報にも十分な配慮のもとに進めている。

C. 研究結果

それぞれの課題ごとに WG を組織した。本年度はまず多職種連携による CKD チーム医療の実態調査を行いつつ、エビデンス構築研究計画の立案と開始に向けた準備を行った。

1) CKD における多職種連携の実態調査

腎臓病療養指導士評価普及小委員会では準備中のアンケートを基に、対象者を、想定していた教育認定施設に加え、コメディカル団体に広げ、実態調査に関するアンケートを作成した。令和 2 年 3 月日本腎臓学会認定教育施設および腎臓病療養指導士資格取得者宛て発送した（教育責任者、看護師・管理栄養士・薬剤師の 3 職種）。調査項目案として、多職種 CKD チーム医療の実施状況、腎臓病療養指導に係るコメディカルの人数、療養指導士数、腎臓教室・教育入院の実施の有無、などである（（一次調査結果の詳細は資料 2 を参照。なお、アンケートの書式は令和 2 年度報告書を参照）。

1-A) 教育認定施設向けのアンケート

対象は日本腎臓学会認定教育施設 704 施設、アンケート回収率は 40.9%であった。腎臓病療養指導士 43.8%であった。

その結果、75%の認定施設では多職種による CKD 療養指導が実施されていた。さらに、40%の施設で何らかの効果検証を行っており、30%で学会・研究会発表を行っていた。評価項目としては、教育前後の GFR 変化が最も多く (30.1%)、蛋白尿減少効果 (23.9%)、減塩持続効果 (15.3%)、理解度チェック (12%) などが評価されていた。生命予後の評価施設は 5.7%にとどまった。また、約 60%の施設から、二次調査への協力の意向が示された。

1-B) 腎臓病療養指導士向けのアンケート

腎臓病療養指導士の 3 職種（看護師、薬剤師、管理栄養士）別にチーム医療および腎臓病療養

指導士の実態についてのアンケートを行った。対象は 2020 年までに腎臓病療養指導士の資格を取得した 1,456 名である。アンケート回収率は 43.8%であった。

その結果、75%の認定施設では多職種による CKD 療養指導が実施されていた。看護師の 78%、管理栄養士の 48%が多職種による CKD 療養指導にかかわっていた。看護師、管理栄養士は外来・入院ともに十分かわることが可能であったが、薬剤師の取得者は病院勤務の割合が高く、CKD 教育入院時や腎臓教室でのかわりが多く、外来での療養指導に関与している割合が低値であった。療養指導士は実践での療養指導に自信が持てるようになり、多職種による CKD 治療に積極的にかわることができるようになった。多職種で CKD 診療を行うことで、各処方薬の必要性と意義、生活習慣の是正の意義、食事療法の個別化の意義など、他職種の意図する治療方針を理解できるようになった。今後、多職種による CKD 療養指導が CKD 患者の予後に及ぼす影響について調査していく必要がある。

2) 多職種連携の有効性に関するエビデンス構築

1-A) の実態調査の結果をふまえ、多職種連携のエビデンス実証研究の立案・準備を進めた。具体的には、さまざまな多職種介入による評価指標の変化を見ることとし、以下の項目について回答を依頼した。2022 年 3 月末までに 25 施設から回答があり、合計 3,272 例についての調査データが登録されている。調査項目は以下の通りである（研究計画書、依頼項目の書式はそれぞれ資料 3. 資料 4 を参照）。

（調査項目）

介入開始日、介入方法（外来または入院）、介入期間（外来は受診回数 入院は入院日数）、介入時に関与した職種（看護師、栄養士、薬剤師、その他）、年齢、性別、原疾患（糖尿病性腎臓病、慢性糸球体腎炎、腎硬化症、多発性嚢胞腎、その他）、心血管系合併症の既往歴の有無、介入時データ：BMI、Hb、Alb、BUN、Cr、HbA1c（糖尿病合併例の場合）、介入 1yr±2M 前、6M±2M 前、介入時、介入 6M±2M 後、1yr±2M 後、2yr±2M 後、3yr±2M 後の eGFR と尿蛋白、2020 年 12 月 31 日時点の転帰（生存 RRT 未導入、死亡 RRT 未

導入、RRT 導入、不明・転院）、死亡日あるいは RRT 導入日、RRT の方法（HD、PD、腎移植）

（協力施設）現時点で以下の 25 施設である。

岡山大学病院、広島大学病院、埼玉医科大学三思会東邦病院、三島総合病院、順天堂大学練馬病院、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、聖マリアンナ医科大学病院、聖隷佐倉市民病院、大阪市立大学医学部附属病院、筑波大学附属病院、長崎大学病院、奈良県総合医療センター、日産厚生会玉川病院、北海道大学病院、田附興風会医学研究所北野病院、明石医療センター、近江八幡病院、京都山城総合医療センター、西和医療センター、市立札幌病院、日本大学医学部附属板橋病院、藤枝市立総合病院、京都山城総合医療センター、京都大学医学部附属病院

今後は、これらの結果をとりまとめ、有効性の実証とともに、とくに有効性の期待できる多職種介入の方法や患者群があるかどうかを検討し、効果の実証とともに、実践につながるエビデンス構築を目指す。

3) 多職種連携に関する既存のエビデンス集積

多職種連携に関する CQ が、「CKD 診療ガイドライン 2018」に 1 つ、現在改訂中の CKD 診療ガイドラインに 1 つ、「CKD 保存期ケアガイド 2021」に 2 つ、「CKD ステージ G3b～5 診療ガイドライン 2017」に 1 つあり、これらの文献データベースを入手した。さらに最新の文献を含めて職種毎に新たな文献検索を行い、ハンドサーチによる文献も加えたデータベースを作成中である。わが国においても近年質の高い論文報告が複数発表されていることを確認している。

4) 特定健診データの解析（保健師介入の実証研究）

大阪府の各市町村における特定健康診査実施率を調査したところ、平均 30.3%であり、20%～50%まで差が認められた。一方、特定保健指導実施率については、5%～70%と特定健康診査実施率に比べて、特定保健指導実施率に大きな違いが認められたが、それらの実施率については全く関連が認められなかった。特定健診で要受診と診断された府民が医療機関を受診するまでの期間は市町村によって差があり、この受診までの期間は特定保健指導実施率と

の関係が認められた。特定保健指導終了時点の6か月目において、血圧や体重などは開始時に比べて改善していたが、終了後6か月後の時点でも体重や血圧は維持できており、特定保健指導により得られた行動変容が維持できていることが確認できた。これらは、保健師介入がCKD受診率、あらにはCKD診療水準の向上に資する可能性を示している。

5) ホームページによる成果の公表

研究班のホームページを作成した。今後は、実証研究の進捗や成果を順次アップしてゆく。

6) 課題解決への提言

実態調査から得られた課題、および2)の実証研究の結果、および3)の既存のエビデンス解析の結果等をふまえ、課題解決へ向けた戦略案を策定・提言するとともに、具体的な成果目標を示す。

7) マニュアルの作成と普及

マニュアルの章立て項目の素案を作成した。今後は本年度は担当メンバーを決定した。最終段階で、実態調査とエビデンス構築研究の成果を反映した課題解決への提言を班員全体でまとめ、チーム医療に基づいたCKD療養指導の在り方を総括したマニュアルの作成を行う。

D. 考察

CKD診療における多職種連携の実態調査の結果を解析することにより、我が国におけるチーム医療と多職種連携の現状と課題が初めて明らかになると期待される。立案中の実証研究の実施により多職種連携の有効性に関するエビデンスが得られれば、とくにどのような多職種連携のアプローチがどのアウトカム、あるいは何の原疾患（糖尿病性腎症、それ以外）に対して有効かがわかり、チーム医療における指針や重点項目を示すことにもつながると期待される。文献検索等による既存のエビデンス調査により、わが国においても近年多職種介入の有効性を示すエビデンスが蓄積して来ていることも明らかになった。さらに、大阪府におけるCKDの特定健診の結果は、CKDの早期発見、早期治療における保健師介入の重要性を示している。以上の結果を土台に、課題解決に向けた提言とCKD多職種連携マニュアル作成に繋げてゆく。以上の取組みは、腎臓病療養指導士をはじめCKDの療養指導に取り組むメディカ

ルスタッフのモチベーション向上にも役立つと期待される。

E. 結論

研究成果を通じて、わが国のCKD診療における多職種連携の実態と課題が明らかになり、今後のエビデンス実証研究によってその有効性と効果的な運用法を示すことにより、チーム医療の質向上とCKD診療の浸透および水準向上、最終的にはCKD重症化予防とCKD患者のQOL改善、医療費節減を目指す。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

研究代表者：要伸也

<論文・著書>

1. Nagasaka K, **Kaname S**, et al. Nation-wide survey of the treatment trend of microscopic polyangiitis and granulomatosis with polyangiitis in Japan using the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare Database. Mod Rheumatol. 2021 Oct 7:roab088. Online ahead of print.
2. Kawazoe M, Nanki T, Hagino N, Ikegaya N, Ito S, Kodera M, Nakano N, Suzuki M, **Kaname S**, Harigai M. Clinical characteristics of patients with polyarteritis nodosa based on a nationwide database in Japan. Mod Rheumatol. 2021 Aug 12:roab019. Online ahead of print.
3. Higashihara E, Nutahara K, Itoh M, Okegawa T, Tambo M, Yamaguchi T, Nakamura N, Taguchi S, **Kaname S**, et al. Longitudinal five-year efficacy study of tolvaptan for autosomal dominant polycystic kidney disease. Kidney Int Rep, in press.
4. Kawashima S, Kishimoto M, Hibino T, Lee H, Sato Y, Komagata Y, **Kaname S**. MPO-ANCA-positive microscopic polyangiitis following COVID-19 infection.

Intern Med 2021 Nov 27. doi: 10.2169/internalmedicine.8615-21. Online ahead of print.

5. Nagai M, Uchida T, Yamada M, Komatsu S, Ohta K, Mukae M, Iwamoto H, Hirano H, Karube M, **Kaname S**, Oda T. TAFRO syndrome in a kidney transplant recipient that was diagnosed on autopsy: A case report. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Oct 4;8: 747678.
6. Usui J, Kawashima S, Sada KE, Miyawaki Y, Nakazawa D, Itabashi M, Endo S, Endo T, Oda T, Ohya M, Kitagawa K, Nagasawa T, Hirahashi J, Hiromura K, Kawaguchi T, Takayasu M, Tsuboi N, Hirayama K, Muso E, Yumura W, **Kaname S**, Furuichi K, Okada H, Narita I; Committee of Clinical Practical Guideline for Rapidly Progressive Glomerulonephritis 2020. A digest of the evidence-based Clinical Practice Guideline for Rapidly Progressive Glomerulonephritis 2020. *Clin Exp Nephrol*. 2021 Dec;25(12):1286-1291.
7. Shigemori K, Higashihara E, Itoh M, Yoshida H, Yamamoto K, Nutahara K, Shiokawa Y, **Kaname S**, et al. PKD1-Associated Arachnoid Cysts in Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2021 Sep;30(9):105943. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105943. Epub 2021 Jun 25.
8. Kunitomo R, Matsubara H, **Kaname S**. Half-and-half nail. *Clin Exp Nephrol* 2021 Aug;25(8):911-912.
9. Endo A, Komagata Y, Yamagishi K, Kawashima S, Arimura Y, **Kaname S**. Two distinct subsets of LDGs (low density granulocytes) in ANCA-associated vasculitis. *Mod Rheumatol*. 2021 Apr 25:1-25.
10. Miyamoto A, Kawakami T, Kakinuma M,

Sato R, Fukuoka K, Karube M, Komagata Y, **Kaname S**. Extensive bilateral renal metastases of non-small cell lung carcinoma caused acute kidney injury resulting in end-stage renal disease. *CEN Case Rep*. 2021 May;10(2):194-198.

<政策提言>

1. ○腎臓病療養指導士のための CKD 指導ガイドブック. 日本腎臓病協会監修, 2021, 東京医学社.
2. 厚生労働科学研究費補助金 (難治性疾患政策研究事業) 難治性血管炎に関する調査研究班、監修: 針谷正祥: 抗リン脂質抗体症候群・好酸球性多発血管炎性肉芽腫症・結節性多発動脈炎・リウマトイド血管炎の治療の手引き 2020, 診断と治療社, 2021.

<学会発表>

1. ○要 伸也: 腎臓病療養士活動の今後の展開と評価. 第 64 回日本腎臓学会学術総会 ワークショップ 6 「腎臓病療養指導士の活動の実際」, 2021 年 6 月 30 日, 横浜.

分担者氏名: 柏原直樹

<論文・著書>

1. ○Nagasu H, Yano Y, Kanegae H, Heerspink HJL, Nangaku M, Hirakawa Y, Sugawara Y, Nakagawa N, Tani Y, Wada J, Sugiyama H, Tsuruya K, Nakano T, Maruyama S, Wada T, Yamagata K, Narita I, Tamura K, Yanagita M, Terada Y, Shigematsu T, Sofue T, Ito T, Okada H, Nakashima N, Kataoka H, Ohe K, Okada M, Itano S, Nishiyama A, Kanda E, Ueki K, **Kashihara N**. Kidney Outcomes Associated with SGLT2 Inhibitors versus other glucose-lowering drugs in real-world clinical practice: The Japan Chronic Kidney Disease Database. *Diabetes Care*. 2021 Nov;44(11):2542-2551. doi: 10.2337/dc21-1081.

2. Zheng J, Zhang Y, Rasheed H, Walker V, Sugawara Y, Li J, Leng Y, Elsworth B, Wootton RE, Fang S, Yang Q, Burgess S, Haycock PC, Borges MC, Cho Y, Carnegie R, Howell A, Robinson J, Thomas LF, Brumpton BM, Hveem K, Hallan S, Franceschini N, Morris AP, Köttgen A, Pattaro C, Wuttke M, Yamamoto M, **Kashihara N**, et al. Trans-ethnic Mendelian-randomization study reveals causal relationships between cardiometabolic factors and chronic kidney disease. *Int J Epidemiol*. 2021 Oct 20:dyab203. doi: 10.1093/ije/dyab203. Online ahead of print.
3. Ito S, **Kashihara N**, Shikata K, Nangaku M, Wada T, Okuda Y, Sawanobori T. Efficacy and safety of esaxerenone (CS-3150) in Japanese patients with type 2 diabetes and macroalbuminuria: a multicenter, single-arm, open-label phase III study. *Clin Exp Nephrol*. 2021 Oct 25(10):1070-1078. doi: 10.1007/s10157-021-02075-y.
4. Sugawara Y, Iwagami M, Yoshida Y, Kikuchi K, Ando R, Shinoda T, Ryuzaki M, Nakamoto H, Sakai K, Hanafusa N, **Kashihara N**, Nangaku M; COVID-19 Task Force Committee of the Japanese Association of Dialysis Physicians; Japanese Society for Dialysis Therapy; and the Japanese Society of Nephrology. Nationwide survey of the coronavirus disease 2019 prevention and treatment systems for kidney disease patients: a study of Japanese Society of Nephrology-certified educational facilities. *Clin Exp Nephrol*. 2021 Sep;25(9):996-1002. doi: 10.1007/s10157-021-02082-z.
5. Okawai Y, Sankoda A, Waki K, Miyake K, Hayashi A, Mieno M, Wakui H, Tsurutani Y, Saito J, Hirawa N, Yamakawa T, Komiya S, Isogawa A, Satoh S, Minami T, Osada U, Iwamoto T, Takano T, Terauchi Y, Tamura K, Yamauchi T, Kadowaki T, Nangaku M, **Kashihara N**, Ohe K. Efficacy of the self-management support system DialBetesPlus for diabetic kidney disease: protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc*. 2021 Aug 17;10(8):e31061. doi: 10.2196/31061.
6. Iijima K, Arai H, Akishita M, Endo T, Ogasawara K, **Kashihara N**, et al. Toward the development of a vibrant, super-aged society: The future of medicine and society in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2021 Aug;21(8):601-613. doi: 10.1111/ggi.14201
7. Nishimura K, Taguchi K, Kishi S, Brooks CR, Ochi A, Kadoya H, Ikeda Y, Miyoshi M, Tamaki M, Abe H, Aihara KI, **Kashihara N**, Nagai K. Dual disruption of eNOS and ApoE gene accelerates kidney fibrosis and senescence after injury. *Biochem Biophys Res Commun*. 2021 Jun 4;556:142-148. doi: 10.1016/j.bbrc.2021.03.111.
8. Zhang L, Wang J, Yang CW, Tang SC, **Kashihara N**, et al.; ISN North and East Asia Regional Board. International Society of Nephrology Global Kidney Health Atlas: structures, organization and services for the management of kidney failure in North and East Asia. *Kidney Int Suppl* (2011). 2021 May;11(2):e77-e85. doi: 10.1016/j.kisu.2021.01.011.
9. Tokuyama A, Kanda E, Itano S, Kondo M, Wada Y, Kadoya H, Kidokoro K, Nagasu H, Sasaki T, **Kashihara N**. Effect of zinc deficiency on chronic kidney disease progression and effect modification by hypoalbuminemia. *PLoS One*. 2021 May 11;16(5):e0251554. doi: 10.1371/journal.pone.0251554.
10. Tsuboi N, Sasaki T, **Kashihara N**, Yokoo T. Proteinuria changes in kidney disease patients with clinical remission during the

COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2021 Apr 23;16(4):e0250581. doi: 10.1371/journal.pone.0250581.

11. Maruyama Y, Araki M, Kidokoro K, Sogawa Y, Yoshinaga K, Mitsui Y, Sadahira T, Wada K, Watanabe M, Watanabe T, **Kashihara N**, Nasu Y. Evaluation of Neutrophil Dynamics Change by Protective Effect of Tadalafil After Renal Ischemia/Reperfusion Using In Vivo Real-time Imaging. *Transplantation*. 2021 Apr 27. doi: 10.1097/TP.0000000000003803. Online ahead of print.
12. Pecoits-Filho R, James G, Carrero JJ, Wittbrodt E, Fishbane S, Sultan AA, Heerspink HJL, Hedman K, Kanda E, Chen HT, **Kashihara N**, et al. Methods and rationale of the DISCOVER CKD global observational study. *Clin Kidney J*. 2021 Apr 11;14(6):1570-1578. doi: 10.1093/ckj/sfab046.

<政策提言>
なし

分担者氏名：岡田浩一

<論文・著書>

1. Nagasu H, et al. Kidney Outcomes Associated With SGLT2 Inhibitors Versus Other Glucose-Lowering Drugs in Real-world Clinical Practice: The Japan Chronic Kidney Disease Database. *Diabetes Care* 2021;44(11):2542-2551.
2. Okubo R, et al. Physical functioning in patients with chronic kidney disease stage G3b-5 in Japan: The reach-J CKD cohort study. *Nephrology (Carlton)*. 2021;26(12):981-987.
3. Hoshino J, et al. Comparison of annual eGFR decline among primary kidney

diseases in patients with CKD G3b-5: results from a REACH-J CKD cohort study. *Clin Exp Nephrol*. 2021;25(8):902-910.

4. Ishikawa M, et al. Framework for estimating renal function using magnetic resonance imaging. *J Med Imaging* 2022;9(2):024501.

<学会発表>

1. 井上 勉, 岡田 浩一: 小児から成人へのシームレスなネフローゼ診療 特発性ネフローゼ症候群の移行医療. 第 64 回日本腎臓学会学術総会, 2021. 6. 19, 横浜
2. 井上 勉, 小澤 栄人, 石川 雅浩, 小林 直樹, 岡田 浩一: 超高齢化社会における腎硬化症に対する戦略的アプローチ: 今, 密かに増加中の腎硬化症にどう対応すべきか? 腎硬化症における腎虚血の評価 臨床の面から. 第 64 回日本腎臓学会学術総会, 2021. 6. 20, 横浜
3. Watanabe Y, Inoue T, Okada H: Functional Prognosis Following Cerebral Hemorrhage in Patients on Hemodialysis. *Kidney Week 2021, Annual Meeting of American Society of Nephrology*, 2021.11.4
4. 岡田浩一: 教育講演 8 : CKD の病態を可視化する 第 43 回日本高血圧学会総会、2021. 10. 16、沖縄
5. 岡田浩一: 教育講演 : 泌尿器科医が知っておくべき腎臓内科の知見 第 109 回日本泌尿器科学会総会、2021. 12. 7, 横浜
6. 岡田浩一: 教育講演 5 : 腎間質線維化アップデート 第 51 回日本腎臓学会西部学術大会、2021. 10. 15, 福井
7. 岡田浩一 : Current Topics 2021: 保存的腎臓療法の国際的現況とわが国の課題 日本透析医会研修セミナー、2021. 10. 3, 京都
8. 岡田浩一: シンポジウム 8 : CKD/DKD における共通進展プロセスとしての腎間質線維化

第 51 回日本腎臓学会東部学術大会、
2021. 9. 26, 東京

9. 岡田浩一：ワークショップ 9：保存的腎臓療法の実践と課題 第 66 回日本透析医学会学術集会・総会、2021. 6. 6, 横浜

<政策提言>

なし

研究分担者：猪阪善隆

<論文・著書>

1. Doi Y, Tsujita M, Hamano T, Obi Y, Namba-Hamano T, Tomosugi T, Futamura , Okada M, Hiramitsu T, Goto N, Nishiyama A, Takeda A, Narumi S, Watarai Y, **Isaka Y**. The effect of cholecalciferol supplementation on allograft function in incident kidney transplant recipients: A randomized controlled study. *Am J Transplant* 21: 3043-3054. 2021.
2. Fujita T, Kubo S, Shioda T, Tokumura A., Minami S., Tsuchiya M., **Isaka, Y**, et al. THOC4 regulates energy homeostasis by stabilizing TFEB mRNA during prolonged starvation. *J Cell Sci* 134. 2021.
3. Iio R, Kaneko T, Mizuno H, **Isaka Y**. Clinical characteristics of COVID-19 infection in a dialysis center during a nosocomial outbreak. *Clin Exp Nephrol* 25: 652-659. 2021.
4. **Isaka Y**. Optimal Protein Intake in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients with Sarcopenia: An Overview. *Nutrients* 13. 2021.
5. **Isaka, Y**, et al. Optimal Phosphate Control Related to Coronary Artery Calcification in Dialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 32: 723-735. 2021.
6. Kaimori JY, Mori T, Namba-Hamano T, Morimoto T, Takuwa A, Motooka D, Okazaki A, Kobayashi K, Asahina Y, Kajimoto S, Doi Y, Oka T, Sakaguchi Y, Nakaya A, **Isaka Y**. Cyclosporine A Treatment of Proteinuria in a New Case of MAFB-Associated Glomerulopathy without Extrarenal Involvement: A Case Report. *Nephron* 145: 445-450. 2021.
7. Kawaguchi T, Imasawa T, Kadomura M, Kitamura H, Maruyama S, Ozeki T, Katafuchi R, Oka K., **Isaka Y**, et al. Focal segmental glomerulosclerosis histologic variants and renal outcomes based on nephrotic syndrome, immunosuppression, and proteinuria remission. *Nephrol Dial Transplant*. 2021.
8. Matsui I, Matsumoto A., Inoue K, Katsuma Y, Yasuda S, Shimada K, Sakaguchi Y, Mizui M, Kaimori JY, Takabatake Y, **Isaka Y**. Single cell RNA sequencing uncovers cellular developmental sequences and novel potential intercellular communications in embryonic kidney. *Sci Rep* 11: 73. 2021.
9. Matsumoto A, Matsui I, Katsuma Y, Yasuda, S, Shimada K, Namba-Hamano T, Sakaguchi Y, Kaimori JY, Takabatake Y, Inoue K, **Isaka Y**. Quantitative analyses of foot processes, mitochondria, and basement membranes by structured illumination microscopy using Elastica-Masson- and Periodic-Acid-Schiff-stained kidney sections. *Kidney Int Rep* 6: 1923-1938. 2021.
10. Matsumoto, A., Matsui, I., Mano, K., Mizuno, H., Katsuma, Y., Yasuda, S., Shimada, K., Inoue, K., Oki, T., Hanai, T., Kojima, K., Kaneko, T., **Isaka, Y**. Recurrent membranous nephropathy with a possible alteration in the etiology: a case report. *BMC Nephrol* 22: 253. 2021.
11. Nakagawa N, Mizun, M, Kato S, Maruyama, S, Sato H, Nakaya I, Sugiyama H, Fujimoto, S., Miura, K., Matsumura, C, Gotoh, Y, Suzuki H, Kuroki A, Yoshino A, Nakatani S, Hiromura K, Yamamoto R, Yokoyama H, Narita I, **Isaka Y**. Demographic, clinical

- characteristics and treatment outcomes of immune-complex membranoproliferative glomerulonephritis and C3 glomerulonephritis in Japan: A retrospective analysis of data from the Japan Renal Biopsy Registry. *PLoS One* 16: e0257397. 2021.
12. Nishiwaki H, Niihata K, Shimizu S, Shibagaki Y, Yamamoto R, Nitta K, Tsukamoto T, Uchida S, Takeda A, Okada H, Narita I, **Isaka Y**, Kurita N. Incidence and factors associated with prescribing renin-angiotensin-system inhibitors in adult idiopathic nephrotic syndrome: A nationwide cohort study. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 23: 999-1007. 2021.
 13. Obi Y, Ichimaru N, Sakaguchi Y, Iwadoh K, Ishii D, Sakai K, Iwami D, Harada H, Sumida K, Sekine A, Masutani K, Akutsu N, Inoue T, Nishihira M, Yoneda T, Ito S, Araki, M, Kaimori JY, Yoshida K, Satoh S, Ubara, Y, **Isaka Y**, et al. Correcting anemia and native vitamin D supplementation in kidney transplant recipients: a multicenter, 2 × 2 factorial, open-label, randomized clinical trial. *Transpl Int* 34: 1212-1225. 2021.
 14. Oka T, Hamano T, Ohtani T, Doi Y, Shimada K, Matsumoto A., Yamaguchi S., Hashimoto, N, Senda M, Sakaguchi Y, Matsui I, Nakamoto K, Sera F, Hikoso S, Sakata Y, **Isaka Y**. Renoprotection by long-term low-dose tolvaptan in patients with heart failure and hyponatremia. *ESC Heart Fail.* 2021.
 15. Oka T, Hamano T., Ohtani T, Tanaka A, Doi, Y, Yamaguchi S, Senda M, Sakaguchi Y, Matsui I, Nakamoto K, Sera F, Hikoso S, Nishino M, Sakata Y, **Isaka Y**. Variability in estimated glomerular filtration rate and patients' outcomes in a real-world heart failure population. *ESC Heart Fail.* 2021.
 16. Okushima H, Iwata Y, Hesaka A, Sugimori E, Ikeda T, Nakane M, Mita M, Hayashi T, **Isaka Y**, Kimura T. Intra-body dynamics of D-serine reflects the origin of kidney diseases. *Clin Exp Nephrol* 25: 893-901. 2021.
 17. Ozaki S, Yamamoto R, Shinzawa M, Tomi R, Yoshimura R, Nakanishi K., Nishida M, Nagatomo I, Kudo T, Yamauchi-Takihara K., **Isaka Y**, Moriyama T. Vegetable preference and prediction of proteinuria: A retrospective cohort study. *Ann Nutr Metab*: 1-7. 2021.
 18. Tsujita M, Doi Y, Obi Y, Hamano T, Tomosugi T, Futamura K, Okada M, Hiramitsu T, Goto N, **Isaka Y**, Takeda A, Narumi S, Watarai Y. Cholecalciferol supplementation attenuates bone loss in incident kidney transplant recipients: A prespecified secondary endpoint analysis of a randomized controlled trial. *J Bone Miner Res.* 2021.
 19. Yamaguchi S, Hamano T, Oka T, Doi Y, Kajimoto S, Shimada K, Matsumoto A, Sakaguchi Y, Matsui I, Suzuki A, **Isaka Y**. Mean corpuscular hemoglobin concentration: an anemia parameter predicting cardiovascular disease in incident dialysis patients. *J Nephrol.* 2021.
 20. Yamaguchi S, Hamano T, Ok, T, Doi Y, Kajimoto S, Yasuda S, Shimada K, Matsumoto A, Sakaguchi Y, Inoue K, Matsui I, Suzuki A, **Isaka Y**. Electrocardiogram findings at the initiation of hemodialysis and types of subsequent cardiovascular events. *Hypertens Res* 44: 571-580. 2021.
 21. Yamamoto R, Ito T, Nagasawa Y, Matsui, K., Egawa M, Nanami M, **Isaka Y**, Okada H. Efficacy of aerobic exercise on the cardiometabolic and renal outcomes in patients with chronic kidney disease: a

- systematic review of randomized controlled trials. *J Nephrol* 34: 155-164. 2021.
22. Aoki K, Yamamoto R, Shinzawa M., Kimura Y, Adachi H, Fujii Y, Tomi R, Nakanishi K, Taneike M, Nishida M, Kudo T, Yamauchi-Takahara K, **Isaka Y**, Moriyama T. Sleep debt and prevalence of proteinuria in subjects with short sleep duration on weekdays: a cross-sectional study. *Clin Exp Nephrol* 24: 143-150. 2020.
 23. Doi Y, Hamano T, Ichimaru N, Tomida K, Obi Y, Fujii N, Yamaguchi S, Oka T, Sakaguchi Y, Matsui I, Kaimori JY, Abe T, Imamura R, Takahara S, Tsubakihara Y, Nonomura N, **Isaka Y**. Serum phosphate levels modify the impact of parathyroid hormone levels on renal outcomes in kidney transplant recipients. *Sci Rep* 10: 13766. 2020.
 24. Fujii Y, Yamamoto R, Shinzawa M, Kimura Y, Aoki K, Tomi R, Ozaki S, Yoshimura R, Taneike M, Nakanishi K, Nishida M, Yamauchi-Takahara K, Kudo T, **Isaka Y**, Moriyama T. Occupational sedentary behavior and prediction of proteinuria in young to middle-aged adults: a retrospective cohort study. *J Nephrol* 34: 719-728. 2021.
 25. Fujimura R, Yamamoto T, Takabatake Y, Takahashi, A., Namba-Hamano, T., Minami, S, Sakai S, Matsuda J, Hesaka A, Yonishi H, Nakamura J, Matsui I, Matsusaka T, Niimura F, Yanagita M, **Isaka Y**. Autophagy protects kidney from phosphate-induced mitochondrial injury. *Biochem Biophys Res Commun* 524: 636-642. 2020.
 26. Fujita Y, Doi Y, Hamano T., Hatazaki M, Umayahara Y, **Isaka Y**, Tsubakihara Y. Low erythropoietin levels predict faster renal function decline in diabetic patients with anemia: a prospective cohort study. *Sci Rep* 9: 14871. 2019.
 27. Hashimoto N, Matsui I, Ishizuka S, Inoue K, Matsumoto A, Shimada K, Hori S, Lee DG, Yasuda S, Katsuma Y, Kajimoto S, Doi Y, Yamaguchi S, Kubota K, Oka T, Sakaguchi Y, Takabatake Y, Hamano T, **Isaka Y**. Lithocholic acid increases intestinal phosphate and calcium absorption in a vitamin D receptor dependent but transcellular pathway independent manner. *Kidney Int* 97: 1164-1180. 2020.
 28. Inoue K, Matsui I, Hamano T, Okuda K, Tsukamoto Y, Matsumoto A, Shimada K, Yasuda S, Katsuma Y, Takabatake Y, Tanaka M, Tanaka N, Mano T, Minamino T, Sakata Y, **Isaka Y**. Maxacalcitol (22-Oxacalcitriol (OCT)) retards progression of left ventricular hypertrophy with renal dysfunction through inhibition of calcineurin-NFAT activity. *Cardiovasc Drugs Ther* 35: 381-397. 2021.
- <政策提言>
なし
- 分担者氏名：阿部雅紀
- <論文・著書>
1. Imamura Y, et al. Relationship between compliance with management target values and renal prognosis in multidisciplinary care for outpatients with chronic kidney disease. *Clin Exp Nephrol* 2022.
- <学会発表>
1. 阿部雅紀：腎臓病療養指導士の活動実態と今後の課題～大規模アンケート調査の結果から～、第 64 回日本腎臓学会学術総会ワークショップ 6. 腎臓病療養指導士の活動の実際, 2021 年 6 月 30 日, 横浜.
 2. 阿部雅紀：慢性腎臓病治療における多職種連携の実態～大規模アンケート調査の結果から～、第 51 回日本腎臓学会東部学術大会シンポジウム 10. CKD の多職種包括的診療（腎臓病療養指導士企画）2021 年 9 月 26 日、東京.
 3. 阿部雅紀：慢性腎臓病治療における多職種連

携の実態～大規模アンケート調査の結果から～，第51回日本腎臓学会西部学術大会シンポジウム10. CKD の多職種包括的診療（腎臓病療養指導士企画），2021年10月16日，福井。

＜政策提言＞

なし

分担者氏名：金崎啓造

＜論文・著書＞

1. Tanaka K I, Morisato Y, Nakajima H, **Kanasaki K.**, et.al. Which is a better skeletal muscle mass index for the evaluation of physical abilities: The present height or maximum height? *Intern Med* **60**, 1191-1196, 2021.
2. Takeno, A., Kanazawa, I., Tanaka, K. I., Notsu, M., **Kanasaki, K.**, Oono, T., Ogawa, Y. & Sugimoto, T. High glucose promotes mineralization via bone morphogenetic protein 4-Smad signals in early stage of osteoblast differentiation. *Diabetol Int* **12**, 171-180, 2021.
3. Takedani K, Notsu M, Koike S, Yamauchi M, Mori T, Sohara E, Yamauchi A, Yoshikane K, Ito T, **Kanasaki K.** Osteomalacia caused by atypical renal tubular acidosis with vitamin D deficiency: a case report. *CEN Case Rep* **10**, 294-300, 2021.
4. Takedani K, Notsu M, Adachi N, Tanaka S., Yamamoto M, Yamauchi M, Yamauchi N, Maruyama R, **Kanasaki K.** Thyroid crisis caused by metastatic thyroid cancer: an autopsy case report. *BMC Endocr Disord* **21**, 213, 2021.
5. Takagaki Y, **Kanasaki, K.** Classical molecule in diabetic kidney hypertrophy is linked to defects in self-eating through fine-tuning. *J Diabetes Investig* **12**, 686-688, 2021.
6. ○ Srivastava SP, Zhou H, Setia O, Liu B, **Kanasaki K.**, et al. Loss of endothelial

- glucocorticoid receptor accelerates diabetic nephropathy. *Nat Commun* **12**, 2368, 2021.
7. ○ Srivastava, S. P., Li, J., Takagaki, Y., Kitada, M., Goodwin, J. E., **Kanasaki, K.** & Koya, D. Endothelial SIRT3 regulates myofibroblast metabolic shifts in diabetic kidneys. *iScience* **24**, 102390, 2021.
 8. Srivastava S P, **Kanasaki K.**, Goodwin JE. Editorial: Combating Diabetes and Diabetic Kidney Disease. *Front Pharmacol* **12**, 2021.
 9. Srivastava SP, Goodwin JE, Tripathi P, **Kanasaki K.**, Koya D. Interactions among Long Non-Coding RNAs and microRNAs Influence Disease Phenotype in Diabetes and Diabetic Kidney Disease. *Int J Mol Sci* **22**, 2021.
 10. Parchem J G, **Kanasaki K.**, Lee SB, Kanasaki M, Yang J, Xu Y, Earl KM, Keuls RA, Gattone VH, 2nd, Kalluri R. STOX1 deficiency is associated with renin-mediated gestational hypertension and placental defects. *JCI Insight* **6**, 2021.
 11. Liu H, Takagaki Y, Kumagai A, **Kanasaki K.**, Koya D. The PKM2 activator TEPP-46 suppresses kidney fibrosis via inhibition of the EMT program and aberrant glycolysis associated with suppression of HIF-1α accumulation. *J Diabetes Investig* **12**, 697-709, 2021.
 12. ○ Kumagai A, Takeda S, Sohara E, Uchida S, Iijima H, Itakura A, Koya D, **Kanasaki K.** Dietary Magnesium Insufficiency Induces Salt-Sensitive Hypertension in Mice Associated With Reduced Kidney Catechol-O-Methyl Transferase Activity. *Hypertension* **78**, 138-150, 2021.
 13. Kawakita E, Yang F, Kumagai A, Takagaki Y, Kitada M, Yoshitomi Y, Ikeda T, Nakamura Y, Ishigaki Y, **Kanasaki K.**, Koya D. Metformin Mitigates DPP-4 Inhibitor-Induced Breast Cancer

Metastasis via Suppression of mTOR Signaling. *Mol Cancer Res* **19**, 61-73, 2021.

14. Kawakita E, Koya D, **Kanasaki K**.
CD26/DPP-4: Type 2 Diabetes Drug Target
with Potential Influence on Cancer Biology.
Cancers (Basel) **13**, 2021.

分担者氏名：内田明子

<論文・著書>

1. 一般社団法人日本腎不全看護学会編・慢性腎臓病看護第6版：意思決定プロセスとSDM. 東京：(株)医学書院、2021. P87-92.
2. 特定非営利活動法人日本腎臓病協会監修・腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック：(株)東京医学社. 2021. P21-24.
3. 内田明子. 透析前の共同意思決定（SDM）のあり方. 臨牀透析 2021;37(4):25-30.
4. 内田明子. CKD進展予防からRRT導入まで（2）看護の役割. 臨牀透析 2021;37(11):15-20.
5. 内田明子. 腎代替療法選択の支援における看護師の役割・日本血液浄化技術学会雑誌 2021;29(2):250-251
6. 一般社団法人日本腎不全看護学会監修・CKD保存期ケアガイド：腎代替療法意思決定支援：(株)医学書院. 2021. 82-96

<学会発表>

1. 第64回日本腎臓学会学術総会. 他職種が参画する管理指導の普及、指導の質の担保に関する課題
2. 第27回日本腹膜透析医学会学術集会・総会. SDMとアドバンス・ケア・プランニング

<政策提言> なし

分担者氏名：石川祐一

<論文・著書>

1. Ito Y Ryuzaki M, Sugiyama H, Tomo T, Yamashita AC, **Ishikawa Y**, et al. Peritoneal Dialysis Guidelines 2019 Part 1 (Position paper of the Japanese Society for Dialysis Therapy). Renal Replacement Therapy 2021 7:40.
2. Imasawa T, Saito C, Kai H, Iseki K, Kazama JJ, Shibagaki Y, Sugiyama H, Nagata D, Narita I, Nishino T, Hasegawa H, Honda H, Maruyama S, Miyazaki M, Mukoyama M, Yasuda H, Wada T, **Ishikawa Y**, Tsunoda R, Nagai K, Okubo R, Kondo M, Hoshino J, Yamagata K. Long-term Effectiveness of a Primary Care Practice Facilitation Program for Chronic Kidney Disease Management: An Extended Follow-up of a Cluster-Randomized FROM-J Study. Nephrol Dial Transplant. 2022 Feb 23;gfac041. doi: 10.1093/ndt/gfac041. Online ahead of print.

<政策提言> なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

柏原直樹：発明の名称：推定器学習装置、推定器学習方法、及び、推定器学習プログラム. 出願番号：特開 2020 -172356

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内田明子、高岸弘美、田村由衣	腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック	特定非営利活動法人日本腎臓病協会監修	腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック	東京医学社	東京	2021	p61-68, p92-96

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
要 伸也	腎臓病療養士活動の今後の展開と評価 杏林大学医学部腎臓・リウマチ膠原病内科	日本腎臓学会誌	63 (4)	420	2021
阿部雅紀	慢性腎臓病治療における多職種連携の実態～大規模アンケート 調査の結果から～	日本腎臓学会誌	63 (6-E)	666	2021
阿部雅紀	腎臓病療養指導士の活動実態と今後の展望～大規模アンケート 調査の結果から～	日本腎臓学会誌	63 (4)	421	2021

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長)— 殿
—(国立保健医療科学院長)—

機関名 杏林大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 大瀧 純一

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部 ・ 教授
(氏名・フリガナ) 要 伸也 ・ カナメ シンヤ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐ ☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年4月1日

厚生労働大臣 殿

機関名 川崎医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 福永 仁夫

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
- (氏名・フリガナ) 柏原 直樹・カシハラ ナオキ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☐		☒
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

研究班内の役割としてデータ収集や解析等のデータを扱う研究を行わない

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 埼玉医科大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 別所 正美

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 医学部・教授
- (氏名・フリガナ) 岡田 浩一 ・オカダ ヒロカズ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

文献検索等によるガイドライン作成のため、倫理審査は不要と判断した

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立大学法人大阪大学

所属研究機関長 職 名 大学院医学系研究科長

氏 名 熊ノ郷 淳

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業

2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 大学院医学系研究科・教授

(氏名・フリガナ) 猪阪 善隆・イサカ ヨシタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入(※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査(※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針(※3)	☒	☐	☐		☒
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他(特記事項)

倫理審査委員会申請に向けて研究計画を調整準備中

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4 年 4 月 28 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 日本大学医学部

所属研究機関長 職 名 医学部長

氏 名 阿部 雅紀

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野 ・ 教授
- (氏名・フリガナ) 阿部 雅紀 ・ (アベ マサノリ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	日本大学板橋病院	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☒ 無 ☐ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4 年 3 月 23 日

厚生労働大臣
—(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
—(国立保健医療科学院長) —

機関名 国立大学法人島根大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 服部 泰直

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 医学部・教授
(氏名・フリガナ) 金崎 啓造 (カナサキ ケイゾウ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☐	☒	☐		☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4年 4月 25日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 聖隷佐倉市民病院

所属研究機関長 職 名 病院長

氏 名 鈴木 理志

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業

2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

3. 研究者名 (所属部署・職名) 看護管理室 総看護部長

(氏名・フリガナ) 内田 明子 (ウチダ アキコ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☐		☒
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☒	☐	☐		☒
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☒	☐	☐		☒
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 4 年 3 月 31 日

厚生労働大臣
~~(国立医薬品食品衛生研究所長)~~ 殿
~~(国立保健医療科学院長)~~

機関名 茨城キリスト教大学
所属研究機関長 職 名 学長
氏 名 上 野 尚 美

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 生活科学部食物健康科学科 教授
(氏名・フリガナ) 石 川 祐 一 (イシカワ ユウイチ)

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無 有 無	左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
		審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒ ☐	☐		☒
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐ ☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐ ☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐ ☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

倫理審査委員会申請に向けて研究計画を調整準備中のため

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和4年3月31日

厚生労働大臣
(国立医薬品食品衛生研究所長) 殿
(国立保健医療科学院長)

機関名 兵庫医療大学

所属研究機関長 職 名 学長

氏 名 藤岡 宏幸

次の職員の令和3年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 腎疾患政策研究事業
2. 研究課題名 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究
3. 研究者名 (所属部署・職名) 薬学部・臨床実習教授
(氏名・フリガナ) 木村 健・キムラ タケシ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針 (※3)	☒	☐	☒	杏林大学	☐
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	☐	☒	☐		☐
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	☐	☒	☐		☐
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称:)	☐	☒	☐		☐

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。
(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ☒ 未受講 ☐
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合は委託先機関:)
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 ☒ 無 ☐ (無の場合はその理由:)
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 ☐ 無 ☒ (有の場合はその内容:)

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）
分担研究報告書

慢性腎臓病（CKD）患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

研究分担者：

阿部 雅紀・日本大学 教授
内田 明子・聖隷横浜病院 総看護部長
石川 祐一・茨城キリスト教大学 教授
木村 健・兵庫医療大学 臨床実習教授

研究協力者：

日本腎臓協会腎臓病療養指導士評価普及小委員会 CKD チーム医療検証 WG

研究要旨：CKD 診療における多職種連携に関するマニュアル作成および実証研究立案の土台とすることを目的に、CKD 特有の健康課題に適合した CKD 特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等に関する実態調査を実施した。その結果、多職種による CKD 療養指導は回答施設の 75%、その評価は 40%で実施されていることが分かり、評価項目を設定した上で二次調査を進めている。今後はその解析を行い、マニュアル作成および課題の提言に繋げてゆく。

A. 研究目的：

CKD 診療における多職種連携の実態を把握したうえで、多職種連携のエビデンス研究を実施し、それらの結果をもとに課題の提言とマニュアル作成する。

B. 研究方法：

CKD 特有の健康課題に適合した CKD 特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等に関する実態調査ないしアンケートを実施し、現状の把握を行う。実態調査の結果に基づき、エビデンス構築研究を立案、実施する。立案、実施に際しては、すでに評価案の作成を進めている日本腎臓協会腎臓病療養指導士評価普及小委員会 CKD チーム医療検証 WG と連携して行っていく。

C. 研究結果：

腎臓病療養指導士評価普及小委員会で準備中のアンケートを基に、対象者を、想定していた教育認定施設に加え、コメディカル団体に広げ、実態調査に関するアンケートを作成した。アンケート用紙は、令和 2 年 3 月に日本腎臓学会教育認定施設および腎臓病療養指導士資格

取得者（看護師・管理栄養士・薬剤師それぞれ作成）宛て発送した。調査項目案として、多職種 CKD チーム医療の実施状況、腎臓病療養指導に係るコメディカルの人数、療養指導士数、腎臓教室・教育入院の実施の有無、などが挙げられる。今後はアンケートを回収後、解析作業を進め、多職種連携による療養指導の実態を明らかにする。さらに、その結果を、エビデンス実証研究のアウトカム設定等にも生かす。アンケートの実施・解析は専門機関に委託した。

1. 一次調査（多職種連携の実態調査）のためのアンケート結果

（一次調査結果の詳細は資料 2 を参照）

A. 教育認定施設向けのアンケート

対象は日本腎臓学会認定教育施設 704 施設、アンケート回収率は 40.9%であった。腎臓病療養指導士 43.8%であった。

その結果、75%の認定施設では多職種による CKD 療養指導が実施されていた。さらに、40%の施設で何らかの効果検証を行っており、30%で学会・研究会発表を行っていた。評価項目としては、教育前後の GFR 変化が最も多く（30.1%）、蛋白尿減少効果（23.9%）、減塩持続効果（15.3%）、理解度

チェック(12%)などが評価されていた。生命予後の評価施設は5.7%にとどまった。また、約60%の施設から、二次調査への協力の意向が示された。

B. 腎臓病療養指導士向けのアンケート

腎臓病療養指導士の3職種(看護師、薬剤師、管理栄養士)別にチーム医療および腎臓病療養指導士の実態についてのアンケートを行った。対象は2020年までに腎臓病療養指導士の資格を取得した1,456名である。アンケート回収率は43.8%であった。

その結果、75%の認定施設では多職種によるCKD療養指導が実施されていた。看護師の78%、管理栄養士の48%が多職種によるCKD療養指導にかかわっていた。看護師、管理栄養士は外来・入院ともに十分かわることが可能であったが、薬剤師の取得者は病院勤務の割合が高く、CKD教育入院時や腎臓教室でのかわりが多く、外来での療養指導に関与している割合が低値であった。療養指導士は実践での療養指導に自信が持てるようになり、多職種によるCKD治療に積極的にかかわることができるようになった。多職種でCKD診療を行うことで、各処方薬の必要性と意義、生活習慣の是正の意義、食事療法の個別化の意義など、他職種の意図する治療方針を理解できるようになった。今後、多職種によるCKD療養指導がCKD患者の予後に及ぼす影響について調査していく必要がある。

2. 二次調査(多職種連携の実証研究)の概要

研究計画について日本大学倫理委員会で承認を得たうえで、協力可能施設に以下の項目について回答を依頼した。2022年3月末までに25施設から回答があり、合計3,272例についての調査データが登録されている。調査項目は以下の通りである(研究計画書、依頼項目の書式はそれぞれ資料3、資料4を参照)。

(調査項目)

介入開始日、介入方法(外来または入院)、介入期間(外来は受診回数 入院は入院日数)、介入時に関与した職種(看護師、栄養士、薬剤師、その他)、年齢、性別、原疾患(糖尿病性腎臓病、慢性糸球体腎炎、腎硬化症、多発性嚢胞腎、その他)、心血管系合併症の既往歴の有無、介入時

データ: BMI、Hb、Alb、BUN、Cr、HbA1c(糖尿病合併例の場合)、介入1yr±2M前、6M±2M前、介入時、介入6M±2M後、1yr±2M後、2yr±2M後、3yr±2M後のeGFRと尿蛋白、2020年12月31日時点の転帰(生存RRT未導入、死亡RRT未導入、RRT導入、不明・転院)、死亡日あるいはRRT導入日、RRTの方法(HD、PD、腎移植)

(協力施設) 現時点で以下の25施設である。

岡山大学病院、広島大学病院、埼玉医科大学病院、三思会東邦病院、三島総合病院、順天堂大学練馬病院、聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院、聖マリアンナ医科大学病院、聖隷佐倉市民病院、大阪市立大学医学部附属病院、筑波大学附属病院、長崎大学病院、奈良県総合医療センター、日産厚生会玉川病院、北海道大学病院、田附興風会医学研究所北野病院、明石医療センター、近江八幡病院、京都山城総合医療センター、西和医療センター、市立札幌病院、日本大学医学部附属板橋病院、藤枝市立総合病院、京都山城総合医療センター、京都大学医学部附属病院

D. 考察

CKD診療における多職種連携の実態調査により我が国におけるチーム医療と多職種連携の現状と課題が初めて明らかになった。その結果をふまえた実証研究が進行中であり、効果検証が期待される。

E. 結論

研究成果を通じて、わが国のCKD診療における多職種連携の実態と課題が明らかになり、今後のエビデンス実証研究によってその有効性と効果的な運用法を示すことにより、チーム医療の質向上とCKD診療の浸透および水準向上、最終的にはCKD重症化予防とCKD患者のQOL改善、医療費節減を目指す。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Imamura Y, et al. Usefulness of multidisciplinary care to prevent worsening renal function in chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol 2019.
- 2) Machida S, et al. An inpatient educational program for chronic kidney

disease. Clin Exp Nephrol 2019.

- 3) Imamura Y, et al. Relationship between compliance with management target values and renal prognosis in multidisciplinary care for outpatients with chronic kidney disease. Clin Exp Nephrol 2022.

2. 学会発表

- 1) 第 64 回日本腎臓学会学術総会 ワークショップ 6 「腎臓病療養指導士の活動の実際」腎臓病療養指導士の活動実態と今後の課題～大規模アンケート調査の結果から～、2021 年 6 月 30 日、横浜.

- 2) 第 51 回日本腎臓学会東部学術大会 シンポジウム 10 CKD の多職種包括的診療（腎臓病療養指導士企画）慢性腎臓病治療における多職種連携の実態 ～大規模アンケート調査の結果から～、2021 年 9 月 26 日、東京.

- 3) 第 51 回日本腎臓学会西部学術大会 シンポジウム 10 CKD の多職種包括的診療（腎臓病療養指導士企画）慢性腎臓病治療における多職種連携の実態 ～大規模アンケート調査の結果から～、2021 年 10 月 16 日、福井.

3. 政策提言

該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）
分担研究報告書

慢性腎臓病 (CKD) 患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

研究分担者：猪阪 善隆・大阪大学 教授

研究要旨：

大阪府の各市町村における特定健康診査実施率および特定保健指導実施率を調査したところ、保健指導実施率に大きな違いが認められた。特定保健指導は健診後の医療機関受診に関係するだけでなく、府民の行動変容継続にも影響があり、保健指導の有用性が明らかとなった。

A. 研究目的：

本研究の目的は、現状を把握した上で多職種連携による CKD 療養指導の有効性を実証研究によって示し、エビデンスに基づいた課題解決への提言を行うことである。最終的には、多職種連携の強化による治療目標の達成率向上、さらに CKD 重症化予防と QOL 改善を目指す。

B. 研究方法：

CKD の重症化予防のためには、CKD の早期発見、早期治療が重要である。そこで、大阪府の各市町村における特定健康診査実施率および特定保健指導実施率を調査した。また、特定健診データとレセプトデータを突合し、特定健診で要受診と診断された府民が医療機関を受診するまでの期間を調査した。

さらに、比較的特定保健指導に熱心な豊中市を対象として、特定保健指導終了時点の 6 か月後および終了後 6 か月後の体重や血圧などの推移を調査し、特定保健指導による行動変容が維持できているかを調査した。

（倫理面への配慮）

各臨床研究は、実施施設の倫理委員会の承認のもとに進め、個人情報にも十分な配慮のもとに進めている。

C. 研究結果：

大阪府の各市町村における特定健康診査実施率を調査したところ、平均 30.3%であり、20%～50%まで差が認められた。一方、特定保健指導実施率については、5%～70%と特定健康診査実施率に比べて、特定保健指導実施率に大きな違いが認められた。興味深いことに、それらの実施率については全く関連が認められなかつ

た。

また、特定健診データとレセプトデータを突合し、特定健診で要受診と診断された府民が医療機関を受診するまでの期間を調査したところ、比較的受診までの期間についても市町村によって開きがあり、この受診までの期間は特定保健指導実施率との関係が認められた。

特定保健指導終了時点の 6 か月目において、血圧や体重などは開始時に比べて改善していたが、終了後 6 か月後の時点でも体重や血圧は維持できており、特定保健指導により得られた行動変容が維持できていることが確認できた。

（結果の詳細は資料 5 を参照）

D. 考察

特定健康診査実施率の市町村の違いは各市町村における府民の健康に対する意識や関心などの違いが影響していると考えられた。一方、特定保健指導については、保健師の業務が乳児や高齢者に重きが置かれており、成人の生活習慣病などに対する指導に対して余裕がある市町村と余裕がない市町村の差が表れていることが分かった。また、熱心な特定保健指導により得られた行動変容が特定保健指導終了後も維持できていることが確認できたが、特定保健指導実施率の市町村の違いは、特定健診後の医療機関受診とも関係があり、CKD の早期発見、早期治療を考えると、保健師の業務を成人の生活習慣病対策にも重きを置くことの必要性が明らかとなった。

E. 結論

研究成果を通じて、わが国の CKD 診療における多職種連携の実態と課題が明らかになり、今後のエビデンス実証研究によってその有効

性と効果的な運用法を示すことができると期待される。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

研究分担者：猪阪善隆

<論文・著書>

1. Doi, Y., Tsujita, M., Hamano, T., Obi, Y., Namba-Hamano, T., Tomosugi, T., Futamura, K., Okada, M., Hiramitsu, T., Goto, N., Nishiyama, A., Takeda, A., Narumi, S., Watarai, Y., **Isaka, Y.** The effect of cholecalciferol supplementation on allograft function in incident kidney transplant recipients: A randomized controlled study. *Am J Transplant* 21: 3043-3054. 2021.
2. Fujita, T., Kubo, S., Shioda, T., Tokumura, A., Minami, S., Tsuchiya, M., **Isaka, Y.**, Ogawa, H., Hamasaki, M., Yu, L., Yoshimori, T., Nakamura, S. THOC4 regulates energy homeostasis by stabilizing TFEB mRNA during prolonged starvation. *J Cell Sci* 134. 2021.
3. Iio, R., Kaneko, T., Mizuno, H., and **Isaka, Y.** Clinical characteristics of COVID-19 infection in a dialysis center during a nosocomial outbreak. *Clin Exp Nephrol* 25: 652-659. 2021.
4. **Isaka, Y.** Optimal Protein Intake in Pre-Dialysis Chronic Kidney Disease Patients with Sarcopenia: An Overview. *Nutrients* 13. 2021.
5. **Isaka, Y.**, Hamano, T., Fujii, H., Tsujimoto, Y., Koiwa, F., Sakaguchi, Y., Tanaka, R., Tomiyama, N., Tatsugami, F., Teramukai, S. Optimal Phosphate Control Related to Coronary Artery Calcification in Dialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 32: 723-735. 2021.
6. Kaimori, J.Y., Mori, T., Namba-Hamano, T., Morimoto, T., Takuwa, A., Motooka, D., Okazaki, A., Kobayashi, K., Asahina, Y., Kajimoto, S., Doi, Y., Oka, T., Sakaguchi, Y., Nakaya, A., **Isaka, Y.** Cyclosporine A Treatment of Proteinuria in a New Case of MAFB-Associated Glomerulopathy without Extrarenal Involvement: A Case Report. *Nephron* 145: 445-450. 2021.
7. Kawaguchi, T., Imasawa, T., Kadomura, M., Kitamura, H., Maruyama, S., Ozeki, T., Katafuchi, R., Oka, K., **Isaka, Y.**, Yokoyama, H., Sugiyama, H., Sato, H. Focal segmental glomerulosclerosis histologic variants and renal outcomes based on nephrotic syndrome, immunosuppression, and proteinuria remission. *Nephrol Dial Transplant*. 2021.
8. Matsui, I., Matsumoto, A., Inoue, K., Katsuma, Y., Yasuda, S., Shimada, K., Sakaguchi, Y., Mizui, M., Kaimori, J.Y., Takabatake, Y., **Isaka, Y.** Single cell RNA sequencing uncovers cellular developmental sequences and novel potential intercellular communications in embryonic kidney. *Sci Rep* 11: 73. 2021.
9. Matsumoto, A., Matsui, I., Katsuma, Y., Yasuda, S., Shimada, K., Namba-Hamano, T., Sakaguchi, Y., Kaimori, J.Y., Takabatake, Y., Inoue, K., **Isaka, Y.** Quantitative Analyses of Foot Processes, Mitochondria, and Basement Membranes by Structured Illumination Microscopy Using Elastica-Masson- and Periodic-Acid-Schiff-Stained Kidney Sections. *Kidney Int Rep* 6: 1923-1938. 2021.
10. Matsumoto, A., Matsui, I., Mano, K., Mizuno, H., Katsuma, Y., Yasuda, S., Shimada, K., Inoue, K., Oki, T., Hanai, T., Kojima, K., Kaneko, T., **Isaka, Y.** Recurrent membranous nephropathy with a possible alteration in the etiology: a case report.

BMC Nephrol 22: 253. 2021.

11. Nakagawa, N., Mizuno, M., Kato, S., Maruyama, S., Sato, H., Nakaya, I., Sugiyama, H., Fujimoto, S., Miura, K., Matsumura, C., Gotoh, Y., Suzuki, H., Kuroki, A., Yoshino, A., Nakatani, S., Hiromura, K., Yamamoto, R., Yokoyama, H., Narita, I., **Isaka, Y.** Demographic, clinical characteristics and treatment outcomes of immune-complex membranoproliferative glomerulonephritis and C3 glomerulonephritis in Japan: A retrospective analysis of data from the Japan Renal Biopsy Registry. PLoS One 16: e0257397. 2021.
12. Nishiwaki, H., Niihata, K., Shimizu, S., Shibagaki, Y., Yamamoto, R., Nitta, K., Tsukamoto, T., Uchida, S., Takeda, A., Okada, H., Narita, I., **Isaka, Y.**, Kurita, N. Incidence and factors associated with prescribing renin-angiotensin-system inhibitors in adult idiopathic nephrotic syndrome: A nationwide cohort study. J Clin Hypertens (Greenwich) 23: 999-1007. 2021.
13. Obi, Y., Ichimaru, N., Sakaguchi, Y., Iwadoh, K., Ishii, D., Sakai, K., Iwami, D., Harada, H., Sumida, K., Sekine, A., Masutani, K., Akutsu, N., Inoue, T., Nishihira, M., Yoneda, T., Ito, S., Araki, M., Kaimori, J.Y., Yoshida, K., Satoh, S., Ubara, Y., **Isaka, Y.**, Tsubakihara, Y., Takahara, S., Hamano, T. Correcting anemia and native vitamin D supplementation in kidney transplant recipients: a multicenter, 2 × 2 factorial, open-label, randomized clinical trial. Transpl Int 34: 1212-1225. 2021.
14. Oka, T., Hamano, T., Ohtani, T., Doi, Y., Shimada, K., Matsumoto, A., Yamaguchi, S., Hashimoto, N., Senda, M., Sakaguchi, Y., Matsui, I., Nakamoto, K., Sera, F., Hikoso, S., Sakata, Y., **Isaka, Y.** Renoprotection by long-term low-dose tolvaptan in patients with heart failure and hyponatremia. ESC Heart Fail. 2021.
15. Oka, T., Hamano, T., Ohtani, T., Tanaka, A., Doi, Y., Yamaguchi, S., Senda, M., Sakaguchi, Y., Matsui, I., Nakamoto, K., Sera, F., Hikoso, S., Nishino, M., Sakata, Y., **Isaka, Y.** Variability in estimated glomerular filtration rate and patients' outcomes in a real-world heart failure population. ESC Heart Fail. 2021.
16. Okushima, H., Iwata, Y., Hesaka, A., Sugimori, E., Ikeda, T., Nakane, M., Mita, M., Hayashi, T., **Isaka, Y.**, Kimura, T. Intra-body dynamics of D-serine reflects the origin of kidney diseases. Clin Exp Nephrol 25: 893-901. 2021.
17. Ozaki, S., Yamamoto, R., Shinzawa, M., Tomi, R., Yoshimura, R., Nakanishi, K., Nishida, M., Nagatomo, I., Kudo, T., Yamauchi-Takihara, K., **Isaka, Y.**, Moriyama, T. Vegetable Preference and Prediction of Proteinuria: A Retrospective Cohort Study. Ann Nutr Metab: 1-7. 2021.
18. Tsujita, M., Doi, Y., Obi, Y., Hamano, T., Tomosugi, T., Futamura, K., Okada, M., Hiramitsu, T., Goto, N., **Isaka, Y.**, Takeda, A., Narumi, S., Watarai, Y. Cholecalciferol supplementation attenuates bone loss in incident kidney transplant recipients: A prespecified secondary endpoint analysis of a randomized controlled trial. J Bone Miner Res. 2021.
19. Yamaguchi, S., Hamano, T., Oka, T., Doi, Y., Kajimoto, S., Shimada, K., Matsumoto, A., Sakaguchi, Y., Matsui, I., Suzuki, A., **Isaka, Y.** Mean corpuscular hemoglobin concentration: an anemia parameter predicting cardiovascular disease in incident dialysis patients. J Nephrol. 2021.
20. Yamaguchi, S., Hamano, T., Oka, T., Doi, Y., Kajimoto, S., Yasuda, S., Shimada, K.,

- Matsumoto, A., Sakaguchi, Y., Inoue, K., Matsui, I., Suzuki, A., **Isaka, Y.** Electrocardiogram findings at the initiation of hemodialysis and types of subsequent cardiovascular events. *Hypertens Res* 44: 571-580. 2021.
21. Yamamoto, R., Ito, T., Nagasawa, Y., Matsui, K., Egawa, M., Nanami, M., **Isaka, Y.**, Okada, H. Efficacy of aerobic exercise on the cardiometabolic and renal outcomes in patients with chronic kidney disease: a systematic review of randomized controlled trials. *J Nephrol* 34: 155-164. 2021.
22. Aoki, K., Yamamoto, R., Shinzawa, M., Kimura, Y., Adachi, H., Fujii, Y., Tomi, R., Nakanishi, K., Taneike, M., Nishida, M., Kudo, T., Yamauchi-Takahara, K., **Isaka, Y.**, Moriyama, T. Sleep debt and prevalence of proteinuria in subjects with short sleep duration on weekdays: a cross-sectional study. *Clin Exp Nephrol* 24: 143-150. 2020.
23. Doi, Y., Hamano, T., Ichimaru, N., Tomida, K., Obi, Y., Fujii, N., Yamaguchi, S., Oka, T., Sakaguchi, Y., Matsui, I., Kaimori, J.Y., Abe, T., Imamura, R., Takahara, S., Tsubakihara, Y., Nonomura, N., **Isaka, Y.** Serum phosphate levels modify the impact of parathyroid hormone levels on renal outcomes in kidney transplant recipients. *Sci Rep* 10: 13766. 2020.
24. Fujii, Y., Yamamoto, R., Shinzawa, M., Kimura, Y., Aoki, K., Tomi, R., Ozaki, S., Yoshimura, R., Taneike, M., Nakanishi, K., Nishida, M., Yamauchi-Takahara, K., Kudo, T., **Isaka, Y.**, Moriyama, T. Occupational sedentary behavior and prediction of proteinuria in young to middle-aged adults: a retrospective cohort study. *J Nephrol* 34: 719-728. 2021.
25. Fujimura, R., Yamamoto, T., Takabatake, Y., Takahashi, A., Namba-Hamano, T., Minami, S., Sakai, S., Matsuda, J., Hesaka, A., Yonishi, H., Nakamura, J., Matsui, I., Matsusaka, T., Niimura, F., Yanagita, M., **Isaka, Y.** Autophagy protects kidney from phosphate-induced mitochondrial injury. *Biochem Biophys Res Commun* 524: 636-642. 2020.
26. Fujita, Y., Doi, Y., Hamano, T., Hatazaki, M., Umayahara, Y., **Isaka, Y.**, Tsubakihara, Y. Low erythropoietin levels predict faster renal function decline in diabetic patients with anemia: a prospective cohort study. *Sci Rep* 9: 14871. 2019.
27. Hashimoto, N., Matsui, I., Ishizuka, S., Inoue, K., Matsumoto, A., Shimada, K., Hori, S., Lee, D.G., Yasuda, S., Katsuma, Y., Kajimoto, S., Doi, Y., Yamaguchi, S., Kubota, K., Oka, T., Sakaguchi, Y., Takabatake, Y., Hamano, T., **Isaka, Y.** Lithocholic acid increases intestinal phosphate and calcium absorption in a vitamin D receptor dependent but transcellular pathway independent manner. *Kidney Int* 97: 1164-1180. 2020.
28. Inoue, K., Matsui, I., Hamano, T., Okuda, K., Tsukamoto, Y., Matsumoto, A., Shimada, K., Yasuda, S., Katsuma, Y., Takabatake, Y., Tanaka, M., Tanaka, N., Mano, T., Minamino, T., Sakata, Y., **Isaka, Y.** Maxacalcitol (22-Oxacalcitriol (OCT)) Retards Progression of Left Ventricular Hypertrophy with Renal Dysfunction Through Inhibition of Calcineurin-NFAT Activity. *Cardiovasc Drugs Ther* 35: 381-397. 2021.
- G. 知的財産権の出願・登録状況
なし

腎臓病療養指導士に関するアンケート調査
【看護師】

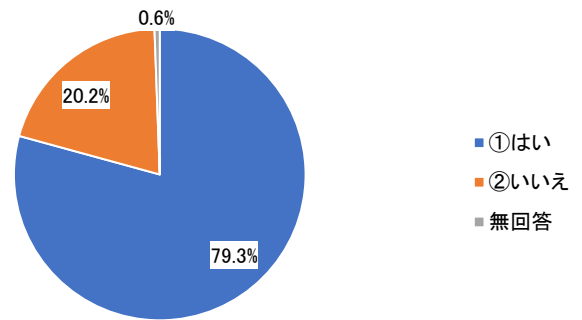
集計報告書

2021年6月16日

次のいずれかに○をしてください。

問1. 勤務先施設はCKD療養指導(糖尿病透析予防外来を含む)を行っていますか？

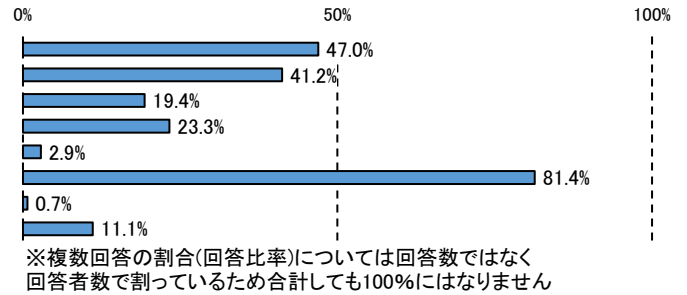
	回答	比率
①はい	279	79.3%
②いいえ	71	20.2%
無回答	2	0.6%
合計	352	



①はいの施設にご勤務の方にお聞きします。②いいえの方は問10 までご移動下さい。

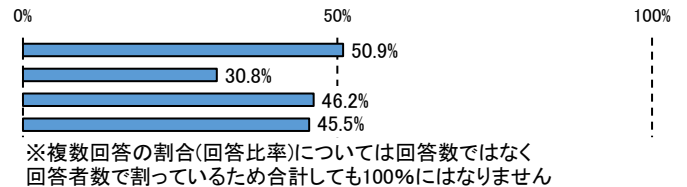
問2. CKD療養指導に携わっている資格保有者を教えてください

	回答	比率
慢性腎臓病療養指導看護師	131	47.0%
糖尿病療養指導士	115	41.2%
糖尿病看護認定看護師	54	19.4%
透析看護認定看護師または腎不全看護認定看護師	65	23.3%
腎領域の慢性疾患看護専門看護師	8	2.9%
腎臓病療養指導士	227	81.4%
高血圧療養指導士	2	0.7%
その他	31	11.1%
合計回答者数	279	
合計回答数	633	



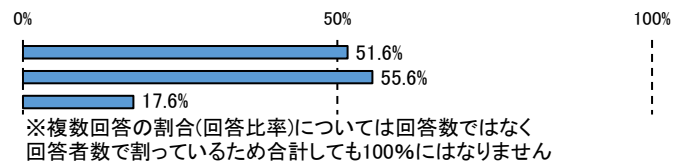
問3. CKD療養指導で行う患者指導のための教材は何ですか？

	回答	比率
腎臓病用量指導士の研修テキスト	142	50.9%
腎不全看護第5版(腎不全看護学会編集)	86	30.8%
患者さんとご家族のためのCKD療養ガイド2018(日本腎臓学会編集)	129	46.2%
その他	127	45.5%
合計回答者数	279	
合計回答数	484	



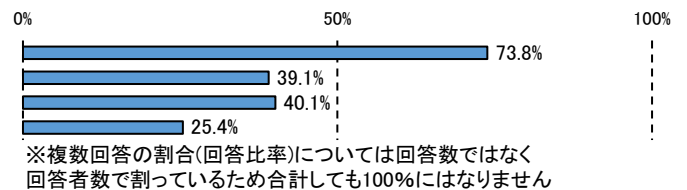
問4. 患者や家族へ配布する資料はどういったものですか？

	回答	比率
自施設で独自に作成したもの	144	51.6%
業者が作成したもの	155	55.6%
その他	49	17.6%
合計回答者数	279	
合計回答数	348	



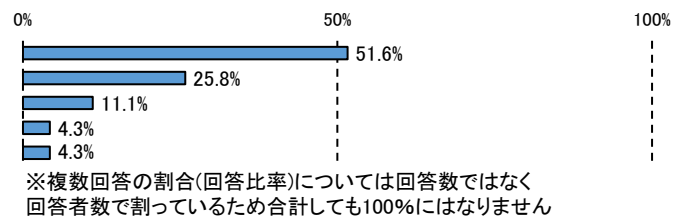
問5. CKD療養指導はどのような場で行っていますか？

	回答	比率
看護外来	206	73.8%
教育入院	109	39.1%
腎臓病教室	112	40.1%
その他	71	25.4%
合計回答者数	279	
合計回答数	498	



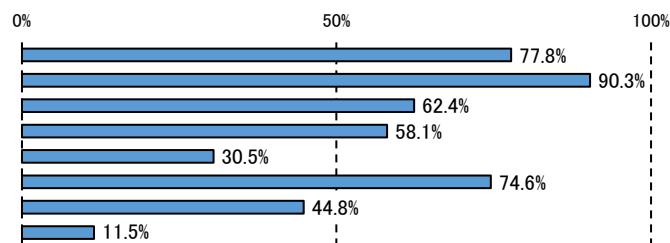
問6. CKD療養指導を患者自らが希望する割合を教えてください。

	回答	比率
10%未満	144	51.6%
10%以上～30%未満	72	25.8%
30%以上～50%未満	31	11.1%
50%以上～80%未満	12	4.3%
80%以上～100%	12	4.3%
合計回答者数	279	
合計回答数	271	



問7. 看護外来で実践している項目をお教えてください

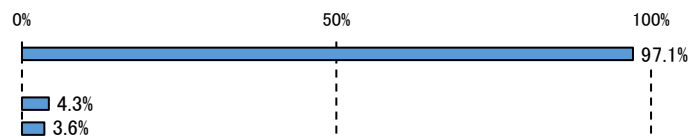
	回答	比率
CKDステージ別の療養生活指導	217	77.8%
腎代替療法の情報提供	252	90.3%
意思決定支援・倫理調整	174	62.4%
家族支援	162	58.1%
地域連携	85	30.5%
食事指導	208	74.6%
運動指導	125	44.8%
その他	32	11.5%
合計回答者数	279	
合計回答数	1,255	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

問8.看護外来の支援方法についてお教えてください。

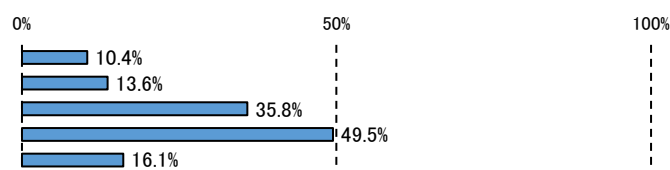
	回答	比率
直接面談	271	97.1%
オンライン面談	0	0.0%
電話	12	4.3%
その他	10	3.6%
合計回答者数	279	
合計回答数	293	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

問9. 1回の面談時間はどのくらいですか？

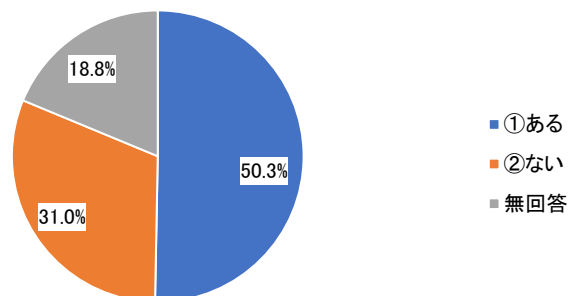
	回答	比率
10分未満	29	10.4%
20分未満	38	13.6%
30分未満	100	35.8%
60分未満	138	49.5%
60分以上	45	16.1%
合計回答者数	279	
合計回答数	350	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

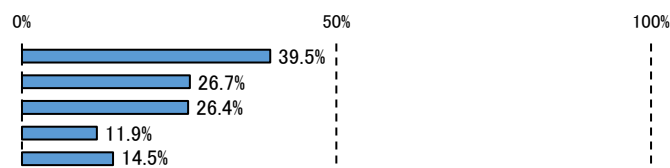
問10. CKD療養指導の中で診療報酬を算定している項目はありますか？

	回答	比率
①ある	177	50.3%
②ない	109	31.0%
無回答	66	18.8%
合計	352	



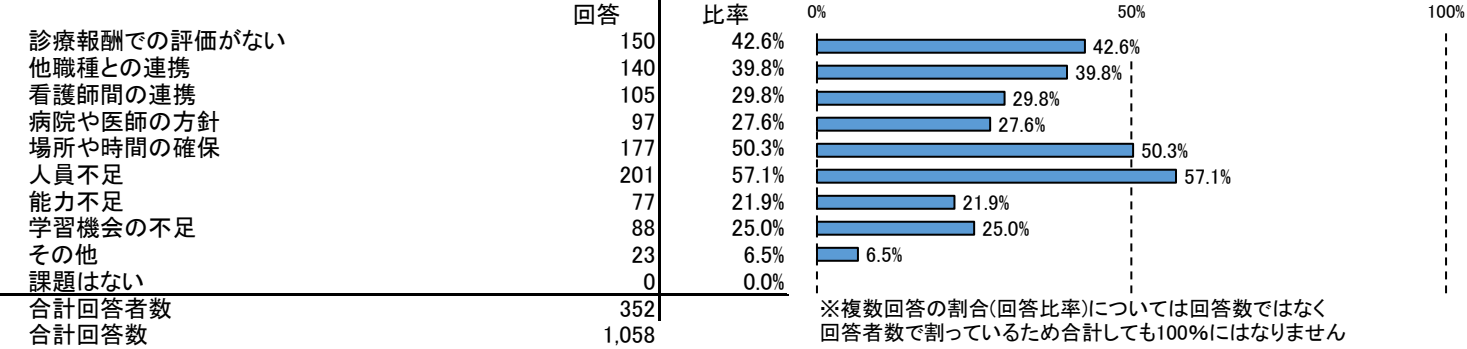
問11. CKD教育の管理はどこが行っていますか？

	回答	比率
看護部	139	39.5%
専門診療科	94	26.7%
腎臓病サポートチーム	93	26.4%
糖尿病サポートチーム	42	11.9%
その他	51	14.5%
合計回答者数	352	
合計回答数	419	

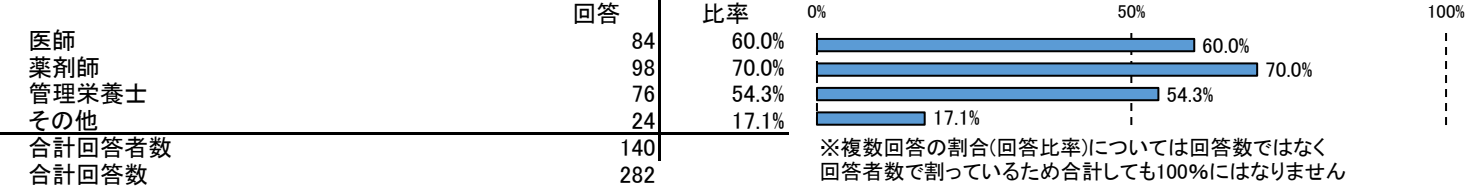


※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

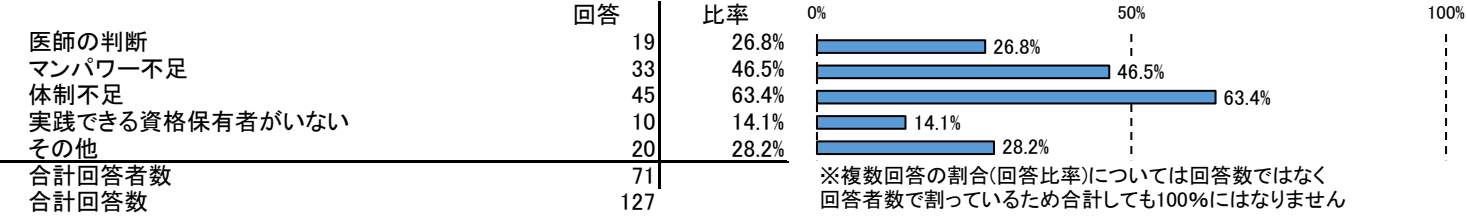
問12. CKD療養指導を継続して実施するうえでの課題は何ですか？



他職種との連携



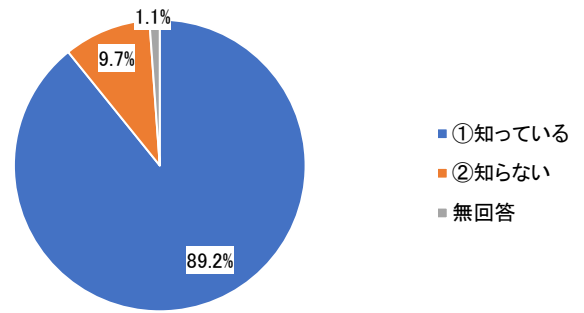
CKD 教育を実施していない施設にご勤務の方にお聞きます。
問13. CKD教育が開催できない理由をお答えください



以下、皆さまお答えください。

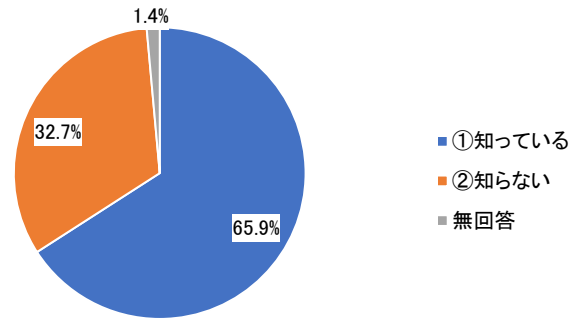
問14. 腎臓病療養指導士の存在を施設長や上司は知っていますか？

	回答	比率
①知っている	314	89.2%
②知らない	34	9.7%
無回答	4	1.1%
合計	352	



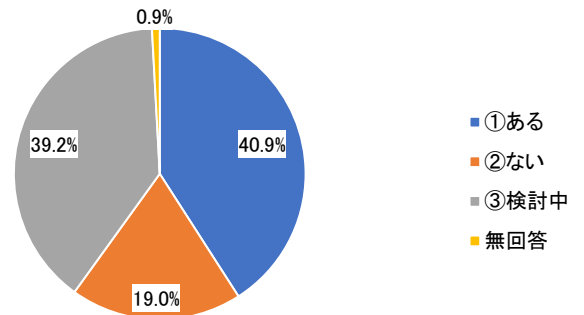
問15. 腎臓病療養指導士の役割を施設長や上司は知っていますか？

	回答	比率
①知っている	232	65.9%
②知らない	115	32.7%
無回答	5	1.4%
合計	352	



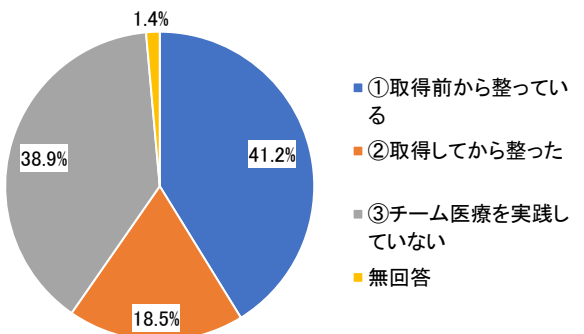
問16. 今後、腎臓病療養指導士を増やしていく予定はありますか？

	回答	比率
①ある	144	40.9%
②ない	67	19.0%
③検討中	138	39.2%
無回答	3	0.9%
合計	352	



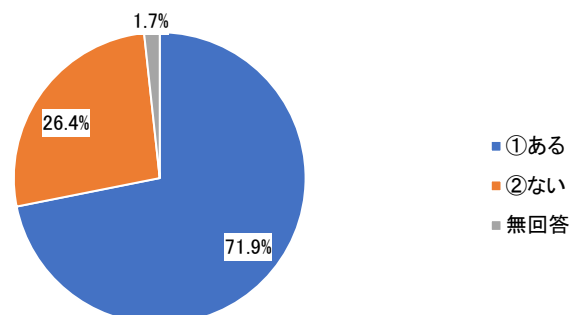
問17. 腎臓病療養指導士を取得してCKDチーム医療体制が整いましたか？(いずれかに○を)

	回答	比率
①取得前から整っている	145	41.2%
②取得してから整った	65	18.5%
③チーム医療を実践していない	137	38.9%
無回答	5	1.4%
合計	352	



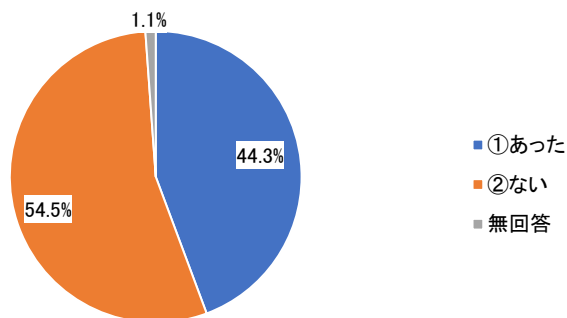
問18. 腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？

	回答	比率
①ある	253	71.9%
②ない	93	26.4%
無回答	6	1.7%
合計	352	



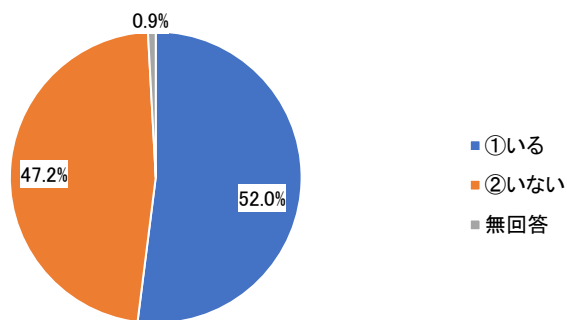
問19. 腎臓病療養指導士を取得し周囲の反応に変化はありましたか？

	回答	比率
①あった	156	44.3%
②ない	192	54.5%
無回答	4	1.1%
合計	352	



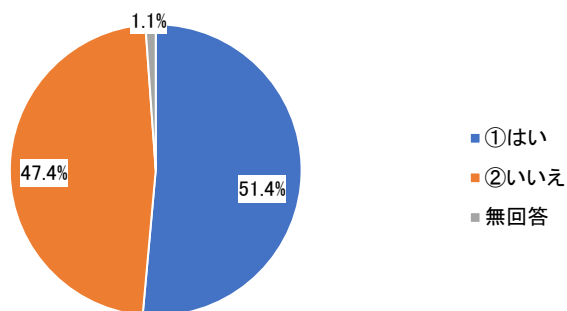
問20. あなたが腎臓病療養指導士を取得して周囲で取得したいと希望する人はいましたか？

	回答	比率
①いる	183	52.0%
②いない	166	47.2%
無回答	3	0.9%
合計	352	



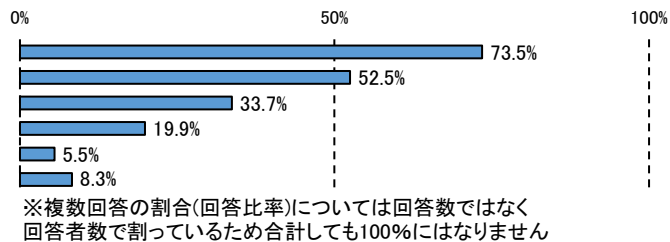
問21. 腎臓病療養指導士を取得して、他の腎臓病療養指導士と連携や情報提供、相談をすることはありますか？

	回答	比率
①はい	181	51.4%
②いいえ	167	47.4%
無回答	4	1.1%
合計	352	



問22. 「はい」の場合、どの腎臓病療養指導士と連携していますか？

	回答	比率
看護師(院内)	133	73.5%
管理栄養士(院内)	95	52.5%
薬剤師(院内)	61	33.7%
看護師(院外)	36	19.9%
管理栄養士(院外)	10	5.5%
薬剤師(院外)	15	8.3%
合計回答者数	181	
合計回答数	350	



腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
1	島津クリニック	具体的に指導はしていないが、HDしている人に関わる中で役立っている
2	信楽園病院	腎療法選択支援のチームが発足し、患者指導が充実してきた。
3	公財）浅香山病院	目標が明確になった。他者への説明が容易となり、自信をもってCKD看護を進めることができる。
4	関西ろうさい病院	意志決定支援に力を入れるようになった。
5	クリニック	病態のアセスメントができるようになってきた。透析に至るまでの管理に、興味が深くなり、介入しやすくなった。
6	関西医大附属病院	意志決定を重視し、患者が納得して、治療を選択できるように、サポートしている
7	関西医大附属病院	得た知識をお伝えし、患者を取りまく、様々な環境をお聞き、患者と共に考えるようにしています。(SDMを意識して)
8	済生会松山病院	腎症に影響のある薬をチェックするように変化した
9	津田クリニック	より詳しく、患者さんにCKDの知識や今後の事などお伝えする事ができています。
10	岡崎市民病院	腎臓に対して苦手意識が強かったが、以前より患者さんに話す内容が増えた。
11	にしかがけ内科クリニック	さらに専門性が自覚し、クリニック全体での取り組みを向上させるよう努めるようになった。
12	市立長浜病院	各ステージの指導に役立っている。細かい部分の質問に答えられるようになった。
13	大分内分分泌糖尿病内科クリニック	以前よりCKDについては患者さんへ説明していましたが指導士を取得してからはよりわかりやすくより深く指導するよう努力しています。
14	奈良県西和医療センター	自信を持って指導できる様になった
15	増子記念病院	保存期の患者さんに関わる機会が多くなり 腎キノウを維持するためには、どうするべきかどう介入すべきか考える事が増えた。又、患者自信が納得して治療を選択できる様な支援を積極的に行う様になった
16	川崎幸クリニック	糖尿病外来においてCKDに着目するようになった。また他のスタッフにCKD看護について伝達できるようになった。
17	医）清永会 矢吹病院	保存期での思いや管理方法を患者と共有しながら導入時期に関わりをもてる。
18	厚生中央病院	食事内容、薬剤について可能な範囲で話をしている
19	済生会横浜市東部病院	糖尿病のことだけではなく、腎症と言う合併症についての指導もできるようになった。
20	JAとりで総合医療センター	Ptの対応に基本から介入できた。
21	三郷中央総合病院	透析室で仕事をしているが、血漿透析導入後も、療養選択ができるようになった事。CKD外来で、予防として患者さまと面談できる時間が時折ある。
22	昭和大学横浜市北部病院	腎臓病をより詳しく理解できた。予備群に対して、より教育や関わりが必要であると思えた。
23	医療法人社団 にれの杜クリニック	指導に自身をもってできるようになった 他職種の指導もおこなうようになった
24	松山医院大分腎臓内科	ステージ別に応じて具体的な患者指導を行える様になった
25	JCHO四日市羽津医療センター	保存期に対する指導の幅がひろがった
26	大同病院	よく話を聞く。時間をかけるようになった。
27	回生会 宝塚病院	より専門性を高めようと思い自己学習や、今後のCKD課題が見えてきたように感じる
28	公立西知多総合病院	知識が深まった。
29	名古屋第二赤十字病院	PRT選択療法も含め、患者さんが興味を持つ発言があった。
30	さくら記念病院	意志決定支援の重要性の再認識
31	医療法人 一陽会 イーストクリニック	・自信がついた。・CKDチームをつくった。
32	高知高須病院	ステージ別に患者対応することができ、必要な情報を、適切な時期に提供できるようになったと思う。
33	医療法人名南会名南病院	検査結果が気になる。同時に使用している薬剤チェックなど興味↑し、チームで一人のPtへの記録もされるようになった
34	公益社団法人有隣厚生会富士病院	患者にあわせた指導をできるようになった。
35	老人施設(以前 長岡中央総合病院)	患者に対して、根拠をもった指導ができ、話もきちんと聴けるようになった。
36	光風会 光南病院	CKDに対するスキルupで患者様への指導は、エビデンスを話すことで患者の理度もupしている。
37	JA愛知厚生連江南厚生病院	個別性を考えて専門知識を提供出来るようになった。
38	地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立中央病院	知識や役割の必要性を理解できた。しかし、協力体制がとれておらず実際の活動が始められずチーム医療ができていない。後輩の知識の習得に協力しているにとどまっている。
39	山梨県立中央病院	DM患者への指導へ役立てることができている
40	日本大学板橋病院	外来看護師(内科だけだが)が、ほとんど取得しているため。かなり指導の意欲が上がった。
41	おもろまちメディカルセンター	保存期CKD患者の指導を行うことができた
42	東海大学医学部付属病院	今まで漠然とした生活指導になっていたが、より具体的に、Ptに合わせた生活指導ができるようになった。
43	北美原クリニック	透析クリニック勤務しているが、CKD外来を開設した際に資格を取得し透析導入前より患者様と関わる機会が増え、スムーズな透析導入ができ、その家族との連携もできやすくなった。
44	NTT東日本札幌病院	具体的に説明、指導できるようになった。
45	長岡赤十字病院	取得前は透析導入後の患者の看護が中心であったが、保存期からの関わり的重要性を感じ、腎臓病教室や療法選択のあり方について考えるようになった。
46	(医)一陽会 原田病院	栄養面、薬剤のことなど以前より深く知りたいと思っている
47	JAとりで総合医療センター	検査結果や症状をみて、患者さんへの指導ができるようになりました。
48	特定医療法人 光晴会病院	患者さんと積極的に関われるようになった。他職種との連携がとりやすくなった。
49	今村総合病院	・腎保護について、早い時期から知識の情報提供が必要で介入するようになった ・腎代替療法の正しい情報提供が大事で、ていねいに関わるよう心がけるようになった
50	興生総合病院	治療選択についてもっと情報提供すべきである
51	近江八幡市立総合医療センター	私は病棟ナースですが、外来ナースの腎臓病療養指導士と一緒に連けいを図かるモチベーションになった。以前は認定看護師が1人しかいないため外来ナースに遠慮していた。
52	清瀬博済堂クリニック	各ステージ及び血液透析移行後の看護に、根拠付けができるようになった
53	天童温泉矢吹クリニック	血液透析を導入した患者が導入前と後の自己管理方法の違いを混乱してることが多く、その違いの説明をこれまで以上に丁寧に説明出来るようになった。

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
54	門真クリニックあいわ診療所	腎臓病外来の担当医と患者さんについて議論する機会が増えた。
55	よこた内科クリニック	糖尿病の患者さんに腎臓について、くわしく指導できるようになった。腎について勉強することが増えた
56	NTT東日本札幌病院	より具体的、行動レベルで患者の生活に合わせて活かせる指導ができるようになった。腎代替療法選択指導をすることで、患者だけでなくその家族にも人生や生活の一部となることを改めて感じた。
57	焼津市立総合病院	末期腎不全だけでなく、よりCKDステージを考慮した支援を行うことができた。
58	はしもとじんクリニック	知識を元に根拠に基いて説明できる。
59	せりざわクリニック	より専門的な意識がでてきた。
60	大同病院	医師やCKDチームのスタッフ内での信頼が深まった。
61	三愛病院付属矢巾クリニック	自信を持って患者へ情報提供ができるようになった。
62	岡山大学病院	知識がふえて指導もより具体的にできるようになった
63	(株)日立製作所 日立総合病院	より具体的に患者に介入できる。さらに資格があることで、自信につながる。
64	社会医療法人白光会 白石病院	2020年に資格を取得後、CKDチームがつくられ、継続して療養指導を行えるようにと活動が始まった。
65	香川大学医学部付属病院	腎臓内科での勤務ではないが、合併症などでCKD患者がいる場合は、CKDに対する認識や、日常生活についてなど聞くようにしている。
66	真生会富山病院	専門性を追求する資格取得することにより、モチベーションアップにつながった。課題は加算がないため、病院に評価されない。
67	医療法人仁栄会 島津病院	知識を増やす事で、患者支援をスムーズに行えるようになった。HD導入が増加してる現状で、自分が少しでもCKD患者様の行動変容に携わっているかもしれないという意識が高まった。
68	成田記念病院	より指導内容に自信がついた。
69	埼玉医科大学総合医療センター	CKDで入院している患者に今までより多くの事を指導したり、アドバイス出来るようになった。CKDに対してさらに興味がでてきた。
70	日高病院	とにかく、ステージVにする前に少しでも腎●●が下がらないように関わりたいと感じている
71	武内病院	透析予備軍の方々に、具体的な説明ができるようになった。
72	島津病院	取得前より、患者指導を行っていたが、取得したことにより外来勤務時にCKD担当Nsの役割ができ、周囲のスタッフからも相談をうけるようになった
73	笠岡第一病院	透析導入にあたり、保存期からの関わりが重要だと思いました。
74	医療法人 行橋クリニック	資格保持者として対応できる
75	松本市立病院	自己の役割を認識でき、活動できるようになった
76	静岡済生会総合病院	保存期管理の必要性を指導できるようになった
77	横須賀共済病院	知識が具体的にになった。家族同様、患者の理解者であり、味方でありたいと考えるようになった。
78	長野中央病院	ステージにあわせて指導や治療への意見ができる
79	富山県立大学	臨床にいた時は薬剤に関する指導などが増えた
80	松本市立病院	より具体的に、分かりやすく個々の受け止め方に応じた説明を心がけるようになった
81	愛仁会井上病院	療法選択説明の家族看護や意思決定支援
82	京都岡本記念病院	自信をもてた
83	広島大学病院	個別的な患者教育とスタッフ教育を行なっている
84	高松赤十字病院	後輩の育成
85	横須賀市立うわまち病院	知識が深まったので、患者への指導内容が広がった。より詳しく説明できるようになった。
86	厚南セントヒル病院	看護師、薬剤師、栄養士、その他多職種連携し、より専門性の高い情報を患者家族へ提供することを、より意識するようになった
87	医療法人佳信会 桜セントラルクリニック	患者指導に活かせる
88	関西医科大学総合医療センター	視点が広がった
89	新生会第一病院	知識が増えたことで、指導のタイミング、指導方法、必要な指導項目がわかるようになり、当院独自の「CKD患者への支援」を再構築することができた。(腎臓診療の歴史ある病院だが、内容がしばらく更新されていなかった)
90	医療法人坂口クリニック	透析を担当している。患者指導に知識が活かされている
91	日高病院	より具体的に指導が行えるようになった。
92	医療法人社団 さとに田園クリニック	取得前までは、透析看護が中心であったが保存期指導介入の大切さが理解でき実践することができた。CKD保存期指導を行うことで実際に透析導入を回避したり遅らせることができた症例があった。
93	医療法人 入澤泌尿器科内科クリニック	いかに透析に入らないようにするか、少しでも遠ざける事ができるか、透析を受けている患者の気持ちを知っているため、それを踏まえて深められたように思う。
94	広島赤十字・原爆病院	自分自身が、腎代替療法について詳しく学ぶことが出来た。また、実践にも役立つことが出来ている。
95	聖マリアンナ医科大学病院	より積極的に患者さんと関わりを持つことができるようになった
96	新生会第一病院	腎代替療法の情報提供を早期から行う
97	とうめい綾瀬腎クリニック	透析にならないための指導や透析が近づいて来た時の指導をすることで、その人の生き方、考え方が変わると思っているため、まずは自分が知識をつけて、その患者に最善の方法を提供できるようになるために資格をとり、勉強を続けることは大切だと思っている
98	国立病院機構大阪医療センター	もっとCKDチーム医療や腎臓病療養指導士の認知度を上げたいと考えるようになった。
99	津島市民病院	腎不全合併患者の薬物療法に寄与することができるようになった。
100	東京慈恵会医科大学附属柏病院	内科外来からの指導の依頼や勉強会の依頼が増えた
101	医療法人 小田内科クリニック	患者のステージを理解して具体的にに関わることができる。
102	医療法人光晴会病院	指導の仕方が前より具体的になった
103	南三陸病院	保健指導に興味が出た。
104	熊本赤十字病院	療法選択時での生活指導などに役に立つ様になった
105	松山赤十字病院	具体的内容で指導できるようになった。
106	医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	CKDチーム医療活動導入への意欲が増し、周囲に啓蒙活動を行っている

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
107	医療法人 医学生ヶ丘クリニック	透析室の患者家族のCKDの相談や、外来に出た際には積極的に関わられるようになった。ただ、時間的には少ないので目に見える成果と言うのはないに等しいです。点数が取れるなど、病院にメリットがあれば小規模の施設でも活躍の場が作りやすいとおもいます。
108	福岡大学病院	意思決定支援に深く関わるようになった
109	伊那中央病院	保存期患者の看護指導を時間かけて行いたい。コロナの影響で、CKD教育に関するセミナーなどが開催できないので、個別指導が中心
110	川崎市立多摩病院	視野が広がった
111	医療法人 埼玉会 埼玉草加病院	チームの調整役である看護師の役割を踏まえた実践と、患者様には個別的な情報提供、指導さらにACPに基づいた支援が目標となった
112	長野市民病院	より役割を明確に自覚した
113	原口内科・腎クリニック	積極的に患者に関わるようになった
114	虎の門病院分院	チーム医療ができる
115	聖フランシスコ病院	最近の情報や指導内容を再確認できた
116	社会福祉法人京都社会事業財団西陣病院	療養選択がスムーズに行えるよう、環境を整え他職種で連携しながらサポートしています。
117	県立宮崎病院	入院中だけでなく、退院後の生活を整える必要があること
118	石川県済生会金沢病院	8か月前に始動したところです。チームを作る事、その中で医師とのやり取りや透析療法部との兼務、中心となってやらなければならない不安と責務が大きくなりました。透析前の介入が出来、難しさはありますが、疾患抑制やスムーズな導入が出来るのではないかと期待を持ち関わっています。
119	奈良県西和医療センター	指導内容が変わった
120	新生会第一病院	資格取得後は透析看護が主であった。取得後は患者の初診から導入、維持透析と全体がわかるようになり、患者に自分の中の経験や学びが活かせ、情報提供しやすくなった。
121	杏林大学医学部付属病院	ステージ別に細かい対応が必要であると感じた。また、チームでの質を高めるために働きかけをすることが大切であると考えようになった。
122	高槻赤十字病院	意思決定支援についてより考えるようになり、責任を持って療養支援に関わって行かないといけないと感じている。
123	日本大学医学部附属板橋病院	学会に参加したり自己学習することでスキルアップに繋がり、また知識を高めたことで患者さんに情報提供できるようになった。
124	大隅鹿屋病院	指導内容に具体的目標を持てるようになった
125	公立大学法人 横浜市立大学附属病院	積極的に患者に関わるようになった
126	東邦大学医療センター大橋病院	正しい知識に基づいて幅広い指導ができている。加算をとれる看護師の業務として院内でも認められる。
127	修腎会 藤崎病院	早いステージから関わるようになった
128	岐阜市民病院	生活習慣や高齢に伴い、腎臓病の罹患がおおくなっており、予防が重要であること、指導をしていく機会が増えてきている
129	東京女子医大病院	具体的な指導方法を考える
130	春日井市民病院	療法選択外来で適切なSD Mが提供できるようになった
131	那覇市立病院	CKD教育入院に関する指導内容やパス、スタッフへの指導など、積極的に関わるようになったと思う。
132	香川大学医学部附属病院	腎臓病療養指導士の資格だけでは、管理料の算定に繋がらないこともあり、不十分と考え、日本糖尿病療養指導士を取得し、看護協会のフットケア研修も受講した。その結果、積極的に患者との関わりができるようになった。
133	市立大津市民病院	研修で学んだことを活かしている。他のスタッフからの質問が増加した。
134	松山赤十字病院	対象の抱えている背景まで深く把握し関わるようになった。その上で、長期的に継続できるような生活指導に取り組むよう心がけるようになった。
135	金沢大学附属病院	取得以前は教育入院の患者への指導のみであったが、取得後、腎臓病教室が開催されて外来患者への指導や腎代替療法選択指導外来も行うようになり、よりCKD患者への看護が深まったと考える。
136	新座志木中央総合病院	医師の診察時間内では充分時間がとれず、患者層も高齢であるため、早い段階で看護介入し、他職種と連携し、家族を含めた支援が必要であり、生活の基盤をMSWなどと連携して整えていく事が必要。腎代替療法や意思決定、治療の受容など、患者や家族の気持ちを聞き、不安を払拭できるよう努めることの大切さを感じた。
137	大森赤十字病院	保存期に対する知識が深まった。以前は、指導することに躊躇するところがあったが、予後や長期的なQOLの向上には、患者のペースを尊重しながらも伝えるべきことを伝えなくてはならないと感じるようになった。
138	きじ内科クリニック	CKD保存期の期間をいかに長く維持することで、結果透析になる時期をのばせるので、教育指導がとても重要なことを実感しました。
139	市立芦別病院	専門的知識で具体的に指導出来るようになった。
140	愛知医科大学病院	知識が増えた。
141	福島県立医科大学	具体的
142	医療法人 青仁会 池田病院	患者や家族への関わり方、説明の仕方に自信をもってできるようになった
143	聖マリアンナ医科大学病院	患者のステージにより沿った指導が可能になった
144	松下記念病院	CKD教育入院を開始するにあたり栄養士、薬剤師、検査技師、医師など多職種で教育に関わるようにした。
145	名古屋大学医学部附属病院	患者をステージ別で、適切な指導介入ができる
146	聖隷佐倉市民病院	当院の6人の腎臓病療養指導士と連携をとり、月に一度ワーキンググループを行い他職種と情報交換を行えるようになった
147	済生会横浜市南部病院	腎代替療法治療選択外来で、看護師の説明内容や必要項目など明確にすることにつながった。
148	筑波学園病院	外来で個別的に細かな指導ができた。責任感が高まり学習意欲が向上した。

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
149	宇多津病院	保存期の深い学びから、腎不全看護学会で、発表する事が出来ました。
150	増子記念病院	知識のもとに、患者、家族への指導へ結びつけることが出来る。
151	新潟県佐渡総合病院	腎不全の食事指導や生活指導を考えることが出来るようになった。
152	富山市立富山市民病院	他職種連携の重要性
153	筑西腎クリニック	意思決定の在り方や支援の方法について積極的に学ぶ事が多くなった。
154	一陽会イーストクリニック	療養支援を行う機会が増えた
155	聖マリアンナ医科大学病院	外部との意見交換ができる機会が増えた。情報共有でき見直しにもつながられる。
156	JCHO仙台病院	より具体的に患者と今後の生活に対して向き合って支援する事が出来る様になった
157	公立八女総合病院	CKD教育の勉強になった
158	東海大学医学部付属病院	腎不全保存期の指導の大切さ
159	医療法人一陽会	自信や根拠を持って患者に介入できる
160	社会福祉法人 新潟市社会事業協会 信楽園病院	モチベーションが高められた
161	金山クリニック	維持透析になってからも、保存期の食事制限から変えられない人がいるため、具体的に説明できる。
162	ときわ会 日東病院	腎臓病になる前の行動を制限させるためにはどのような関わりをしなければならぬか、透析にならないようにするための行動なども理解することが出来、様々な患者さんへの指導が出来るようになりました。
163	福井総合病院	知識を得て資格者として患者と関わることで、看護師として学ぶものが多々あった。
164	大石内科クリニック	透析に、できるだけ移行しないようにするための生活習慣などを詳細に指導できるようにするためのやる気がアップした。
165	おもて内科糖尿病クリニック	療法選択外来の時、保存期に対しての指導ができる
166	医療法人社団スマイル 博愛クリニック	診療報酬への反映をより意識するようになった
167	医療法人 博友会 友愛みぬまクリニック	今後の治療選択のために、透析クリニックへ見学にみえる方がいるが、様々な選択肢について話すようになったと思う
168	たまき腎クリニック	外来患者さんの問題点を考えるようになった
169	淀川キリスト教病院	知識が増えた
170	日産厚生会 玉川病院	仕事内容が腎臓病療養指導士の資格となりより一層、指導者として自覚し身が引きしまった
171	新北九州腎臓クリニック	意欲的に取り組めるようになった
172	藤沢市民病院	知識を深めた事で患者に合わせたより良い指導ができるようになったと思う
173	原三信病院	知識が豊富になった
174	東京医科大学八王子医療センター	よりCKDstageが低い患者と関わる機会が増えた
175	静岡県立総合病院	資格取得時に薬剤についても勉強したので療法選択に活かしている。普段の看護も今まで以上に気にして関わっている。
176	みさと健和クリニック	患者に寄り添い指導すること
177	西陣病院	仕事量が増えた
178	松下会 あけぼのクリニック	透析室勤務のため、透析看護を長くやってきました。腎臓病療養指導士を取得してからは、保存期患者さんとの関りをもつことができるようになり、看護の幅が広がりました。自身のモチベーションUpになりました。
179	豊島中央病院	退院後の生活について患者と話し合う機会が増えた。
180	南奈良総合医療センター	知識が充実した
181	鹿児島共済会 南風病院	具体的にどのようなことを指導すれば良いかがわかった
182	たまき腎クリニック	患者さんの内服している薬を視点を持って見るようになった
183	昭和大学 横浜市北部病院	多角的な側面から指導できるようになった。
184	犀潟医療センター	行動変容の過程を重視するようになった。
185	大和市立病院	患者のみならず、看護師にも学習会を行い興味を抱いてもらえるよう、努力している。
186	公立八女総合病院	どちらかと言えば後ろ向きの気持ちです。指導をしても成果がわからない。患者も医師から言われたから指導を聞いているだけの様な気がします。また、指導をするために自分の持ち場を離れているため、その間は現場は人員不足。そして人員が増えないのに患者は増える一方。スタッフの負担が大きい。
187	堀ノ内病院	専門外来はないが、腎臓内科での指導ができる
188	富山協立病院	食事内容の聞き取りや処方内容、内服方法など情報収集する際にポイントが分かる。指導する際にも具体的に説明出来るため、患者さんに納得してもらいやすい。医師にも薬の内容について相談しやすい。
189	KKR立川病院	患者の生活や人生歴に興味を持ち、それを踏まえて看護するようになった
190	京都山城総合医療センター	他診療科に配属の時も、関連患者が来院した折にフォローできる。
191	吉祥寺あさひ病院	蓄尿のデータを見るようになった。より良い透析導入又は見合せと一緒に考えるようになった。
192	飯田市立病院	知識の向上 資格を持っているという自信
193	飯田市立病院	正確な知識を得ることができ、またその場が開拓された。
194	医療法人修腎会藤崎病院	医師の指示はもちろん、自発的に腎臓病の療養指導ができるようになった。
195	芳賀赤十字病院	外来指導患者が増えた、透析導入がスムーズになった
196	京都医療センター	看護以外の栄養や薬剤についても知識がついた
197	平成日高クリニック	腎臓内科外来を担当して、時間がある時は診察前の問診で指導を行っている。
198	国家公務員共済組合連合会 立川病院	最新の知見をアップデートするようになった
199	山口赤十字病院	腎不全保存期の方と会う機会が増え、専門的な話をする機会が増えた。代替療法、CKMIについて、ACPやSDMの学習が増えた。
200	さっぽろ内科・腎臓内科クリニック	保存期患者さんへアドバイスができるようになった
201	埼玉医科大学病院	患者との関わりと医師や他職種との連携
202	淀川キリスト教病院	継続して関われる
203	松江赤十字病院	知識が増えた分、患者指導に積極的に関われるようになった。看護師への指導や勉強会をもっと行う必要があると思う。

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
204	県立広島病院	栄養士や薬剤師に任せきりになっていた部分について、あらかじめ自分から情報収集を行うことで他職種との話し合いなどができるようになった
205	公立学校共済組合 近畿中央病院	腎臓病は生活習慣と密接な関係があり、生活指導が重要だと認識できた。
206	関西医科大学附属病院	病棟で退院時指導に役立つ
207	清和会 南札幌病院	チーム連携の必要性、他科薬剤処方の副作用を理解し、より深く観察指導していくことができた。栄養指導前後、行動変容の評価再プラン提示を考えることが出来た。
208	川口市立医療センター	保存期の知識が深くなった
209	久留米大学病院	積極的に関わるようになった
210	医療法人社団登要会スラージュ内科クリニック	塩分やカリウム、薬に対する腎保護効果や悪化する薬に対する理解
211	医療法人 松寿会 天保山内科	指導時、自信を持って対応できた。腎臓について詳しく説明ができ、講演会で腎臓の大切さ等伝えるようになった。
212	血液浄化センター	地域で腎臓病教室啓発
213	大阪市立総合医療センター	地域連携の調整にも重点をおくようになった。
214	大阪みなと中央病院(1月まで。現在無所属)	知識の視野が広がり、指導を含め患者との関わりの中で活かすことができた。
215		患者様に自信を持って指導出来るようになった。
216	田川市立病院	取得前は透析治療が始まってからの関わりしかなくCKDへの理解も無かったが、取得後は保存期からの関わり的重要性や、患者及び保存期治療への理解が深まっていると考えている
217	東海大学医学部附属八王子病院	診療報酬改訂に伴い腎代替療法選択支援に点数が付き実施する上でモチベーションが上がった。上司や周りのスタッフからの評価も上がった。
218	医療法人社団紘和会 平和台病院	糖尿病腎症だけでなく、CKD及びDKDの患者さんへ、今までよりも自信を持って対応できるようになった。また、患者さんへの説明で、より根拠をもって具体的に説明してあげられるようになった。
219	春回会 井上病院	少しではありますが腎臓病カンファレンスに参加して患者さんに関わるケースもあった。
220	信楽園病院	積極的に多職種と連携を取りチーム医療を意識するようになった。
221	富山県高岡看護専門学校	自信を持って指導できるようになった
222	しげい病院	講師として講演した 回復期リハビリテーション病棟とCKD外来の連携の立ち上げに関わった
223	川崎市立多摩病院	早期からの関わりが重要であると感じ、現在準備中の新たなCKD外来の指針に影響したと感じる。
224	聖隷横浜病院	知識が増え指導にいかせた。患者が関心を持ってくれたり信頼関係の構築につながった。腎代替療法を選択しないという方法も私が受け入れられ、医師にも患者の意思を代弁したりと患者の意思を尊重できるようになった。
225		より専門的知識が増えたことで、患者に説明できる内容が増えた。腎臓病教室の説明内容の見直しをすることができた。
226	金沢市立病院	受験にあたり学んだことを自信を持って指導に活かせるようになった。
227	公立小浜温泉病院	保存期の患者の外来時に、循環器医師や腎臓内科医師から依頼があった時に療法選択の説明に行く。
228	松下記念病院	積極的に患者に関わるようになった
229	松下記念病院	活動範囲の拡大、患者さんとのコミュニケーションに変化気生じて、関係性がより深いものとなった
230	地方独立行政法人 静岡県立病院機構 静岡県立総合病院	保存期生活指導や療法選択説明でより具体的に指導するようになった。また、静岡県腎臓病療養指導推進会を立ち上げ、他職種との連携が図れるようになり、自施設のみでなく、地域のクリニックや薬局、行政との連携を意識するようになった。
231	国立病院機構 東広島医療センター	知識・意欲の向上。説明する際の自信にもつながった。
232	飯田市立病院	施設で関わるスタッフ複数が共通の学びをすることで、時代錯誤が改善し、患者指導がバラバラでは無くなった。
233	玉川病院	セミナーで得た知識が生かせる。薬剤のことは薬剤師に任せていましたが気をつけて内服についてもみるようになった。
234	藤枝市立総合病院	指導目標が明確になった。根拠ある指導が行えるようになった。
235	平塚共済病院	発信力になっている
236	高知大学医学部附属病院	腎機能の確認が増えた
237	静岡県立総合病院	地域との連携が必要と考え、他施設のスタッフも交えて腎臓病療養指導推進会を立ち上げた。地域では薬剤師が直接患者と関わる機会があり活躍が期待できると考えます。地域で行われる保健師による腎臓病教室にも期待できます。地域で関心が深められるようにしていく必要があると考えます。
238	真生会富山病院	責任を持った情報提供を心がけている
239	なかしま内科・糖尿病・腎クリニック	知識がふえ、患者にその知識等を生かして関わる事ができている。また糖尿病専門の医師からもCKD患者の相談をされるようになった。
240	翔南病院	管理栄養士、薬剤師間で、情報交換を取る様になった。
241	総合病院 山口赤十字病院	外来で保存期からの関わりを深め、療養指導が行え、急激な増悪を防げる。患者がステージ5となり治療選択した後も、看護師の顔見知りができたことにより、患者は安心感が得られやすい。
242	長崎みなとメディカルセンター	患者さんへの療法選択支援の話の内容が、患者さんの生活背景や思いを中心に考えるようになった。
243	鳥取赤十字病院	自信を持って関わりやすくなった、疑問があれば多職種に相談しやすくなった、少し責任の重さを感じる
244	名古屋第二赤十字病院	データをベースに話をするようになった
245	株式会社サードステージ	医療施設の枠だけではなく地域として塩分制限を発信する行動、例えば塩分を控えたラーメン店を推奨するような地域教育活動が必要だと思う
246	医療法人 仁栄会 島津病院	患者さまと話すだけという診察報酬の取れない行為であるが、それが結果に結び付けることができるという理解が得られた。患者さまの個々の問題へ取り組みが出来るようになり、その為の自身の学習の機会が増えた。プロ意識が増した。

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ある場合】

番号	施設名	ご意見
247	JA広島総合病院	自信が持てた
248	日本大学医学部附属板橋病院	基本的知識の習得

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ない場合】

番号	施設名	ご意見
1	トータルケアライフ株式会社	取得後、看護実施する機会がまだないため。施設外の腎臓病療養指導士との情報提供では、刺激をうける。
2	社医)石心会 川崎幸病院	自分自身が透析看護認定看護師なので、看護としての新たな変化はなかった。
3	公立松任石川中央病院	管理業務となり実践の場が少なくなった
4	四日市腎クリニック	以前から取り組んでいるため
5	メディカルサテライト岩倉	何も変化ないから。
6	医療法人尚賢会 高知高須病院	資格取得後、配置異動があり、CKD看護にたずさわる機会が減り残念に思う。
7	岡山大学病院	取得前からCKD～腎不全保存期～導入期とかかわっているため特別な変化はない
8	埼玉医大総合医療センター	病院としてとれとれといってくる割●にはとってから、何の仕事も与えられていない
9	奈良県西和医療センター	CKDチームの一員として指導している。
10	東京都済生会中央病院	特に看護への変化はありません
11	埼玉医科大学病院	部署を希望なく異動されるので、CKD看護にあたれないことが多い。
12	関西医科大学総合医療センター	以前より透析センター内で、腎代替療法選択支援をしていた。
13	東邦大学医療センター大橋病院	以前より認定Nsとして実践しているため
14	埼玉医科大学病院	腎臓病療養指導士としての仕事ははっきりしていない もっと保存期にたずさわれると思ったが全くこの資格を通してかかわっていない
15	医)清流会 双樹クリニック	外来保存期の患者様がほとんどいないため
16	近江八幡市立総合医療センター	糖尿病看護認定看護師として、腎臓病療養指導士の資格を取得する前から、療養支援を行っているため
17	岡崎市民病院	指導の際に他の看護師と有資格者で見た目など指導内容の違いが見当たらないから。
18	尾原病院	全く活動できていない 病院が理解不足
19	公立藤岡総合病院	業務として実用としていない
20	医療法人社団 望生会 泉が丘内科クリニック	外来業務の短時間で関わることが多く、十分な療養指導ができていないと感じているから。
21	公立甲賀病院	資格を取得前後で何も変化がなかった。
22	十和田市立中央病院	CN活動として実践しており変化なし
23	飯田市立病院	その資格が活かされる現場ではない
24	奈良県立医科大学附属病院	特に意識しない
25	偕行会セントラルクリニック	以前から保存期の指導が重要と思っており、実践して来た。
26	東京都済生会中央病院	診療報酬に関与がないので、施設では個人の資格としか思ってもらえない。
27	医療法人仁聖会西尾クリニック	ckd看護ができる環境ではないため。
28	愛仁会高槻病院	役割は変わっていない
29	藤枝市立総合病院	資格取得前から透析予防外来を行っていました。自分の問題ではありますが、講習会を受講した際の知識がまだ十分に生かせていないと感じます。施設によって指導の進め方や使用している資料が違うと思うので、ビデオ研修やWEBセミナーが充実してもっと情報を得やすい環境になればと思います。
30	しゅうわ	給料にも業務内容などにも変化はない
31	東京医科大学八王子医療センター	資格取得前から病棟のスタッフ教育やか患者教育に関わっており、改めて何か変わったことはない。また、COVID-19患者対応となったため、今は腎臓病に関わっていない。
32	社会医療法人 明石医療センター	実践していたが、部署異動があり、実際に自分が支援できない。資格を取ったが生かせることができていない。
33	岡崎市民病院	病棟移動したため、患者と関わらなくなった
34	岡山済生会総合病院	いままでと特にかわりなし
35	恵仁会 三愛病院	もともと慢性腎臓病療養指導看護師の資格を取得していたので看護の面では変化はないが、腎臓病療養指導士の資格を取得し教育入院という新しく指導する場所を設けることができた。
36	聖路加国際病院	以前より患者指導、教育に関わっており他資格を取得しているため変化はなかった。
37	高知高須病院	元々管理的役割であり指導実践の機会がなく、職員教育指導を主としているため
38	奈良県立病院機構奈良県西和医療センター	以前から取り組んでいた
39	社会医療法人 友愛会 友愛医療センター	以前よりチーム医療で対応していた
40	JCHO千葉病院	CKD指導にあたっていないため
41	杏林大学医学部付属病院	透析看護認定看護師を取得するなど、自己研鑽していたため。
42	社会医療法人明和会中通総合病院	認定看護師を取得していたため、大きな変化はなかった。
43	香芝生喜病院	周囲との温度差を更に感じた。
44	千葉県循環器病センター	これまでと同じように透析予防指導を行っている
45	愛知県赤十字血液センター	看護の対象が献血ドナーになったため
46	山陰労災病院	他の資格で対応できていた
47	足利赤十字病院	慢性腎臓病療養指導看護師を習得する過程で変化しましたが、今回で何も変わらなかった。病院から資格を習得する過程で何も補助はなく、講習も試験も自分の休みを使って行きました。資格習得後は、資格手当もなく、監査やJCI時に役割だけ増えて行きます。そのような現状を見ている若い人は次に続いていきません。
48	JCHO熊本総合病院	資格取得していても、腎と関係ない部署に勤務異動となった
49	JA愛知厚生連 海南病院	認定看護師の資格取得しているため
50	公益社団法人地域医療振興協会 公立丹南病院	他資格を習得している
51	大分赤十字病院	業務内容に変化ない
52	国保旭中央病院	実施する事は、変わらないから
53	東京都保健医療公社豊島病院	資格取得後、すぐにコロナ病院となり、CKD看護に関わっていないため。
54	藤沢市民病院(R3年3月31日まで)	多忙でなかなか活動できない状況があった
55	東京医科歯科大学医学部附属病院	部署が変わったため
56	仁生社 江戸川病院	もともと行っているから
57	公益財団法人法人田附興風会医学研究所北野病院	現在他部署に異動になったため
58	地方独立行政法人総合病院国保旭中央病院	自身の知識取得の機会とはなっているが 実際に資格を活用する機会や制度がない。動きも、今一つ見えない。
59	十三市民病院	腎臓病の患者がいない。

腎臓病療養指導士を取得して自身のCKD看護に変化ありましたか？【ない場合】

番号	施設名	ご意見
60	松本市立病院	仕事上資格が必要とされていないことがある
61	愛媛県立中央病院	他科、他部門への配置がえとなり、介入する機会がなくなった
62	広島赤十字・原爆病院	部署が変わると活動しにくい
63	北里大学病院	資格取得前後で環境やインテンシブ等変化はない、継続してCKD看護を実践している
64	医療法人あかね会 土谷総合病院	元々腎代替療法選択に関わっていた
65	春日部内科クリニック	主要な勤務場所が透析室が多く、継続的に外来患者と接しないため
66	明石医療センター	DLN取得しており、あまり役に立たない
67	医療法人南里泌尿器科医院	他の業務併用のため時間を割けない
68	相澤病院	活動の場が設けられない。
69	生駒市立病院	DNLの資格を持っているので、活動としてはかわらない。診療報酬で、加算が取れると、病院が力を入れてくれると思う取得しましたが、加算が取れないし、腎臓病療養指導士との集まりや、勉強会などもないので、何をしたらいいのかわからない。
70	医真会八尾総合病院	腎臓内科の退職により、活躍の場が無くなった
71	近江八幡市立総合医療センター	資格を習得する事で、自身の知識の確認をした。
72	増子記念病院	前と行っていることに変化がないため
73	小牧市民病院	以前から慢性腎臓病療養指導看護師として保存期指導も実施していたため。
74	松波総合病院	現在、病棟師長となったため、手が回っていない
75	安城更生病院	十分活用できていない
76	高石藤井病院	知識・技術の習得や活用に関しての状況は同様。大きな変化はない
77	長野中央病院	透析室の勤務でCKD患者と関わることがない
78	(株)日立製作所日立総合病院	もともと慢性腎臓病療養指導看護師を取得していた
79	大分県厚生連鶴見病院	やりたい事はあるが、なかなか出来ない。昨年くらいまでCKDチームにも入っていなかった。
80	国民健康保険 小松市民病院	研修を受講し知識の向上により、患者へその知識をもって還元できる幅が広がったと感じている。しかし、資格取得以前よりCKDサポート外来を多職種と連携し実施していたため看護に変化があるとは言いがたい。有資格者が関わることで診療報酬に反映されれば、看護師自身もやりがいを感じ、施設側からの資格取得への支援が受けられる可能性もあり、資格を取得したいと思う看護師も増えるのではないと思う。現在は資格を持っているという自身の思いにとどまっている。
81	水戸済生会総合病院	以前から変わらず行っていることの継続だから
82	岡山大学病院	元々、体制が整っていたこともあるため、自分の看護自体に変化はなかった。病院としてのCKD看護体制を改善したい思いはあったが、病院内での腎臓病療養指導士としての位置付けは特になく、いちスタッフと変わらない。そのため、異動を余儀なくされ、今後の活動についても不透明。現在のCKD看護体制を引き継ぎ守っていくのが精一杯。
83	大分県厚生連鶴見病院	取得しても部署が違うと指導に携わることができない。

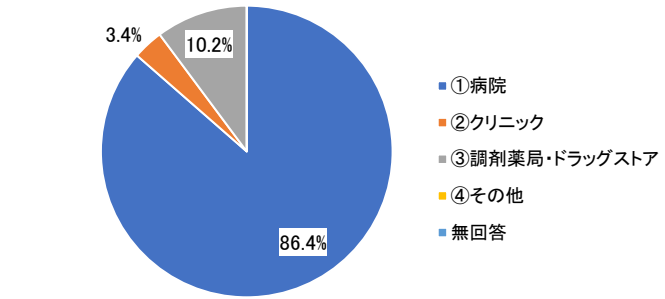
腎臓病療養指導士に関するアンケート調査
【薬剤師】

集計報告書

2021年6月16日

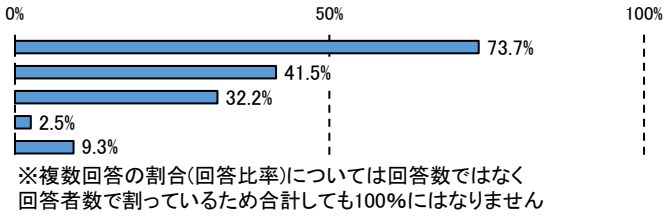
次のいずれかに○をしてください。
問1. 腎臓病療養指導士の資格を取得し、現在主に活動を行なっているところはどこですか？

	回答	比率
①病院	102	86.4%
②クリニック	4	3.4%
③調剤薬局・ドラッグストア	12	10.2%
④その他	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合計	118	



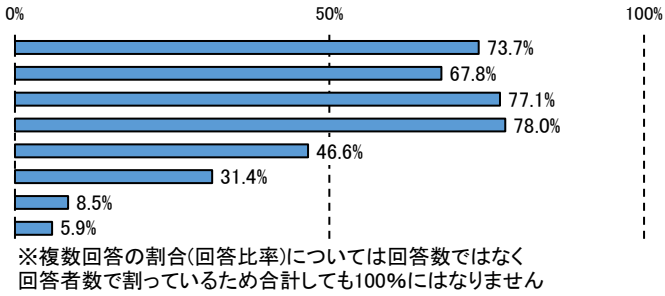
問2. 連携に際して活用しているツールを教えてください。

	回答	比率
お薬手帳(CKDシールの貼付など)	87	73.7%
処方箋への検査値の印字	49	41.5%
紙媒体(FAXや封書など)	38	32.2%
ICT(SNS含む)ツール	3	2.5%
その他	11	9.3%
合計回答者数	118	
合計回答数	188	



問3. 療養指導で継続的に評価している項目があれば教えてください。

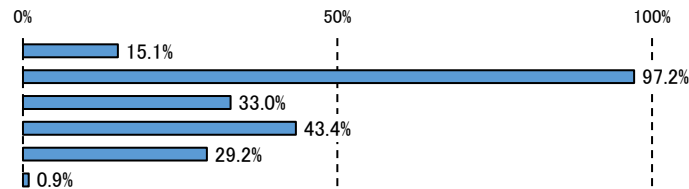
	回答	比率
アドヒアランス	87	73.7%
副作用モニタリング	80	67.8%
血清クレアチニン値	91	77.1%
eGFR	92	78.0%
尿蛋白またはアルブミン尿	55	46.6%
その他検査値	37	31.4%
特にない	10	8.5%
その他	7	5.9%
合計回答者数	118	
合計回答数	459	



【問7～14 まで 病院、クリニック勤務の方にお聞きします。】

問7. どのような療養指導を行なっていますか？

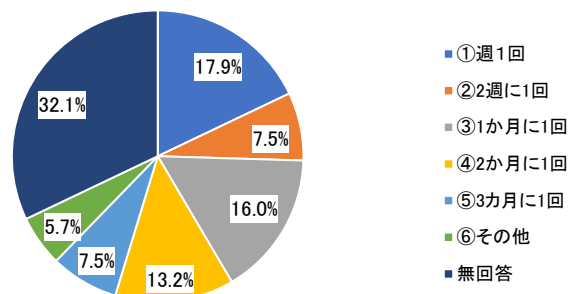
	回答	比率
受診勧奨	16	15.1%
服薬に関わる指導	103	97.2%
食事に関わる指導	35	33.0%
生活習慣に関わる指導	46	43.4%
シックデイ対策	31	29.2%
その他	1	0.9%
合計回答者数	106	
合計回答数	232	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

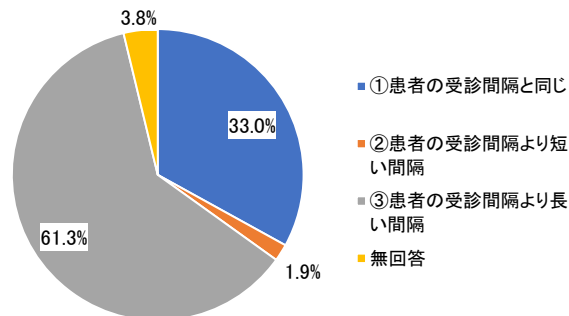
問8. 療養指導の頻度はどの程度でしょうか？(いずれかに○を)

	回答	比率
①週1回	19	17.9%
②2週に1回	8	7.5%
③1か月に1回	17	16.0%
④2か月に1回	14	13.2%
⑤3か月に1回	8	7.5%
⑥その他	6	5.7%
無回答	34	32.1%
合計	106	



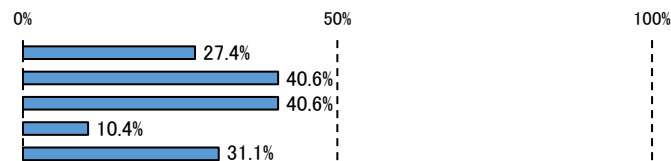
問9. 療養指導の間隔はどの程度でしょうか？(いずれかに○を)

	回答	比率
①患者の受診間隔と同じ	35	33.0%
②患者の受診間隔より短い間隔	2	1.9%
③患者の受診間隔より長い間隔	65	61.3%
無回答	4	3.8%
合計	106	



問10. チームで取り組んでいる取り組みはありますか？

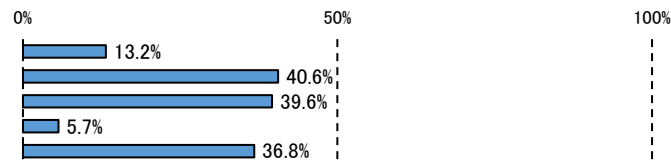
	回答	比率
CKD外来	29	27.4%
教育入院	43	40.6%
腎臓病教室	43	40.6%
その他	11	10.4%
特になし	33	31.1%
合計回答者数	106	
合計回答数	159	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

問11. その中で薬剤師が関わることができている業務はありますか？

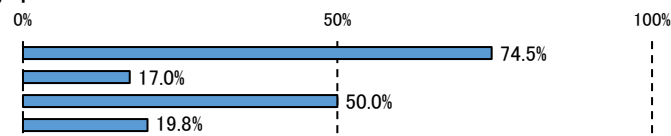
	回答	比率
CKD外来	14	13.2%
教育入院	43	40.6%
腎臓病教室	42	39.6%
その他	6	5.7%
特になし	39	36.8%
合計回答者数	106	
合計回答数	144	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

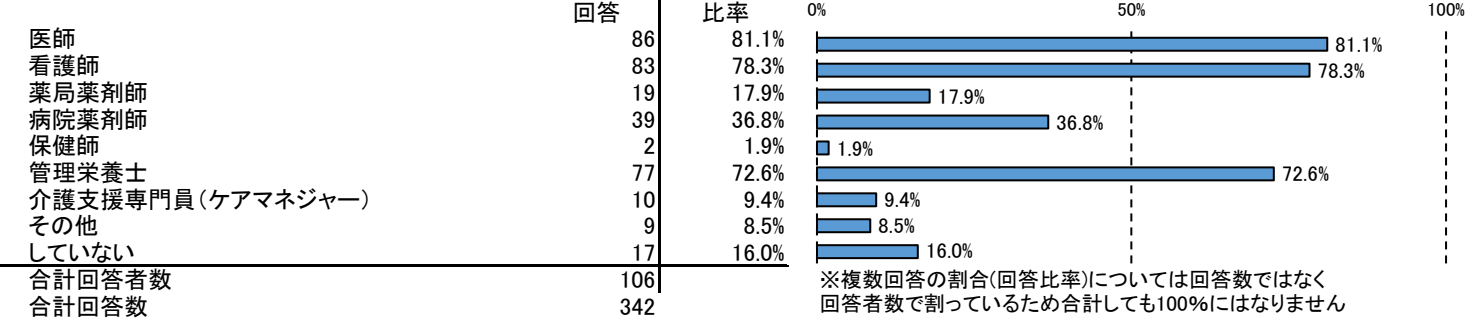
問12. 関わることができていない業務について、関わっていない理由は何ですか？

	回答	比率
人員不足	79	74.5%
他職種との連携が難しい	18	17.0%
診療報酬の問題	53	50.0%
その他	21	19.8%
合計回答者数	106	
合計回答数	171	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

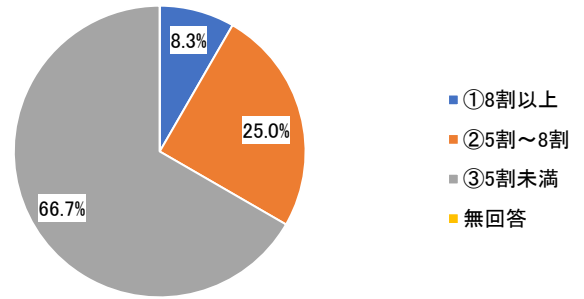
問13. 療養指導について連携している職種を教えてください。



【問15～21 まで 調剤薬局、ドラッグストアの方にお聞きます。】

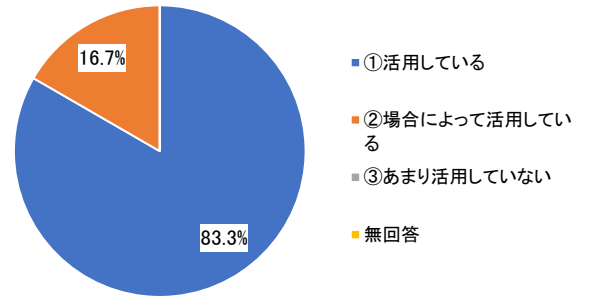
問15. 患者さんが来局される際に検査値を持参される方はだいたいどれくらいですか？

	回答	比率
①8割以上	1	8.3%
②5割～8割	3	25.0%
③5割未満	8	66.7%
無回答	0	0.0%
合計	12	



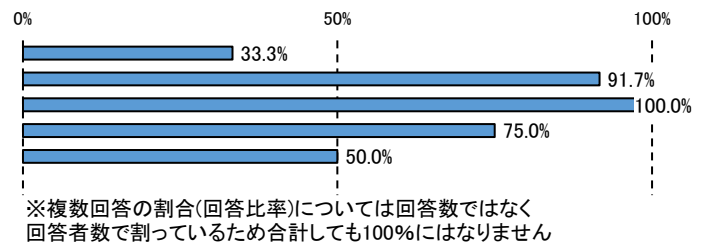
問16. 持参された検査値を療養指導に活用していますか？

	回答	比率
①活用している	10	83.3%
②場合によって活用している	2	16.7%
③あまり活用していない	0	0.0%
無回答	0	0.0%
合計	12	



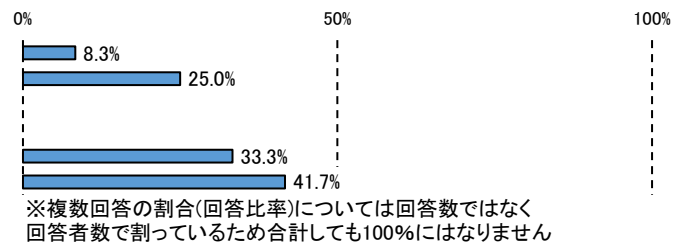
問17. どのような療養指導を行っていますか？

	回答	比率
受診勧奨	4	33.3%
服薬に関わる指導	11	91.7%
食事に関わる指導	12	100.0%
生活習慣に関わる指導	9	75.0%
シックデイ対策	6	50.0%
その他	0	0.0%
合計回答者数	12	
合計回答数	42	



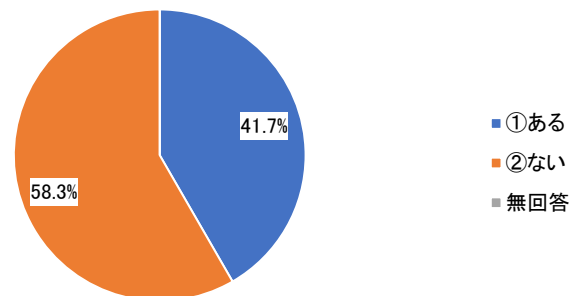
問18. 療養指導について他の施設や他の職種などと連携していますか？

	回答	比率
薬局薬剤師	1	8.3%
病院薬剤師	3	25.0%
保健師	0	0.0%
訪問看護ステーション	0	0.0%
その他	4	33.3%
していない	5	41.7%
合計回答者数	12	
合計回答数	13	



問20. 療養指導について他職種と連携する手段はありますか？

	回答	比率
①ある	5	41.7%
②ない	7	58.3%
無回答	0	0.0%
合計	12	



【問22～24 まで その他の活動先の方にお聞きます。】
問22. 現在主に業務を行っている場所はどこですか？

	回答	比率
①大学	0	-
②製薬会社	0	-
③その他	0	-
無回答	0	-
合計	0	

- ①大学
- ②製薬会社
- ③その他
- 無回答

問4. 薬剤師の関与によって患者に行動変容がみられた具体例があれば記載してください。

番号	施設名	ご意見
1	南奈良総合医療センター	コンプライアンスが非常に悪く、訪問薬剤管理指導にまでつながった。
2	医療法人創和会 しげい病院	声かけにより、お薬手帳を持参するようになってくれた。
3	イオン薬局 伊丹店	減塩指導を行うと、減らしているメモを持参してくれるようになった。
4	箕面市立病院	アドヒアランスの向上につながった
5	京都市立病院	腎臓病教室での指導により、服用意義を理解しアドヒアランス向上
6	岡崎市民病院	薬に対する意識が高まった。薬効を知ることで薬に意欲的になった。
7	三郷中央総合病院	服薬の必要性を理解し、薬の管理に積極的になった。残薬が少なくなり、アドヒアランス向上につながった。
8	聖隷佐倉市民病院	OTCの乱用防止(NSAIDsなど)
9	大幸砂田橋クリニック	自宅での血圧測定を血圧手帳に記入し、持参してもらえた他院での処方薬を持参し相談してもらえる機会が増えた
10	つくし薬局 綱島店	減塩に積極的になった。
11	下関市立市民病院	お薬手帳を持参するようになった。
12	調剤薬局アモス 南明大寺店	お薬手帳を持参するようになった。摂取水分量、塩分量に配慮して生活する様になった。自分の検査値、eGFR etcを把握するようになった。
13	宗像医師会病院	・現処方の意図を理解できた。・市販薬やサプリメントの無駄な服用をやめた。
14	沖縄第一病院	薬の服用タイミングについて。飲み忘れた場合、のまない場合があることがあるが、気付いた時点で飲んでよい薬の方が多いことを伝えることで、服用する割合が大きくなった。
15	愛仁会 井上病院	市販薬を勝手に服用せず病院を受診するようになった。
16	獨協医大埼玉医療センター	高Kや塩分に関して食べても問題ないものを説明
17	群馬県済生会前橋病院	OTCを買わなくなった。インスリン手技が改善した。
18	名古屋第二赤十字病院	服薬支援アプリを活用し患者の服薬登録率低下を察知し介入を行った
19	公益社団法人京都保健会 京都市民連太子道診療所	おくすり手帳を調剤薬局ごとに分けられていた患者様に、おくすり手帳と薬局の役割について説明理解されてから1冊のおくすり手帳にまとめられた。
20	公立藤岡総合病院	内服アドヒアランスの向上
21	イオン薬局	食事療法を聞いてくるようになった
22	すこやか薬局	かかりつけ薬剤師を持った、処方箋に記載されている検査値について説明を受け関心を持つようになった
23	日本赤十字社和歌山医療センター	ご自身のCre値に興味を持って下さるようになった
24	大分赤十字病院	健康食品やサプリメントに注意するようになった
25	京都第一赤十字病院	市販薬を使用する時は相談するようになった
26	京都第一赤十字病院	お薬手帳の活用、一包化することによるアドヒアランスの向上
27	小倉記念病院	服薬アドヒアランス向上、副作用の事前回避 腎機能などの検査値の意識づけ など
28	社会医療法人財団新和会八千代病院	お薬手帳を見せて相談してくれるようになった
29	JR札幌病院	患者自身で検査結果を確認する様になり、薬剤の効果を積極的に確認する傾向に。
30	光晴会病院	サプリメントや他科の薬について相談を受けるようになった
31	山形市立病院済生館	お薬手帳利用頻度の上昇、サプリメント利用に関する事前相談を行うようになった、アドヒアランス向上
32	名古屋大学医学部附属病院	かかりつけ医での処方時や、市販薬の購入、サプリメントに興味がある際に事前に服用可否の相談をされるようになった。
33	札幌徳洲会病院	医師の診療時間では評価困難な数の内服の方が多く、ポリファーマシーへの働きかけが強く行えている。
34	東京医科歯科大学医学部附属病院	資格を利用して業務を行っていない
35	秋本薬局 細江店	・腎臓病の内科医以外の処方内容についても相談される。・検査結果の内容を相談される。・健康食品・食事内容などの相談。
36	特定医療法人 光晴会病院	家庭血圧を測定しノートに記録するようになった。
37	戸塚共立第2病院	お薬手帳を持参するようになった。お薬を一包化して飲み忘れることが減った。
38	まつもと薬局	栄養相談を管理栄養士と行うことで、塩分やカリウム制限に取り組むきっかけとなった。
39	社会医療法人 大野記念病院	リン吸着剤を服用していたが、入院の食事により吸着剤が不要になった。食生活を改善することで薬が減量できることを理解し、食生活を改善した。
40	聖隷佐倉市民病院	服用錠数の削減、服用方法の統一などにより服薬管理が出来るようになった。
41	武蔵野赤十字病院	血圧を測るようになった、薬の飲み忘れが減った
42	新百合ヶ丘総合病院	疾患と薬剤の関連性を説明し、薬剤服薬の意義について説明することでアドヒアランス、コンプライアンスが向上した
43	光晴会病院	ロキソニンなど漫然と内服すると腎機能障害を悪化させる薬剤がある。脱水に注意する。クレメジン忘れずに3回飲む。
44	東北医科薬科大学若林病院	透析導入を阻止する為の血糖管理を気にするようになった
45	公益財団法人日産厚生会玉川病院	薬剤服用タイミングを遵守する様になった
46	京都府立医科大学附属病院	服用薬剤を把握するようになった
47	あかね会大町土谷クリニック	手帳を持参、あるいは他科を受診した時にも貼ってもらう習慣ができたため、情報を得やすくなった。
48	大阪急性期・総合医療センター	飲水量への意識が高まった
49	社会医療法人 愛仁会井上病院	血圧測定や体重測定などの自己管理
50	日高病院	検診の結果を見て腎機能を心配して電話連絡をくれた。
51	川崎すみれ薬局	検査結果を薬局で提示していただけるようになった
52	医療法人厚生会 道ノ尾病院	高血圧が長期的には腎機能の悪化につながることを説明することで、血圧手帳にしっかりと記入してくれるようになった。
53	マゼンタ薬局	片腎でCKDであることを、皮膚科のDrに伝えた
54	市立三次中央病院	残薬が減った
55	北里大学病院	アドヒアランス向上
56	神代薬局 松原店	CKDシールの数値を更新記入してもらうよう医療機関に提出してくれた
57	寿楽会 大野記念病院	アドヒアランスの向上が見られた
58	JA長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター	お薬手帳の携帯
59	大阪府済生会泉尾病院 薬剤科	リン吸着薬の薬効を理解していただき、食事に合わせて量を調整していただけるようになった

問4. 薬剤師の関与によって患者に行動変容がみられた具体例があれば記載してください。

番号	施設名	ご意見
60	公立学校共済組合 九州中央病院	・病院や保険薬局でCKDであることを伝えるようになった。・自己判断で健康食品や市販薬を服用しないようになった。・他院で処方された薬剤に関して服用してよいかを確認するようになった。
61	新潟労災病院	OTC購入時には薬剤師に相談するようになった
62	重井医学研究所附属病院	服用意義を何度も(しつこいほど)説明することで患者のアドヒアランスが向上した。
63	医療法人社団あけぼのクリニック	薬の効果を認識したことによりアドヒアランスが向上した、用法を守るようになった。(球形吸着炭細粒など)薬のメリット・デメリットを理解し、頓服薬の不要な内服を減らすことができた。
64	埼玉医科大学病院	服用方法・服用時間の遵守につながった
65	埼玉医科大学病院	服薬の必要を理解し、アドヒアランス向上に結びついた
66	順天堂大学医学部附属順天堂医院	薬剤の減量、中止により多剤処方の回避への意識付け
67	翔南会 翔南病院	服薬意義の理解が上がった。服用しづらい薬をのむようになった。
68	新潟労災病院	ただ服用するだけではなく、個々の薬の薬効を理解してもらい、飲み忘れの工夫や飲み忘れた際の対処などに関心をもってもらえた。
69	横浜労災病院	入院時の持参薬確認で薬剤の整理を行い、アドヒアランスが向上した。
70	横須賀市立うわまち病院	NSAIDsの連用を中止した。お薬手帳を更新し、他院受診時に提示するようになった。
71	平塚共済病院	内服を続けられるようになった。カレンダーや薬ケース、アラーム等内服忘れを防ぐ対策を行うようになった。
72	社会医療法人母恋 天使病院	腎臓が悪いからこそ、摂取を控えないといけないサプリメント(青汁など)あることを知り、摂取を考えている場合、購入時など主治医や薬剤師に相談するようになったなど
73	JCHO千葉病院	腎保護の重要性の教育によりアドヒアランス向上。
74	藤枝市立総合病院	腎機能を意識するようになった

問5. 薬剤師が腎機能悪化の防止に関与できたと考えられる具体例があれば記載してください。

番号	施設名	ご意見
1	南奈良総合医療センター	痛み止めの連用の中止／腎キノウが低下していったら。と感じた時にギギ照会などで／
2	医療法人創和会 しげい病院	他院で処方されていた薬剤の中で、腎機能に応じて減量が必要な、薬剤の中止提案(お薬手帳のチェックの時)
3	栢記念病院	慢性的にでていたNsaidを中止
4	イオン薬局 伊丹店	腎排泄薬の中止と変更
5	箕面市立病院	痛み止めの連用を中止した
6	京都田辺記念病院	痛みのない患者への痛み止め中止 腎キノウ低下患者への腎障害リスクのある薬剤の見直し
7	京都市立病院	NSAIDsを他剤への変更
8	岡崎市民病院	いたみどめを内服から外用になった。水分摂取量、NaCl摂取量を気にするようになった。
9	西宮敬愛会病院	患者の痛みを聞きとり、慢然と処方されていた鎮痛薬を頓服に変更してもらったこと。
10	三郷中央総合病院	活性型ビタミンD製剤の中止(Ca濃度をふまえて)
11	聖隷佐倉市民病院	鎮痛薬の漫然とした使用の防止 PAS阻害薬の中止、減量、シックデイの指導
12	大幸砂田橋クリニック	血圧手帳の記録による降圧剤の減量や増量を医師に提案
13	つくし薬局 網島店	eGFRのモニタによる LVFXの減量 バルトレックスの減量 など
14	済生会横浜市南部病院	アロプリノールの腎機能に応じた用量調節 CKDによる尿酸値上昇に対するフェブキソスタット再開提案
15	春日井市民病院	抗菌薬の投与量、投与間隔変更の提案
16	下関市立市民病院	痛み止めの連用を中止した。NSAIDs→カロナールへの変更提案。クレメジン細粒→速崩錠への剤形変更提案。
17	調剤薬局アモス 南明大寺店	eGFRによっては、疑義紹介し、適切な(NASADS、抗生剤、抗血栓薬、リリカ、タリージェetc)腎排泄薬剤量に正した。生活指導によって水分量、塩分量を適正に摂取できるようになった。検査値によって腎臓内科への受診親しゅうを行い定期的チェックを受けられるようにした。
18	宗像医師会病院	・腎内科以外のDrに抗生剤・抗菌剤・下剤などの投与量の変更を依頼し投与量の減量、代替薬となった。
19	沖縄第一病院	NSAIDsの連用を減らす。水分摂取をすすめる。
20	愛仁会 井上病院	腎機能に応じた投与量の提案
21	獨協医大埼玉医療センター	腎機能が悪いことを認識してもらい、他のかかりつけ医院にも伝えてもらう
22	群馬県済生会前橋病院	OTCの胃薬には重曹が大量に入っている製剤もあり、連日服用によってナトリウム負荷が懸念された。患者に製剤の重曹がナトリウム負荷になることを説明し、不用意に服用しない様に指導を行なった。実際にどの程度患者の腎予後を改善できたかはわからないが、悪化の防止に関与できたものと考えている。
23	名古屋第二赤十字病院	院内処方箋に記載される腎機能検査値から腎機能で調節が必要な薬剤の減量や中止の提案をおこなった
24	公益社団法人京都保健会 京都市民連太子道診療所	抗ウイルス薬、DOAC、H2阻害薬をCKD患者に常用量で処方されたが、体表面積未補正。GFR患者に減量提案した。中等度CKD患者にフォリアミンなしでリウマトレックス定期処方された患者が葉酸欠乏による貧血で、内科からフォリアミン処方された患者の整形外科主治医に伝達し中等度CKDのフォリアミン必須処方をお願いした。
25	公立藤岡総合病院	抗ウイルス薬の用量設定、NSAIDの中止
26	横須賀共済病院	ビタミンDの漫然投与による高カルシウム血症を防止
27	ミント薬局	痛み止め服用時の水分摂取。痛み止めの適正使用。SU剤を他の薬に変更提案
28	イオン薬局	腎機能の悪化に関連する病態を関連づけて考えられるようになった
29	すこやか薬局	痛み止めの漫然投与を中止した、eGFR、Ccrを用いて薬の適正用量へ疑義照会 等
30	日本赤十字社和歌山医療センター	急激な腎機能低下によるパラシクロピルの中止 血清Ca値の測定提案→高Ca血症が判明
31	大分赤十字病院	高カリウム血症の患者がカリウムが豊富な青汁を定期的に摂取していたため、控えるように指導したところ、徐々にカリウム値も低下してきた。
32	東京医科大学茨城医療センター	NSAIDs連用の抑制 ARBの服薬アドヒアランスの向上
33	京都第一赤十字病院	鎮痛薬連用中止、降圧薬減量
34	京都第一赤十字病院	薬剤の変更や用量調整
35	横須賀共済病院	処方監査にてレボフロキサシン用量変更
36	金沢医科大学氷見市民病院	腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤(日本腎臓病薬物療法学会)の減量または中止(特にレボフロキサシンが多い)
37	小倉記念病院	NSAIDsの連用
38	JCHO仙台病院	パンコマイシンの適正使用により、腎機能悪化を防げたこと
39	社会医療法人財団新和会八千代病院	検査値から投与量の調整や中止、代替薬への変更の提案など
40	JR札幌病院	NSAIDの連用の中止 V D3製剤連用による高カルシウム
41	光晴会病院	痛み止めの連用を中止
42	山形市立病院済生館	NSAIDs定期使用の中止、VD製剤重複使用の中止、過度の降圧剤使用の中止等に関する提案
43	名古屋大学医学部附属病院	初診時に常用薬(処方薬、市販薬、サプリメント)を確認し、担当医や処方医と病態に適したお薬に変更したこと。スピロラクトンの中止、NSAIDsの常用をアセトアミノフェンや貼付剤に変更するなど
44	札幌徳洲会病院	腎機能に合わせてSU剤から他剤切り替えを行い低血糖予防に取り組むなど糖尿病関係の薬剤関与が多い。また、PPIの長期投与による尿細管への懸念から減量、中止に至ることがある。
45	東京医科歯科大学医学部附属病院	抗生剤の減量、鎮痛剤の中止、ファモチジンの中止
46	秋本薬局 細江店	抗生剤の減量など。
47	特定医療法人 光晴会病院	初診の患者の常用薬をお薬手帳より確認し腎機能に応じて中止・減量を医師へ提案し実際に変更となった。
48	戸塚共立第2病院	胃薬や糖尿病薬を腎排泄型から肝代謝型へ変更した。腎機能に合わせて様々な薬剤の用量を変更した。

問5. 薬剤師が腎機能悪化の防止に関与できたと考えられる具体例があれば記載してください。

番号	施設名	ご意見
49	まつもと薬局	残薬確認からコンプライアンス不良を見つけ改善策を提案する事で残薬が減った。
50	社会医療法人 大野記念病院	過度の降圧による腎血流量の低下による腎機能低下のため、降圧剤の中止を提案した
51	名古屋共立病院	調剤の際、処方箋に検査データが記載されるため、腎機能を確認できるので腎機能に合わせて投与量、投与間隔の変更などを提案することで腎機能悪化防止に関与できていると思います。
52	聖隷佐倉市民病院	痛み止めの減量。
53	武蔵野赤十字病院	降圧薬の変更、腎排泄型薬剤の減量・中止の提案、市販薬やサプリメントの適正使用
54	光晴会病院	ロキソニンがカルナールへ変更、Mg減量、高Caの原因となる薬剤の中止・減量、減塩を中心とした血压管理の指導、脱水への注意
55	慈光会 甲府城南病院	高齢者においては特には痛み止めの連用、酸化マグネシウムの連用を中止するように医師に問い合わせを行うようにしている。
56	東北医科薬科大学若林病院	継続的に使用していた痛み止めを頓用に変更できた
57	公益財団法人日産厚生会玉川病院	複数診療科からの処方重複を指摘、活性吸着炭の服用タイミングについて服薬指導をする事により服薬遵守をした。血清カルシウム値が高値になっている患者に対し、活性型ビタミンD3製剤の中止提案
58	公益財団法人日産厚生会玉川病院	腎排泄薬物の減量など。
59	京都府立医科大学附属病院	相互作用を考慮して減量を提案した
60	あかね会大町土谷クリニック	MSAIDを服用を極力避けて、カルナールで対応している患者さんが増えた。
61	公立西知多総合病院	NSAIDsの使用中止、プレガバリンの減量等
62	埼玉県立循環器呼吸器病センター	抗凝固薬の変更
63	富山県立中央病院	腎機能に注意が必要な薬剤について、疑義照会を行う(減量や中止の提案)
64	社会医療法人 愛仁会井上病院	シクデイ対策によるトリプルAKIの回避
65	半田市立半田病院	腎機能に応じた処方提案や検査値の印字提案など
66	日高病院	TAZ/PIPCとVCMの併用の回避。
67	医療法人あかね会土谷総合病院	過量投与を防止できた
68	川崎すみれ薬局	NSAIDsからアセトアミノフェンへの変更、パラシクロピルの用量変更、透析患者への歯科処方アモキシシリンの用量変更、アロプリノールからフェブリクへの切り替え
69	医療法人厚生会 道ノ尾病院	腎機能低下がみられる双極性障害の患者に炭酸リチウムが用いられていたが、オーバードーズやアドヒアランスの低下があった。そこで気分安定薬をバルプロ酸に変更を提案した。
70	マゼンタ薬局	抗生剤の減量、鎮痛剤の変更他
71	市立三次中央病院	抗がん剤の減量提案
72	北里大学病院	服薬遵守
73	東京医科歯科大学医学部附属病院	鎮痛剤、抗生剤の用量調節、TDM
74	神代薬局 松原店	抗菌剤の減量を提案した。
75	寿楽会 大野記念病院	他科受診によりtriple whammyが発覚し、NSAIDsの連用を中止した
76	JA長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター	一般用医薬品の適正使用、NSAIDsの連用中止
77	重井医学研究所附属病院	痛み止め連用の中止
78	大阪府済生会泉尾病院 薬剤科	抗生剤の腎機能に応じた投与設計
79	市立三次中央病院	鎮痛剤をNSAIDsからアセトアミノフェンへ変更した。
80	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	ロコアテープの中止
81	公立学校共済組合 九州中央病院	・塩分制限により血圧低下を認めたため、過度に降圧しないよう降圧薬減量を提案した。 ・下肢浮腫は軽度で、胸水貯留も認めなかったため、持参薬の利尿薬は中止して塩分制限のみで経過をみることを提案した。 ・高Ca血症による急性腎障害を回避するため、エルデカルシトール服用中の患者に対する定期的な血清Ca値の測定依頼およびCa含有サプリメントの中止提案を行った。 ・複数の医療機関からNSAIDsを重複処方されていた患者に対して、主治医と協議し、疼痛の状況も考慮した上で安全な処方に変更した。処方元の医療機関へは医師から、保険薬局へは薬剤師から情報提供し、今後の指導継続を依頼した。 ・VCMの血中濃度上昇を認めた場合の減量提案。
82	東北医科薬科大学 若林病院	痛み止めの連用を中止した、降圧薬の選択においてARB等腎保護作用のある薬剤を提案した
83	新潟労災病院	医師に知らせずOTCのNSAIDsや酸化マグネシウムを服用していたため報告、中止となった。
84	重井医学研究所附属病院	痛み止めや抗アレルギー薬の連用中止、抗菌薬の用量提案、輸液の組成提案
85	医療法人社団あけぼのクリニック	Nsaidsを中止し、必要時にアセトアミノフェンへ変更した。腎機能・電解質を考慮した用量提案(スピロノラクトン中止、DPP4阻害薬・VitD3製剤減量、アロプリノール→フェブリク変更など)
86	済生会中央病院	NSAIDs中止の提案
87	埼玉医科大学病院	NSAIDsの不適切な連用の中止、バンコマイシンのTDM、利尿薬の減量
88	埼玉医科大学病院	NSAIDs中止、VD3減量、ARB減量
89	鶴岡市立荘内病院	H2ブロッカーの減量の提案
90	倉敷中央病院	NSAIDsの連用を中止した
91	下越病院	NSAIDs、抗ウィルス薬の中止や変更
92	順天堂大学医学部附属順天堂医院	鎮痛剤の種類の変更、抗がん剤治療時、造影剤使用時のハイドレーション推奨
93	翔南会 翔南病院	プレガバリンの減量。麻薬の変更、用量の提案。
94	新潟労災病院	抗菌薬鎮痛薬の減量・中止
95	横浜労災病院	他科併診後の服薬指導にて、鎮痛薬の変更(NSAIDsからアセトアミノフェンへの変更)や抗アレルギー薬の減量を行った。
96	横須賀市立うわまち病院	整形外科で処方されていたロキソプロフェンナトリウムが、患者のCKDの申告によりアセトアミノフェンへ変更された。MRSA感染症を加療しているCKD患者に対し、バンコマイシンのTDMを実施し、適正な投与計画を提案した。
97	関西医科大学総合医療センター	腎排泄薬剤の投与量の調節
98	平塚共済病院	サプリメントや不必要な薬剤をやめた。

問5. 薬剤師が腎機能悪化の防止に関与できたと考えられる具体例があれば記載してください。

番号	施設名	ご意見
99	社会医療法人母恋 天使病院	NSAIDsの定期内服を頓服や、アセトアミノフェンの定期内服へ変更。抗菌薬やDOACなど、処方薬の用量に関して疑義照会し減量。PIPC/TAZとVCMの併用により急性腎障害のリスク高めること情報提供など。
100	JCHO千葉病院	NSAIDsの内服使用量の減少。
101	藤枝市立総合病院	禁忌薬剤の中止 減量薬剤の減量

問6. 患者指導以外で、CKD治療の普及に向けた取り組みをしていれば、具体的に記載してください。

番号	施設名	ご意見
1	南奈良総合医療センター	保健所とコラボして医療従事者に向けた学習会 住民向けの健康増進事業。腎臓病教育(院内) 地域での医療従事者に向けた勉強会(連携もとれるように…)
2	医療法人創和会 しげい病院	お薬手帳にCKDシールを貼付している。
3	枳記念病院	調剤薬局薬剤師向け講演会
4	綾部市立病院	医療従事者に向けた講演会、勉強会
5	医療法人千里厚生会 千里丘中央病院	医療従事者に向けた講演会
6	京都市立病院	薬剤科内での勉強会(腎機能低下時の薬物療法について)
7	岡崎市民病院	Dr、薬剤師、Ns、栄養士との共同講演会、同上の市民公開講座、地域の研修会、薬剤提案
8	西宮敬愛会病院	関西腎と薬剤研究会に所属し、定期的に講演会やセミナーを開催。演者や座長として取り組ませていただいています。
9	三郷中央総合病院	薬剤部内での勉強会
10	聖隷佐倉市民病院	ワーキンググループ結成と、情報共有(院内関連部署)
11	大幸砂田橋クリニック	地域の腎不全対策キャンペーンでの講演
12	済生会横浜市南部病院	毎年学会発表
13	調剤薬局アモス 南明大寺店	市主催のイベント(げんきまつり)への薬剤師会コーナーへの参画、医療従事者に向けた講演会、社内勉強会。
14	愛仁会 井上病院	病院の取組として地域の医院クリニックとの連携の強化
15	獨協医大埼玉医療センター	腎と薬剤研究会
16	群馬県済生会前橋病院	OTCに含有されている炭酸水素Na量を調査し、登録販売員に対するアンケート調査を行なった。調査結果等について学術集会での発表および学術誌へ投稿を行なった。
17	名古屋第二赤十字病院	・日本腎臓病薬物療法学会の協力団体である、若手の会(kids)の運営。ホームページ作成や、討論会の開催など ・中部腎と薬剤研究会の運営委員(勉強会や学会誌への原稿執筆など)
18	公益社団法人京都保健会 京都市民連太子道診療所	活性型ビタミンD製剤(外用剤含む)使用による高Ca血症啓発、CKDを含む慢性便秘薬の適正使用、免疫抑制剤および副腎皮質ステロイド投与時の結核、B型肝炎スクリーニングとモニタリング、ステロイド性骨粗鬆症GIO治療の啓発
19	公立藤岡総合病院	学会発表、院内勉強会
20	イオン薬局	スタッフ向けにCKD通信を発行
21	JA尾道総合病院	講演会
22	すこやか薬局	CKDの生活指導に関するポスターを作成して掲示、待合室にCKDに関するリーフレットを置く、CKDシールを薬手帳に貼る等
23	日本赤十字社和歌山医療センター	腎臓内科医からの要請による「医師向けの薬(特に相互作用について)」に関する講演」(準備中)
24	大分赤十字病院	腎臓病教育入院、腎臓病教室、学会発表、薬剤師会での公演
25	京都第一赤十字病院	製薬会社からCKDに関するインタビューを受け、会員限定サイトに掲載
26	小倉記念病院	市民公開講座
27	JCHO仙台病院	講演会開催
28	JR札幌病院	院内勉強会 医療従事者向け講演会
29	高砂市民病院	部署内での腎臓病に関する勉強会 他職種への薬剤に関する情報提供 学会発表内容について院内で講演
30	光晴会病院	長崎腎と薬剤研究会にて地域の薬剤師へ啓発
31	名古屋大学医学部附属病院	腎臓病教室、学会発表
32	札幌徳洲会病院	腎臓病薬物療法学会発表、CDEJ取得、CKDの院内講演
33	秋本薬局 細江店	学会発表
34	特定医療法人 光晴会病院	学会発表
35	戸塚共立第2病院	医療従事者への勉強会
36	まつもと薬局	書籍の特集執筆
37	社会医療法人 大野記念病院	病棟で腎機能低下時に使用を控えたい薬についてその都度看護師に情報提供
38	聖隷佐倉市民病院	医療従事者に向けた講演会、院内活動。
39	武蔵野赤十字病院	職場内勉強会、地域薬局との合同勉強会
40	光晴会病院	調剤薬局へのトレーニングレポートを使用した積極的な情報提供、調剤薬局薬剤師との薬薬連携の会、雑誌への活動記事
41	公益財団法人日産厚生会玉川病院	地域CKDネットワークへの参加
42	京都府立医科大学附属病院	看護師や薬剤師向けに講演会をおこなった
43	あかね会大町土谷クリニック	定期的にはできていません
44	公立西知多総合病院	市民公開講座、薬剤師会での発表、学会発表等
45	大阪急性期・総合医療センター	保管薬局向けの書籍執筆
46	埼玉県立循環器呼吸器病センター	同じチームの薬剤師への情報提供
47	富山県立中央病院	薬剤師の勉強会での講演
48	社会医療法人 愛仁会井上病院	案内資料の作成
49	半田市立半田病院	検査値の印字提案など
50	日高病院	youtubeを利用した一般市民向けのCKDに関する動画の配信。
51	川崎すみれ薬局	医療従事者向けの発表会
52	医療法人厚生会 道ノ尾病院	腎臓病薬物療法学会で発表した内容を、院内の全体集会で報告することで周知を図った。
53	マゼンタ薬局	中小企業の会社での講演
54	市立三次中央病院	学会発表、勉強会での症例提示
55	北里大学病院	医療従事者に向けた講演会
56	JA長野厚生連佐久総合病院 佐久医療センター	市民向けの動画配信、薬剤師対象の勉強会
57	重井医学研究所附属病院	勉強会
58	大阪府済生会泉尾病院 薬剤科	医師、薬剤師向けの腎不全で注意が必要な薬剤の注意喚起
59	公立学校共済組合 九州中央病院	・薬剤師会と共同でのCKD療養指導に関する研修会開催(主に保険薬局薬剤師対象) ・薬剤師会と共同でのCKD療養指導に関するアンケート調査実施 →学会発表(今後の予定もあり) ・「CKD療養指導に関する施設間情報連絡書」(薬業連携)の運用開始 →今後学会発表予定 ・一般市民を対象としたCKDに関する市民講座

問6. 患者指導以外で、CKD治療の普及に向けた取り組みをしていれば、具体的に記載してください。

番号	施設名	ご意見
60	新潟労災病院	病棟看護師に向けた勉強会
61	医療法人社団あけぼのクリニック	医療従事者に向けた講演会、地域の公民館でCKD講演会
62	埼玉医科大学病院	腎と薬剤研究会の設立、医療従事者に向けた講演会、院内薬剤師向けのゼミ開催
63	埼玉医科大学病院	薬剤師向けの勉強会の開催、学会発表
64	鶴岡市立荘内病院	医療従事者に向けた講演会
65	下越病院	地域での薬剤師向けのセミナー企画
66	順天堂大学医学部附属順天堂医院	薬局の先生方向け勉強会実施、院内カンファレンス参加、ポリファーマシーに関して執筆
67	新潟労災病院	腎臓内科があった時は、不定期ですがCKD患者と家族にむけた講演会を院内で開催していました。
68	平塚共済病院	地域薬剤師会での講演会
69	JCHO千葉病院	勉強会。学会発表。
70	藤枝市立総合病院	施設内薬剤師への連携シール活用啓蒙

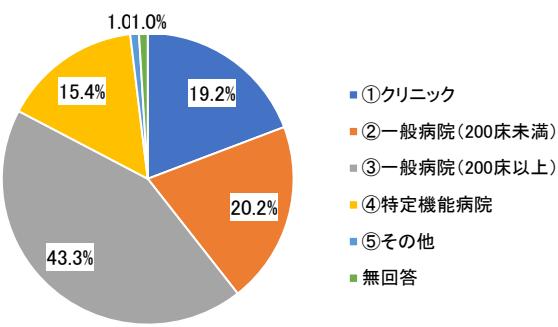
腎臓病療養指導士に関するアンケート調査
【管理栄養士用】

集計報告書

2021年6月16日

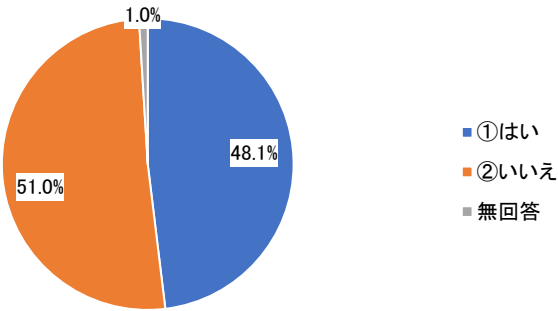
施設形態

	回答	比率
①クリニック	20	19.2%
②一般病院(200床未満)	21	20.2%
③一般病院(200床以上)	45	43.3%
④特定機能病院	16	15.4%
⑤その他	1	1.0%
無回答	1	1.0%
合計	104	



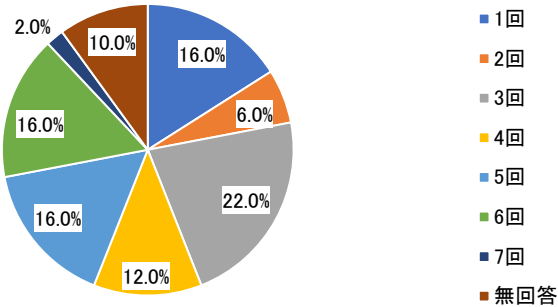
次のいずれかに○をしてください。
問1. 勤務先でCKD専門外来は行われていますか？

	回答	比率
①はい	50	48.1%
②いいえ	53	51.0%
無回答	1	1.0%
合計	104	



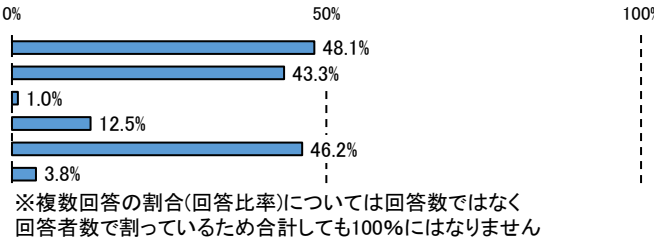
問2. はいと答えた方にお伺いします。週に何回程度行われていますか？

	回答	比率
1回	8	16.0%
2回	3	6.0%
3回	11	22.0%
4回	6	12.0%
5回	8	16.0%
6回	8	16.0%
7回	1	2.0%
無回答	5	10.0%
合計	50	



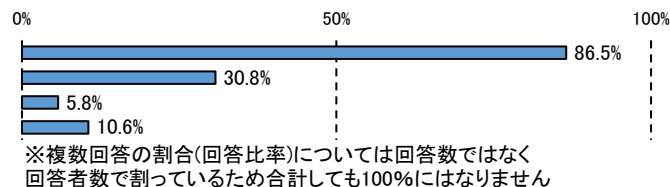
問3. 行っているスタッフの職種をお答えください。

	回答	比率
医師	50	48.1%
看護師	45	43.3%
保健師	1	1.0%
薬剤師	13	12.5%
管理栄養士	48	46.2%
その他	4	3.8%
合計回答者数	104	
合計回答数	161	



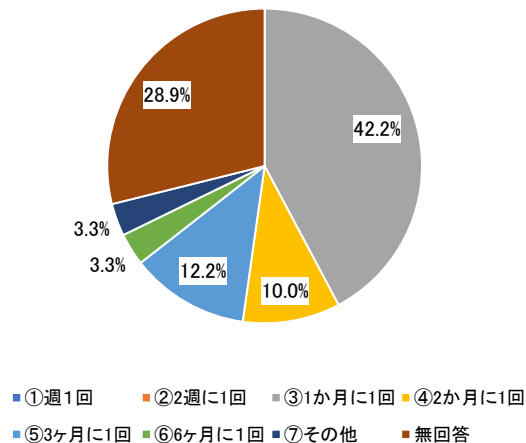
問5. 退院後の栄養指導のフォローアップはどのようにされていますか？

	回答	比率
自院での外来フォロー	90	86.5%
他院・クリニックへの紹介	32	30.8%
定期的健診の勧め	6	5.8%
その他	11	10.6%
合計回答者数	104	
合計回答数	139	



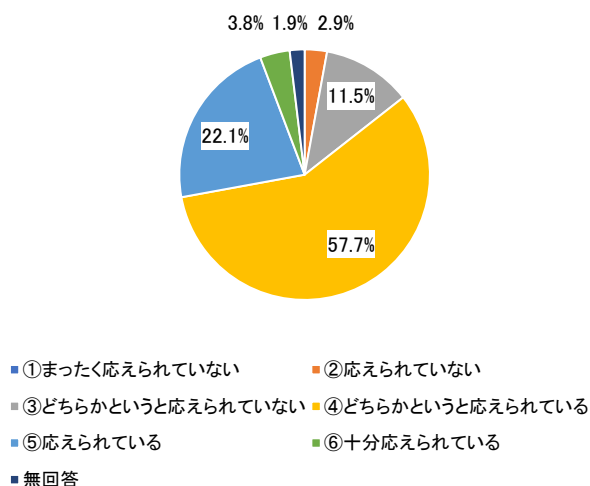
自院での外来フォロー

	回答	比率
①週1回	0	0.0%
②2週に1回	0	0.0%
③1か月に1回	38	42.2%
④2か月に1回	9	10.0%
⑤3ヶ月に1回	11	12.2%
⑥6ヶ月に1回	3	3.3%
⑦その他	3	3.3%
無回答	26	28.9%
合計	90	



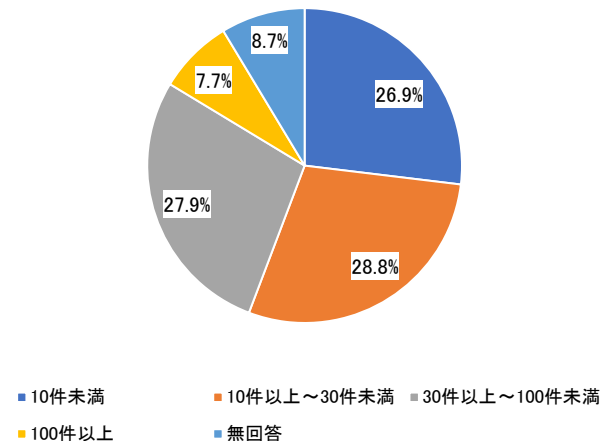
問6. CKD療養指導を行っている管理栄養士は、医師の期待に応えられていると思いますか？

	回答	比率
①まったく応えられていない	0	0.0%
②応えられていない	3	2.9%
③どちらかというと応えられていない	12	11.5%
④どちらかというと応えられている	60	57.7%
⑤応えられている	23	22.1%
⑥十分応えられている	4	3.8%
無回答	2	1.9%
合計	104	



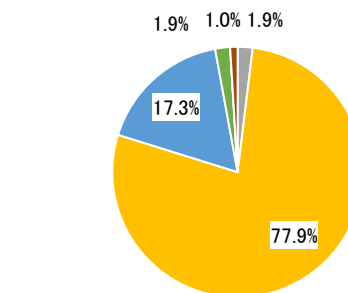
問7. 腎臓病(保存期)の栄養指導件数は月に平均何件行っていますか？(2020年度実績)

	回答	比率
10件未満	28	26.9%
10件以上～30件未満	30	28.8%
30件以上～100件未満	29	27.9%
100件以上	8	7.7%
無回答	9	8.7%
合計	104	



問8. 療養指導士を取得して腎臓病の栄養指導件数は変化しましたか？

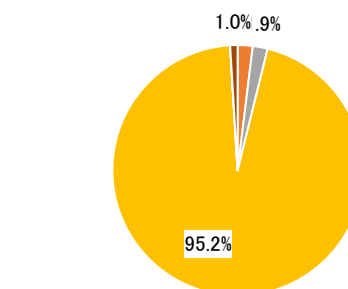
	回答	比率
①とても減少した	0	0.0%
②減少した	0	0.0%
③どちらかというと減少した	2	1.9%
④変化なし	81	77.9%
⑤どちらかという増加した	18	17.3%
⑥増加した	2	1.9%
⑦とても増加した	0	0.0%
無回答	1	1.0%
合計	104	



- ①とても減少した ■ ②減少した
- ③どちらかという減少した ■ ④変化なし
- ⑤どちらかという増加した ■ ⑥増加した
- ⑦とても増加した ■ 無回答

問9. 療養指導士を取得して栄養指導キャンセル率に変化はありましたか？

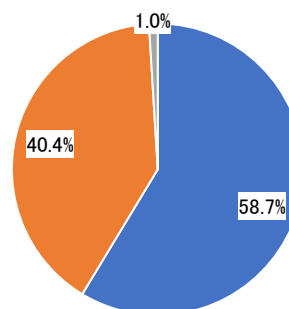
	回答	比率
①とても減少した	0	0.0%
②減少した	2	1.9%
③どちらかという減少した	2	1.9%
④変化なし	99	95.2%
⑤どちらかという増加した	0	0.0%
⑥増加した	0	0.0%
⑦とても増加した	0	0.0%
無回答	1	1.0%
合計	104	



- ①とても減少した ■ ②減少した
- ③どちらかという減少した ■ ④変化なし
- ⑤どちらかという増加した ■ ⑥増加した
- ⑦とても増加した ■ 無回答

問10. 診療所から、腎臓病患者に対する外来栄養食事指導料2*の依頼があった場合、対応は可能ですか？

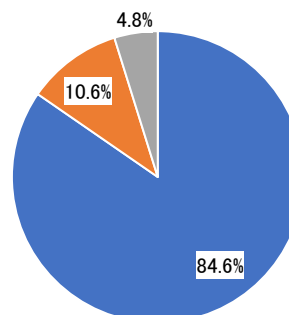
	回答	比率
①はい	61	58.7%
②いいえ	42	40.4%
無回答	1	1.0%
合計	104	



- ①はい
- ②いいえ
- 無回答

問11. 診療所から、あなたの施設に紹介患者として腎臓病栄養指導依頼があった場合、対応は可能ですか？

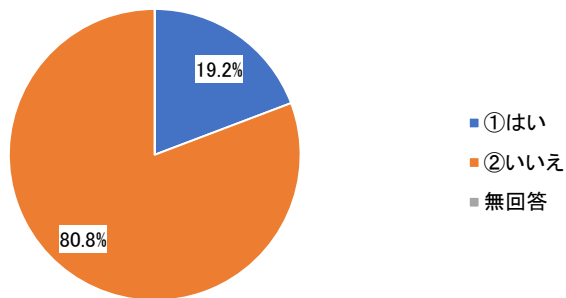
	回答	比率
①はい	88	84.6%
②いいえ	11	10.6%
無回答	5	4.8%
合計	104	



- ①はい
- ②いいえ
- 無回答

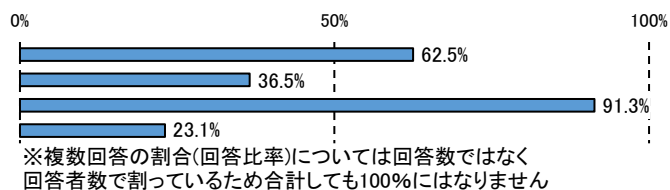
問12. 腎臓病食品交換表は使用していますか？

	回答	比率
①はい	20	19.2%
②いいえ	84	80.8%
無回答	0	0.0%
合計	104	



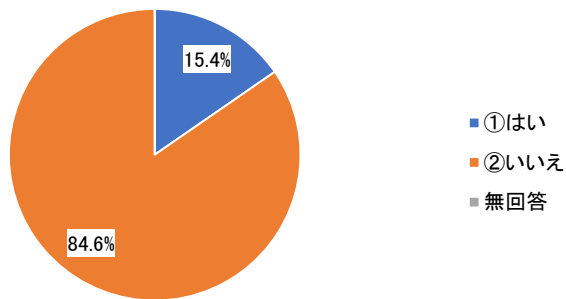
問13. 次のうち、栄養指導時に使用している指導媒体はありますか？

	回答	比率
フードモデル	65	62.5%
自院で提供される食事	38	36.5%
自院で作成した資料	95	91.3%
その他	24	23.1%
合計回答者数	104	
合計回答数	222	



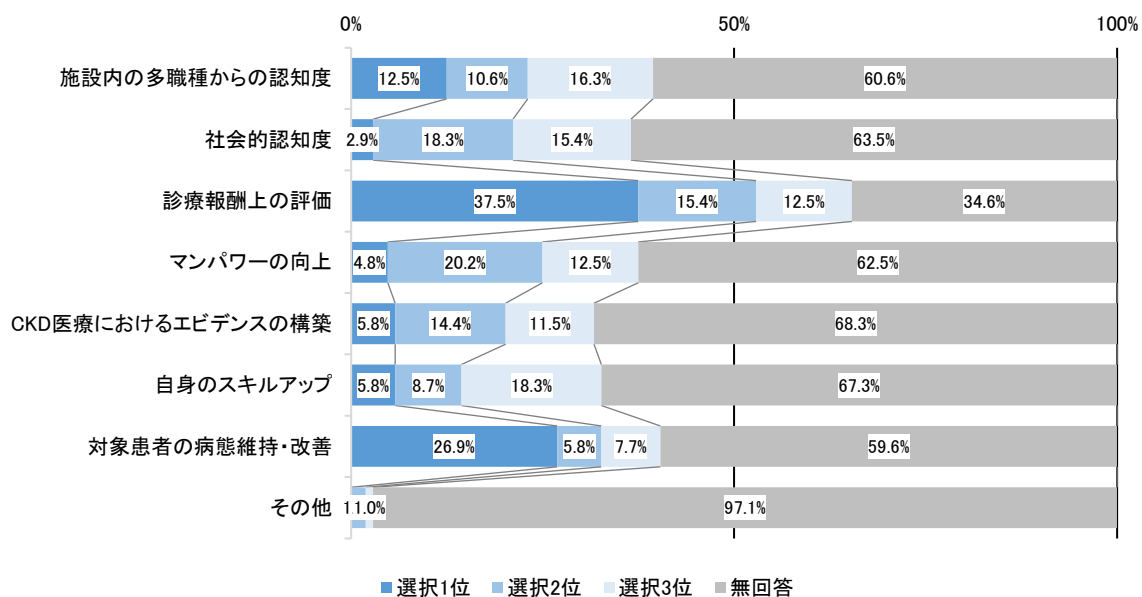
問14. (コロナ感染拡大以前)調理実習を用いた指導は行っていますか？

	回答	比率
①はい	16	15.4%
②いいえ	88	84.6%
無回答	0	0.0%
合計	104	



問15. 療養指導士としてチーム医療を推進していくために、あなたが今後最も重要と考えるのは、次のうちどれですか？

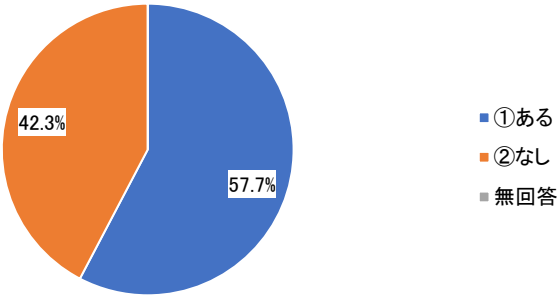
	選択1位	選択2位	選択3位	無回答	合計
施設内の多職種からの認知度	13 (12.5%)	11 (10.6%)	17 (16.3%)	63 (60.6%)	104 (100%)
社会的認知度	3 (2.9%)	19 (18.3%)	16 (15.4%)	66 (63.5%)	104 (100%)
診療報酬上の評価	39 (37.5%)	16 (15.4%)	13 (12.5%)	36 (34.6%)	104 (100%)
マンパワーの向上	5 (4.8%)	21 (20.2%)	13 (12.5%)	65 (62.5%)	104 (100%)
CKD医療におけるエビデンスの構築	6 (5.8%)	15 (14.4%)	12 (11.5%)	71 (68.3%)	104 (100%)
自身のスキルアップ	6 (5.8%)	9 (8.7%)	19 (18.3%)	70 (67.3%)	104 (100%)
対象患者の病態維持・改善	28 (26.9%)	6 (5.8%)	8 (7.7%)	62 (59.6%)	104 (100%)
その他	0 (0%)	2 (1.9%)	1 (1%)	101 (97.1%)	104 (100%)



問16. 療養指導士を取得してメリット、デメリットはありますか？

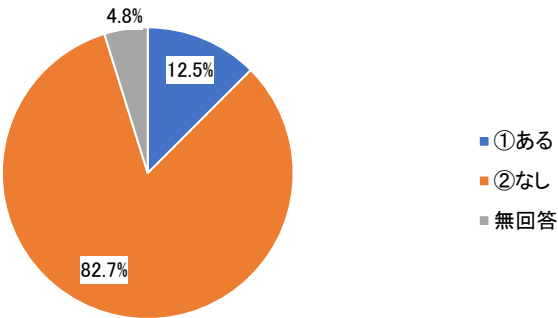
メリット

	回答	比率
①ある	60	57.7%
②なし	44	42.3%
無回答	0	0.0%
合計	104	



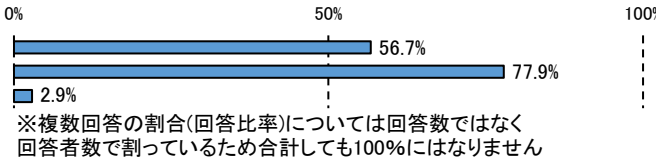
デメリット

	回答	比率
①ある	13	12.5%
②なし	86	82.7%
無回答	5	4.8%
合計	104	



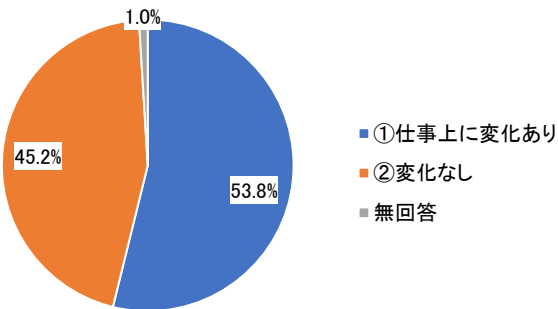
問17. 療養指導士の資格取得について周知されていますか？

	回答	比率
施設長が把握	59	56.7%
所属長が把握	81	77.9%
職場内には伝えていない	3	2.9%
合計回答者数	104	
合計回答数	143	



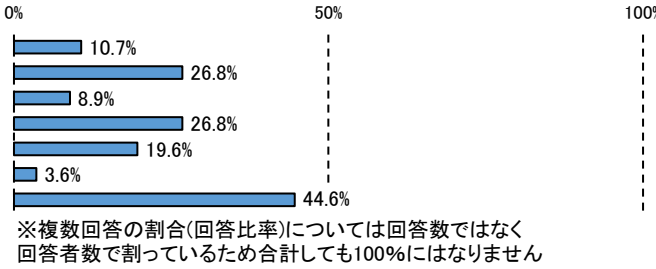
問18. 資格取得後、仕事に対するご自身の変化や行動変容がありましたらご記入ください。

	回答	比率
①仕事上に変化あり	56	53.8%
②変化なし	47	45.2%
無回答	1	1.0%
合計	104	



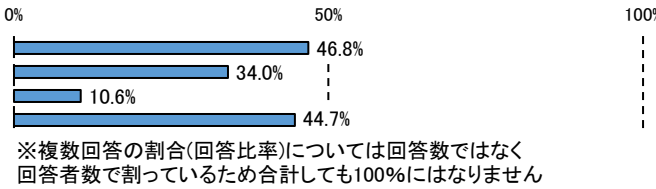
①仕事上に変化あり

	回答	比率
CKD療養指導チームを設立した	6	10.7%
腎臓病療養教室の開催	15	26.8%
腎臓病回診への参加	5	8.9%
腎臓病カンファレンスへの参加	15	26.8%
学会・研究会で発表した	11	19.6%
執筆活動した	2	3.6%
その他	25	44.6%
合計回答者数	56	
合計回答数	79	



②変化なし

	回答	比率
資格を活かせる場がない	22	46.8%
院内での認知度が低い	16	34.0%
資格を活かす相談相手がいらない	5	10.6%
その他	21	44.7%
合計回答者数	47	
合計回答数	64	



問16. 療養指導士を取得してメリット、デメリットはありますか？

番号	施設名	ご意見
1	熊野前にしむら内科クリニック	メリット 自身のスキルアップ 給与手当
2	小平北ロクリニック 4月～は田無南ロクリニック	メリット 看護や薬学などの分野を学べたこと デメリット 単位取得のための学会参加が大変だったがwebになったので、今後はとても良かった。
3	NHO信州上田医療センター	メリット 医師から信頼、自己研さんにつながる
4	ミッドタウンクリニック名駅	メリット 腎疾患に関する詳しい知識の取得。
5	平成日高クリニック	メリット 自身の向上につながっている。
6	医療法人財団 織本病院	メリット 勉強した内容を栄養指導で実践できる
7	望星 西新宿診療所	メリット CKD保存期の栄養以外の事にも興味を持つことが出来た
8	高石藤井病院	メリット 自身のスキルアップとなる。 デメリット 診療報酬上の評価がない。
9	新潟労災病院	メリット 自己研さん デメリット 内科医師不在の状況
10	新渡戸記念中野総合病院	メリット 自身のスキルアップにつながった。以前より質の高い療養指導を行えるようになったと思う。
11	横浜市立大学附属病院	デメリット ・1人しかもっていないので関連した仕事は全てふられてしまう ・単位更新の学会も年休で参加していて、他の単位と(DM等)あわせてより大変となった。
12	金沢医科大学氷見市民病院	メリット 療養指導士取得をすすめて頂いた医師がおられ、食事指導の重要性を理解されているので、細かな指導を頂くことができる。 デメリット 腎臓内科以外からは認知度が低い。他の業務もあるため、療養指導士としての業務に特化することは現状ではむずかしい。
13	藤井病院	メリット 多職種と交流する機会ができた。
14	明石医療センター	メリット 自身のモチベーションUP
15	牧田総合病院	メリット 各種や医師とコミュニケーションがとりやすくなった
16	あけぼのクリニック	メリット 患者に対する貢献度
17	泉が丘内科クリニック	メリット 多職種からの観点をふまえてのアドバイスが可能となった。
18	医療法人康成会 星和台クリニック	メリット 自身のモチベーションが上がる。 デメリット 資格を取得したからといって診療報酬が上がるわけではない為 人によってはあまり評価されない。
19	社会医療法人明陽会 成田記念病院	メリット 薬剤師との交流が増えた
20	医療法人社団よこた内科クリニック	メリット 腎臓についてあらためて学ぶことが出来た
21	(医)仁栄会 島津病院	メリット 自身のスキルアップにより食事療法以外での指導ができるようになった。
22	京都市立病院	メリット:同じ資格を持つ方とのコミュニティができた
23	回生会宝塚病院	自身の指導に対し以前より自信を持って指導できる。また、外来を共にする看護師も取得したので、共通の認識を持ち患者へ指導できる。
24	社会医療法人加納岩加納岩総合病院	メリット:病態に対する知識向上、専門医と相談ができるようになった
25	公立西知多総合病院	メリット:医師からの信頼度が向上した
26	京都桂病院	<メリット>京都で療養指導士の会が立ち上がり、同職種、多職種との交流により、多くのことを学ぶ機会が増えた <デメリット>金銭的支出が増えるが対価がない
27	新光会村上記念病院栄養科	取得したばかりでコロナ禍になり、いまのところ活動できていないのでわかりません。
28	横須賀市民病院	取得前後で仕事の姿勢は変わらない
29	嬉泉病院	メリット:スキルアップできた、指導対象者に専門の指導士として安心感を与えられる
30	富士市立中央病院	メリット:自身が腎臓病を深く理解していることで、患者に重要性を伝えることができる
31	医療法人 仁友会 北彩都病院	メリット:メーカーや院内認知度向上
32	東京都	知識が深まり、多職種に情報提供出来た、更に市民へのCKD認知活動を始めた
33	大石内科クリニック	自分自身がもっと学ぼうと意欲が持てた
34	丹後中央病院	腎臓病患者さんの不安に答えられる知識が身に付いた。自信を持って腎臓病の栄養指導ができるようになった。
35	湘南鎌倉総合病院	メリットは、専門スタッフとして認めて貰えるため
36	博慈会記念総合病院	試験を受けることでCKDの理解力が高まった。
37	西和医療センター	腎臓病療養指導に対しての知識が深まった
38	北海道大野記念病院	今後の転職に活かせるかもしれないから
39	医療法人真鶴会 小倉第一病院	CKD患者への指導の際の自信になった
40	市立福知山市民病院	メリットは薬剤等の知識が得られる デメリットは診療報酬に結びついていない事、資格が無くても療養指導に影響が無い(差がない)と思われている
41	名古屋市立西部医療センター	メリット 知識が集積できる デメリット 異動した場合、資格更新が難しくなる
42	名古屋市立大学病院	客観的にCKDに対する専門性があることを示すことができる
43	東京警察病院	メリット勉強になる、デメリット自費での資格維持
44	医療法人名南会 名南病院	メリット:自信になった デメリット:特になし
45	公立藤田総合病院	メリット 他分野においても知識の習得ができた。もともと多職種とのチームワークは良好
46	東北大学病院	メリット:学ぶ機会が以前よりも増加した。自身のスキルアップへのモチベーションが向上した。
47	東京慈恵会医科大学附属病院	メリットは栄養指導件数の増加
48	広島ベイククリニック	近隣のクリニックから栄養指導の依頼が増えた。
49	社会医療法人社団堀ノ内病院	メリット:自身のスキルアップ デメリット:院内での認知度が低い
50	齊藤内科クリニック	メリットは、自分自身のスキルアップになった。 フリーランスのため、市役所から重症化予防事業に協力して欲しいと依頼があったり、個人的に栄養指導を受けるようになった。
51	虎ノ門病院	メリット:病態や治療、他職種の指導内容の理解が深まった。
52	山形市立病院済生館	メリット 自身の知識向上と院内の認知度向上 デメリット 更新費用
53	東大和南街クリニック	メリットは、知識を得られ、指導に生かされていると思うから。
54	高松赤十字病院	メリット:チームカンファレンスを実施するようになった
55	東京慈恵医科大学附属病院	腎臓内科医からの信頼が得られるようになった
56	翔南病院	メリット:知識習得 デメリット:資格の継続、単位取得
57	桃仁会病院	他院の指導士とも横の繋がりができる

問16. 療養指導士を取得してメリット、デメリットはありますか？

番号	施設名	ご意見
58	日本赤十字社医療センター	メリット:よりCKDについて勉強ができた。腎臓内科のカンファレンスに参加できた。デメリット:認知度が低いのか部署内では加算とれないため、持っている資格として含まれていない。
59	独立行政法人地域医療機能推進機構仙台病院	メリット:専門的な知識を備えた上での指導が可能であり、他職種との連携が図れる
60	東戸塚記念病院(2021年3月に横浜旭中央総合病院より異動)	メリット:日々の診療で多職種とどのようなコミュニケーションを取れば効果的か検討がつくようになった。NST活動にも活きた。
61	くすもと内科クリニック	知識向上、自信を持って指導が出来る
62	(株)日立製作所日立総合病院	メリット:研鑽を積む機会になる、同士との交流が広がる
63	JCHO仙台病院	患者さんに、より詳しく、具体的な指導ができる。

CKD患者に対する外来および
入院での教育に関するアンケート調査

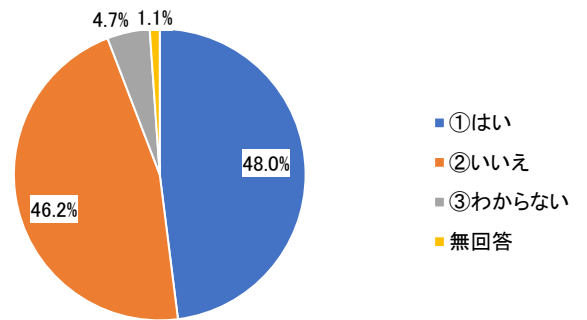
集計報告書

2021年6月16日

次のいずれかに○をしてください。

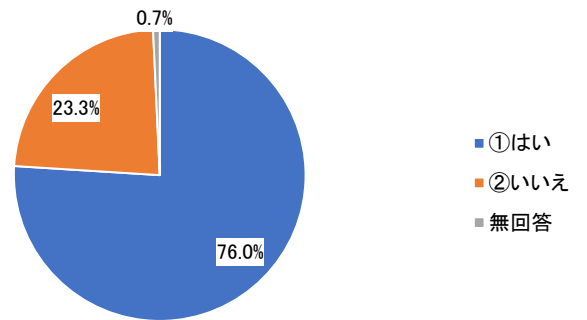
問1. 自施設に日本腎臓病協会の腎臓病療養指導士がおられますか？

	回答	比率
①はい	132	48.0%
②いいえ	127	46.2%
③わからない	13	4.7%
無回答	3	1.1%
合計	275	



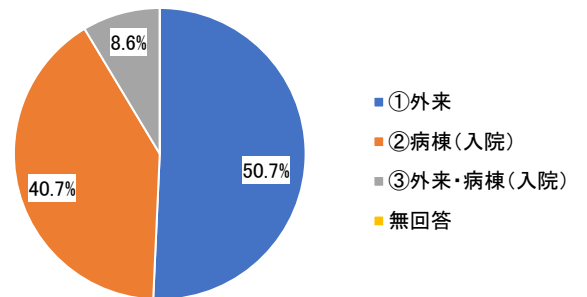
問2. チーム医療によるCKD教育（以下CKD教育）を実施していますか？

	回答	比率
①はい	209	76.0%
②いいえ	64	23.3%
無回答	2	0.7%
合計	275	



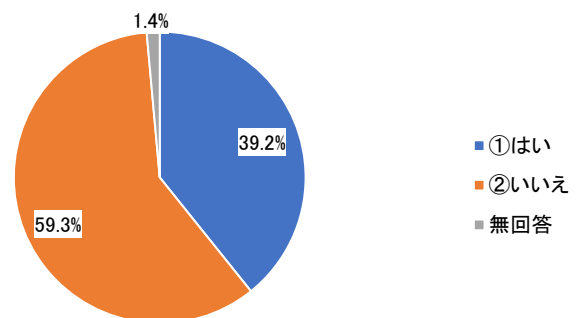
問3. CKD教育を実施している場所はどこでしょうか？

	回答	比率
①外来	106	50.7%
②病棟(入院)	85	40.7%
③外来・病棟(入院)	18	8.6%
無回答	0	0.0%
合計	209	



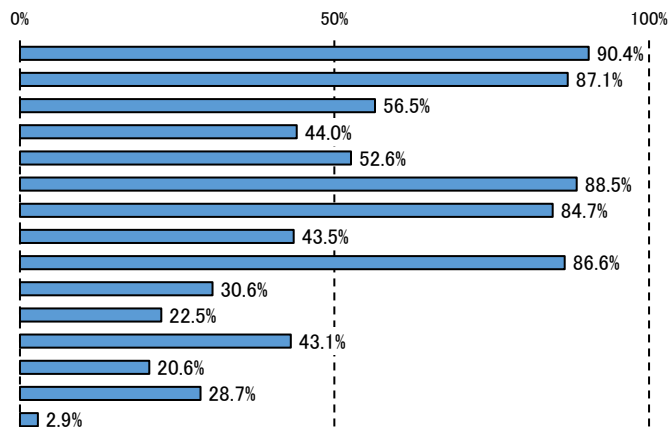
問4. CKD教育についてホームページなどで公開していますか？

	回答	比率
①はい	82	39.2%
②いいえ	124	59.3%
無回答	3	1.4%
合計	209	



問5. どのような効果に期待してCKD教育を勧めていますか？

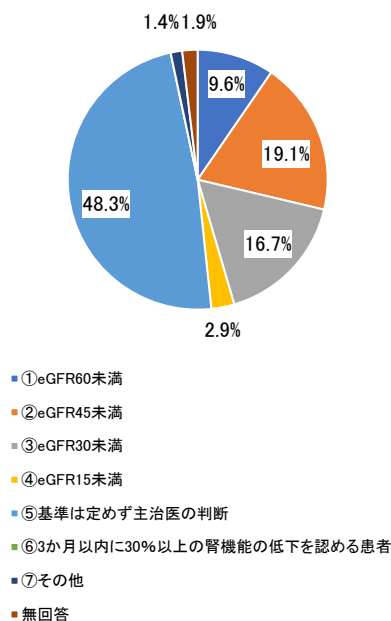
	回答	比率
患者教育・患者の行動変容	189	90.4%
腎機能悪化抑制	182	87.1%
血圧の安定化	118	56.5%
腎機能悪化要因の検索	92	44.0%
体液過剰の是正	110	52.6%
腎代替療法の理解	185	88.5%
腎代替療法のスムーズな導入	177	84.7%
CKDの合併症精査	91	43.5%
食事療法の徹底	181	86.6%
受診継続の徹底	64	30.6%
医療従事者の教育機会増	47	22.5%
家庭環境の把握	90	43.1%
経済状況の把握	43	20.6%
紹介医の期待に応える	60	28.7%
その他	6	2.9%
合計回答者数	209	
合計回答数	1,635	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

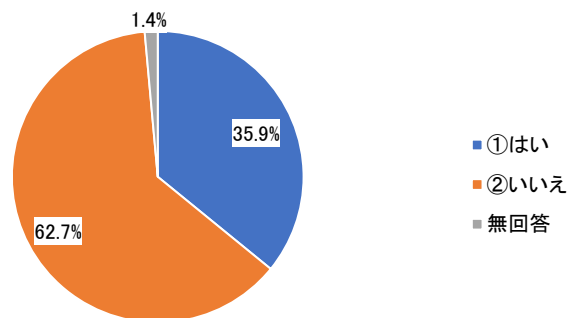
問6. どのような患者をCKD教育の適応としていますか？

	回答	比率
①eGFR60未満	20	9.6%
②eGFR45未満	40	19.1%
③eGFR30未満	35	16.7%
④eGFR15未満	6	2.9%
⑤基準は定めず主治医の判断	101	48.3%
⑥3か月以内に30%以上の腎機能の低下を認める患者	0	0.0%
⑦その他	3	1.4%
無回答	4	1.9%
合計	209	



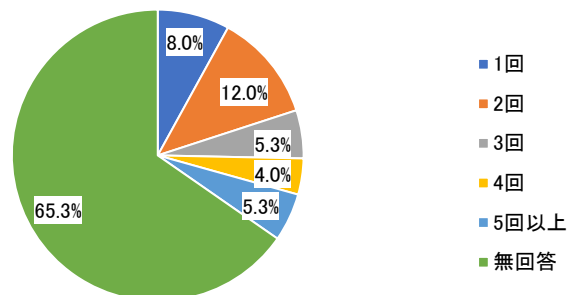
問7. 教育実施期間は決まっていますか？

	回答	比率
①はい	75	35.9%
②いいえ	131	62.7%
無回答	3	1.4%
合計	209	



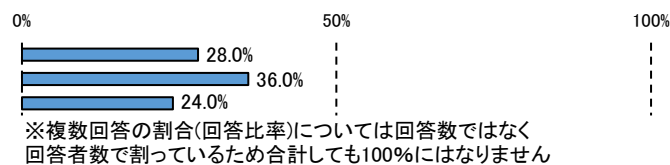
問8. 決まっていれば何回ですか？

	回答	比率
1回	6	8.0%
2回	9	12.0%
3回	4	5.3%
4回	3	4.0%
5回以上	4	5.3%
無回答	49	65.3%
合計	75	



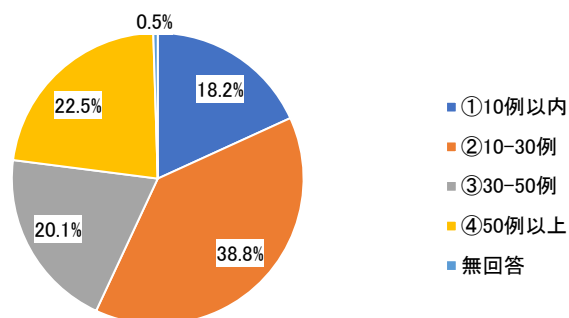
問8. 決まっていれば何日ですか？

	回答	比率
2～4泊	21	28.0%
5～6泊	27	36.0%
7泊以上	18	24.0%
合計回答者数	75	
合計回答数	66	



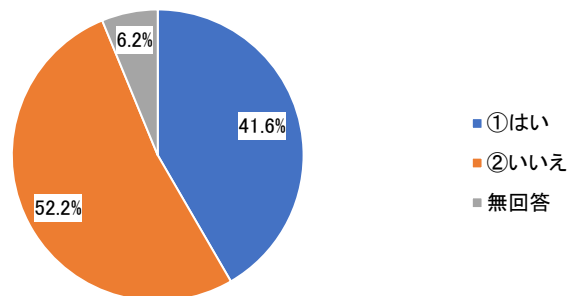
問9. 年間のおよその実施数

	回答	比率
①10例以内	38	18.2%
②10-30例	81	38.8%
③30-50例	42	20.1%
④50例以上	47	22.5%
無回答	1	0.5%
合計	209	



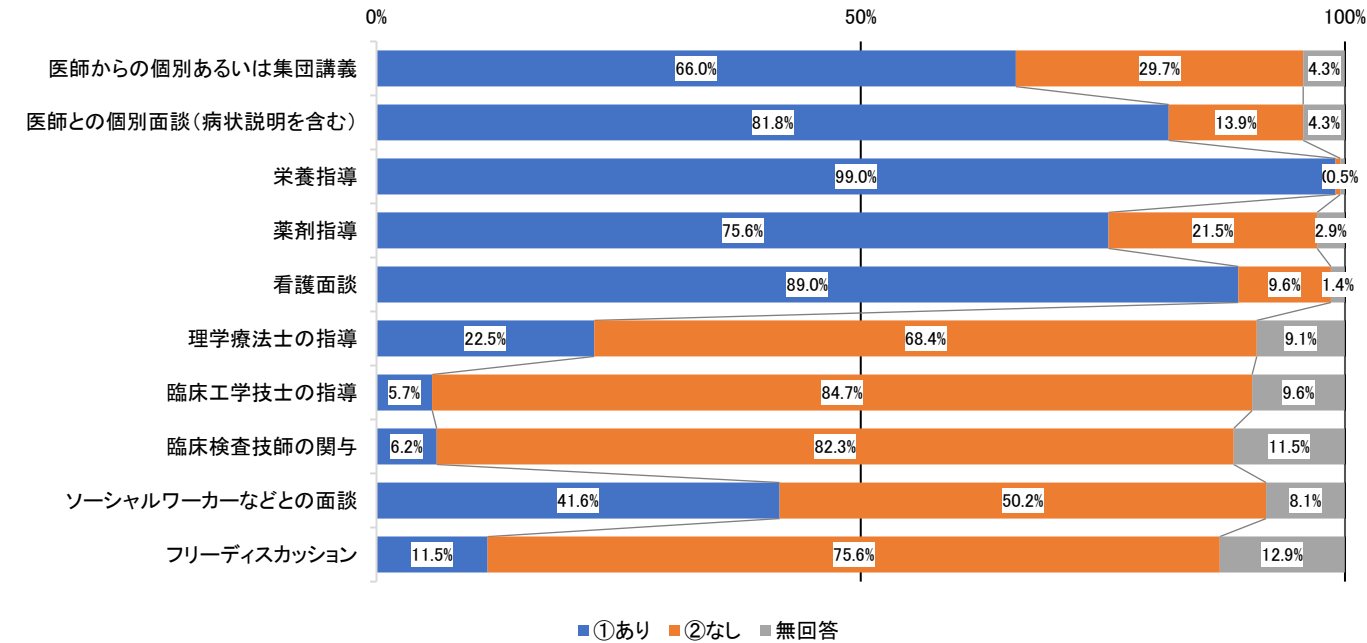
問10. 入院の場合クリニカルパスを適応されていますか？

	回答	比率
①はい	87	41.6%
②いいえ	109	52.2%
無回答	13	6.2%
合計	209	

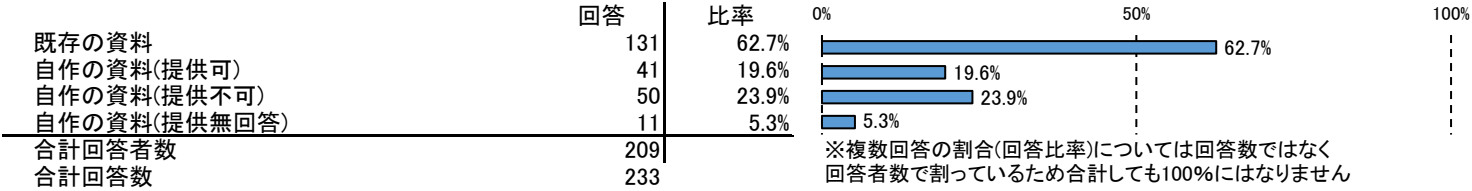


問11. 指導内容

	①あり	②なし	無回答	合計
医師からの個別あるいは集団講義	138 (66%)	62 (29.7%)	9 (4.3%)	209 (100%)
医師との個別面談(病状説明を含む)	171 (81.8%)	29 (13.9%)	9 (4.3%)	209 (100%)
栄養指導	207 (99%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	209 (100%)
薬剤指導	158 (75.6%)	45 (21.5%)	6 (2.9%)	209 (100%)
看護面談	186 (89%)	20 (9.6%)	3 (1.4%)	209 (100%)
理学療法士の指導	47 (22.5%)	143 (68.4%)	19 (9.1%)	209 (100%)
臨床工学技士の指導	12 (5.7%)	177 (84.7%)	20 (9.6%)	209 (100%)
臨床検査技師の関与	13 (6.2%)	172 (82.3%)	24 (11.5%)	209 (100%)
ソーシャルワーカーなどとの面談	87 (41.6%)	105 (50.2%)	17 (8.1%)	209 (100%)
フリーディスカッション	24 (11.5%)	158 (75.6%)	27 (12.9%)	209 (100%)

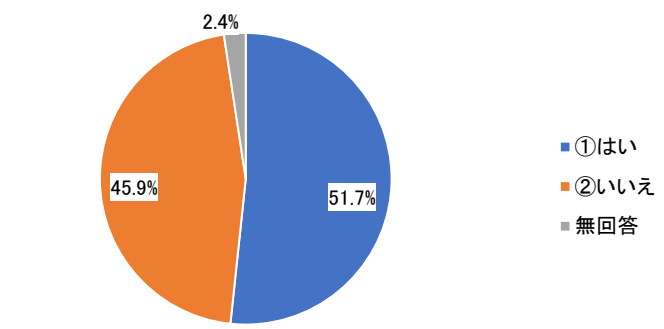


問12. 教育用資材には何を用いられていますか？



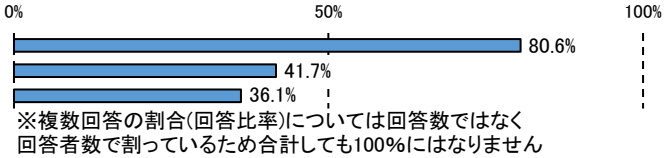
問13. CKD教育に日本腎臓病協会の腎臓病療養指導士は関わっていますか？

	回答	比率
①はい	108	51.7%
②いいえ	96	45.9%
無回答	5	2.4%
合計	209	



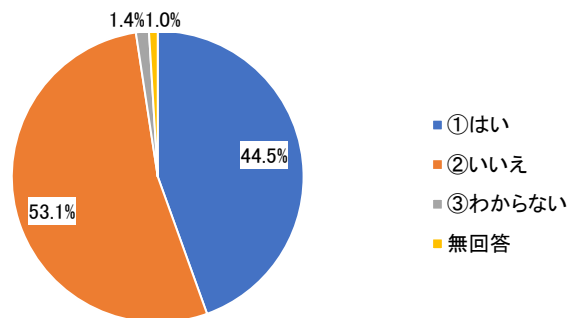
①はいの施設のみ回答してください。どの職種ですか？

	回答	比率
看護師	87	80.6%
管理栄養士	45	41.7%
薬剤師	39	36.1%
合計回答者数	108	
合計回答数	171	



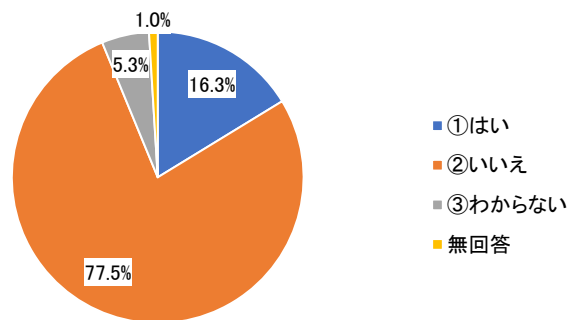
問14. CKD教育に日本腎不全看護学会による慢性腎臓病療養指導看護師あるいは日本看護協会による透析看護認定看護師は関わっていますか？

	回答	比率
①はい	93	44.5%
②いいえ	111	53.1%
③わからない	3	1.4%
無回答	2	1.0%
合計	209	



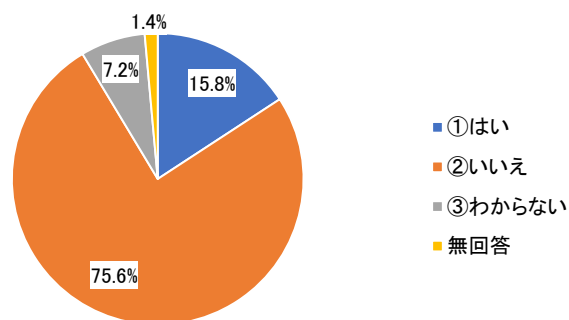
問15. CKD教育に日本腎臓病薬物療法学会による腎臓病薬物療法専門薬剤師・認定薬剤師は関わっていますか？

	回答	比率
①はい	34	16.3%
②いいえ	162	77.5%
③わからない	11	5.3%
無回答	2	1.0%
合計	209	



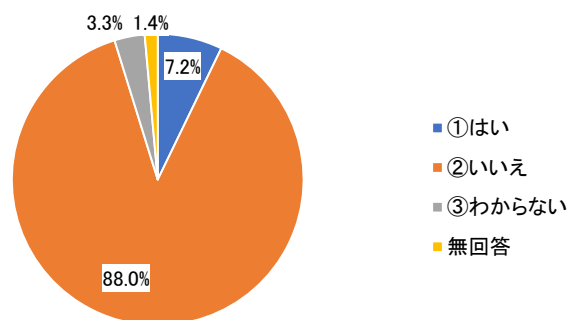
問16. CKD教育に日本病態栄養学会による腎臓病病態栄養専門管理栄養士は関わっていますか？

	回答	比率
①はい	33	15.8%
②いいえ	158	75.6%
③わからない	15	7.2%
無回答	3	1.4%
合計	209	



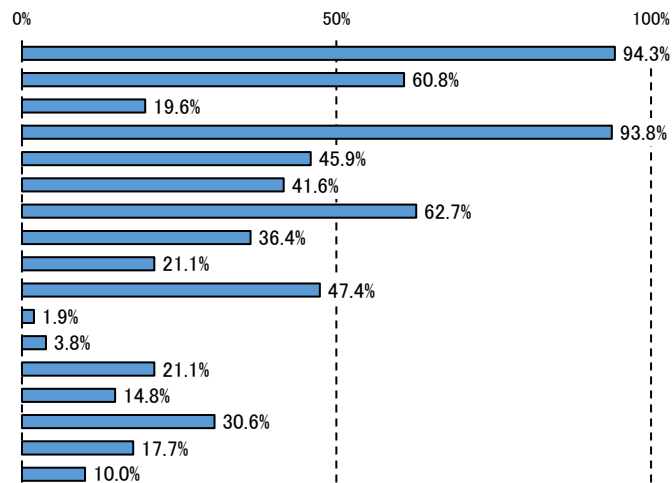
問17. CKD教育に日本腎臓リハビリテーション学会指導士は関わっていますか？

	回答	比率
①はい	15	7.2%
②いいえ	184	88.0%
③わからない	7	3.3%
無回答	3	1.4%
合計	209	



問18. 検査内容 CKD教育中に実施しているものにチェックをつけてください。

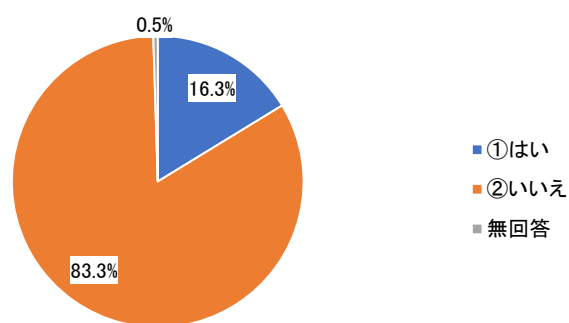
	回答	比率
血液検査	197	94.3%
心エコー	127	60.8%
CAVI	41	19.6%
尿検査	196	93.8%
腎エコー	96	45.9%
ABI	87	41.6%
畜尿検査	131	62.7%
CT検査	76	36.4%
PWV	44	21.1%
クレアチニンクリアランス	99	47.4%
MRI	4	1.9%
夜間睡眠ポリグラフィー	8	3.8%
24時間血圧計	44	21.1%
骨密度	31	14.8%
頸動脈エコー	64	30.6%
体液組成分析(バイオインピーダンス)	37	17.7%
それ以外	21	10.0%
合計回答者数	209	
合計回答数	1,303	



※複数回答の割合(回答比率)については回答数ではなく回答者数で割っているため合計しても100%にはなりません

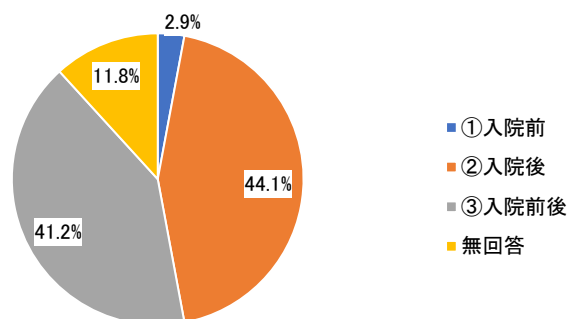
問19. CKD患者の理解度をクイズあるいはテストなどで評価していますか？

	回答	比率
①はい	34	16.3%
②いいえ	174	83.3%
無回答	1	0.5%
合計	209	



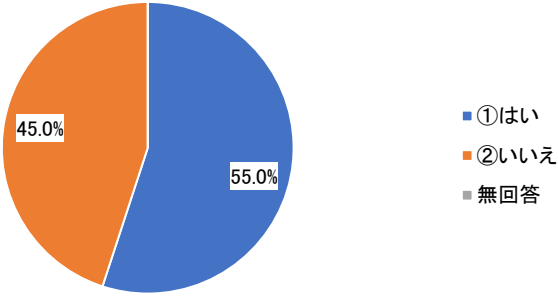
①はいの方、その機会はどうされていますか？

	回答	比率
①入院前	1	2.9%
②入院後	15	44.1%
③入院前後	14	41.2%
無回答	4	11.8%
合計	34	



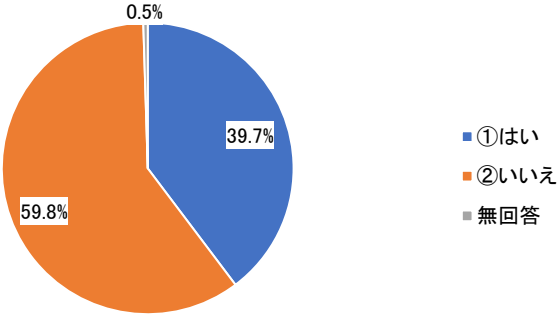
問20. CKD教育患者に関する多職種ミーティングを実施していますか？

	回答	比率
①はい	115	55.0%
②いいえ	94	45.0%
無回答	0	0.0%
合計	209	



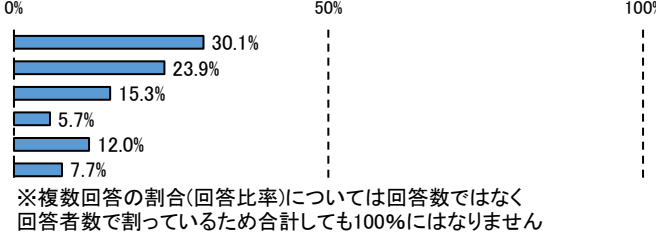
問21. CKD教育に関して何らかの効果を検証されていますか？

	回答	比率
①はい	83	39.7%
②いいえ	125	59.8%
無回答	1	0.5%
合計	209	



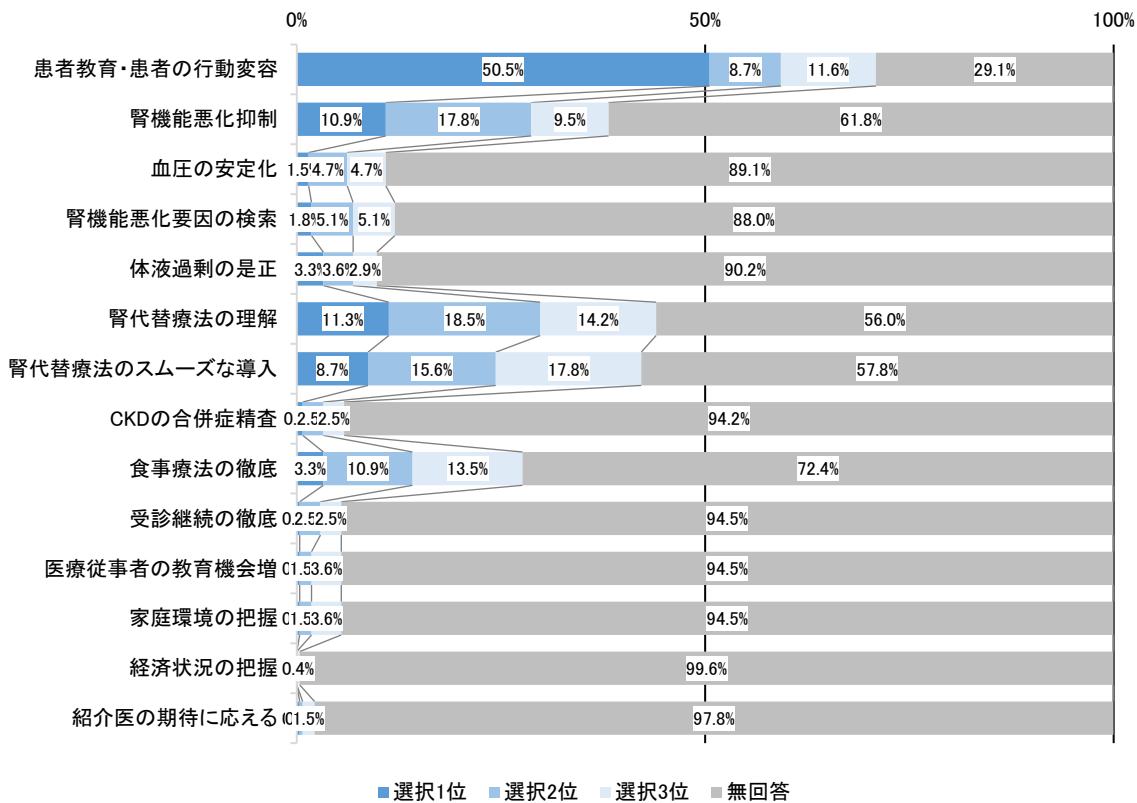
問22. ①はいの施設に伺います。どのような効果を検証されていますか？

	回答	比率
教育前後のeGFR変化	63	30.1%
蛋白尿減少効果	50	23.9%
減塩持続効果	32	15.3%
生命予後	12	5.7%
理解度チェック	25	12.0%
その他	16	7.7%
合計回答者数	209	
合計回答数	198	



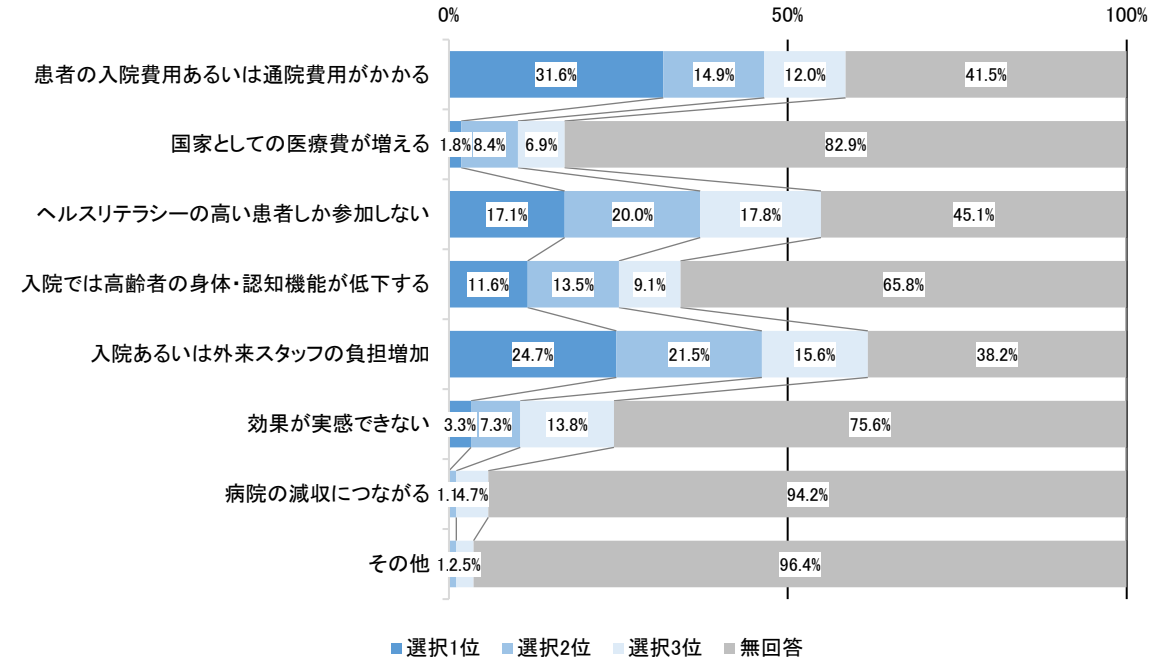
問25. CKD教育を実施した（実施していない施設は、予想される）メリットとして高い順に3つを選択し、1～3まで番号を記載してください。

	選択1位	選択2位	選択3位	無回答	合計
患者教育・患者の行動変容	139 (50.5%)	24 (8.7%)	32 (11.6%)	80 (29.1%)	275 (100%)
腎機能悪化抑制	30 (10.9%)	49 (17.8%)	26 (9.5%)	170 (61.8%)	275 (100%)
血圧の安定化	4 (1.5%)	13 (4.7%)	13 (4.7%)	245 (89.1%)	275 (100%)
腎機能悪化要因の検索	5 (1.8%)	14 (5.1%)	14 (5.1%)	242 (88%)	275 (100%)
体液過剰の是正	9 (3.3%)	10 (3.6%)	8 (2.9%)	248 (90.2%)	275 (100%)
腎代替療法の理解	31 (11.3%)	51 (18.5%)	39 (14.2%)	154 (56%)	275 (100%)
腎代替療法のスムーズな導入	24 (8.7%)	43 (15.6%)	49 (17.8%)	159 (57.8%)	275 (100%)
CKDの合併症精査	2 (0.7%)	7 (2.5%)	7 (2.5%)	259 (94.2%)	275 (100%)
食事療法の徹底	9 (3.3%)	30 (10.9%)	37 (13.5%)	199 (72.4%)	275 (100%)
受診継続の徹底	1 (0.4%)	7 (2.5%)	7 (2.5%)	260 (94.5%)	275 (100%)
医療従事者の教育機会増	1 (0.4%)	4 (1.5%)	10 (3.6%)	260 (94.5%)	275 (100%)
家庭環境の把握	1 (0.4%)	4 (1.5%)	10 (3.6%)	260 (94.5%)	275 (100%)
経済状況の把握	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.4%)	274 (99.6%)	275 (100%)
紹介医の期待に応える	1 (0.4%)	1 (0.4%)	4 (1.5%)	269 (97.8%)	275 (100%)

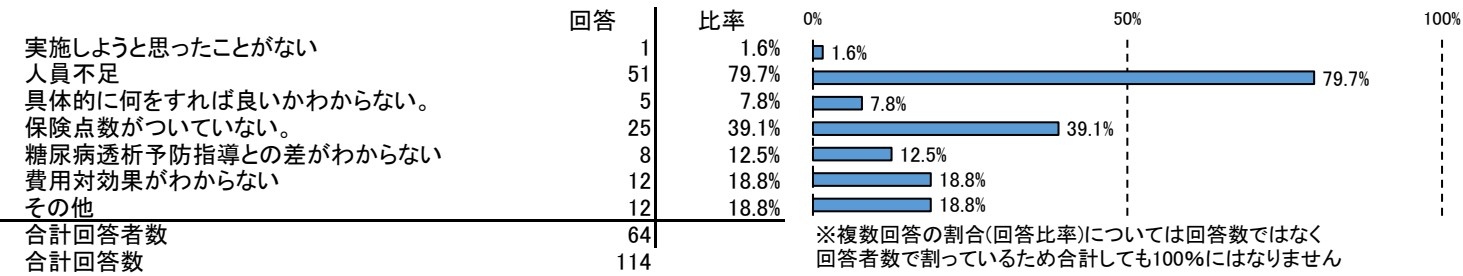


問26. CKD教育の考えられるデメリットとして高い順に3つを選択し、1～3まで番号を記載してください。

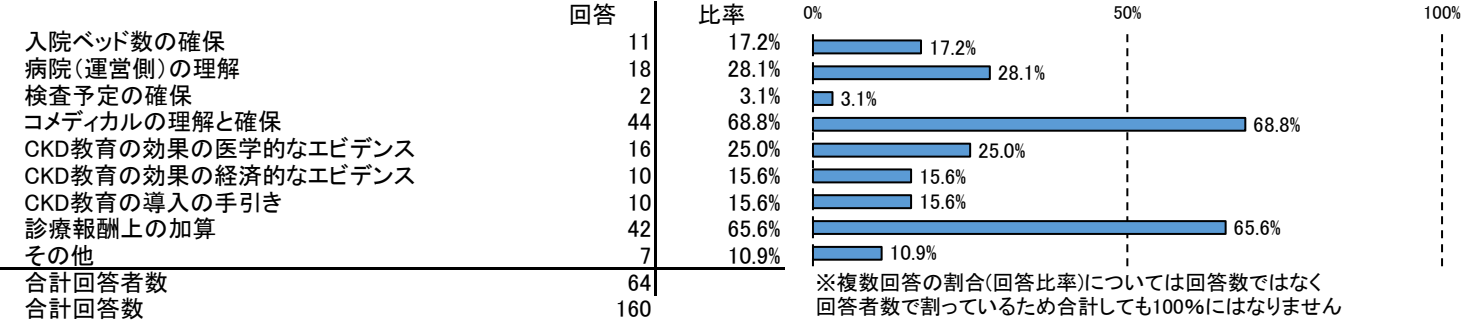
	選択1位	選択2位	選択3位	無回答	合計
患者の入院費用あるいは通院費用がかかる	87 (31.6%)	41 (14.9%)	33 (12%)	114 (41.5%)	275 (100%)
国家としての医療費が増える	5 (1.8%)	23 (8.4%)	19 (6.9%)	228 (82.9%)	275 (100%)
ヘルスリテラシーの高い患者しか参加しない	47 (17.1%)	55 (20%)	49 (17.8%)	124 (45.1%)	275 (100%)
入院では高齢者の身体・認知機能が低下する	32 (11.6%)	37 (13.5%)	25 (9.1%)	181 (65.8%)	275 (100%)
入院あるいは外来スタッフの負担増加	68 (24.7%)	59 (21.5%)	43 (15.6%)	105 (38.2%)	275 (100%)
効果が実感できない	9 (3.3%)	20 (7.3%)	38 (13.8%)	208 (75.6%)	275 (100%)
病院の減収につながる	0 (0%)	3 (1.1%)	13 (4.7%)	259 (94.2%)	275 (100%)
その他	0 (0%)	3 (1.1%)	7 (2.5%)	265 (96.4%)	275 (100%)



問27. チーム医療によるCKD教育を実施していない理由は何ですか？ チーム医療によるCKD教育を実施していない施設のみお答えください。

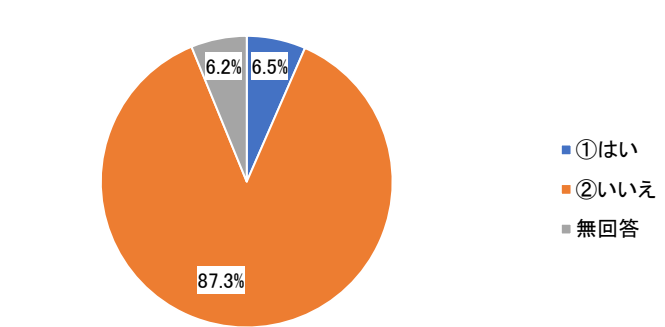


問28. 何があれば実施されますか？ チーム医療によるCKD教育を実施していない施設のみお答えください。



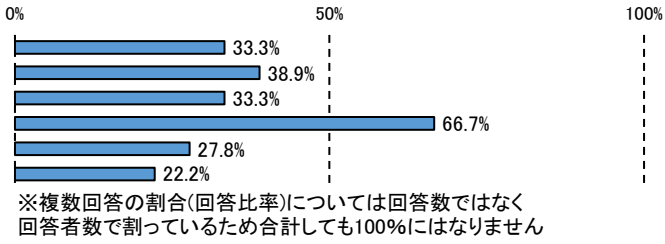
問29. CKD教育を実施あるいは計画しようとした際に、病院管理者あるいはそれに相当する方から何らかの理由で実施制限を受けたことがありますか？

	回答	比率
①はい	18	6.5%
②いいえ	240	87.3%
無回答	17	6.2%
合計	275	



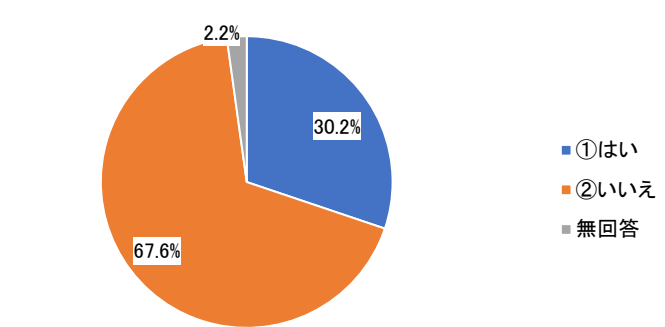
問30. はいの施設に伺います。どのような理由ですか？

	回答	比率
看護必要度が低い	6	33.3%
病院の減収に繋がる	7	38.9%
疾患重症度が低い	6	33.3%
外来・病棟の人手が足りない	12	66.7%
指導は入院ではなく、外来で実施すべき	5	27.8%
その他	4	22.2%
合計回答者数	18	
合計回答数	40	



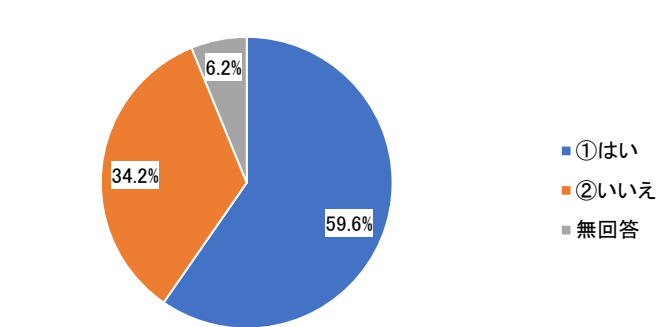
問31. CKD外来指導や教育入院のデータを用いて学会や研究会で発表されたことはありますか？

	回答	比率
①はい	83	30.2%
②いいえ	186	67.6%
無回答	6	2.2%
合計	275	



問32. 日本腎臓病協会による過去起点コホートでの多施設共同研究を実施する予定です。お願いすれば、ご協力頂けますか？

	回答	比率
①はい	164	59.6%
②いいえ	94	34.2%
無回答	17	6.2%
合計	275	



その他、CKD教育全般に関してご意見があればご自由にご記入ください。

番号	施設名	ご意見
1	磐田市立総合病院	知識があり継続勤務可能なスタッフ育成が難しいと感じています。
2	高知大学	内容と作業量を伺ってから決めさせていただきます
3	国際医療福祉大学三田病院	昨年まではチームによるCKD教育ができていましたが、スタッフの入れかえ、異動等あり、いったん中止としています。スタッフがそろい次第再開する予定です。
4	東京女子医科大学病院	マンパワー不足で申し訳ありません。
5	医療法人仁友会 北彩都病院	PD教育の充実が必要だと思います。
6	福岡青洲会病院	外来指導時間も多くなりますが、病院のインカムには反映されないため、病院からは全く評価されないのがつらいところです。
7	三井記念病院	病棟Nr. がCKD指導を十分に行なえないため(専らHD室Nr. が対応)当院では教育入院は行なっていません。
8	河北総合病院	当院では、開業医のDrと(約100名)と380名の患者に対して、CKの手帳つかった協働診療を行っています。二人主治医制で患者教育を行い、効果を実感しております。
9	手稲溪仁会病院	各有資格者が当該領域で活躍できない(昇進して管理者になる等)ことに気がきました。
10	仙台市立病院	CKD教育は大事だし、有用な情報共有・資料作製は有難い。しかし、都内や都市部大学など、比較的専門医が多いと思われるCKD教育や濃厚なSDMを標準化するような風潮やガイドラインは辞めてほしい。専門医や療養指導士や少ない／居ない施設でも提供可能な全国どこでも可能なCKD教育法の標準化を望みます。
11	太田西ノ内病院	基礎疾患(DM、GN、膠原病、ANCA etc)により治療法が異なり、浮腫・腎機能の程度により指導が個別対応になり、従来業務を行い乍ら教育するにはマンパワー、時間が足りない。
12	淀川キリスト教病院	内容や労力によると思います。各研究毎に参加施設を募るのがよいのではないのでしょうか？
13	JCHOさいたま北部医療センター	患者の疾患理解や診療コンプライアンスがあがる効果は感じているが、スタッフの負担やコストがかかりすぎると感じる。またかかりつけ医が腎臓専門科にたよりすぎていると感じる。
14	原泌尿器科病院(腎内科)	アンケート調査も対応した事をHPにのせるため、倫理委員会の承認が必要な時代と思います。当院では倫理委員会承認(210408-1)うけました。中央で倫理委員会を通していただければ幸いです。
15	田川市立病院	増悪時の治療時に、教育入院を兼ねている形での教育です。看護師からの指導についてはまだ方法、内容などが定まっていません。
16	金沢医科大学 氷見市民病院	腎臓病指導療法士に対する指導ガイドラインを作って欲しい。
17	杉田玄白記念公立小浜病院	地域内の専門医偏在の理解と解消への努力が期待されます。
18	大津赤十字病院	DPC基幹病院で、外来Ns担当になる透析室には3交代ができないNsが勤務になり、健康上又は私的事業で仕事内容が限定され十分働いてもらえないのが悩みです。
19	香川大学医学部附属病院	健診で検出された保健指導レベルの早期CKDに対する保健師さんによる療養指導・CKD教育の有効性もご検討いただければと思います。
20	北里研究所病院	教育に役立つ共通のツール等の開発をお願いします
21	東海中央病院	維持透析患者の多職種カンファレンスと腎代替療法選択外来が漸く整ったので、次は療養指導士育成に取り掛かるつもりです。
22	釧路赤十字病院	研究にご協力したいですが、流石にそこまでの余裕がございません。申し訳ございません。
23	石巻赤十字病院	当院は常時病床利用率が高く入院での教育は困難ですし、そもそも入院である必要性が低いのではないかと考えています。学会主導で標準化された教育動画みたいなものを作成してYoutubeにでもアップロードすれば、各専門職の手薄な施設でも一定の質で患者へ情報提供ができるのではないのでしょうか(患者のリテラシーに依存する部分がありますが、それは従来の教育でも同じ問題が常にあるかと思っています)。
24	聖マリアンナ医科大学病院	入院や外来でのCKD教育がもたらす経済効果の検証が重要だと思います。
25	医療法人財団明理会 新松戸中央総合病院	資格に対する診療加算があると、病院からの協力やスタッフの資格取得意欲につながり、結果として質の向上が望まれる。
26	奈良県西和医療センター	やはり収益によって病院スタッフの意気込みが変わると思います
27	日高病院	医師もコメディカルも、専門領域の仕事だけに留まらず、一般診療、総合診療の割合が、どんどん高まっています。燃え尽きや意欲の低下を懸念しています。
28	千葉大学附属病院	当科は2017年に発足のためデータが乏しく、過去起点コホートに参加できません。
29	獨協医科大学埼玉医療センター	減塩の体験効果、味覚の確認、体重減少、血圧低下が体験できることは大変意義深い。しかし、DPC病院では難しい
30	東京慈恵会医科大学	まだ当院では十分に患者教育ができていないと感じました。今後少しずつ向上するように調整して行こうかと思いました。
31	大手前病院	問32 現時点ではわかりかねます。すみません。
32	東北大学病院	糖尿病透析予防指導、腎代替療法選択という対象を明確化して診療報酬に掲載されたものは実施に当たって病院からの理解が得られやすい、点数の高さよりも点数がつく対象を拡大するような制度設計もご検討ください。
33	熊本中央病院	介護必要度が下がることで病院側から申し出を受けることが多かったです
34	東京西徳洲会病院	外来に教育・指導を行うためのスペースが必要。
35	国立病院機構 東京医療センター	糖尿病教育入院も含め、重症度の低い入院は控えるのが当院の方針となっています。
36	トヨタ記念病院	回答が遅れてしまい誠に申し訳ございませんでした。

厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度

**慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した
多職種連携による生活・食事指導等の実証研究**

研究代表者

要 伸也

(杏林大学 腎臓・リウマチ膠原病内科)

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

研究班メンバー

研究代表者： 要 伸也

研究分担者：

柏原直樹 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学

岡田浩一 埼玉医科大学

猪阪善隆 大阪大学

阿部雅紀 日本大学腎臓高血圧内分泌内科学

金崎啓造 島根大学第一内科学

石川祐一 茨城キリスト教大学生生活科学部食物健康科学科
(日本栄養士会)

内田明子 聖隷佐倉市民病院看護部(日本腎不全看護学会)

木村 健 兵庫医療大学薬学部(日本腎臓病薬物療法学会)

→R4年度より 竹内裕紀先生 東京医科大学薬剤部

公募研究課題

(1) 研究課題名

慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究(2020年度)

(2) 目標

我が国の慢性腎臓病(CKD)患者数は約1300万人と推定され、とくに透析患者数は2018年末時点で、約34万人といまだ増加傾向である。CKD増加の原因は、糖尿病、高血圧、肥満、脂質異常症等の生活習慣病の増加が主因となっている。CKDの予防・重症化予防・治療の基盤は、食事内容・生活習慣の適正化にあるが、CKD特有の健康課題に適合した生活・食事指導が必要であるためにかかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携だけでは対応が困難であり、保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師等の多職種連携が求められている。本研究では多職種連携によるCKD特有の生活・食事指導の実態調査、エビデンス構築、課題解決への提言を行う。

(3) 求められる成果

- ・ CKD特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等に関する実態調査、エビデンス構築、課題の評価。
- ・ 課題解決のための戦略案の策定。
- ・ 関係学会等による既存の成果も参照しつつ、CKD特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等に関するマニュアルの作成等を行うこと。
- ・ 実証研究を行った結果、多職種連携による生活指導・食事指導等が慢性腎臓病における予防・重症化予防に資するかどうかのエビデンスを示すこと。
- ・ 成果のホームページ等における見える化に向けた検討案の作成。

研究の目的

わが国のCKD診療における多職種チーム医療の現状を把握したうえで、多職種連携によるCKD療養指導の有効性を実証研究によって示し、エビデンスに基づいた課題解決への提言を行う。

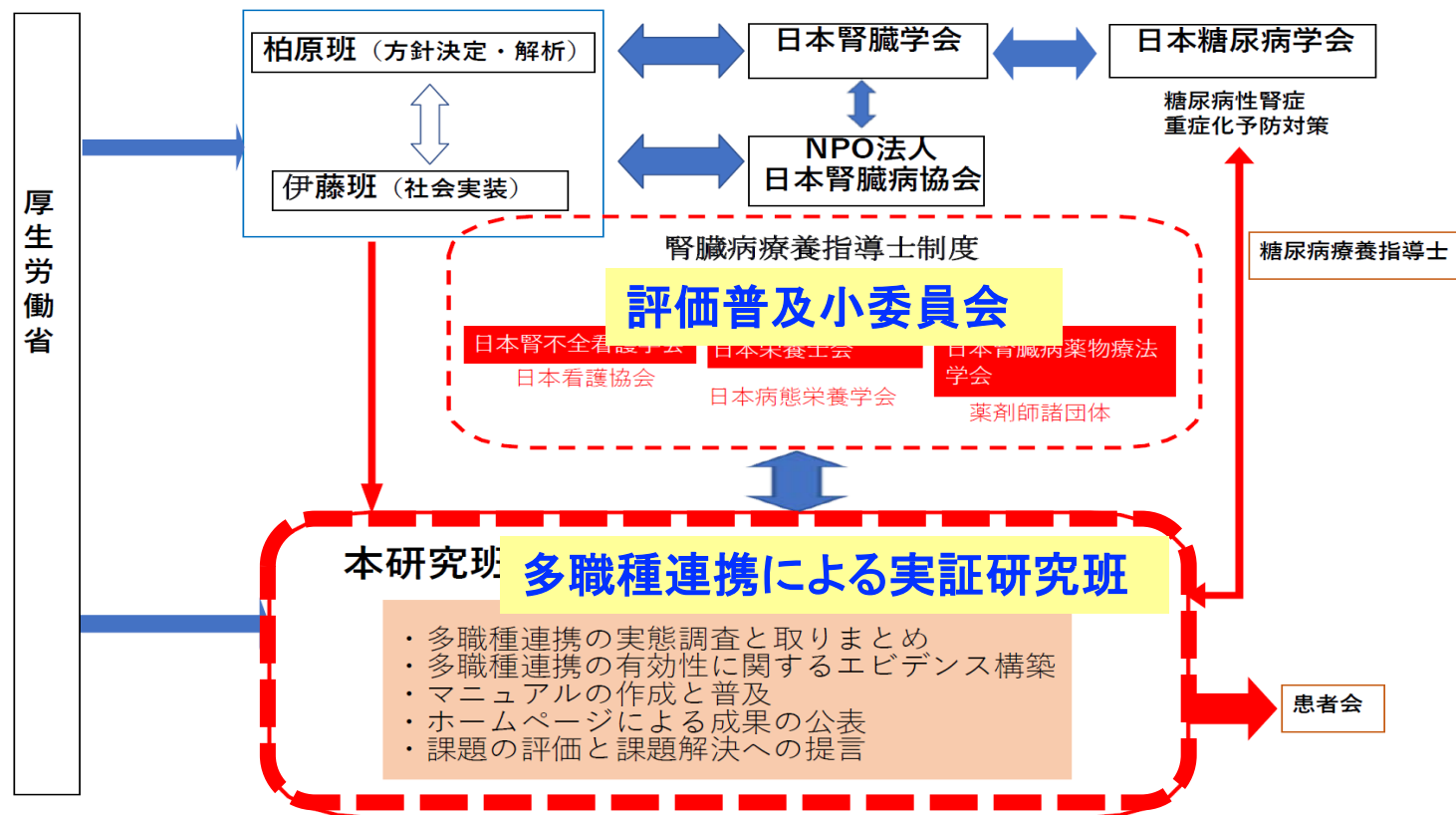
厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による 生活・食事指導等の実証研究

1. 多職種連携の実態調査と取りまとめ: 阿部, 岡田, 金崎, 内田, 石川, 木村
実態調査により多職種連携によるCKD療養指導に関する現状と課題を取りまとめる。
2. 多職種連携の有効性に関するエビデンス構築: 猪阪, 阿部, 内田, 石川, 木村
多職種連携による療養指導のCKD予防・重症化予防に対する有効性を検証する実証研究を行う。
3. マニュアルの作成と普及: 岡田
多職種連携の視点によるコメディカルのための生活・食事指導等のマニュアルを作成する。
4. ホームページによる成果の公表: 金崎
本研究班の取り組みと得られた成果・提言を公表し、全国的な周知と普及を目指す。
5. 課題の評価と課題解決への提言:
以上より、課題解決へ向けた具体的な戦略案を策定し、成果目標を示す。

厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度
**慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による
生活・食事指導等の実証研究**

研究代表者: ◎要 伸也

研究分担者: 柏原、岡田、猪阪、阿部、金崎、石川祐一、内田明子、木村健



→ わが国における多職種連携の効果に関するエビデンスの集積・
実態調査と新たなエビデンス構築

腎臓病療養指導士評価普及小委員会 CKDチーム医療検証WG

阿部雅紀（評価普及小委員会委員長）

八田告（WG委員長）

櫻田勉、今村吉彦、内田明子、高井奈美、松木理浩、井本千秋、木村健、田中章郎、永野浩之、等浩太郎、添石遼平、石川祐一、小田浩之、安原みずほ、北林紘、小坂志保

厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度

慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

研究代表者: 要

研究分担者: 柏原、岡田、猪阪、阿部、金崎、石川祐一、内田明子、木村 健/竹内裕紀

日本腎臓協会/厚労省CKD評価普及推進および医療連携構築班: 伊藤孝史 先生

腎臓病療養指導士評価普及小委員会CKDチーム医療効果検証WG: 八田 告 先生

厚労省がん・疾病対策課: 谷口倫子 先生

本日議案:

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶(谷口先生)
3. 概要の説明(要)、HPの説明(金崎)
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について(阿部)
5. エビデンス収集(各領域より、既存のガイドラインより)(要)
6. 大阪府の取り組み(猪阪)
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案(岡田)
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

本日の議案：

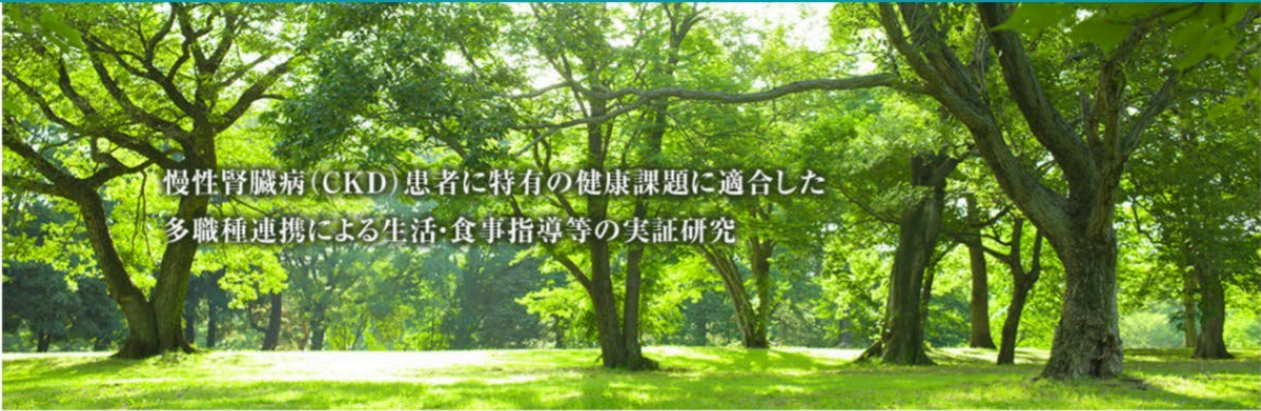
1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

(1) 評価できる点、推進すべき点

- ・日本腎臓学会教育認定施設の腎臓専門医および腎臓病療養指導士を対象としたアンケート調査を行い、CKD患者への多職種連携による生活・食事指導の現状を把握されている点は評価できる。
- ・また、多職種教育介入法と腎関連アウトカムの関連について二次調査に取り組んでおられる事も高く評価できる。
- ・CKD チーム医療の有効性に関する既存のエビデンスについての情報を収集し、先進的事例の取り込みを検討されていることも多職種連携によるCKDの予後改善に有用であると期待される。
- ・多職種による指導と腎予後との関連を調べることは学術的にも行政的観点からも重要であり、それを実証研究で調べる本研究の意義は大きい。
- ・多職種によるチーム医療でCKDの重症化予防を図ることは評価できる。
- ・本年度マニュアルを完成し、患者や家族、医療スタッフへ十分に普及していくことが望まれる。

(2) 疑問点、改善すべき点、その他助言等

- ・CKDを含む生活習慣が強く関係する疾患では多職種連携の生活指導・食事指導の推進が重要であることは認められているが、十分に実践されていないのが現状である。
- ・何故実践が進みにくいのか、その原因の分析に関して、どの程度進行しているか、報告書からは明らかでない。
- ・多職種連携による指導がCKDの予防・重症化予防に有効か否かの実証研究に研究メンバーが一丸となって取り組んで欲しい。
- ・CKDの重症化予防に重要な運動療法が入っていなかったことは改善すべきであり、健康運動指導士（トレーナー）との連携が重要だと思われる。
- ・研究成果を医師会や学会、製薬メーカーなどを通じた、かかりつけ医（非腎臓専門医）への啓発・広報も必要である。
- ・多職種連携による指導がCKDの予防・重症化予防に有効か否かの実証研究に研究メンバーが一丸となって取り組んで欲しい。

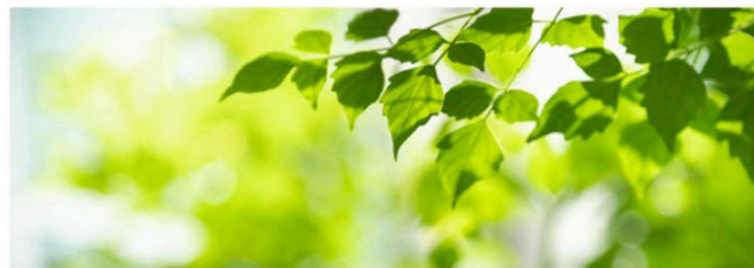


慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した 多職種連携による生活・食事指導等の実証研究

研究概要について

我が国の慢性腎臓病（CKD）患者数は約1300万人と推定され、透析患者を含めいまだ増加しつつある。背景には糖尿病、高血圧などの生活習慣病の増加と高齢化がある。CKDの重症化予防の基盤は生活習慣の適正化にあるが、CKD特有の課題を考慮した生活・食事・服薬指導が必要であるため、かかりつけ医と腎臓専門医の連携だけでは対応が難しく、看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師等との多職種連携によるチーム医療が必須となる。最近、腎臓病療養指導士制度が発足し、CKD療養指導を支える人材育成が進みつつある。しかし、チーム医療の有効性や連携方法に関するエビデンスは乏しく、今後は診療実態を踏まえたうえで実証研究を行い、エビデンスに基づいた治療目標の実現を可能とする多職種連携の在り方を提案してゆく必要がある。

本研究の目的は、現状を把握した上で多職種連携によるCKD療養指導の有効性を実証研究によって示し、エビデンスに基づいた課題解決への提言を行うことである。最終的には、多職種連携の強化による治療目標の達成率向上、さらにCKD重症化予防とQOL改善を目指す。本研究は、日本腎臓学会、厚生労働省研究班（柏原・伊藤班）、日本腎臓病協会の腎臓病療養指導士委員会、および設立に関与したコメディカル3団体等とも連携し、CKD対策に係る職種横断的なオールジャパン体制を構築してゆく。



前回までの進捗状況のまとめ

1. 実態調査と効果検証

- 日本腎臓学会教育認定施設および腎臓病療養指導士を対象としたアンケート調査の結果、約70%の施設で多職種教育を実施、約40%の施設でその効果検証を行い、約30%で成果報告をしている実態が明らかとなった。
- 本結果を踏まえ、多職種教育介入の前後でアウトカム（ Δ eGFR、蛋白尿、および代替指標）を比較する**二次調査案**を作成し、近日中に依頼予定。

2. 既存のエビデンス収集

- FROM-J研究などの本邦のエビデンス、ならび各種ガイドラインの文献データベースから**既存のエビデンスを収集**・解析する。
- **健診データの解析**：大阪府の健診データとレセプトデータを用い、多職種による指導と腎予後との関連について検討する。

（１）CKD領域における 多職種連携のエビデンス構築

- ✓ 一次調査（アンケートによる実態調査）
- ✓ 二次調査（データ収集）

CKD 患者に対する外来および入院での教育に関する アンケート調査ご協力のお願い

CKD 診療ガイド、ガイドラインの普及により、かかりつけ医からの紹介が増加傾向にあります。一般に CKD 患者は、自覚症状に乏しい反面、進行すると腎代替療法を余儀なくされるか、その導入以前に脳心血管合併症という大きな後遺症を残すことが知られています。CKD 患者は糖尿病、高血圧、脂質異常症などの生活習慣病と大きく関連するだけでなく、近年は高齢化による認知機能低下、フレイルといった点も加わり、大変重要な問題となってきました。

そこで、本ワーキングチームは、厚生労働科学研究費補助金 腎疾患政策研究事業の研究班とともに、CKD 患者に対する外来および入院での教育の実態を明らかとし、分析するためにアンケート調査を行うこととしました。このアンケート調査の結果は今後日本腎臓学会学術総会あるいは日本腎臓学会東部・西部学術大会で公開する予定です。

ご多忙のところ大変恐縮に存じますが、何卒ご協力賜りますようお願いいたします。

日本腎臓病協会腎臓病療養指導士評価普及小委員会

委員長 阿部雅紀

CKD 患者に対する外来および入院での教育を検証するワーキンググループ

内田明子

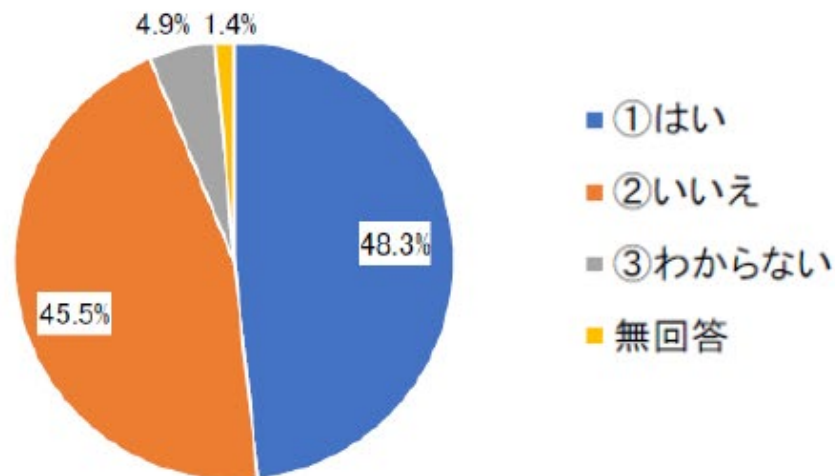
木村 健

石川祐一

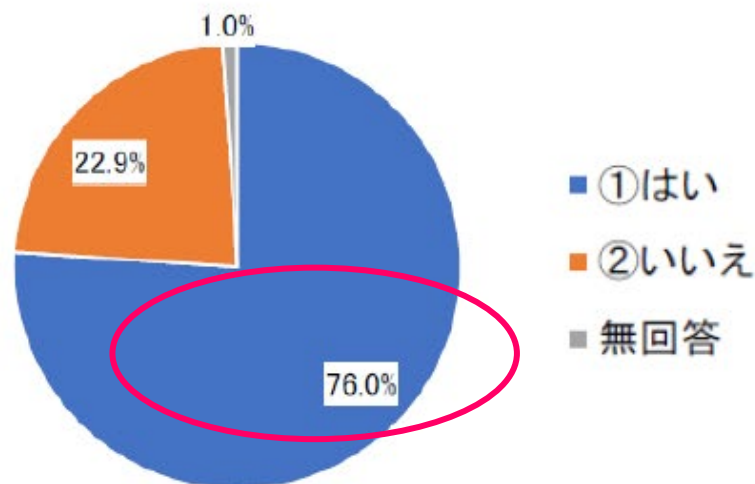
厚生労働科学研究費補助金（腎疾患政策研究事業）CKD 患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による生活・食事指導等の実証研究班

研究代表者 要 伸也

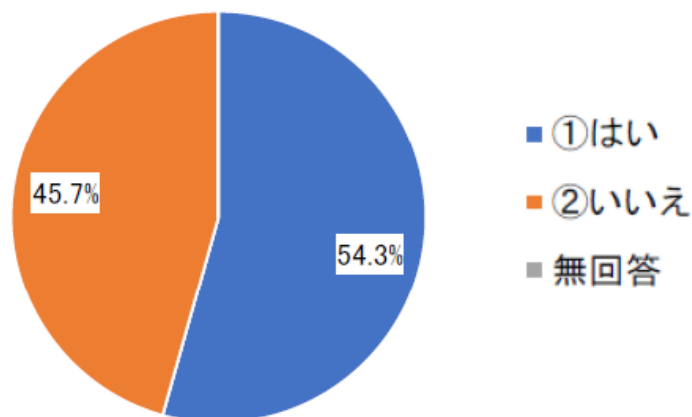
1. 自施設に日本腎臓病協会の腎臓病療養指導士がおられますか？



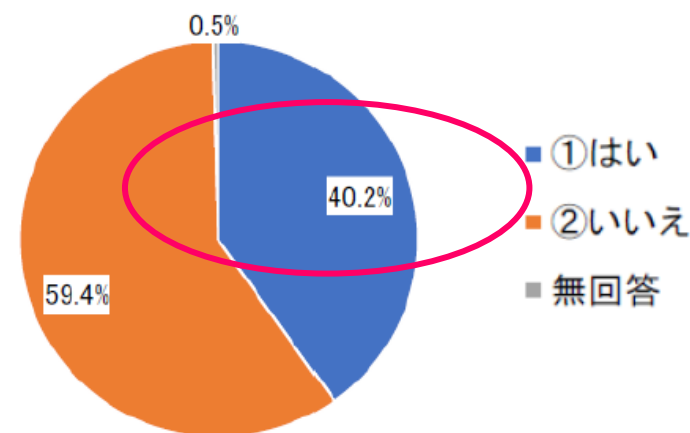
2. チーム医療によるCKD教育(以下CKD教育)を実施していますか？



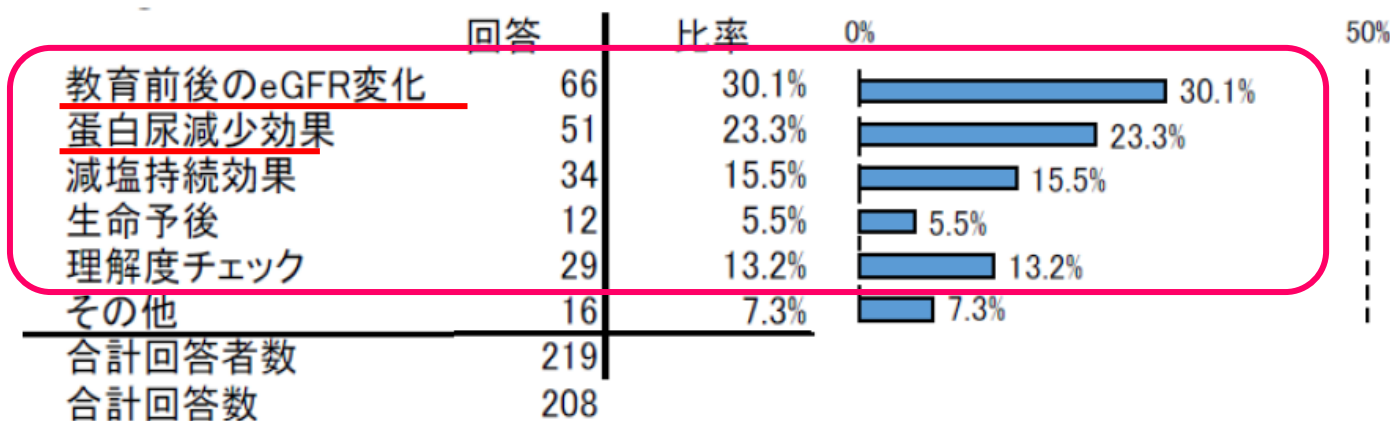
20. CKD教育患者に関する多職種ミーティングを実施していますか？



21. CKD教育に関して何らかの効果を検証されていますか？



22. どのような効果を検証されていますか？（複数回答可）



チーム医療の効果検証

➤ 評価指標(アウトカム)の候補

- 多職種介入の有無(あるいは前後)の比較
 - Δ eGFR, 腎機能予後
 - 尿蛋白減少率
 - 受診継続率
 - 食事療法遵守率(とくに食塩摂取量)
 - 服薬アドヒアランス、残薬率
 - 理解度チェック、QOLの評価
 - 代替指標(HbA1c, 尿酸、など)
- など

二次調査項目

施設登録番号	介入開始日	介入方法 外来or入院	介入期間 受診回数 入院日数	関与した 職種	年齢	性別	原疾患	心血管 系合併 症の有 無	介入時 BMI, Hb, Alb, BUN, Cr, HbA1c	転帰 生存(RRT未導入) 死亡(RRT未導入) RRT導入 不明(転院を含め)	死亡日or RRT導入日	RRTの種類 HD PD 腎移植
--------	-------	----------------	----------------------	------------	----	----	-----	------------------------	---	--	-----------------	---------------------------

eGFR							尿蛋白(g/gCr)						
介入 1yr±2M 前	介入 6M±2M 前	介入時	介入 6M±2M 後	介入 1yr±2M 後	介入 2yr±2M 後	介入 3yr±2M 後	介入 1yr±2M 前	介入 6M±2M 前	介入時	介入 6M±2M 後	介入 1yr±2M 後	介入 2yr±2M 後	介入 3yr±2M 後

→ 阿部先生よりご発表

✓ 解析方法

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

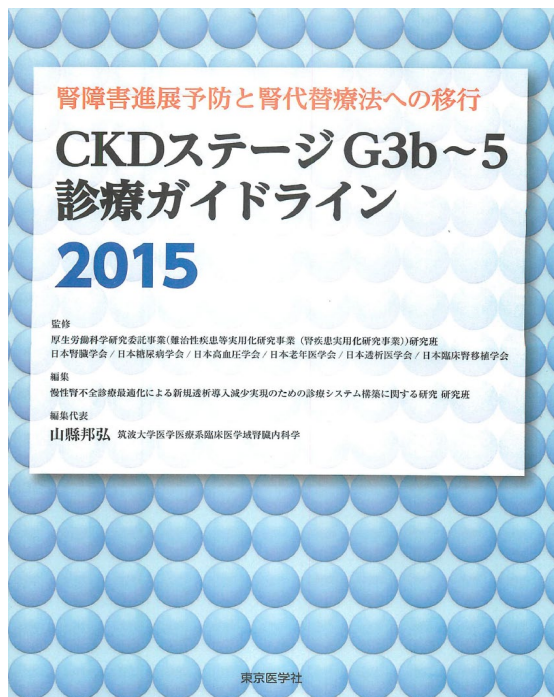
（２）CKD領域における 多職種連携の既存エビデンスの収集

- ✓ 領域別（看護師、栄養士、薬剤師）
- ✓ ガイドラインより

既存のエビデンスの収集

➤ ガイドラインにおける多職種連携のCQ

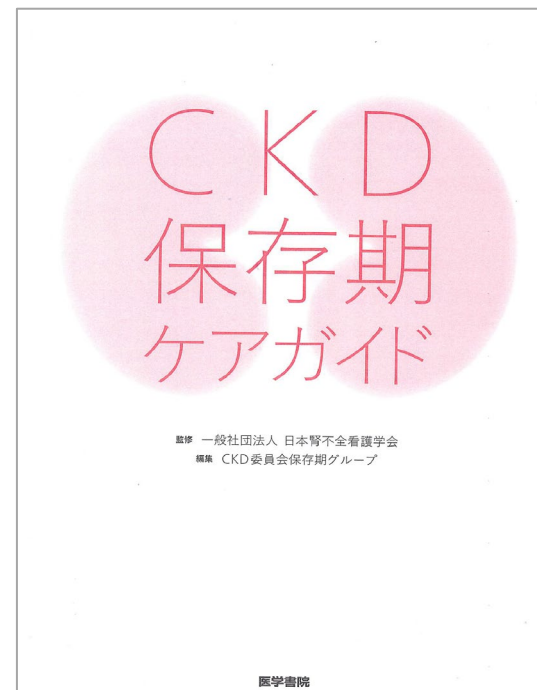
日本腎不全看護学会(2021)



CQ 1つ



CQ 2つ



CQ 3つ

改訂中のCKD診療ガイドライン
2023にも多職種連携のCQ1つあり

文献検索結果の統合リストを作成

→ 医中誌を除くと、本邦からの文献はFROM-J 1件のみ

➤ 看護師(全般)

小坂志保先生(東京工科大学)、内田明子先生

CKD診療ガイドライン2023 第6章 教育的介入

(検索式) multidisciplinary care, interprofessional educationなどがkey word

一次スクリーニング(検索日2021年7月24日) 結果 352件 → 採用 16文献

CQ#

6 生活習慣

成人の保存期CKD患者に対して、多職種による生活習慣に関する教育的介入は推奨されるか？

推奨案

成人の保存期CKD患者に対する多職種による教育的介入は、腎機能低下抑制効果およびCVDイベント発生減少が期待できる可能性があり、多職種による教育的介入を行うよう提案する。(2C)

(RCT 8)

17	○	include	A Multidisciplinary Approach for Improving Quality of Life and Self-Management in Diabetic Kidney Disease: A Crossover Study.	2020	RCT Cross over
77	○△	maybe	Models of care for chronic kidney disease: A systematic review.	2018	SR(RCT)
90	○	include	Effectiveness of Integrated Care on Delaying Progression of stage 3-4 Chronic Kidney Disease in Rural Communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial.	2017	RCT
92	○	include	Combined diabetes-renal multifactorial intervention in patients with advanced diabetic nephropathy: Proof-of-concept.	2017	RCT
124	○	include	A pharmacist based intervention to improve the care of patients with CKD: a pragmatic, randomized, controlled trial.	2015	RCT
136	○	include	Exercise training in CKD: efficacy, adherence, and safety.	2015	RCT
199	○	include	Cost-effectiveness analysis of a randomized trial comparing care models for chronic kidney disease.	2011	RCT
200	○	include	A nurse-coordinated model of care versus usual care for stage 3/4 chronic kidney disease in the community: a randomized controlled trial.	2011	RCT

(観察研究 8)

本邦からは2編のみ

3	○△	include	Effect of multidisciplinary care of dialysis initiation for outpatients with chronic kidney disease. (Imamura, Int Urol Nephrol 2022)	2021	観察研究
14	○	include	Effectiveness of adherence to a renal health program in a health network in Peru.	2020	観察研究
32	○	include	Effect of nephrology referrals and multidisciplinary care programs on renal replacement and medical costs on patients with advanced chronic kidney disease: A retrospective cohort study.	2019	観察研究 Retrospective cohort
53	○	include	Usefulness of multidisciplinary care to prevent worsening renal function in chronic kidney disease. (Imamura, CEN 2019)	2019	観察研究 Retrospective observational study
171	○	include	Comparison of primary health-care models in the management of chronic kidney disease.	2013	観察研究
183	○	include	Effectiveness of multidisciplinary care for chronic kidney disease in Taiwan: a 3-year prospective cohort study.	2013	観察研究
188	○	include	Effect of multidisciplinary pre-dialysis education in advanced chronic kidney disease: Propensity score matched cohort analysis.	2012	観察研究
249	○	maybe	Delivery of multifactorial interventions by nurse and dietitian teams in a community setting to prevent diabetic complications: a quality-improvement report.	2008	観察研究

➤ 管理栄養士：（担当）石川祐一先生

- ・ 管理栄養士に関する論文検索結果（2021.11.1現在）
（一次スクリーニング）PubMed 62文献、医中誌 32文献

英文（本邦のもの） 本邦からは5編のみ（腎アウトカムの検討は4編）

1. Tsuchida-Nishiwaki M, et al. Association of blood pressure and renal outcome in patients with chronic kidney disease; a post hoc analysis of FROM-J study. Sci Rep. 2021 Jul 22;11(1):14990. FROM-J
2. Okubo R, et al. Cost-Effectiveness of Behavior Modification Intervention for Patients With Chronic Kidney Disease in the FROM-J Study. J Ren Nutr. 2021 Sep;31(5):484-493. FROM-J
3. Yamagata K, et al. Effect of Behavior Modification on Outcome in Early- to Moderate-Stage Chronic Kidney Disease: A Cluster-Randomized Trial. PLoS One. 2016 Mar 21;11(3):e0151422. FROM-J
4. Kawabata N, et al. Comparison of the effects of frequent versus conventional nutritional interventions in patients with type 2 diabetes mellitus: A randomized, controlled trial. J Diabetes Investig. 2022;13(2):271-279.
5. Imamura Y, et al. Usefulness of multidisciplinary care to prevent worsening renal function in chronic kidney disease Clin Exp Nephrol 2019;23(4):484-492.

➤ 薬剤師: (担当) 田中章郎先生(医療法人宏潤会大同病院薬剤部)
等 浩太郎先生(金城学院大学薬学部)

・ 服薬指導に関する論文検索結果(2021.11.1現在)

(検索)PubMed 82文献、医中誌 111文献

(一次スクリーニング) PubMed 17文献、医中誌 34文献

- ✓ 多職種連携における服薬管理の腎アウトカムを設定した本邦の臨床スタディはほとんどない
- ✓ どのように分類するか

本邦における多職種連携の検証研究(英文誌)

- ✓ FROM-J
- ✓ 今村先生
- ✓ 櫻田先生

FROM-Jの3つのスタディ

FROM-J 腎疾患重症化予防のための戦略研究 2007-12

かかりつけ医と腎臓専門医の協力を促進するCKD患者の重症化予防のための診療システムの有用性を検討する（研究代表者：筑波大学・山縣邦弘先生）

厚生労働省・日本医師会・日本腎臓学会・日本栄養士会

約2500名患者、16都県、15拠点施設、49地区医師会、315名の管理栄養士が参加

CKD診療ガイドに則った診療

介入A群

234名

63.2歳 eGFR 59.7

（研究代表者：筑波大学・山縣邦弘先生）

CKD診療ガイドに則った診療

介入B群

255名

62.8歳 eGFR 57.9

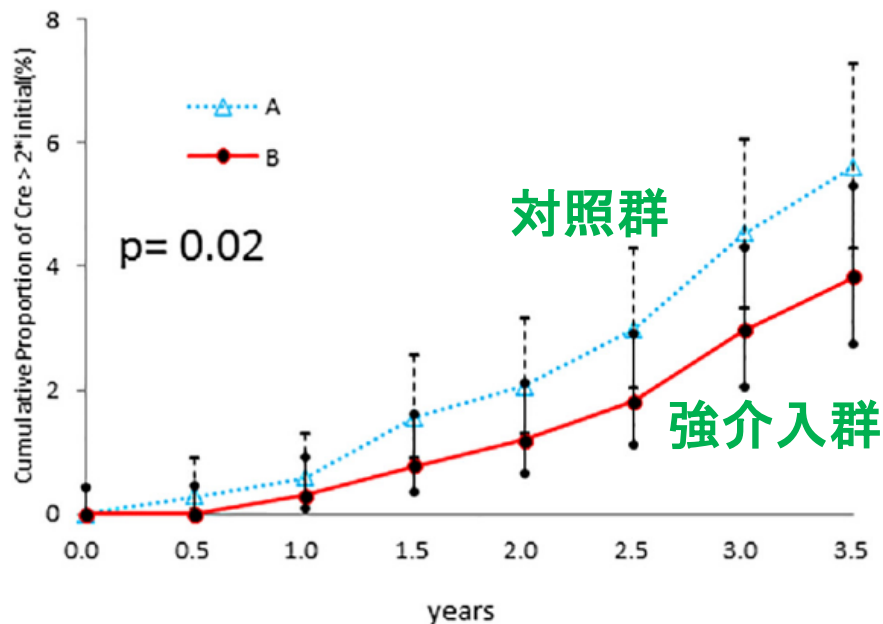
①参加者へ：受診促進支援（2ヶ月以上中断者）

②参加者へ：生活・食事指導（3ヶ月毎） 管理栄養士の派遣

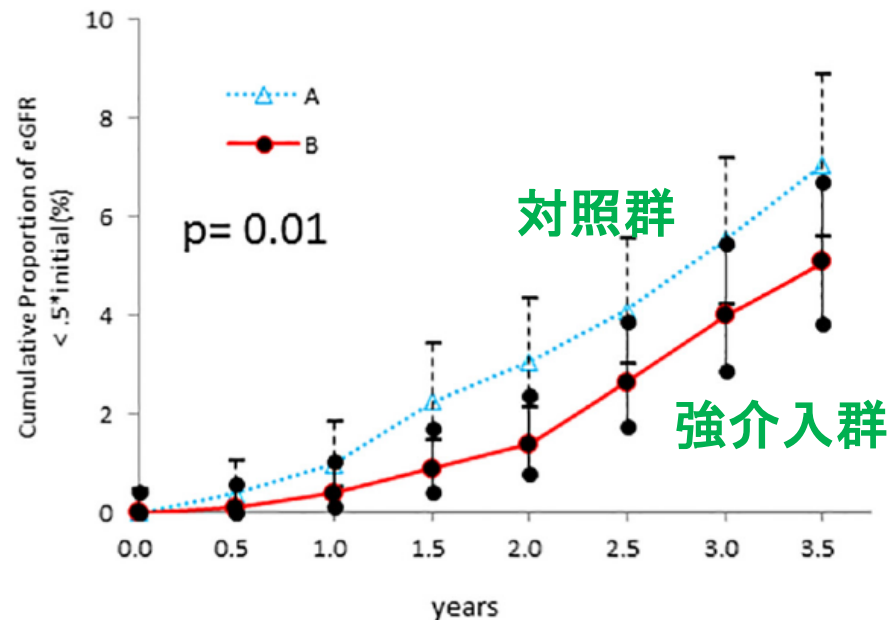
③かかりつけ医へ：診療支援ITシステム
（1、6か月毎）

FROM-J かかりつけ医と管理栄養士による強介入は、CKDステージ3のCKD進行遅延をもたらす

血清Cr値の倍化率(%)



eGFRの50%低下率(%)



(Yamagata K et al., PLoS One 2016)

その他、受診継続率、腎臓専門医への連携達成率、および介入1年以後におけるBMI、HbA1c値、収縮期血圧に改善効果あり

Cost-Effectiveness of Behavior Modification Intervention for Patients With Chronic Kidney Disease in the FROM-J Study



(Okubo R, et al., J Ren Nutr 2021)

Results: The incremental cost-effectiveness ratio for the behavior modification intervention compared with current guideline-based practice was calculated as 145,593 Japanese yen (¥; \$1,324 United States dollars [\$]) per quality-adjusted life year (QALY).

Conclusions: Using the suggested value of social willingness to pay for a one-QALY gain in Japan of ¥5 million (US\$45,455) as the threshold to judge cost-effectiveness, the behavior modification intervention is cost-effective. Our results suggest that diffusing the behavior modification intervention proven effective by the FROM-J study could be justifiable as an efficient use of finite healthcare resources. GPs could be encouraged to initiate this intervention by revising the National Health Insurance fee schedule and strengthening clinical guidelines regarding behavior modification interventions.

Table 2. Results of Cost-Effectiveness Analysis

Strategy	Cost of Additional Fee for Behavior Intervention per Session, ¥ (US\$)	Total Cost of One Dietitian's Educational Session, ¥ (US\$)	Cost, ¥ (US\$)	Incremental Cost, ¥ (US\$)	Effectiveness (QALY)	Incremental Effectiveness (QALY)	Incremental Cost-Effectiveness Ratio, ¥ (US\$) per QALY
Guideline-based practice	0	0	5,455,545 (US\$49,596)		8.966136	–	–
Guideline-based practice with behavior modification	¥1,500 (US\$14)	3,500 (US\$32)	5,471,709 (US\$49,743)	16,164 (US\$147)	9.077154	0.111018	145,593 (US\$1,324)

Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) = Incremental cost/Incremental effectiveness = $\frac{\text{Cost}_{\text{Practice B}} - \text{Cost}_{\text{Practice A}}}{\text{Effectiveness}_{\text{Practice B}} - \text{Effectiveness}_{\text{Practice A}}}$

¥, Japanese yen; QALY, quality-adjusted life year; US\$, United States dollar.

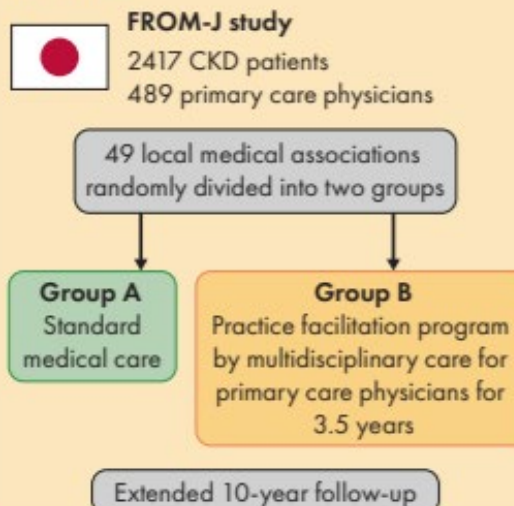
FROM-J follow-up かかりつけ医と管理栄養士による強介入は、10年後の心腎イベント減少に寄与する

Long-term effectiveness of a primary care practice facilitation program for chronic kidney disease management: an extended follow-up of a cluster-randomized FROM-J study

Background

Practice facilitation program by multidisciplinary care for primary care physicians is expected to improve CKD outcomes, but there is no clear evidence of its long-term effectiveness

Methods



Results

	Group A	Group B	P*
 Primary composite endpoint (CVD, RRT, 50% decline in eGFR)	27.1%	22.1%	0.051 *cluster-robust methods
 CVD event	10.5%	6.4%	0.001 NNT for preventing CVD in one patient was 24.4
 Patients with stage G3a at enrollment eGFR decline rate (mL/min/1.73 m ² /year)	2.35 ± 3.87	1.68 ± 2.98	0.02
 Co-treatment			
Referral to nephrologist	25.4%	49.5%	< 0.001
Re-introduction to primary care physician	14.8%	26.0%	< 0.001

Conclusion

CKD practice facilitation program for primary care physicians reliably decreases CVD events. The program may slow eGFR decline rate in patients with stage G3a.

今村先生の3つのスタディ



Usefulness of multidisciplinary care to prevent worsening renal function in chronic kidney disease

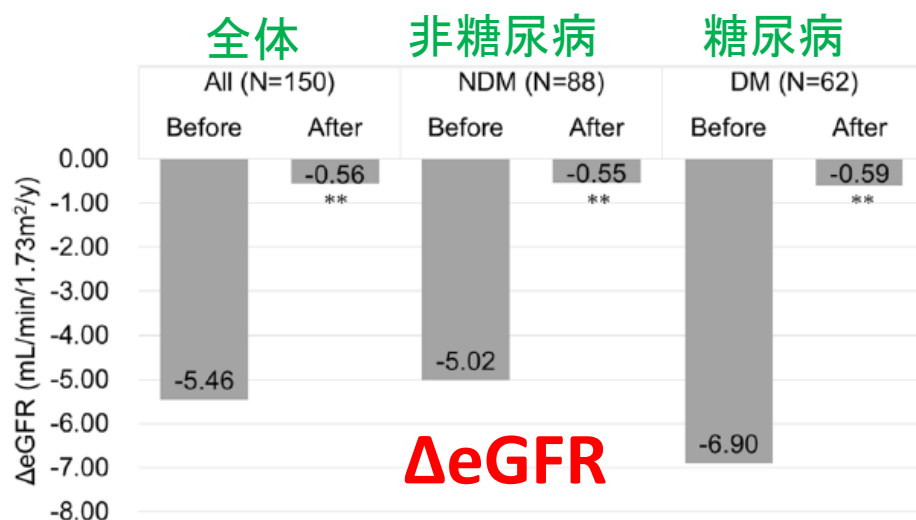
Yoshihiko Imamura¹ · Yasunori Takahashi¹ · Toshihide Hayashi¹ · Masateru Iwamoto² · Rie Nakamura³ · Mikiko Goto⁴ · Kazuyo Takeba⁴ · Makoto Shinohara⁵ · Shun Kubo⁶ · Nobuhiko Joki⁶

対象: CKD G2-5の保存期CKD患者
150名(平均eGFR 34)

多職種介入: 前向き試験

4職種(専門知識のある医師・
看護師・管理栄養士・薬剤師)
が同じ日にCKD療養指導
× 4セット

指導前後の比較



CKD進行の遅延、UA, LDL-C, HbA1cの改善

Effect of multidisciplinary care of dialysis initiation for outpatients with chronic kidney disease

Yoshihiko Imamura¹  · Yasunori Takahashi¹ · Satoru Uchida² · Miki Yamauchi³ · Yuka Ogawara⁴ · Mikiko Goto⁴ · Kazuyo Takeba⁴

Multidisciplinary care (MDC)

対象: 透析導入CKD患者112名

後ろ向き比較試験

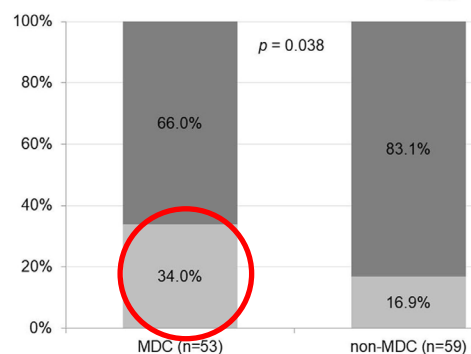
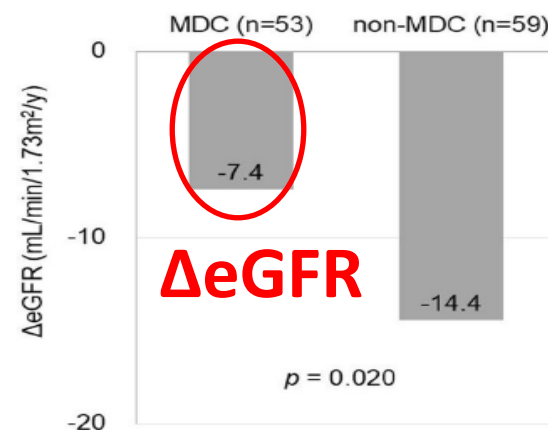
多職種介入あり (53名) vs なし (59名)

介入開始時 eGFR 15.2 (対照 11.3)

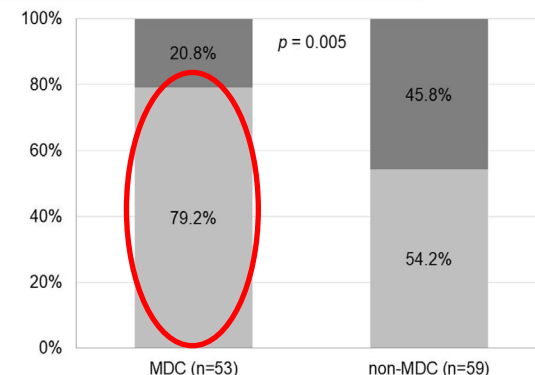
透析導入時 eGFR 5.8 (対照 6.0)

多職種介入:

4職種 (専門知識のある医師・
看護師・管理栄養士・薬剤師)
が同じ日にCKD療養指導
x 4セット



PD導入率



計画導入率

CKD進行の遅延、計画導入の増加、PD選択の増加

Relationship between **compliance with management target** values and renal prognosis in multidisciplinary care for outpatients with chronic kidney disease.

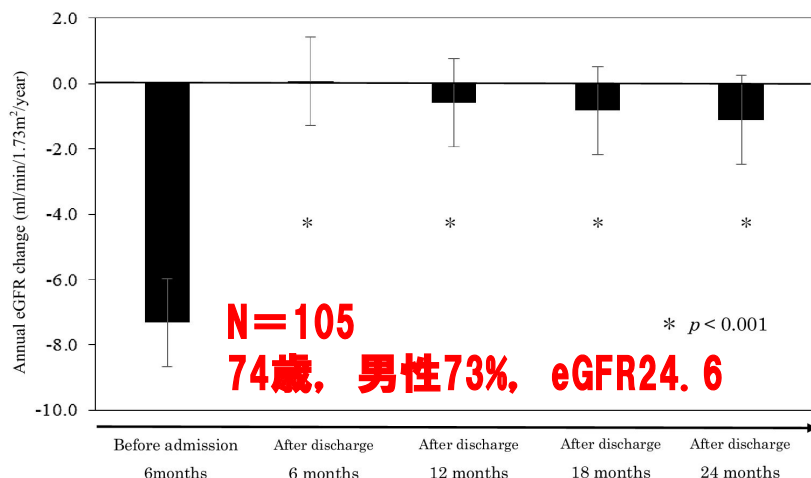
(Imamura Y et al., CEN 2022, in press)

櫻田先生の3つのスタディ

CKD教育入院後にeGFR低下が抑制

櫻田先生よりご提供

Machida S, Sakurada T, et al. Clin Exp Nephrol. 2019;23:493-500.



対象：CKD教育入院を実施した患者

研究デザイン：後ろ向き観察研究

介入：医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士・ソーシャルワーカー

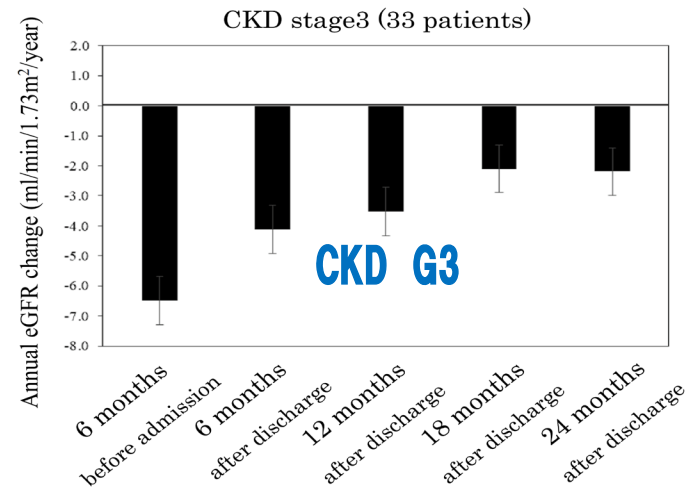
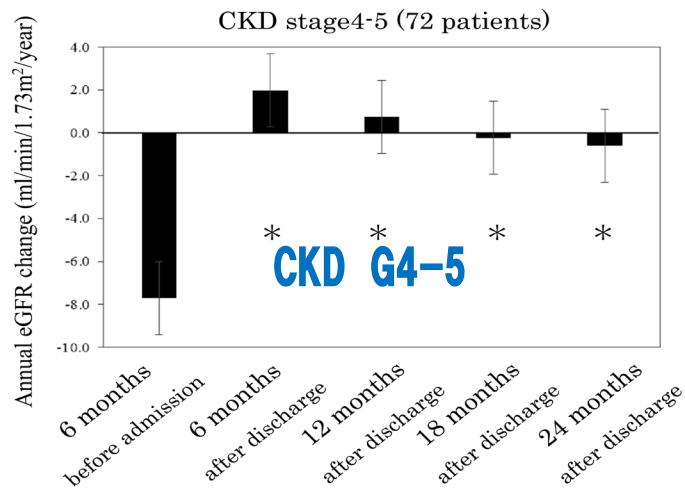
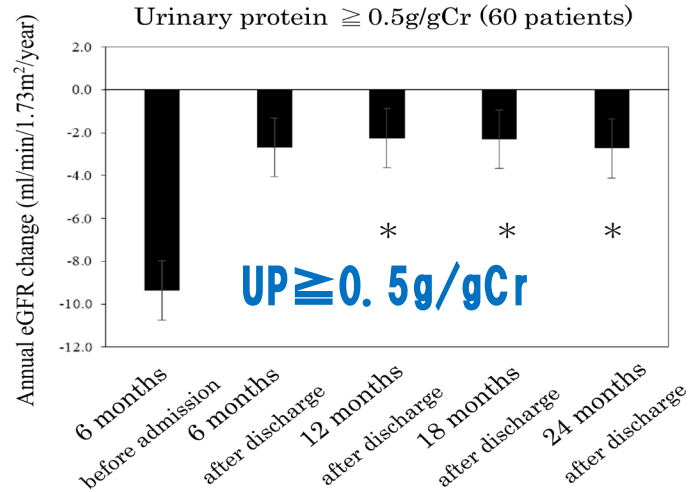
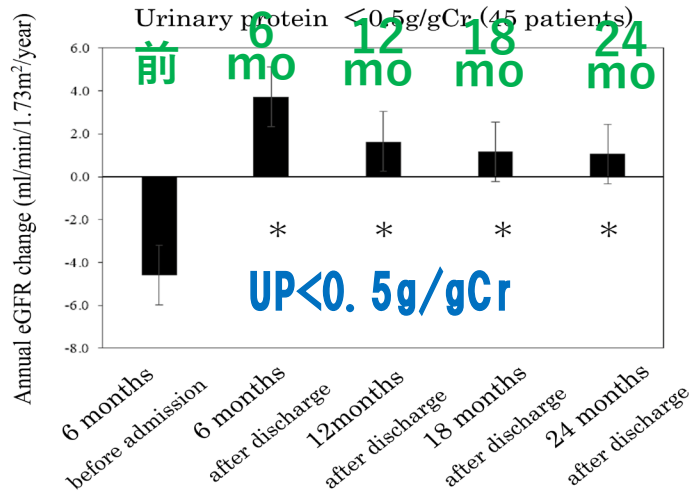
入院前6か月間のeGFR変化（-7.3）に対し、
2年間を通じeGFR低下が有意に抑制

Variable	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	p value	OR (95% CI)	p value
At 1 year				
Urinary protein ^a	2.74 (1.23-6.08)	0.013	3.42 (1.41-8.26)	<0.01
Age ^b	1.73 (0.67-4.46)	0.26	2.14 (0.72-6.32)	0.17
Sex ^c	1.41 (0.59-3.35)	0.44	1.11 (0.41-2.96)	0.84
BMI ^d	1.71 (0.78-3.73)	0.18	1.76 (0.75-4.15)	0.19
CKD stage ^e	2.30 (0.96-5.51)	0.06	2.77 (1.04-7.37)	0.04
Hypertension ^f	1.35 (0.49-3.74)	0.56	1.26 (0.39-3.84)	0.73
Past CVD event ^g	1.77 (0.81-3.85)	0.15	2.00 (0.82-5.49)	0.13
At 2 years				
Urinary protein ^a	6.10 (2.52-14.7)	<0.01	6.74 (2.64-17.2)	<0.01
Age ^b	0.63 (0.22-1.78)	0.38	0.91 (0.27-3.06)	0.88
Sex ^c	1.56 (0.64-3.79)	0.33	1.85 (0.65-5.27)	0.25
BMI ^d	1.51 (0.67-3.37)	0.32	1.91 (0.75-4.88)	0.18
CKD stage ^e	1.70 (0.69-4.18)	0.25	1.66 (0.59-4.66)	0.34
Hypertension ^f	0.90 (0.31-2.64)	0.85	0.56 (0.16-1.91)	0.35
Past CVD event ^g	0.61 (0.27-1.36)	0.23	0.55 (0.21-1.43)	0.22

Reference group: a. ≥ 0.5 g/gCr, b. ≥ 65 years, c. male, d. < 25 , e. stage3, f. no hypertension, g. no CVD

蛋白尿が少ない患者においてeGFR低下抑制と関連あり
⇒腎硬化症によるCKD患者に有効である可能性あり

CKD教育入院後にeGFR低下が抑制



蛋白尿が少ない患者においてeGFR低下抑制と関連あり
⇒腎硬化症によるCKD患者に有効である可能性あり

CKD教育入院後に透析導入までの期間が延長

櫻田先生よりご提供

Takagi WH, Sakurada T, et al. Clin Exp Nephrol. 2021;25:166-172.

対象：当院で透析導入した患者（301名）

研究デザイン：過去起点コホート研究

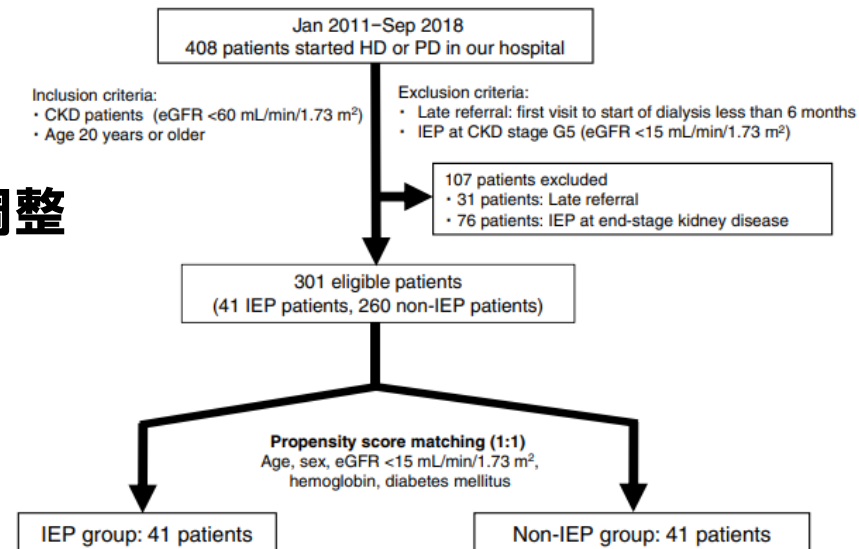
対照群：CKD教育入院**未**経験者（260名）

介入群：CKD教育入院**経**験者（41名）

傾向スコアマッチングで患者背景を調整

CKD教育入院経験者は

CKDステージG5から**透析導入までの期間が長く**（344日 vs 257日）、
導入時の透析アクセスの保有率が
高く、導入時の入院期間が短い。



Dialysis modality n (%)			
Hemodialysis	36 (87.8)	32 (78.0)	0.240
Peritoneal dialysis	5 (12.2)	9 (22.0)	
Patient owing permanent vascular access or placed PD catheter (%)	36 (87.8)	28 (68.3)	0.033
The period from the beginning of CKD stage G5 to the start of dialysis (days)	344.0 (246.5, 544.0)	257.0 (189.0, 360.0)	0.011
Hospitalization period upon the start of dialysis (days)	14.0 (11.0, 17.5)	18.0 (13.0, 25.0)	0.015
Hospitalization period for preparing for permanent dialysis (days)	5.0 (5.0, 5.5)	5.0 (0.0, 9.5)	0.965
Total hospitalization period (days)	19.0 (16.0, 25.5)	24.0 (19.5, 32.0)	0.007
Planned start of dialysis (%)	39 (95.1)	34 (83.0)	0.077

CKD教育入院は透析導入後の良好な生命予後と関連

櫻田先生よりご提供

Yoshida K, Sakurada T, et al. Clin Exp Nephrol. 2022 published online

透析導入前の多職種介入が予後改善をもたらすことを明らかにした本邦発のエビデンス

対象：当院で透析導入した患者（490名）

研究デザイン：過去起点コホート研究

対照群：CKD教育入院**未**経験者（361名）

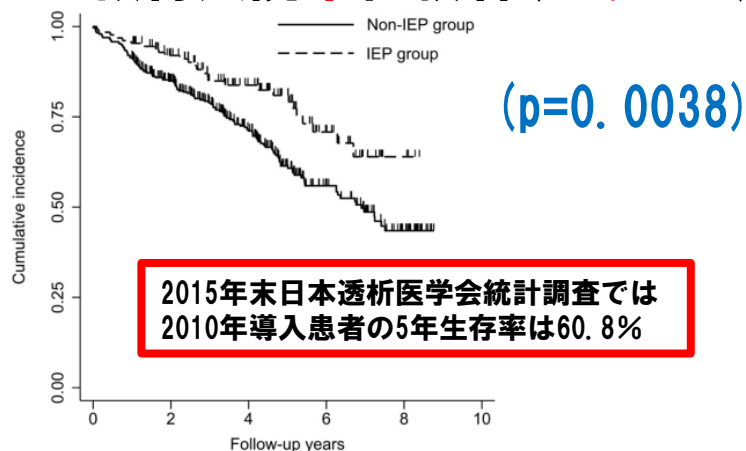
介入群：CKD教育入院経験者（129名）

【透析導入後の5年生存率】

CKD教育入院経験者 **(81.0%)**

VS

CKD教育入院**未**経験者 **(61.5%)**



		HR	95% CI	p value
Participation in IEPs	No	Refer- ence		
	Yes	0.57	0.37–0.88	0.011
Age (per 1 year)		1.05	1.03–1.06	<0.001
Sex	Female	Refer- ence		
	Male	0.95	0.65–1.40	0.807
BMI (per 1 kg/m ²)		0.97	0.93–1.01	0.098
CCI	0–2	Refer- ence		
	3–4	0.95	0.56–1.62	0.848
	5–	1.75	1.06–2.89	0.029
eGFR (per 1 mL/min/1.73 m ²)		1.25	1.14–1.36	<0.001
Albumin (per 1 g/dL)		0.84	0.61–1.16	0.292
Bedridden levels	J	Refer- ence		
	A	1.30	0.85–2.00	0.225
	B	2.90	1.73–4.88	<0.001
	C	9.55	4.13–22.1	<0.001
Smoking		0.90	0.57–1.41	0.632
Welfare recipient		0.70	0.35–1.37	0.297
Duration of hospital visits to neph- rologists (≥6 months)		0.97	0.68–1.37	0.860
Pre-placement of permanent vascular access or PD catheter		0.83	0.59–1.18	0.299
Urgent start of dialysis		1.08	0.73–1.59	0.712

対照群の死亡に関するハザードを1とした時
介入群は死亡に対するハザード比が**0.57**
(95%信頼区間0.37~0.88、p=0.011)

当院におけるCKDチーム医療のエビデンス

櫻田先生よりご提供

- 腎予後（透析導入遅延・腎機能低下の抑制）
- （透析導入後の）生命予後の改善
- 計画導入率（シャント作成、PDカテーテル留置）の向上
- 入院期間の短縮

現在、投稿準備を進めている臨床研究において
CKD教育入院経験者の透析導入後のCVD発症が少ないことが明らかとなりました。
こちらについては6月の日腎で発表予定です。

多職種介入によるチーム医療のエビデンス (海外も含めて)

- 腎予後(透析導入・腎機能低下速度)
- 生命予後
- 尿蛋白
- 貧血
- 計画導入率(シャント作成)
- 腹膜透析(PD)の選択率
- 入院回数、入院期間の短縮
- 受診継続、専門医への紹介・逆紹介率
- QOL
- コスト、費用対効果
- 透析後の予後改善

介入方法は様々

(2) CKD領域における 多職種連携の既存エビデンスの収集

- ✓ 領域別(看護師、栄養士、薬剤師)
 - ✓ ガイドラインより
-

(今後の予定)

- 海外のものも含め、文献リスト(アブストラクトテーブルも)を作成予定 →マニュアル
- 介入方法、対象患者による分類を行う
→モデル、治療ターゲット(問題解決への提言)

?エビデンスとして用いるのは本邦ものだけでよいか?

? 医中誌の扱い

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

→ 猪阪先生よりご発表

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

移植を含めた腎代替療法情報提供の評価

人工腎臓 導入期加算の見直し

- 腎移植の推進に与する取組みや実績をより評価する観点から、人工腎臓の導入期加算について、算定実績の要件を見直す。

現行		→	改定後		
【人工腎臓】			【人工腎臓】		
導入期加算1	300点		導入期加算1	200点	
導入期加算2	400点		導入期加算2	500点	
[施設基準] 導入期加算2 ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること			[施設基準] 導入期加算2 ア 導入期加算1の施設基準を満たしていること イ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ウ 腎移植について、腎移植に向けた手続きを行った患者が前年に3人以上いること		

腎代替療法指導管理料の新設

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア **慢性腎臓病**の患者であって、3月前までの直近2回の $eGFR(mL/分/1.73m^2)$ が**いずれも30未満**の場合
 - イ **急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、不可逆的に慢性腎臓病に至る**と判断される場合
- 適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。**
- 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

[施設基準]

- J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師



経験のある看護師(腎臓病療養指導士等)の介入

糖尿病透析予防指導管理料(350点)

➤ 算定要件

- HbA1c 6.5%以上の糖尿病性腎症2期以上の患者(透析療法を除く)に、「糖尿病治療ガイド」等に基づき、指導した場合(月1回まで)

➤ 施設基準(概要)

●透析予防診療チームの設置:

医師、看護師または保健師、管理栄養士

看護師の要件

①糖尿病療養指導経験5年以上の看護師

②同経験5年未満2年以上の場合、以下が該当

- 慢性疾患看護専門看護師
- 糖尿病看護認定看護師、透析看護認定看護師
- 糖尿病療養指導士

●糖尿病教室の定期的実施等による患者・家族への説明

CKDチーム医療に対する診療報酬(2024改訂)に向けて

➤ 2022年末までにデータを揃える必要あり

● 次の3つで十分か？

1. 二次調査の解析結果
2. 既存エビデンスの集積(モデルケース、メタ解析？)
3. 健康保険組合のデータ

● 問題点

- ✓ 糖尿病性腎症透析予防加算との関係、新設は可能か？
 - 構成要件となる職種、資格(腎臓病療養指導士？)
 - 対象患者(DKDも含む？)、ステージ(G3以降？)
- ✓ 多職種連携の方法(外来指導、教育入院)
- ✓ その他(具体的な進め方、提示の仕方、など)

保険者のメリットになっているか？

CKDチーム医療に対する診療報酬(2024改訂)に向けて

➤ 2022年末までにデータを揃える必要あり

● 次の3つで十分か？

1. 二次調査の解析結果
2. 既存エビデンスの集積(モデルケース、メタ解析？)
3. 健康保険組合のデータ

● 問題点

✓ 糖尿病性腎症透析予防加算との関係、新設は可能か？

- 構成要件となる職種、資格(腎臓病療養指導士？)
- 対象患者(DKDも含む？)、ステージ(G3以降？)

✓ 多職種連携の方法(外来指導、教育入院)

✓ その他(具体的な進め方、提示の仕方、など)

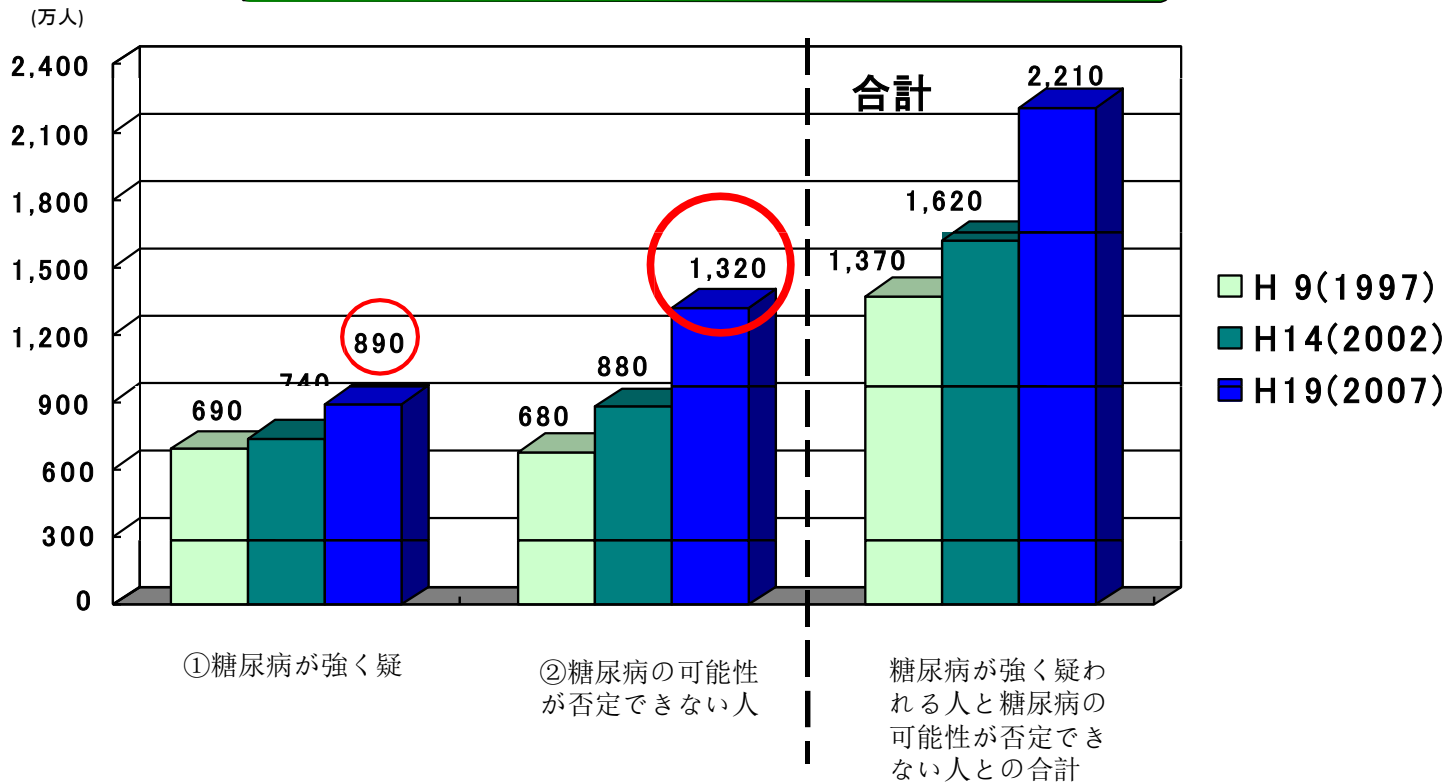
保険者のメリットになっているか？

2. 生活習慣病対策について

糖尿病について

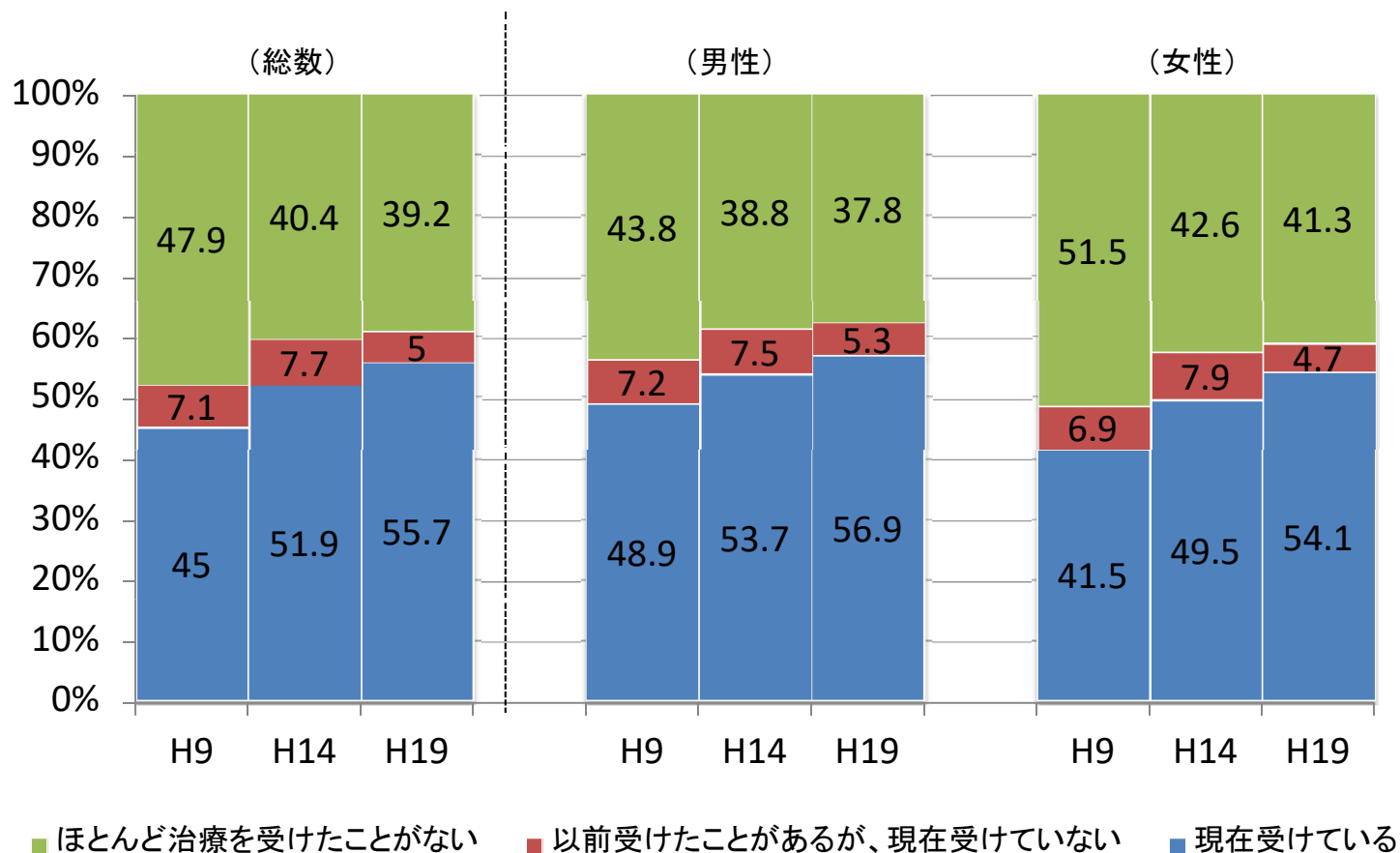
糖尿病の状況

糖尿病が強く疑われる人及び可能性が否定できない人について



- ▼「糖尿病が強く疑われる人」、「糖尿病の可能性を否定できない人」の判定▼(糖尿病実態調査(H9,H14)と同様の基準)
- ①「糖尿病が強く疑われる人」とは、ヘモグロビンA1cの値が6.1%以上、または、質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人である。
- ②「糖尿病の可能性を否定できない人」とは、ヘモグロビンA1cの値が5.6%以上、6.1%未満で、①以外の人である。

糖尿病が強く疑われる者における治療状況(20歳以上)



※「糖尿病の治療を受けたことがあるか」という問をまとめた結果

出典：平成19年国民健康・栄養調査

糖尿病対策の更なる推進

現状・背景

健康日本21

国民
1.2億人

健診

糖尿病の可能性が否定できない者
1,320万人
糖尿病が強く疑われる者
890万人

保健指導

未受療者
受療中断

受療者

コントロール不良

合併症高リスク

- ・糖尿病性腎症による腎不全
(人工透析)
92,914人(新規16,126人/年)
- ・糖尿病による足壊疽
約8万人
- ・虚血性心疾患の総患者数
約81万人

効率的・効果的な普及啓発が不十分

健診の受診率が低い

健診後の受療率が低い

連携不十分

治療中断率が高い

生活指導が不十分

合併症予防が不十分

地域医療

専門的な診療

求められる対応

具体的施策

産業界と連携した啓発・環境整備

食生活・運動指導

医療と連携した療養指導

医療(診療所と中核病院)の適切な連携

発症予防対策の強化

①社会全体として国民へのアプローチの強化

- 健やか生活習慣国民運動推進事業
- 糖尿病予防戦略事業

重症化予防対策の強化

②食生活等生活改善継続のための支援の強化

- 疾病重症化予防のための食事指導拠点事業

③糖尿病診療・生活指導の質の向上

- 糖尿病疾病管理強化対策事業(診療連携体制の構築・療養指導の充実)

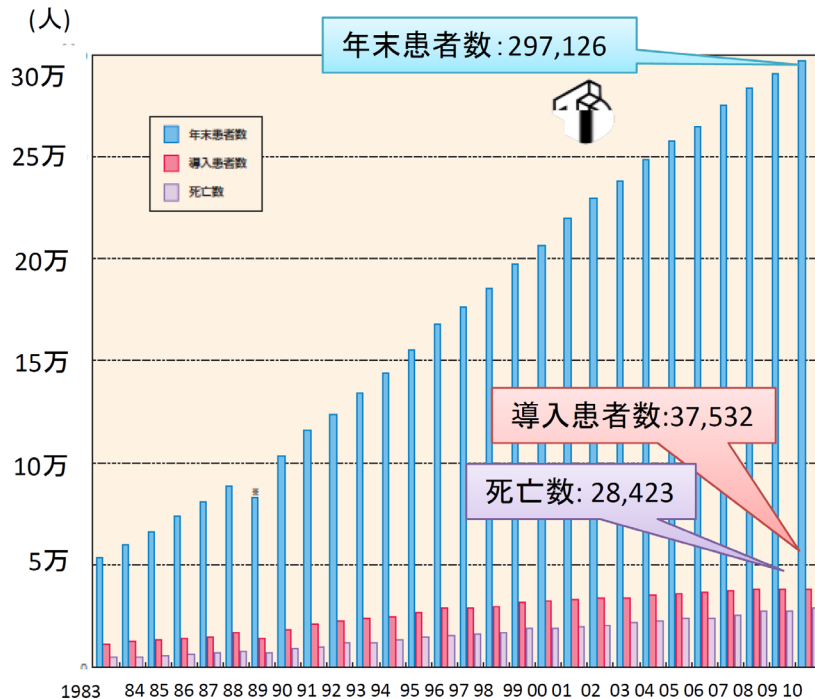
国、自治体、糖尿病対策推進会議及び社会全体で取り組むことが必要

糖尿病に関する指導管理の主な評価について

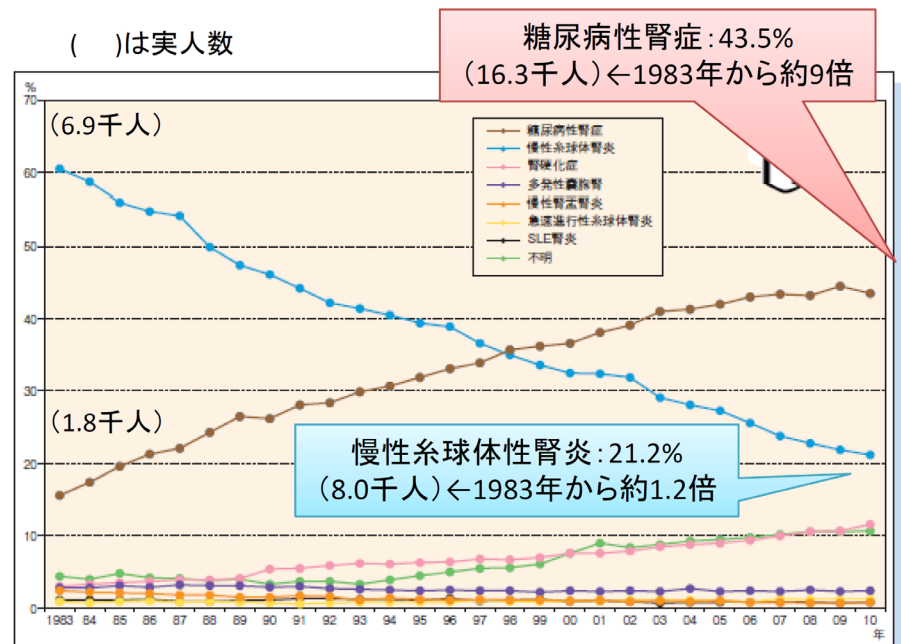
	診療報酬項目	算定対象	点数	対象施設
投薬	特定疾患処方管理加算 (処方料、処方せん料の加算) (プライマリ機能を担う地域のかかりつけ医が総合的に病態分析を行い、それに基づく処方管理を評価したもの。)	◆ 糖尿病等の疾患をもつ入院中の患者以外の患者に対して処方を行った場合 ※特定疾患 悪性新生物、 <u>糖尿病</u> 、高血圧性疾患、胃潰瘍等	65点/月 (28日間以上の処方) 又は 18点/月2回	診療所 病院 (200床未満)
	特定疾患療養管理料 (プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したもの。)	◆ 治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月に2回に限り算定	診療所 225点 病院(100床未満) 147点 病院(200床未満) 87点	診療所 病院 (200床未満)
医学管理等	生活習慣病管理料 ※ 糖尿病合併症管理料以外の医学管理等、検査、投薬、注射、病理診断の費用は、生活習慣病管理料に含まれる	◆ 患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定(入院中の患者を除く) ◆ <u>治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合</u> (別途療養計画書有り)	処方せんを交付する場合 800点/月 処方せんを交付しない場合 1200点/月	診療所 病院 (200床未満)
	糖尿病合併症管理料	◆ 糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた入院中の患者以外の患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に、月1回に限り算定する。	170点/月	診療所 病院
	外来・入院栄養食事指導料	◆ 糖尿食等の特別食を必要とするものに対し、医師の指示に基づき管理栄養士が具体的な献立によって指導を行った場合に、月1回(入院中は2回)に限り算定する。	130点	診療所 病院

糖尿病と透析導入について

年別透析患者数、導入患者数、死亡患者数



年別透析導入患者の主要原疾患の推移



出典: 日本透析医学会: 2010年末の慢性透析患者に関する基礎集計

透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は、1998年以降、糖尿病性腎症が最も多くなっており、2010年は43.5%が糖尿病性腎症が原疾患である。

日本における糖尿病の現状

増え続ける糖尿病患者

H14年度：7人に1人

H19年度：5人に1人

患者一人当たり年間医療費 数百万円～

日本全体の糖尿病関連医療費は、
明らかなものだけで2兆円！

一次予防（保健指導）
2,210万人



日本の総人口
1億2,700万人

糖尿病予備軍
1,320万人

糖尿病
890万人



重症・
合併症

年間に、失明 3,000人、
透析 10,000人 が増加！

非通院者（400万人）
二次予防
（受診勧奨）

通院者（490万人）

三次予防
（重症化予防）

専門医（4千人）に100万人が通院

低
リ
ス
ク

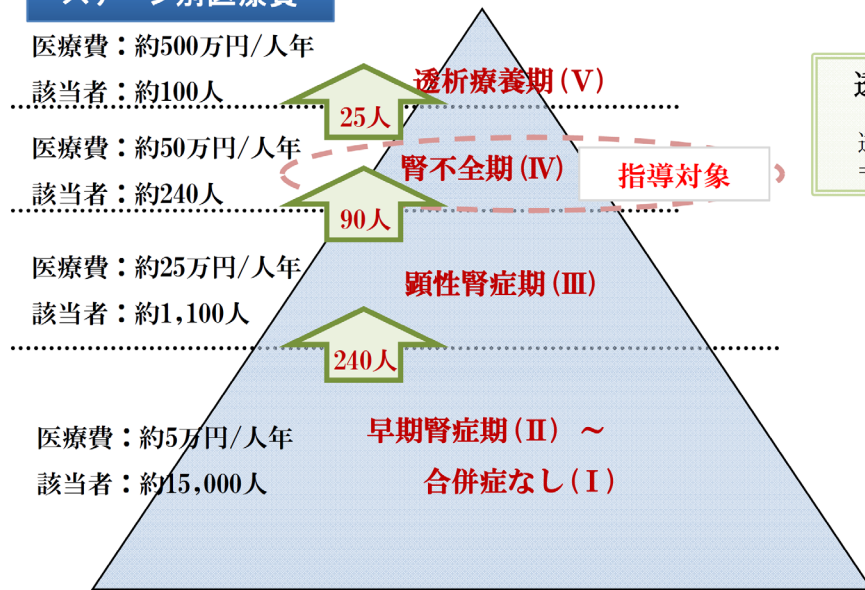
490万人の通院者

高
リ
ス
ク

非専門医に390万人が通院

糖尿病早期腎症の介入効果

ステージ別医療費



透析に至る確率：10%

透析への移行/腎症期の悪化
=25人/240人

介入効果

腎不全期(IV)50人を対象に調査

①脱落・指導中止：20%

↓
指導完了者は40人

②生活習慣変容：70%

↓
生活習慣変容者は28人

※広大研究結果を参考

効果(透析移行しない)
2.8人

被保険者数=100,000人, 全年齢対象

(人数や医療費は、広島県呉市の実績を元に被保険者数を10万人に換算)

糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について①

本研究は、国保直診施設10ヶ所の協力を得て、介入群としての重点支援群と、非介入群としての通常支援群にわけて保健指導を行った。具体的には以下のとおりである。(平成20年～22年 n=270)

対象疾患: 高血圧、脂質異常症、糖尿病(3つを重複したものを含む)で治療中でコントロール不良のもの。

1) 重点支援群

○**重点支援群**は、通常の診療に加え、事務局の指導プロトコールに基づき6ヶ月間の支援プログラムを実施。

その後、3ヶ月に1回面接による支援を実施し、1.5年間支援を継続

2) 通常支援群

○**通常支援群**は、通常の治療、指導スケジュールに沿って支援を継続(定期診察時間内での治療、保健指導を通常通り実施)。

投薬量の変化

- ・ 投薬量について、初回、6ヵ月後、12ヵ月後、18ヵ月後の変化を、重点支援群と通常支援群で比較すると、**検査値が改善または良好な値で維持されており、かつ投薬量が減少または維持されている人の割合(検査値:改善・維持(良)×投薬量:減少・維持)は、いずれの時点においても重点支援群の割合が大きい。**

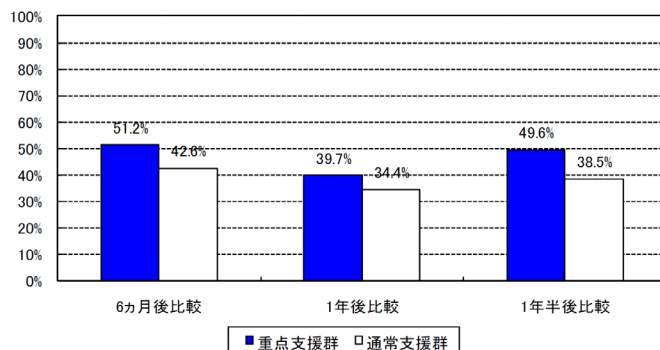
このことから、保健指導により、対象者に健康状態の改善効果があらわれていることがうかがえる。

- ・ 対象者の有する疾病別にみた場合でも、高血圧症、糖尿病ともに、検査値が改善または良好な値で維持されており、かつ投薬量が減少または維持されている人の割合(検査値:改善・維持(良)×投薬量:減少・維持)は、いずれの時点においても重点支援群の割合が大きい。

図表 投薬量変化と検査値変化の状況

疾病: 全体

検査値: 改善・維持(良) × 投薬量: 減少・維持



対象: (重点支援群=121、通常支援群=122) 事業参加者全員

改善: HbA1c、SBP、DBP、LDLCが基準値以上(6.5%以上)であったものが、基準値を下回った場合

維持(良): HbA1c等が基準値以上であったものが初回の時点で基準値を下回り、6ヶ月、1年後、1年半後でそれぞれ基準値を下回った場合

重点支援群の方が、投薬量が減少・維持されている人の割合が大きい※

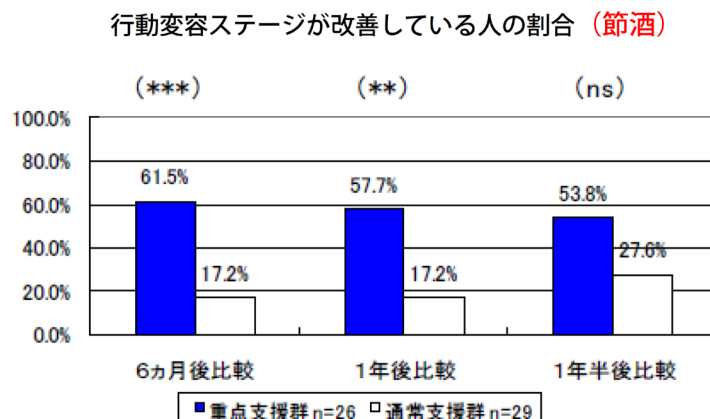
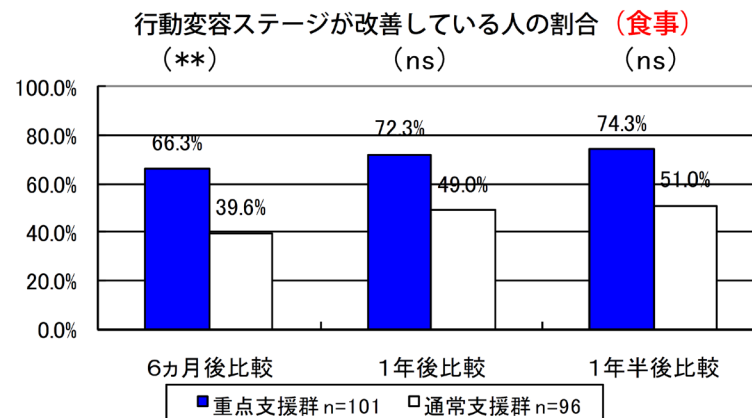
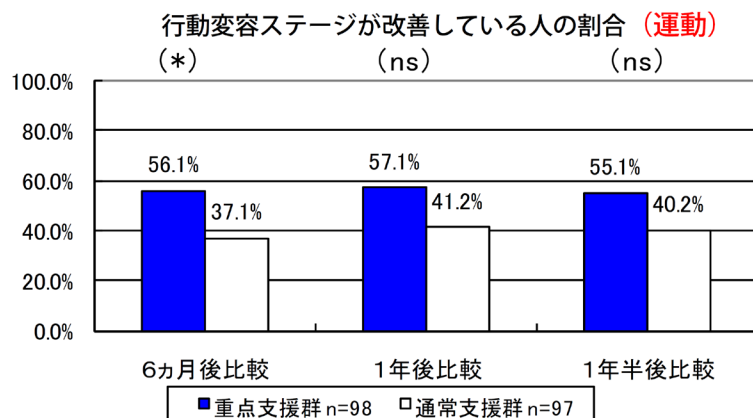
※検査値は改善または良好な値で維持されている

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について②

生活習慣の変化

- 行動変容ステージは、重点支援開始時と6ヵ月後、12ヵ月後、18ヵ月後の行動変容ステージの変化状況を整理すると、**重点支援群のほうが、運動、食事、節酒において改善傾向の人の割合が高くなっている**。ただし、喫煙に関しては、12ヵ月後以降、通常支援群のほうが改善と回答する者の割合が高くなっているが、喫煙における重点支援の効果についての解釈には注意が必要である。



(注) ns: p値 $\geq$ 0.05、*: p値 $<$ 0.05、**: p値 $<$ 0.01、***: p値 $<$ 0.001

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

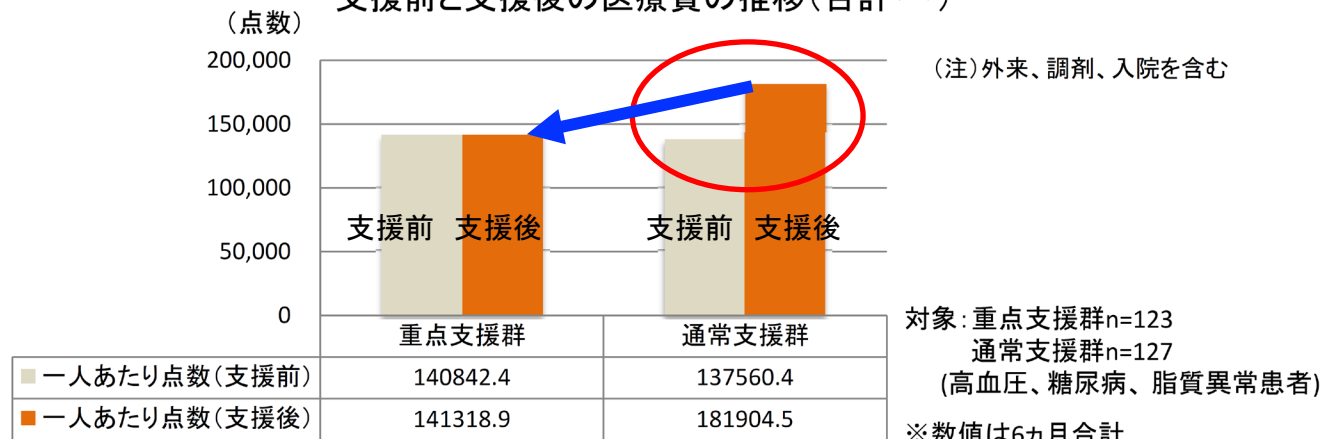
糖尿病等治療中の者に対する医学管理の効果について③

医療費の変化

- 医療費について、外来医療費及び調剤費の増加幅は、重点支援群の方が、通常支援群よりも低く抑えられるという結果になった。
- 重点支援群の外来医療費については、重点支援期間の前よりも後のほうがおおむね低く抑えられるという結果になった。

※本データは、季節性などの影響を排除しておらず、病気の流行等についても勘案したものではない

支援前と支援後の医療費の推移(合計^(注))



○集計方法

参加者のうち中止しなかった人(継続者)250人のすべてについて、実施機関における重点支援期間の開始前6ヶ月間および終了後6ヶ月間のレセプトを収集し集計した。250人は、重点支援の対象者が123人、通常支援の対象者が127人である。外来、調剤については、生活習慣病以外の疾患も含むものである。入院については、生活習慣病による入院と、生活習慣病以外を含むすべての入院について集計した。尚、各実施機関ごとに重点支援を行った時期が異なるため、それぞれの実施機関で実施した重点支援期間を基準として、その前後6ヶ月のレセプトを収集している。

※今回、研究にかかる「費用」及び研究の「効果」の範囲を限定することは難しいことから、費用対効果は算出していない。

(「平成23年3月市町村国保における特定健診・保健指導に関する検討会 治療中の者に対する保健指導の効果に関するワーキンググループ 報告書」を基に保険局医療課作成)

多職種で共同して行う患者指導の効果①

カレスサップロ北光記念クリニック

対象：平成19年1月～平成21年12月3年間で生活習慣病改善プログラムに参加した141名のうちプログラム終了した100名（糖尿病86名、脂質異常者8名、高血圧症6名）

方法：医師と看護師・保健師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士が各症例に対し、「生活習慣病改善プログラム」（3か月の教育プログラムと4か月目以降の継続プログラム）を協議・共同して実施。（生活習慣病管理料算定）

生活習慣病改善プログラム

《プログラム開始前》

★健康チェック

→血液検査・肥満度・心電図・CT検査など

★生活習慣病チェック（看護師から問診）

→個人にあった生活習慣改善プログラム作成

《1ヶ月目》1単位30分

看護師 1単位（疾患）

管理栄養士 2単位（食事療法）

理学療法士または看護師 1単位（運動療法）

《2ヶ月目》

看護師 1単位（ストレス）

管理栄養士 1単位（献立内容の確認）

薬剤師2単位（薬物療法）

《3ヶ月目》

看護師 1単位（セルフケア）

管理栄養士 1単位（食事療法を継続するために）

薬剤師2単位（インスリン療法、禁煙）

生活習慣の改善

食習慣の改善（99名99%）

・間食をやめる

・3食きちっと食べる

運動習慣の改善（95名95%）

・毎日1万歩の歩行を目標とする

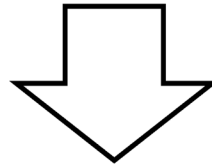
・犬の散歩を日課とする

食習慣・運動習慣以外の行動変容（96名96%）

佐久間ら、医師とコメディカルチームが共同して行う「生活習慣改善プログラム」による患者指導の改善効果の検証人間ドック Vol.25 No.3 2010

糖尿病対策における課題と論点

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、これらに係る医療費も増加している。
- 糖尿病患者に対し、外来において、医師や看護師、保健師等が連携して重点的に支援を行うことで、長期的には体重、HbA1c等が改善され、投薬量が減少または維持されている人の割合が大きくなることが見込まれる。また、透析への移行が減少する可能性がある。



【論点】

- 糖尿病患者に対し、外来において、医師や看護師、保健師等が連携して、重点的な医学管理を行うことの診療報酬上の評価についてどう考えるか。

CKDチーム医療に対する診療報酬(2024改訂)に向けて

➤ 2022年末までにデータを揃える必要あり

● 次の3つで十分か？

1. 二次調査の解析結果
2. 既存エビデンスの集積(モデルケース、メタ解析？)
3. 健康保険組合のデータ

● 問題点

- ✓ **糖尿病性腎症透析予防加算**との関係、新設は可能か？
 - ・ 構成要件となる職種、資格(腎臓病療養指導士？)
 - ・ 対象患者(DKDも含む？)、ステージ(G3以降？)
- ✓ 多職種連携の方法(外来指導、教育入院)
- ✓ その他(具体的な進め方など)

日本におけるCKD患者数(%) (20歳以上)



約1,300万人＝日本人の約12%(8人に1人)がCKD患者

GFR ステージ	GFR (mL/分/1.73m ²)	尿蛋白 ー～±	尿蛋白 1+以上
G1	≥90	2,803万人	61万人 (0.6%)
G2	60～89	6,187万人	171万人 (1.7%)
G3a	45～59	886万人 (8.6%)	58万人 (0.6%)
G3b	30～44	106万人 (1.0%)	24万人 (0.2%)
G4	15～29	10万人 (0.1%)	9万人 (0.1%)
G5	<15	1万人 (0.01%)	4万人 (0.03%)

蛋白尿陽性
230万人

eGFR<60
1100万人

のところが、CKDに相当する

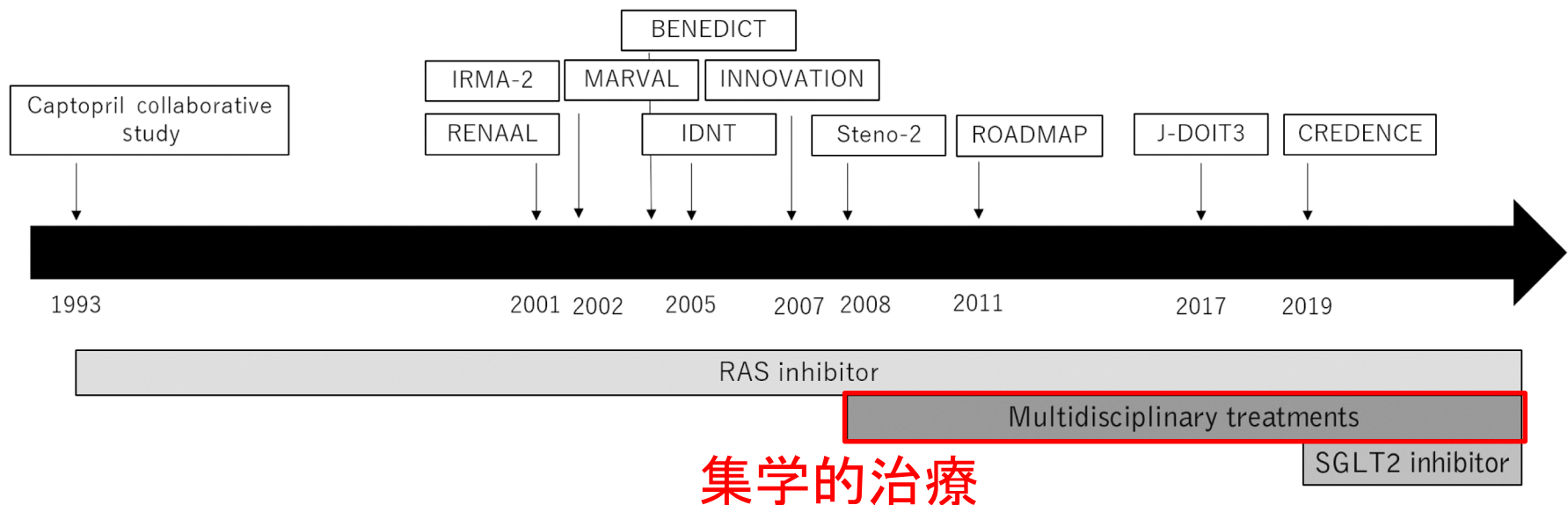
(平成23年度厚生労働省CKDの早期発見・予防・治療標準化・進展阻止に関する研究班)

CKD診療ガイド2012 p.6 表4

腎臓病重症化予防の3本柱

- ◆ RAS阻害薬/血圧コントロール
- ◆ SGLT2阻害薬
- ◆ 集学的治療(減塩、血糖・脂質・電解質管理など)

Current treatment



(Yamazaki and Nangaku, Diabetes Metab J 2021)

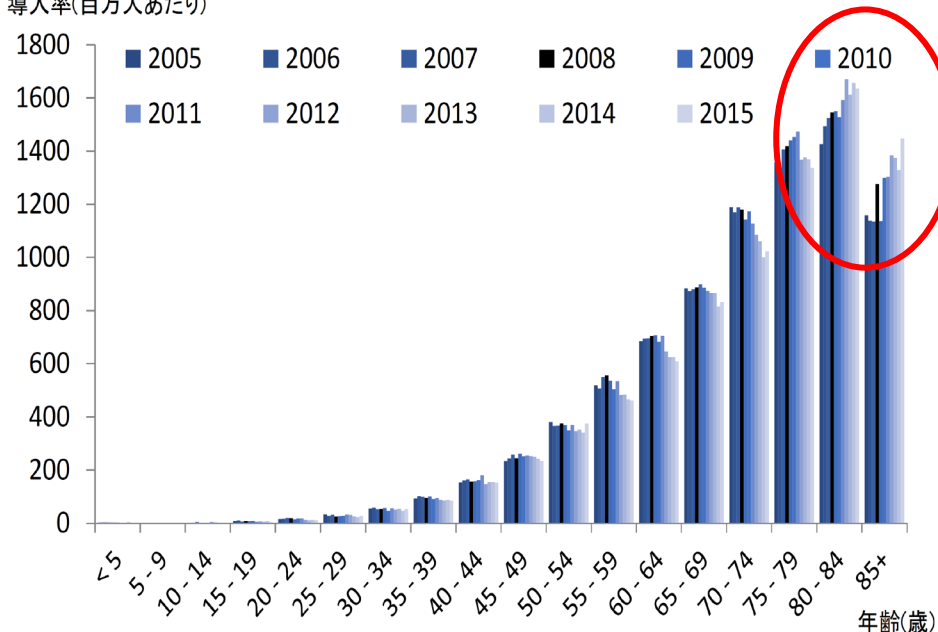
多職種によるチーム医療と医療連携が基本であり、エビデンスも集積しつつある

年齢階級別透析導入率2005-2015年

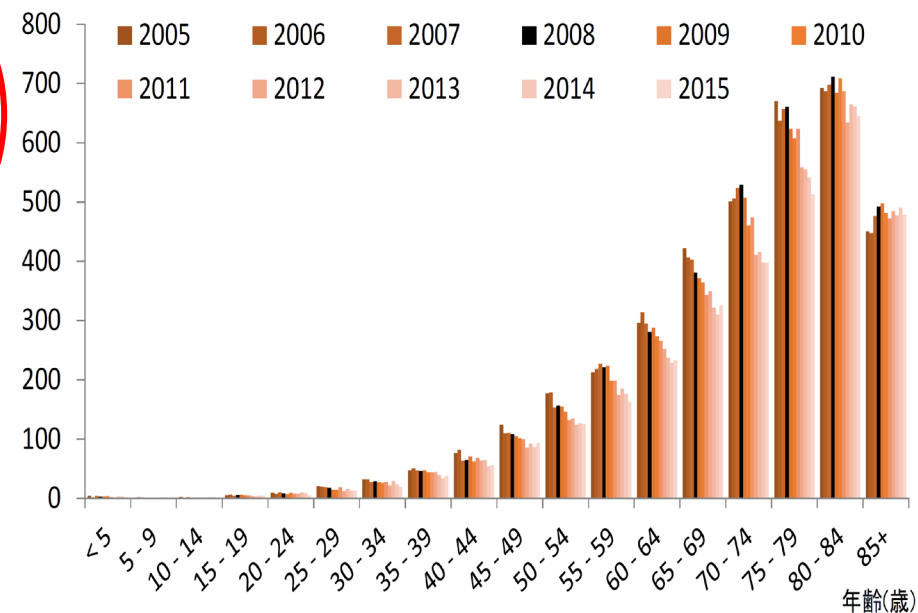
2008年を黒で示した

- ✓ 80歳以上の男性を除くと、新規透析導入患者は減少している（年齢調整）
- ✓ 過去10年以上にわたる普及・啓発、診療連携・チーム医療の推進の成果である

導入率(百万人あたり)



導入率(百万人あたり)



(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)

早期からの腎症重症化予防対策の一層の強化が必要である

CKDチーム医療に対する診療報酬(2024改訂)に向けて

➤ 2022年末までにデータを揃える必要あり

● 次の3つで十分か？

1. 二次調査の解析結果
2. 既存エビデンスの集積(モデルケース、メタ解析？)
3. 健康保険組合のデータ

● 問題点

- ✓ **糖尿病性腎症透析予防加算**との関係、新設は可能か？
 - ・ 構成要件となる職種、資格(腎臓病療養指導士？)
 - ・ 対象患者(DKDも含む？)、ステージ(G3以降？)
- ✓ 多職種連携の方法(外来指導、教育入院)
- ✓ その他(具体的な進め方など)

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定

厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による 生活・食事指導等の実証研究

1. 多職種連携の実態調査と取りまとめ: 阿部, 岡田, 金崎, 内田, 石川, 木村
実態調査により多職種連携によるCKD療養指導に関する現状と課題を取りまとめる。
2. 多職種連携の有効性に関するエビデンス構築: 猪阪, 阿部, 内田, 石川, 木村
多職種連携による療養指導のCKD予防・重症化予防に対する有効性を検証する実証研究を行う。
3. マニュアルの作成と普及: 岡田
多職種連携の視点によるコメディカルのための生活・食事指導等のマニュアルを作成する。
4. ホームページによる成果の公表: 金崎
本研究班の取り組みと得られた成果・提言を公表し、全国的な周知と普及を目指す。
5. 課題の評価と課題解決への提言:
以上より、課題解決へ向けた具体的な戦略案を策定し、成果目標を示す。

CKD多職種連携推進ガイドブック(案)

(岡田先生より)

目次

はじめに

研究者一覧, 協力団体

1 腎臓病療養指導士制度

1-1 腎臓病療養指導士制度の概要

(詳細は『腎臓病療養指導士のためのCKD指導ガイドブック』を参照していただく)

2 CKD 診療にかかわる多職種の役割

2-1 看護師

2-2 管理栄養士

2-3 薬剤師

2-4 療法士 (PT・OT)

2-5 医療ソーシャルワーカー (MSW)

3 CKD多職種連携を推進する取り組み

3-1 CKD外来

3-2 CKD検査教育入院

3-3 腎臓病教室

3-4 多職種ミーティング

3-5 多職種連携に役立つ連携ツール

3-6 CKD教育による効果の検証

4 地域で行うこれからのCKD診療

4-1 CKD病診連携の在り方

4-2 CKD病診連携における地域の役割

4-3 CKD病診連携における専門医療機関の役割

5 多職種で取り組む「生活目標」の設定

5-1 保存期から生活目標を設定する意義

5-2 多職種で取り組む生活目標の設定

6 腎代替療法意思決定支援

6-1 多職種による腎代替療法意思決定支援

6-1-1 看護師

6-1-2 管理栄養士

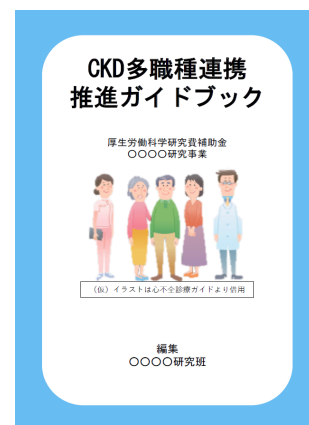
6-1-3 薬剤師

6-2 効果的な腎代替療法意思決定支援の方法

6-2-1 共同意思決定 (shared decision making : SDM)

効果的な多職種連携方法(モデルケース)の提案

文献
索引



厚生労働科学研究費補助金(腎疾患政策研究事業) 2020-2022年度 慢性腎臓病(CKD)患者に特有の健康課題に適合した多職種連携による 生活・食事指導等の実証研究

1. 多職種連携の実態調査と取りまとめ: 阿部, 岡田, 金崎, 内田, 石川, 木村
実態調査により多職種連携によるCKD療養指導に関する現状と課題を取りまとめる。
2. 多職種連携の有効性に関するエビデンス構築: 猪阪, 阿部, 内田, 石川, 木村
多職種連携による療養指導のCKD予防・重症化予防に対する有効性を検証する実証研究を行う。
3. マニュアルの作成と普及: 岡田
多職種連携の視点によるコメディカルのための生活・食事指導等のマニュアルを作成する。
4. ホームページによる成果の公表: 金崎
本研究班の取り組みと得られた成果・提言を公表し、全国的な周知と普及を目指す。
報告書の作成
5. 課題の評価と課題解決への提言: その他, HPに掲載、小冊子など?
以上より、課題解決へ向けた具体的な戦略案を策定し、成果目標を示す。

本日の議案：

1. 開会の辞、メンバー紹介
2. 厚労省よりご挨拶（谷口先生）
3. 概要の説明（要）、HPの説明（金崎）
4. 二次調査の進捗状況と今後の解析について（阿部）
5. エビデンス収集（各領域より、既存のガイドラインより）（要）
6. 大阪府の取り組み（猪阪）
7. 診療報酬に向けて
8. マニュアル作成素案（岡田）
9. 今後の進め方
10. 次回の予定（6～7月）

(Kawabata N. et al., J Diabes Invest 2021)

Table 1 | Comparison of clinical, physical, and nutritional factors between the intensive intervention group and control group at the beginning of the study

	INT	CON	<i>P</i>
<i>n</i>	44	43	
Male (%)	68	56	0.235 [†]
Age (years)	68.0 (62.2–71.0)	65.0 (58.0–71.0)	0.277 ^{\$}
Duration of diabetes (years)	13.0 (8.0–21.0)	14.0 (9.0–24.0)	0.377 ^{\$}
Diabetic retinopathy (%)	48	58	0.370 [†]
Albuminuria category (A1, A2 and A3) [¶] (%)	63, 17, 20	51, 30, 19	0.352 [†]
Diabetic kidney disease (%)	50	58	0.521 [†]
CVR-R (at rest) (%)	1.83 (1.46–3.16)	1.96 (1.46–2.70)	0.856 ^{\$}
Systolic blood pressure (mmHg)	134 (122–141)	133 (124–142)	0.538 ^{\$}
Diastolic blood pressure (mmHg)	73 ± 10	76 ± 14	0.319 [‡]
HbA1c (%)	7.0 ± 0.7	7.1 ± 0.8	0.395 [‡]
eGFR (mL/min/1.73 m ²)	67.7 ± 18.7	70.2 ± 16.6	0.517 [‡]
Total cholesterol (mg/dL)	180 (166–197)	186 (163–201)	0.468 ^{\$}
HDL-C (mg/dL)	53 (48–64)	53 (43–61)	0.688 ^{\$}
LDL-C (mg/dL)	97 ± 23	101 ± 33	0.548 [‡]
Triglycerides (mg/dL)	100 (82–185)	139 (78–199)	0.521 ^{\$}
Non-HDL-C (mg/dL)	125 ± 23	131 ± 40	0.408 [‡]
Waist circumference (cm)	90.0 (84.0–100.5)	90.0 (86.0–95.0)	0.566 ^{\$}
BMI (kg/m ²)	24.7 ± 3.5	25.1 ± 3.3	0.605 [‡]
Body fat percentage (%)	25.3 ± 8.9	27.0 ± 10.0	0.393 [‡]
Protein intake (g/kg/day)	1.00 (0.86–1.23)	0.98 (0.75–1.12)	0.105 ^{\$}
Salt intake (g/day)	10.1 ± 3.5	10.2 ± 3.9	0.896 [‡]

DKD患者に栄養指導 受診ごと vs 1回/年

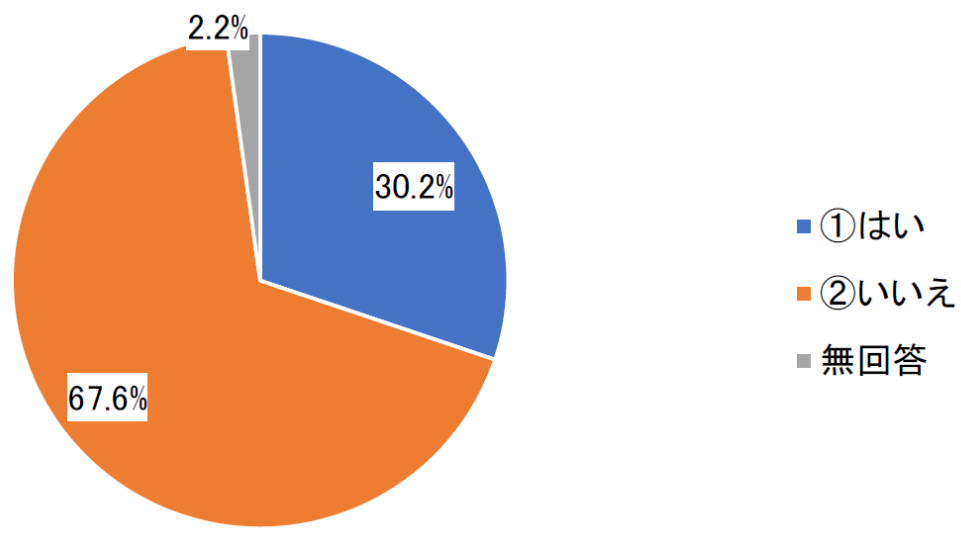
腎イベントには差なし(食塩摂取量、インスリン使用率には有意差あり)

多職種介入によるチーム医療のエビデンス (海外も含めて)

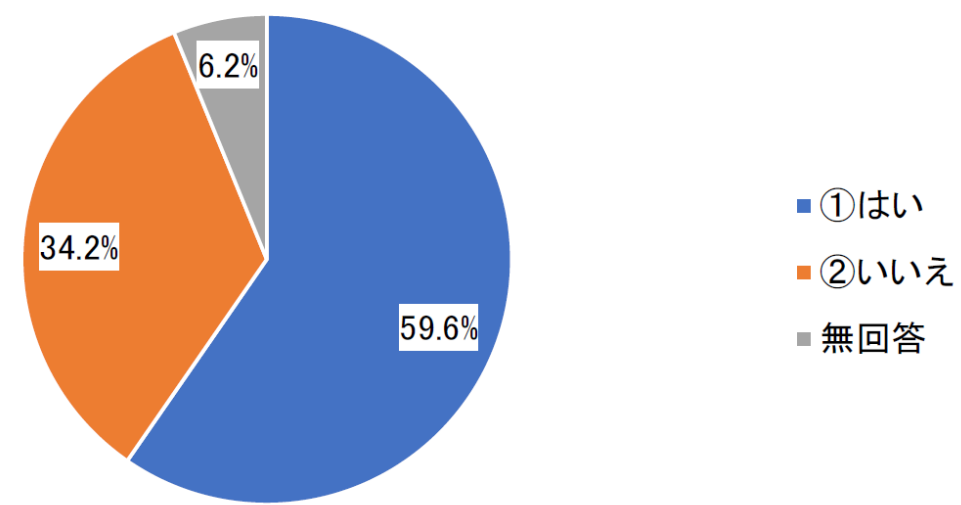
- 腎予後(透析導入・腎機能低下速度)
- 生命予後
- 尿蛋白
- 貧血
- 計画導入率(シャント作成)
- 腹膜透析(PD)の選択率
- 入院回数、入院期間の短縮
- 受診継続、専門医への紹介・逆紹介率

CKD患者の腎・生命予後および生活の質(QOL)の向上
希望に応じた療法選択、 医療費の節減？

問31. CKD外来指導や教育入院のデータを用いて学会や研究会で発表されたことはありますか？



問32. 日本腎臓病協会による過去起点コホートでの多施設共同研究を実施する予定です。お願いすれば、ご協力頂けますか？



CKD 療養指導による腎機能改善効果 研究計画書

研究責任者

日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野（附属板橋病院
腎臓・高血圧・内分泌内科） 阿部 雅紀

作成年月日 令和 4 年 2 月 28 日 :第1版

令和 4 年 4 月 18 日 :第 2 版

1. 研究の名称

CKD 療養指導による腎機能改善効果

2. 研究の実施体制(研究機関の名称及び研究者等の氏名を含む。)

【研究代表者】

日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野 部長

氏名 阿部 雅紀

【研究事務局】

日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野 丸山高史

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町30-1

03-3972-8111(内線)2415

【各共同研究機関名と責任者名】

杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科学教室 教授 要伸也

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

TEL:0422-47-5511

聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科 教授 櫻田 勉

〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生 2-16-1

TEL:044-977-8111

日産厚生会 玉川病院 腎臓内科 部長 今村 吉彦

〒158-0095 東京都世田谷区瀬田4-8-1

TEL:03-3700-1151

京都府立医科大学臨床教授 八田 告

〒602-8566 京都府京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465

TEL: 075-251-5111

< 当院における実施体制 >

【研究分担者】

日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野・准教授(医局長) 丸山 高史

【連絡先】

〒173-8610 東京都板橋区大谷口上町 30-1 日本大学医学部内科学系腎臓高血圧内分泌内科学分野

03-3972-8111(内線)2415

3. 研究の目的及び意義

腎臓病の克服には医療者、行政、市民が連携して、総力を挙げて取り組む必要がある。連携の核となり、プラットフォームを構築すべく、日本腎臓病協会(Japan Kidney Association:JKA)が2018年2月に法人として許可された。目標は「腎臓病の克服」である。また腎臓病診療には多職種によるチーム医療の実現が必要となる。2017年に日本腎臓学会、日本腎不全看護学会、日本栄養士会、日本腎臓病薬物療法学会が連携し、腎臓病療法指導士制度を立ち上げた。日本腎臓病協会がこの運営を行うこととなった。腎臓病療養指導士は次のように定義される。CKDとその療養指導全般に関する標準的かつ正しい知識をもち、保存期CKD患者に対し、一人一人の生活の質および生命予後の向上を目的として、腎臓専門医やCKDに関わる医療チームの他のスタッフと連携をとりながら、CKDの進行抑制と合併症予防を目的とした包括的な療養生活と自己管理法指導を行い、かつ、腎代替療法への円滑な橋渡しを行うことのできる医療従事者」、対象となる職種は、看護職(看護師、保健師)、管理栄養士、薬剤師の3分野である¹⁾。

今回日本腎臓病療養指導士評価普及小委員会のCKDチーム医療検証WGでは、CKD患者に特有の健康問題に適合した多職種連携による生活・食事指導者等の実証研究)と腎臓病療養指導士によるCKDチーム医療の効果を検証するために多施設共同調査を行う。各施設におけるCKD療養指導の効果を可視化することが目的で今回の

検証を行う。

・評価項目、研究デザイン

(1) 評価項目

2015年1月1日～2019年12月31日の期間に慢性腎臓病(CKD)として受診された患者さんにおいて、採血項目としてBUN、Cre、eGFR、採尿項目として尿蛋白定量を介入時、半年後、1年後、2年後と経時的に経過観察を行う。
2年後に透析導入の有無、生存の有無について転帰も調査する。

(2) 研究デザイン

検体による探索的研究

・プラセボ又は非治療群を対照とする場合はその必要性
該当なし

4. 研究の方法及び期間

(1) 研究実施期間:承認日～西暦 2022 年 10 月 31 日

(2) 研究の種類・デザイン

以下の探索的研究を行う。2015年1月1日～2019年12月31日の期間に慢性腎臓病(CKD)と診断され受診された患者さんにおいて、採血項目としてBUN、Cre、eGFR、採尿項目として尿蛋白定量を介入時、半年後、1年後、2年後において経時的に経過観察を行う。2年後に透析導入の有無、生存の有無について転帰も調査する。

(3) 研究のアウトライン

上記(2)参照

(4) 試験薬(試験機器)の概要／情報

探索的研究のため該当なし

(5) 試験薬の投与方法

探索的研究のため該当なし

(6) 併用薬(療法)についての規定

探索的研究のため該当なし

(7) 減量及び休薬についての規定

探索的研究のため該当なし

(8) 症例登録、割付の方法

研究対象者識別コードリストを作成し、連結可能匿名化する

(9) 研究対象者の研究参加予定期間

探索的研究のため該当なし

(10) 観察項目及び検査項目

① 研究対象者基本情報:年齢、性別、診断名、転帰

② 疾患情報:慢性腎臓病原疾患、合併症、定期処方記録

③ 血液・尿検査結果:BUN、Cre、eGFR、尿蛋白定量

④ 画像検査所見: 該当なし

【観察及び検査スケジュール表】

血液、尿検査結果については半年後、1 年後、2年後において経時的に経過観察を行う。2年後に透析導入の有無、生存の有無について転帰も調査する。尚、後ろ向き研究のため本試験に付随する有害事象は起こらない。

5. 研究対象者の選定方針

■ 患者(対象疾患:慢性腎臓病(CKD)患者)

□ 健常者

□ その他()

(1) 対象患者

2015年1月1日～2019年12月31日の期間に日本大学医学部附属板橋病院腎臓・高血圧・内分泌内科で慢性腎臓病(CKD)と診断され受診された20歳以上の患者を対象とする。

(2) 選択基準

上記の患者をすべて対象とする。

(3) 除外基準

上記の患者をすべて対象にするため除外基準は設けない。

6. 研究の科学的合理性の根拠

(1) 実施予定例数(目標症例数)とその設定根拠

1000例

【設定根拠】

本研究は採血結果、採尿結果、転帰の検索する探索的研究であり、先行研究がないため統計学的に症例数を設定できない。当科には毎年500例/年程度の紹介患者がありその内慢性腎臓病に関する紹介は約4割程度と推測され計5年間で約1000例を解析すると設定した。

(2) 統計解析方法

多職種介入を受ける前1年と受けた時点と、後1年の3ポイントをeGFR測定時点として定める。介入を受ける前と受けた後のeGFRの変化率が改善したかを対応のあるt検定法により評価する。統計解析には医学統計ソフトJMP®を用いて解析を行う。

(3) 評価項目

① 主要評価項目

eGFRの変化率

② 副次的評価項目

血清尿素窒素、尿蛋白定量、透析導入の有無・生命予後を含む転帰

7. 生命・医学系指針第8の規定によるインフォームド・コンセントを受ける手続等(インフォームド・コンセントを受ける場合には、同規定による説明及び同意に関する事項を含む。)

本研究のインフォームド・コンセント方法としてオプトアウトを行う。研究の目的を含む研究の実施についての情報を日本大学医学部付属板橋病院のホームページに掲載することで研究対象者に拒否できる機会を保障する。その情報公開用文書は、臨床研究倫理審査委員会で承認を得たものを使用する。

8. 個人情報等の取扱い(匿名化する場合にはその方法、匿名加工情報又は非識別加工情報を作成する場合にはその旨を含む。)

研究実施に係る試料等を取扱う際は、研究対象者の個人情報とは関係ない研究対象者コードを付して対応表を作成し、研究対象者のプライバシー保護に十分配慮する。対応表は適切に管理し、他の研究機関へ提供しない。また、研究の結果を公表する際は、研究対象者を特定できる情報を含めないようにする。

9. 研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益、これらの総合的評価並びに当該負担及びリスクを最小化する対策

(1) 予想される利益

本研究へ参加することによる研究対象者に直接の利益は生じない。研究成果により将来の医療の進歩に貢献できる可能性がある。

(2) 予想される不利益(副作用)

該当しない。

(3) 有害事象発生時の研究対象者への対応

探索的研究のため該当なし

(4) 研究計画書等の変更

探索的研究のため該当なし

(5) 個々の研究対象者における中止基準

探索的研究のため該当なし

(6) 健康被害に対する補償・保険加入

探索的研究のため該当なし

10. 試料・情報(研究に用いられる情報に係る資料を含む。)の保管及び廃棄の方法

・ 研究期間中の試料・情報の保管場所・保管方法

■ 試料(血液・組織等)

該当なし

■ 情報(紙データ)

場所・方法: 医局の鍵のかかるキャビネット内に保管する

■ 情報(電子データ)

場所・方法:医局のパスワードで制御した PC に保管する

・研究終了後の試料・情報の保管方法

研究終了後の試料・情報の保管の必要性

☐あり ☒なし

＊「あり」の場合、以下①から③に記載する

①保管が必要な理由

☐侵襲および介入がある研究のため、倫理指針に規定された期間の保管が必要

☒その他：

研究責任者は、研究終了後、本研究に関わる試料を個人情報に注意して廃棄する。また、本研究に関わる情報については、論文作成、学会発表または体外診断用医薬品の申請資料のデータに用いる可能性があるため、当該終了について報告された日から 5 年を経過した日、又は当該研究の結果の最終の公表について報告された日から 3 年を経過した日のいずれか遅い日までの期間保管する。

②保管方法・場所

☐試料（血液・組織等）：該当なし

☒情報（紙データ）：板橋病院腎臓・高血圧・内分泌内科医局の鍵のかかるキャビネット内に保管する

☒情報（電子データ）：板橋病院腎臓・高血圧・内分泌内科医局のパスワードで制御したコンピュータ内に保管する

③匿名化の可否等

☒匿名化する（☒対応表 あり ☐対応表 なし）

☐匿名化しない（理由： ）

☐その他（ ）

・研究終了後の試料・情報の廃棄方法

☐試料（血液・組織等）：該当なし

☒情報（紙データ）：シュレッダーにて裁断する

☒情報（電子データ）：読取不可能な状態まで物理的に破壊し、適切に廃棄する、またはダミーデータを複数回上書きして復元不可能な状態にする

研究責任者は、研究等の実施に係わる重要な文書（申請書類の控え、機関長からの通知文書、各種申請書・報告書の控え、研究対象者識別コードリスト、同意書、症例報告書等の控え、その他データの信頼性を保証するのに必要な書類又は記録等）の保管については、「人体から取得された試料及び情報等の保管に関する標準業務手順書」に従って行い、研究の中止又は終了後5年を経過した日までの間、鍵のかかる准教授室内書庫にて保存し、その後は個人情報に注意して廃棄する。

・他施設から試料および情報の提供を受ける場合

① 提供元の機関の名称

- 1) 杏林大学医学部 腎臓・リウマチ膠原病内科学教室
- 2) 聖マリアンナ医科大学 腎臓・高血圧内科
- 3) 日産厚生会 玉川病院 腎臓内科
- 4) 京都府立医科大学

② 提供元の機関の研究責任者又は既存試料・情報の提供のみを行う者の氏名

- 1) 要 伸也
- 2) 櫻田 勉
- 3) 今村 吉彦
- 4) 八田 告

③ 提供元の機関における取得の経緯

共に日本腎臓学会認定教育施設で参加に同意を得られた施設

- ④ 試料・情報の項目(例:検査データ, 診療記録, 血液等)
検査データ、転帰などの診療記録の情報

11. 研究機関の長への報告内容及び方法

研究機関の長(医学部長又は病院長)への報告については下記の通りとする。

- (1) 年 1 回, 研究の進捗状況や実施状況について機関の長に報告し, 研究継続の適否について委員会の審査を受ける。
- (2) 申請時審査に用いた書類に変更が生じる場合には, 機関の長に変更申請書を提出し, 変更の適否について臨床研究倫理審査委員会の審査を受ける。
- (3) 院内で重篤な有害事象が発生した場合は, 速やかにその内容を病院長に報告し, 研究継続の適否について臨床研究倫理審査委員会の審査を受ける。
- (4) 試験薬等の有効性・安全性に関する重要な情報が得られた場合は, その内容を病院長に報告し, 研究継続の適否について臨床研究倫理審査委員会の審査を受ける。
- (5) 研究の終了時(中止又は中断の場合を含む)には, その内容を機関の長に報告する。

12. 研究の資金源その他の研究機関の研究に係る利益相反, 及び個人の収益その他の研究者等の研究に係る利益相反に関する状況

(1) 研究資金

医局研究費以外の「研究資金」の有無

☐あり ☒なし

*「あり」の場合, その金額を以下に記載する

- ☐ 日本医療研究開発機構(AMED)研究費(総額: 円)
☐ 厚生労働科学研究費(総額: 円)
☐ 文部科学省科学研究費(総額: 円)
☐ 文部科学省科学技術戦略推進費(総額: 円)
☐ その他() (総額: 円)

(2) 本研究に関する利益相反状態 ☐あり ☒なし

(状態についての説明)

本研究は, 自己資金で賄われ, 特定の企業からの資金は一切用いない。

13. 研究に関する情報公開の方法

研究計画公開のためのデータベースへの登録

- ☐ jRCT
☐ UMIN-CTR
☐ 国立保健医療科学院ホームページ
☐ その他()

☒ 登録不要

本研究は, 介入を行う研究では無いため, 公開データベースへの登録は行わない。研究結果については, 研究対象者の個人情報に留意し, 学会, 論文等で発表予定である。

14. 研究により得られた結果等の取扱い

本研究は過去の日常診療において得られた採血、採尿の結果、転帰の情報の提供を受ける後ろ向き探索的研究であり、研究対象者に直接の利益は生じない。研究成果により将来の医療の進歩に貢献できる可能性がある。本研究は探索的研究のため、偶発的所見が得られることはない。

15. 研究対象者等及びその関係者が研究に係る相談を行うことができる体制及び相談窓口(遺伝カウンセリングを含む。)

【相談窓口】

腎臓・高血圧・内分泌内科 氏名 阿部 雅紀

〒173-8610東京都板橋区大谷口上町30-1 日本大学医学部附属板橋病院腎臓・高血圧・内分泌内科

電話番号:03-3972-8111(内線)2415

16. 代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける場合には、生命・医学系指針第9の規定による手続(同指針第8及び第9の規定による代諾者等の選定方針並びに説明及び同意に関する事項を含む。)

①代諾者等の選定方針

②代諾者等への説明事項

本研究ではオプトアウトを行うため該当しない。研究の目的を含む研究の実施についての情報を日本大学医学部附属板橋病院のホームページに掲載することで研究対象者に拒否できる機会を保障する。その情報公開用文書は、臨床研究倫理審査委員会で承認を得たものを使用する。

17. インフォームド・アセントを得る場合には、生命・医学系指針第9の規定による手続(説明に関する事項を含む。)

本研究は後ろ向き探索的研究のため該当しない。

18. 生命・医学系指針第8の8の規定による研究を実施しようとする場合には、同規定に掲げる要件の全てを満たしていることについて判断する方法

次に掲げる要件の全てに該当すると判断したときは、研究対象者等の同意を受けずに研究を実施することができる旨

① 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じていること。

② 介入を行う研究の場合には、通常の診療では十分な効果が期待できず、研究の実施により研究対象者の生命の危機が回避できる可能性が十分にあると認められること。

③ 研究の実施に伴って研究対象者に生じる負担及びリスクが必要最小限のものであること。

④ 代諾者又は代諾者となるべき者と直ちに連絡を取ることができないこと。

該当しない。

19. 研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合には、その旨及びその内容

・経済的負担

■なし

☐すべて保険適用範囲内 本研究で用いる医薬品及び実施する検査は保険診療内で行われるため、研究に参加することによる研究対象者の費用負担増は発生しない。

☐保険適用外の検査あり (検査項目:)

☐保険適用外の投薬あり (薬品名:)

☐保険適用外の費用負担

☐医局負担

☐研究費負担

☐患者負担

☐その他()

20. 侵襲を伴う研究の場合には、重篤な有害事象が発生した際の対応

該当しない。

21. 侵襲を伴う研究の場合には、当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容

該当しない。

22. 通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応

該当しない。

23. 研究に関する業務の一部を委託する場合には、当該業務内容及び委託先の監督方法

該当しない。

24. 研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供する可能性がある場合には、その旨と同意を受ける時点において想定される内容

多施設共同研究の主旨に賛同してデータを提供することがある(患者情報除く)。

25. 生命・医学系指針第 14 の規定によるモニタリング及び監査を実施する場合には、その実施体制及び実施手順

モニタリング: ☐あり ☒なし

*「あり」の場合、以下に記載する

①モニタリングに従事する者	所属	職名	氏名
②体制内容・手順:			

監査: ☐あり ☒なし

*「あり」の場合、以下に記載する

①監査に従事する者	所属	職名	氏名
②体制内容・手順:			

26. 参考文献リスト

- 1) 要 信也:腎臓病療養指導士制度とチーム医療. 日腎会誌 60:1-5. 2018

このたびは調査へのご協力誠にありがとうございます。以下にファイルへの記入についての注意点を記載しますのでご確認ください。

1. エクセルファイルのファイル名は施設の正式名称と調査協力者の1名の名前としてください（ex.●●病院、腎臓太郎）。
2. データにつきましては調査可能な全てのデータを入力してください。データがない部分については未記載のままで結構です。
3. 提出いただいたデータについては後日ご確認させていただくことがあるかもしれませんが、自施設から提出した症例と施設登録番号が連結できるようにしてください。
4. 本調査では個人情報の取り扱いがございません。個人が特定できる情報の記載はご遠慮ください。
5. 調査対象者は2015年1月1日から2019年12月31日までにCKD教育介入を受けた患者様となります。
6. 介入期間については「外来」は外来で指導介入を受けた回数、「入院」は指導介入のための入院のみとし、治療目的の入院は含めないようにしてください。
7. 転院につきましては2020年12月31日時点としますが、「RRT導入後に死亡した場合には転院はRRT導入」となりますのでご注意ください。

施設登録番号	介入開始日 ex. 2016/5/1	介入方法 外来：0 入院：1	介入期間 外来は受診回数 入院は入院日数	介入時に関与した職種 （看護師） なし：0 あり：1	介入時に関与した職種 （栄養士） なし：0 あり：1	介入時に関与した職種 （薬剤師） なし：0 あり：1	介入時に関与した職種 （その他） なし：0 あり：1 「あり」の場合は具体的 な職種を記載 例：1、理学療法士	介入時 年齢	性別 女性：0 男性：1	原疾患 1:DKD 2:CGN 3:Nephrosclerosis 4：ADPKD 5：Other	介入時の心血管系合併症 の既往歴 なし：0 あり：1
--------	-----------------------	----------------------	----------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---	-----------	--------------------	--	-------------------------------------

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

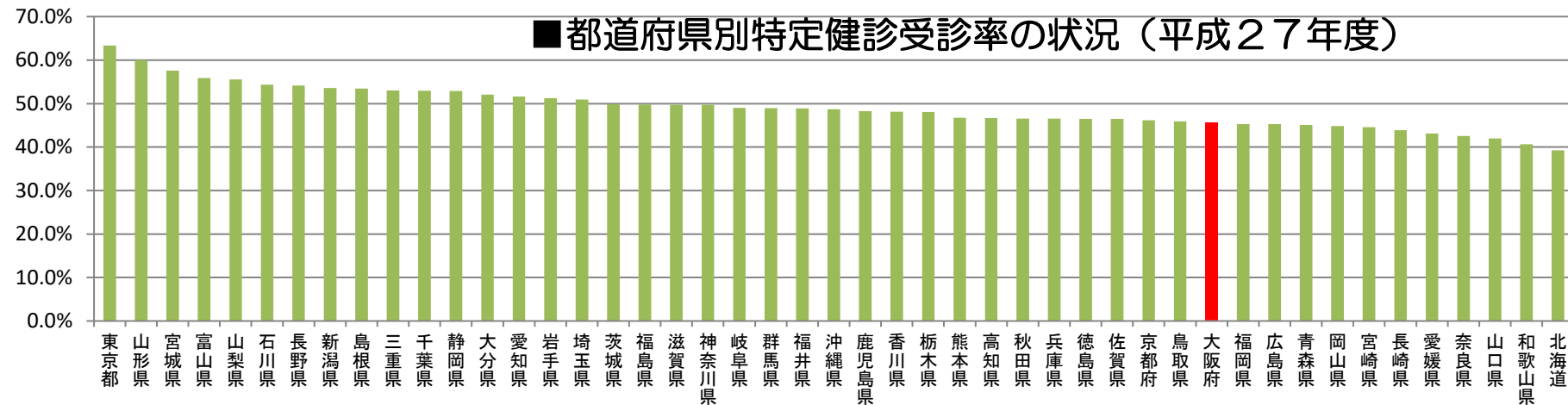
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

介入時BMI	介入時Hb	介入時A1b	介入時BUN	介入時Cr	介入時HbA1c (糖尿病合併例のみ)	介入1yr±2M前のeGFR	介入6M±2M前のeGFR	介入時のeGFR	介入6M±2M後のeGFR	介入1yr±2M後のeGFR	介入2yr±2M後のeGFR	介入3yr±2M後のeGFR
--------	-------	--------	--------	-------	------------------------	----------------	---------------	----------	---------------	----------------	----------------	----------------

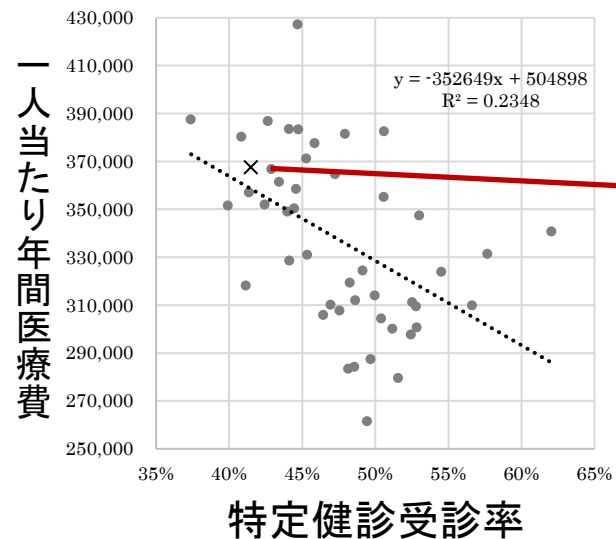
介入1yr±2M前の 尿蛋白 (g/gCr)	介入6M±2M前の 尿蛋白 (g/gCr)	介入時の 尿蛋白 (g/gCr)	介入6M±2M後の 尿蛋白 (g/gCr)	介入1yr±2M後の尿蛋白 (g/gCr)	介入2yr±2M後の尿蛋白 (g/gCr)	介入3yr±2M後の尿蛋白 (g/gCr)	2020年12月31日時点の転帰 生存 (RRT未導入) : 0 死亡 (RRT未導入) : 1 RRT導入 : 2 不明 (転院を含め) : 3	死亡日あるいはRRT導入日 ex. 2016/5/1	RRT導入症例 HD : 0 PD : 1 腎移植 : 2	備考(追加項目などあれば記入し て下さい)
---------------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	-------------------------------	--	--------------------------

大阪府の特定健診受診率は低い

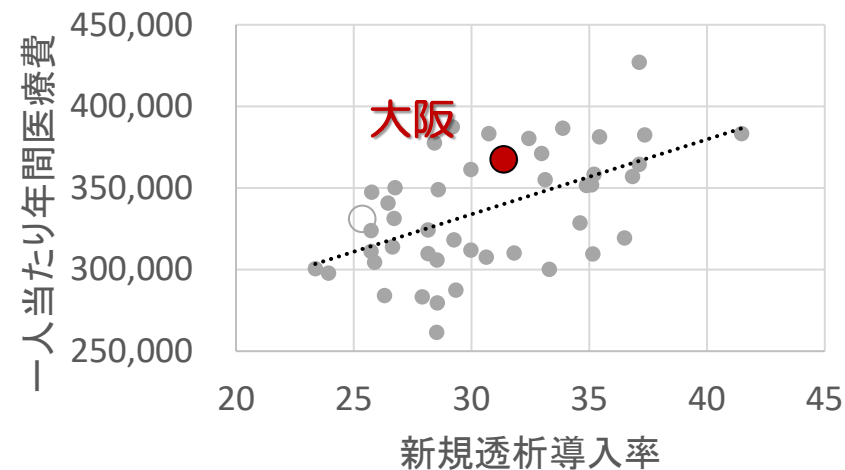
特定健診受診率と医療費は逆相関



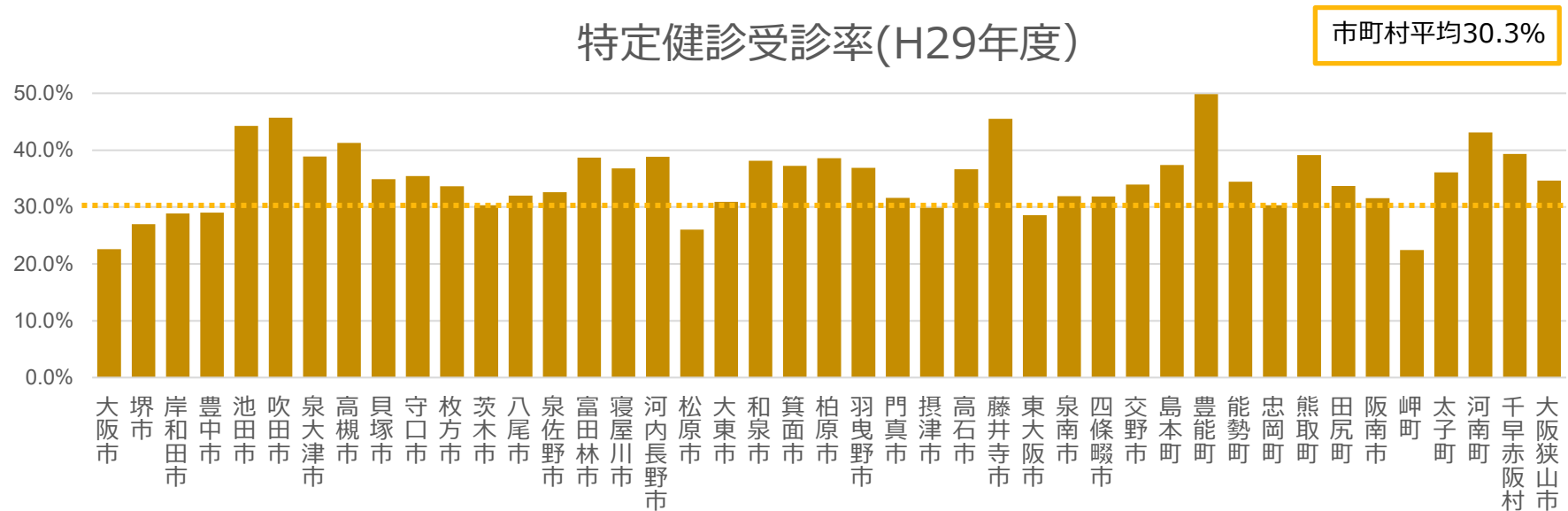
■特定健診受診率と一人当たり年間医療費



■新規透析導入率と一人当たり年間医療費

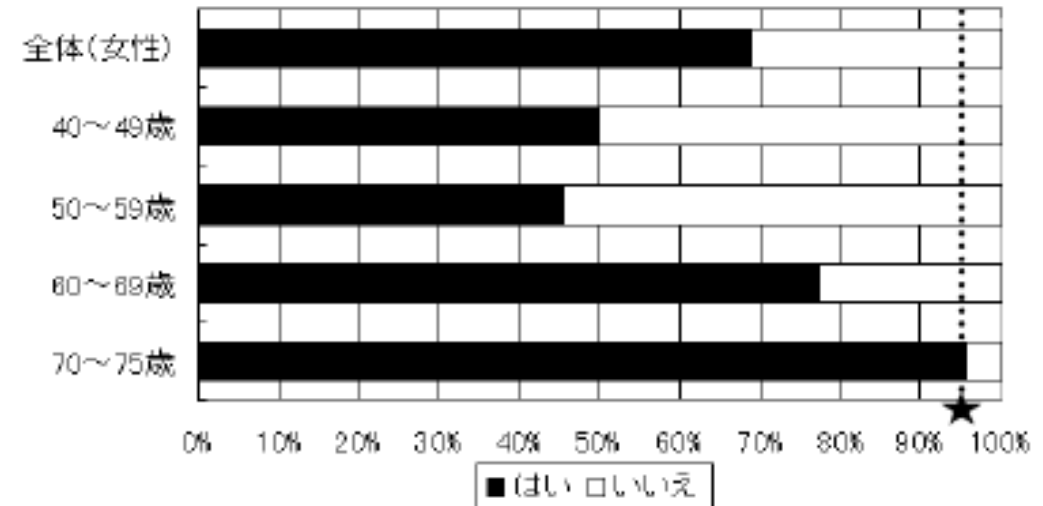
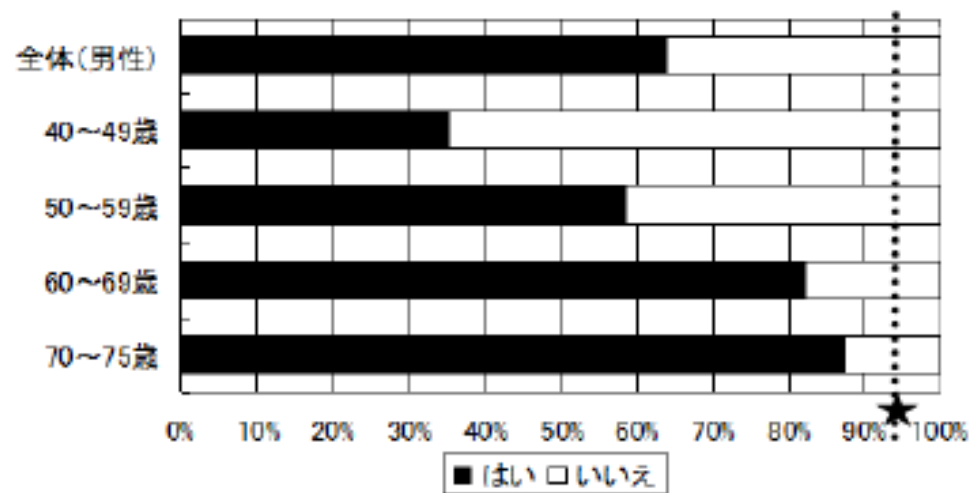


大阪府の健診受診率；地域により差がみられる 健康に対する意識の差



北摂地域で高く
市内、南部、東部が低い

特定健診は要治療者の受診につながっていない



「特定健診後、医療機関を受診するように言われた結果、医療機関を受診しましたか」に対する回答

対象：40歳～75歳

男性：n=222、女性：n=113

特に就労者の受診率が悪い

大阪府「平成23年度 府民調査」より作成
(「第2次大阪府健康増進計画」より抜粋)

特定健診受診後の医療機関受診の調査

Yamamoto R et al未発表データ

平成28年大阪府国保平均加入者数
2,257,217人

大阪府保険者協議会
大阪府下の41市町村国保
+ 15国保組合

後期高齢者医療広域連合
大阪府下の43市町村国保
+ 15国保組合

2012~2017年度
レセプトデータ
特定健診データ

約500万人×6年間
約150万人×6年間

大阪府国民健康保険団体連合会

個人情報が削除された ↓ 匿名化データ (1TB以上)

大阪大学キャンパスライフ健康支援センター

特定健診受診後の医療機関受診の調査 データ抽出アルゴリズム

Yamamoto R et al未発表データ

201206受付分～

～201802受付分

2012

2013

2014

2015

2016

2017

0M（ベースライン月）の設定

HbA1c $\geq$ 7.0%の初回測定月



6.4



7.2 (n=69,698)

（転居直後に健診受診をした）糖尿病患者の除外

-183～0D 被保険者状態 (n=65,796)

-6M～-1M 抗糖尿病薬の処方無し (n=36,002)

被保険者期間ではないが健診受診歴あり

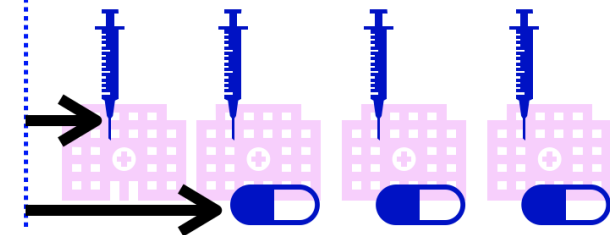


被保険者期間

アウトカムの測定

0M～ 研究1 HbA1cの初回測定月 (n=32,062)

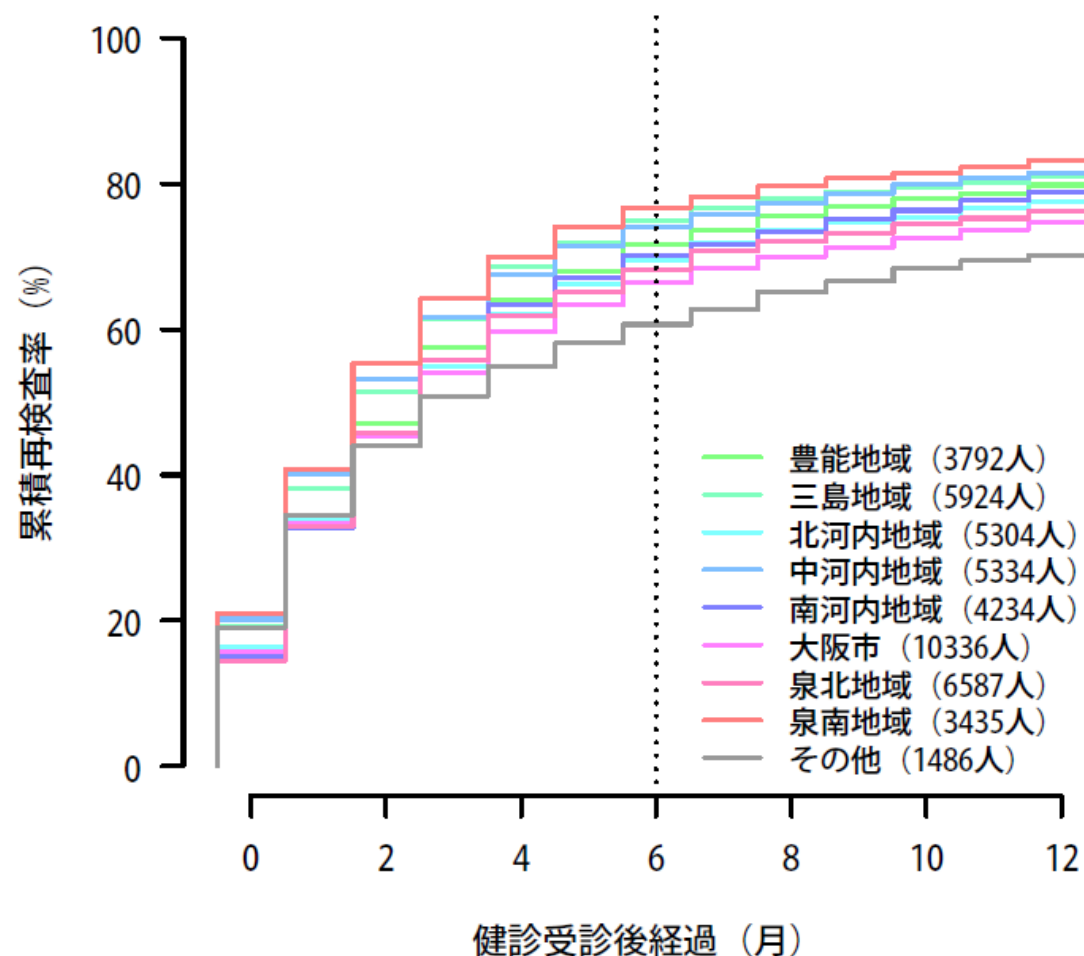
研究2 抗糖尿病薬の初回処方日



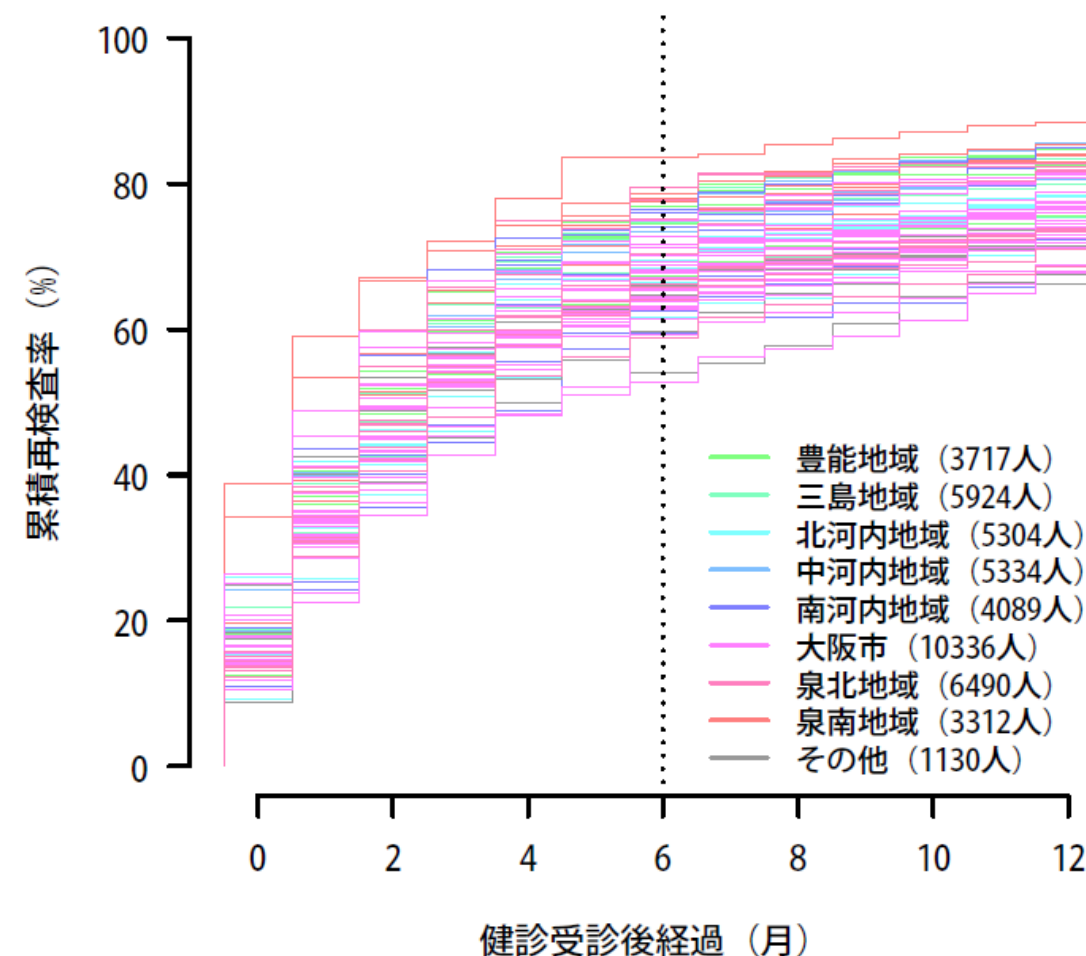
特定健診受診後の医療機関受診にも地域差がみられる

Yamamoto R et al未発表データ

A. 国保加入者の再検査率（血糖、HbA1c、グリコアルブミン）



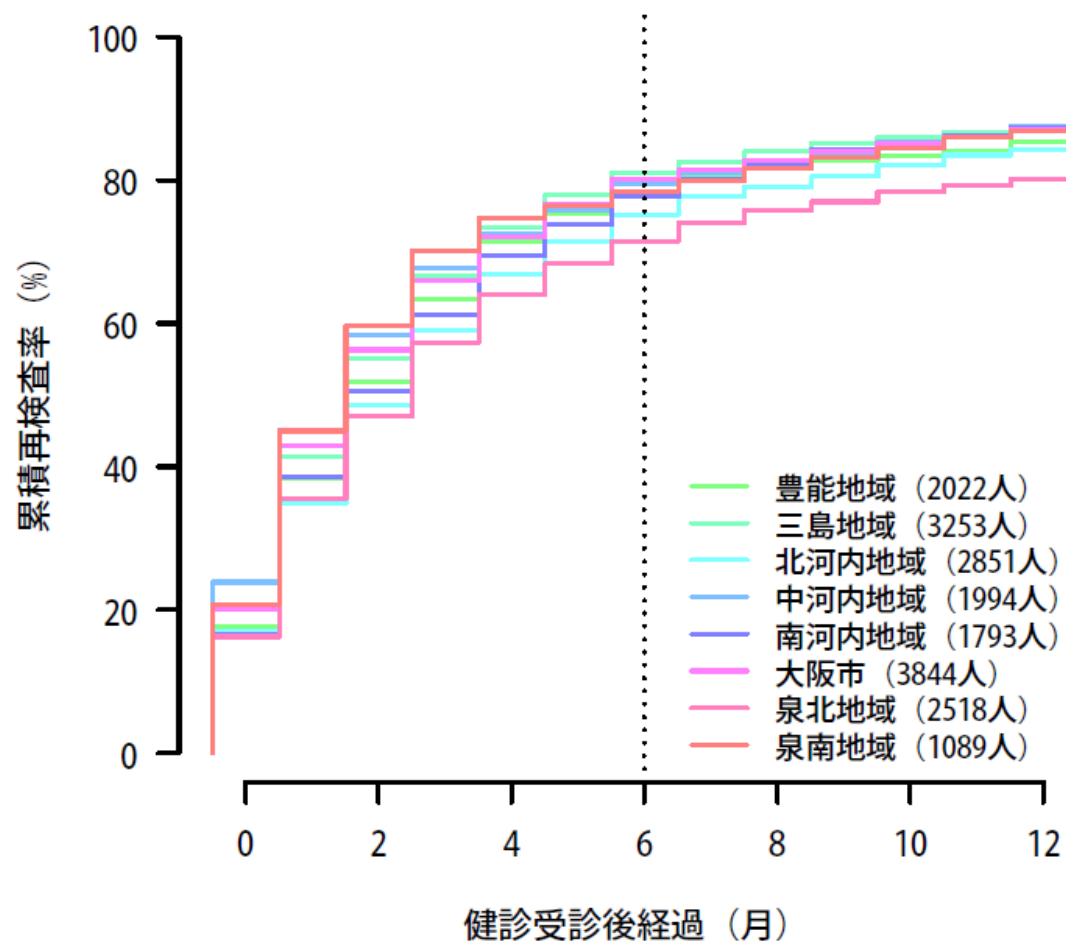
B. 国保加入者の再検査率（HbA1c $\geq$ 7%100人以上の市町村区）



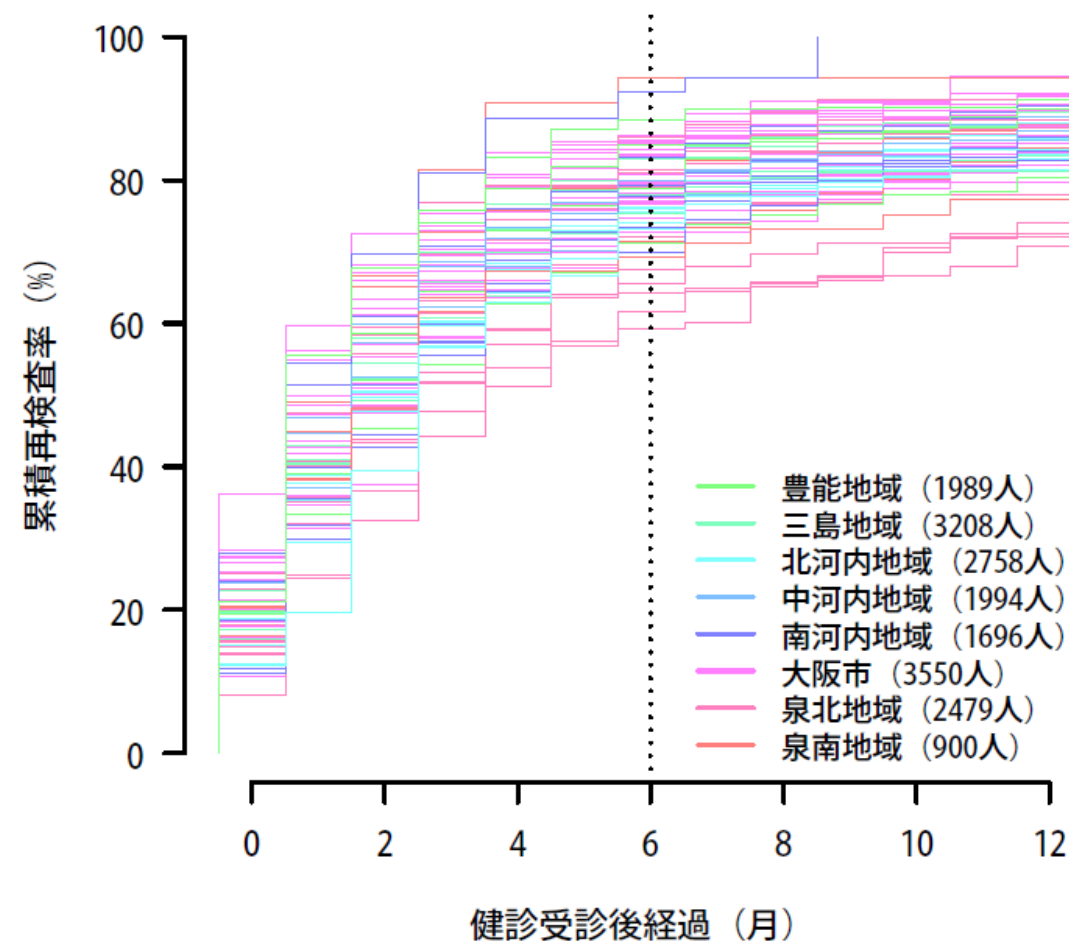
特定健診受診後の医療機関受診にも地域差がみられる

Yamamoto R et al未発表データ

C. 後期高齢者の再検査率（血糖、HbA1c、グリコアルブミン）

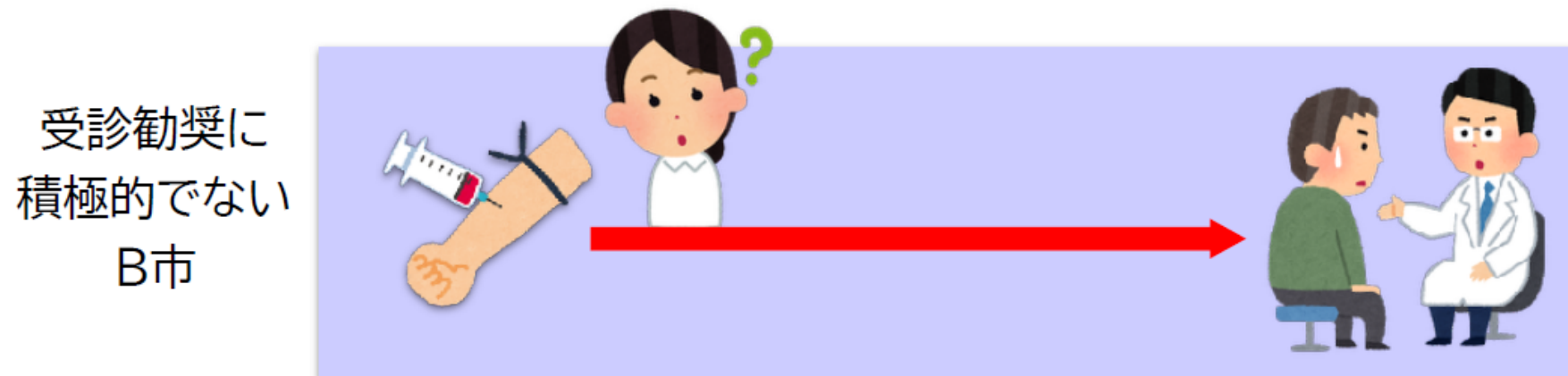
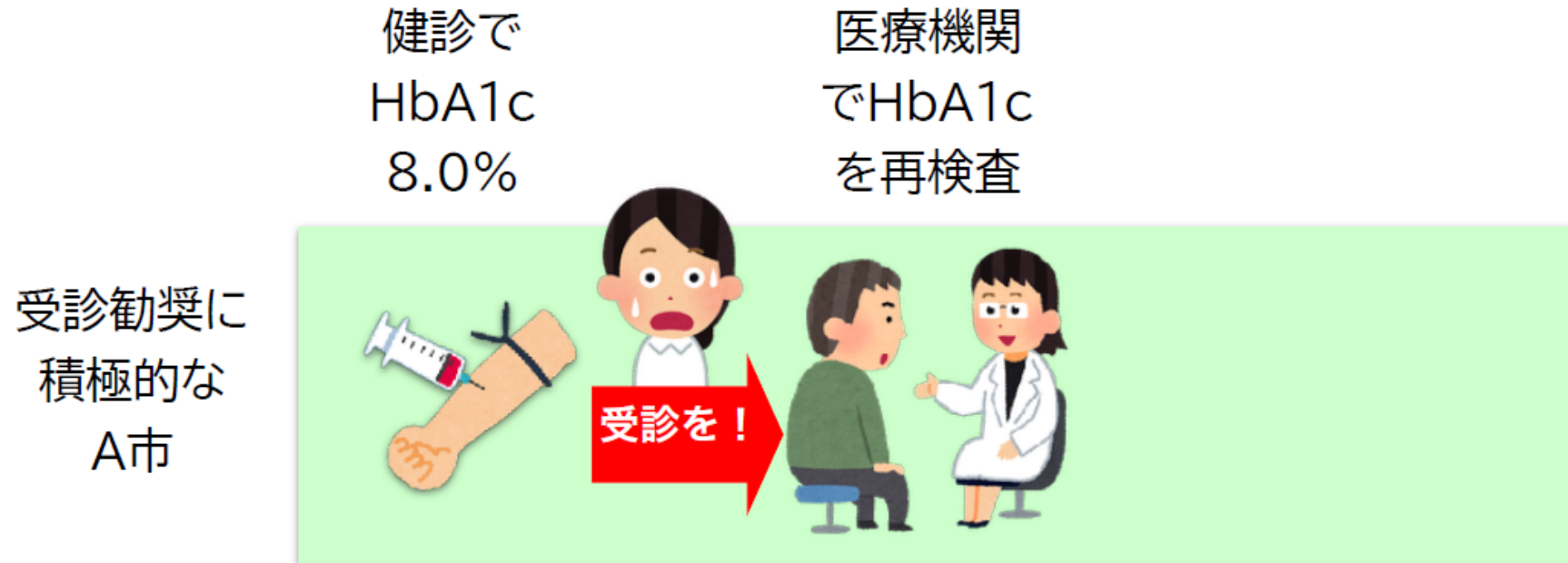


D. 後期高齢者の再検査率（HbA1c $\geq$ 7%100人以上の市町村区）



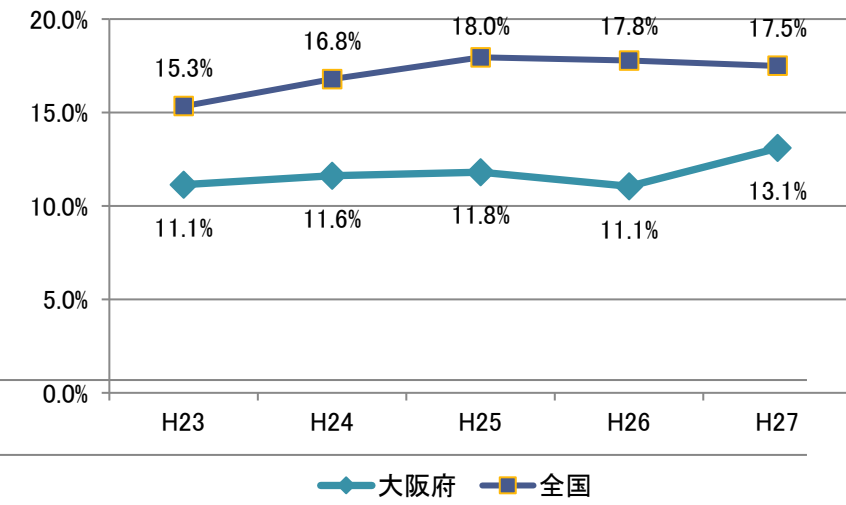
特定健診受診後の医療機関受診にも地域差がみられる

Yamamoto R et al未発表データ

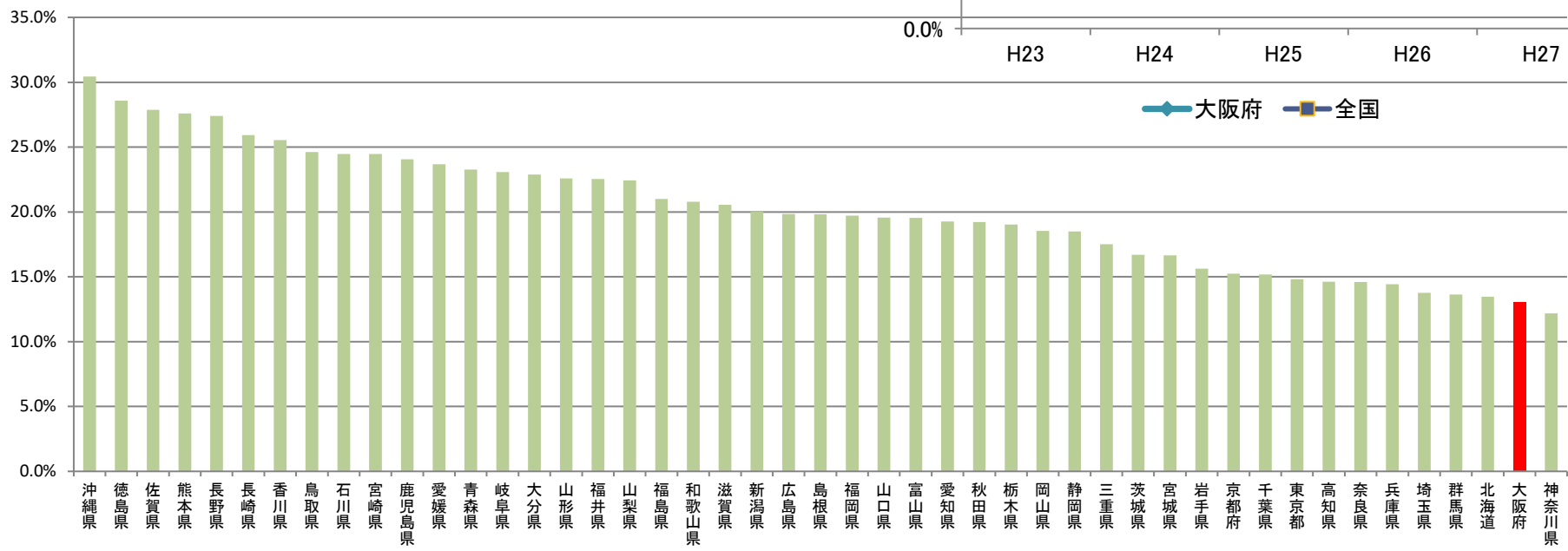


大阪府は特に保健指導実施率が低い

■ 特定保健指導実施率（推移）

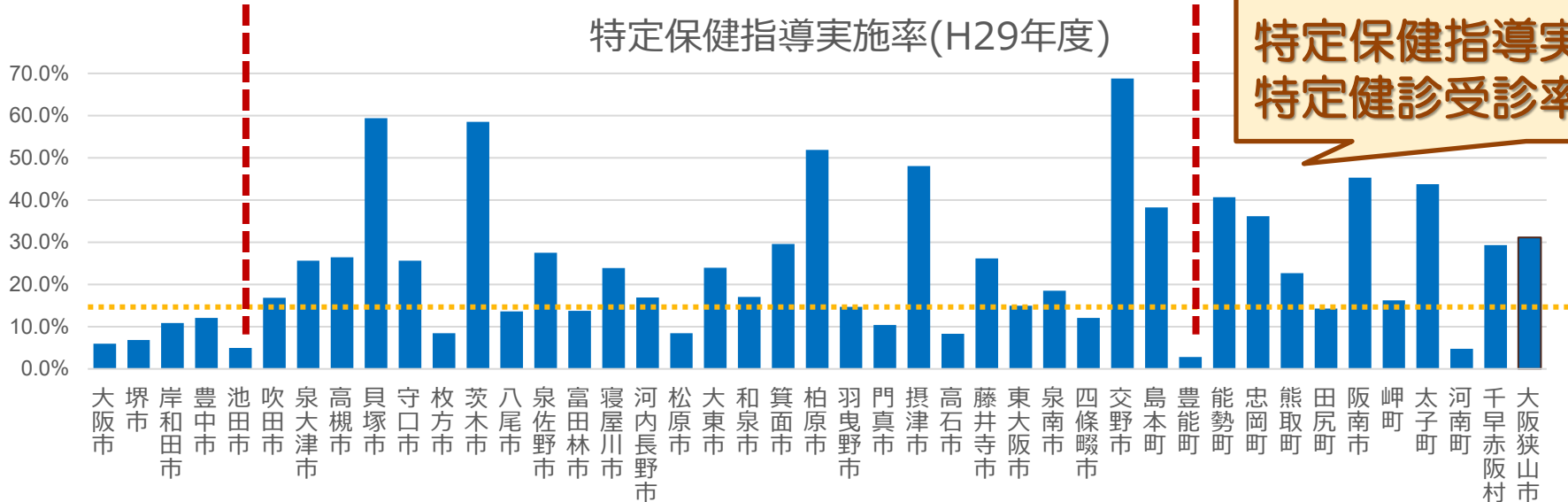
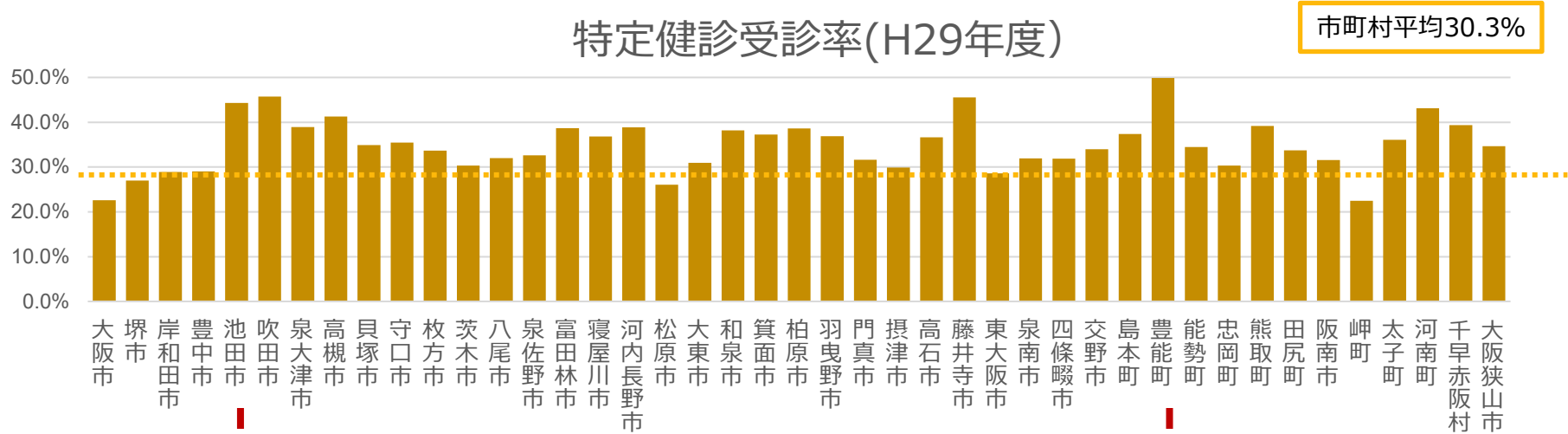


■ 特定保健指導実施状況（平成27年度）



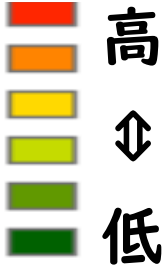
大阪府の特定保健指導実施率； 地域による保険活動の差

保健師の活動
乳児、高齢者>>>成人



特定保健指導実施率は
特定健診受診率と一致しない

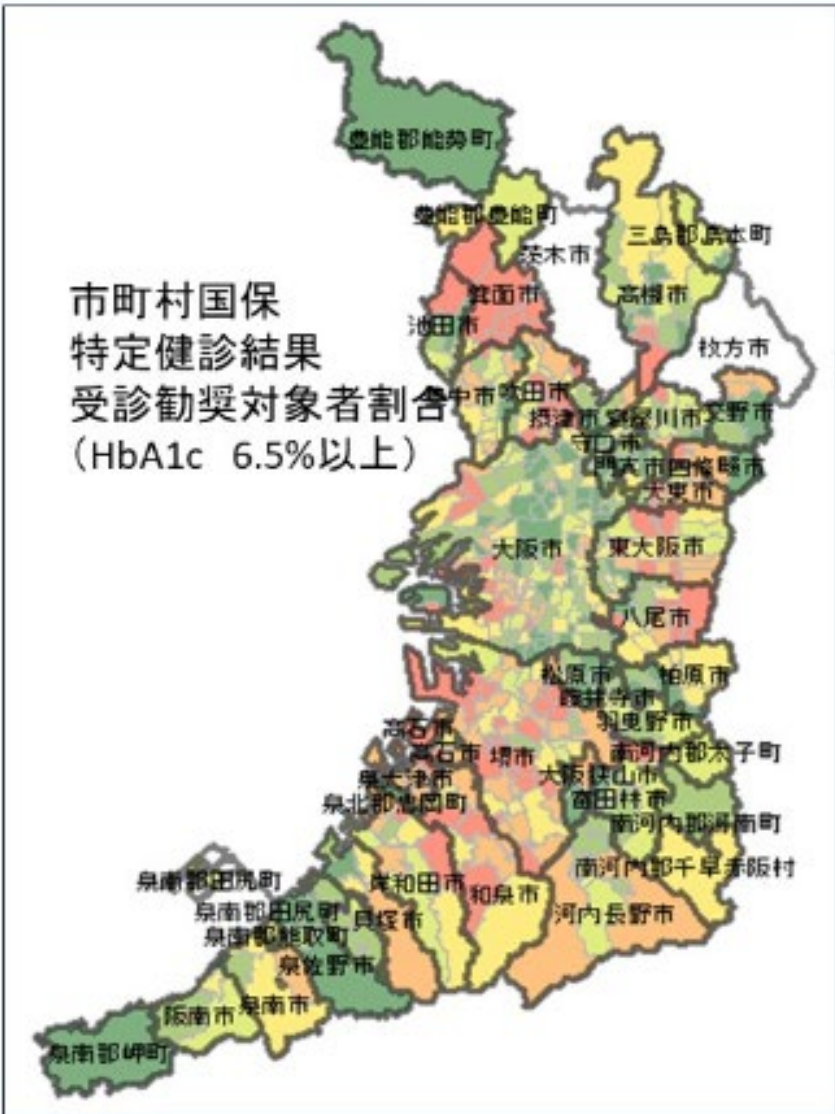
大阪府における糖尿病の地域差



市町村国保加入者
糖尿病治療者の割合

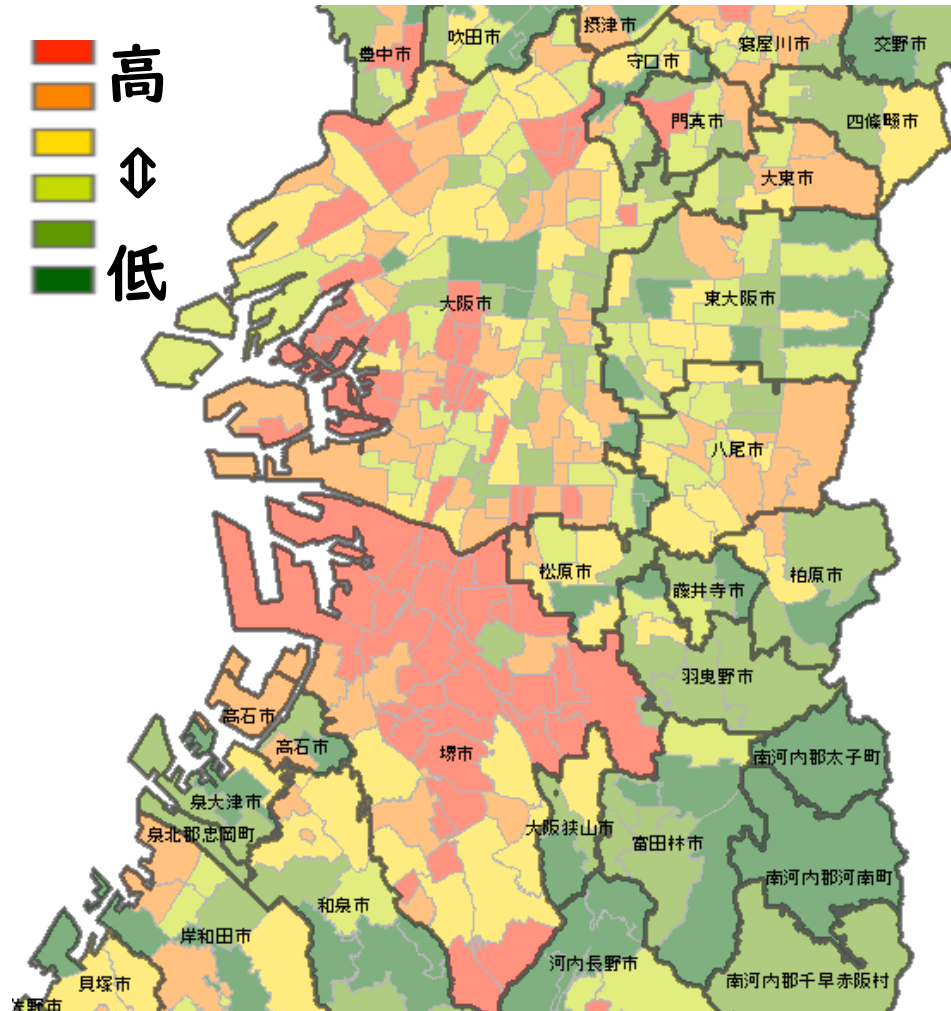


市町村国保
特定健診結果
受診勧奨対象者割合
(HbA1c 6.5%以上)

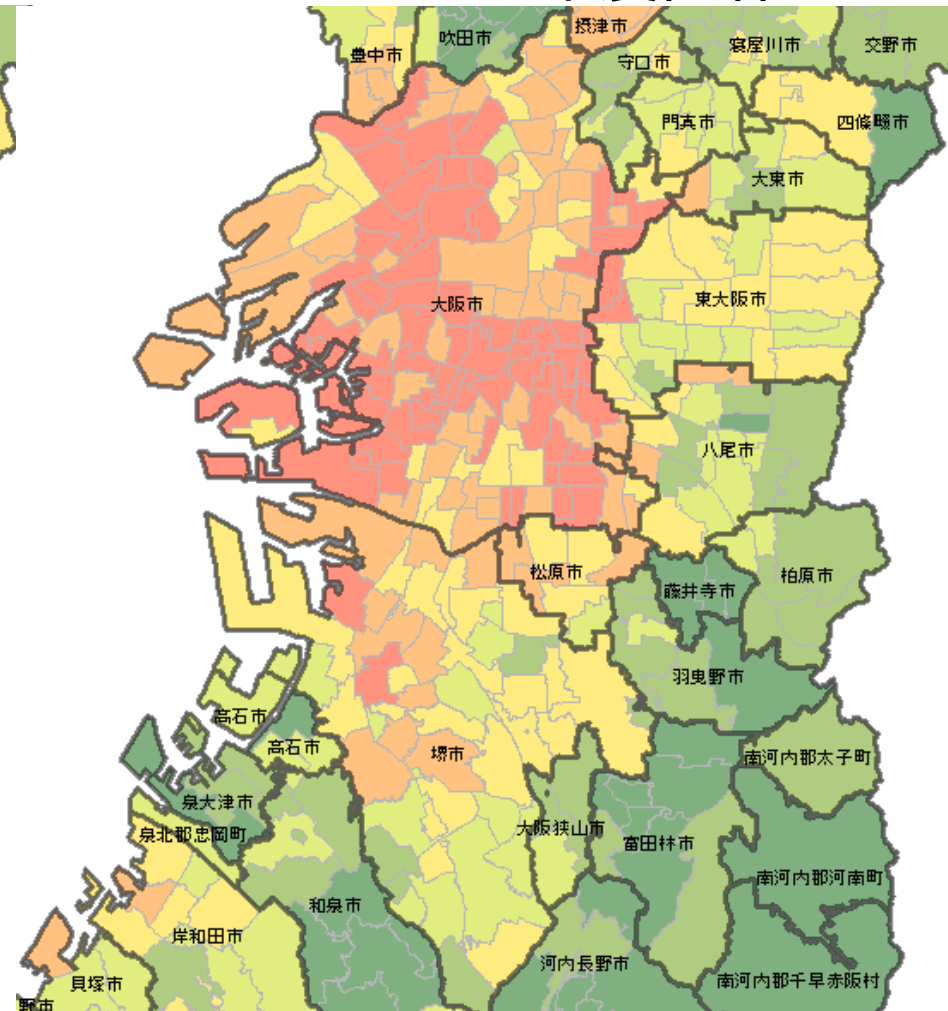


大阪府における 特定健診未受診 かつ 生活習慣病未治療者の割合

H29年度国保データ



40～59歳(男)



60～74歳(男)

大阪府における種々の疾患の地域差

