

事 務 連 絡  
令和●年●月●日

千葉県CKD対策協力医 各位

千葉県健康福祉部健康づくり支援課  
地域健康づくり班

千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策に係る取組状況調査について  
（依頼）

本県の健康福祉行政の推進につきましては、日頃格別の御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、県では糖尿病性腎症による年間新規透析患者数の減少を目指し、「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」による取組と併せ、慢性腎臓病（CKD）重症化予防の取組を推進しています。

令和3年より、保険者がハイリスク者を抽出するためのCKD抽出基準を決定し、千葉県医師会及び腎臓専門医によるCKD対策協力医の養成・登録、CKDシールの配付を実施しております。

つきましては、取組の進捗状況を把握し、対策の更なる充実・拡大を図るため、下記のとおり取組状況調査を実施しますので、ご回答くださいますようお願いいたします。なお、本調査は、毎年1月頃に実施する予定です。

記

- 1 対象者 CKD対策協力医
- 2 様 式 様式1（エクセルファイル）2ページ
- 3 期 限 令和6年1月●日（●）
- 4 方 法 令和5年1月～令和5年12月末までの状況について様式1（エクセルファイル）に回答を入力し、提出先メールアドレスへ送付。  
提出先メールアドレス：[kenzo4@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:kenzo4@mz.pref.chiba.lg.jp)

【担当】

千葉県健康福祉部健康づくり支援課  
地域健康づくり班 川崎・宮本  
TEL 043(223)2405 FAX 043(225)0322  
E-mail [kenzo4@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:kenzo4@mz.pref.chiba.lg.jp)

**令和5年度千葉県慢性腎臓病（CKD）重症化予防対策に係る取組状況調査**

設問1～8は、令和5年1月～令和5年12月末までの状況について御回答をお願いします。  
 1ページ目は必ず御回答をお願いします。  
 2ページ目は任意となりますが、今後のCKD重症化予防対策の改善のため、是非、御回答をお願いします。

※CKD対策協力医と腎臓専門医の両方に該当する場合は、腎臓専門医の方向けの類似調査を実施致しますので、重複するCKDシールに関する項目（4,9）については、どちらか一方の調査票に御記入ください。  
 なお、腎臓専門医に関する項目（2,3）については回答不要です。

※ **オレンジ** のセルに入力してください。入力すると色が消えます

医療機関名	CKD対策協力医名
電話番号（※貴医療機関の公開された電話番号以外への問い合わせを希望する場合のみ記載）	回答者氏名（※協力医名と同一の場合は記載不要）

**令和6年度以降、千葉県CKD対策協力医の登録更新の辞退を希望される方は、誤り防止のため右欄に「辞退」と御記入下さい。**  
 ※記入がない場合は自動更新となります。

1 保険者からの受診勧奨により受診した患者数（延）		人
2 腎臓専門医への紹介件数（延）		件
3 腎臓専門医からの逆紹介件数（延） （※病状が安定した等の理由により、腎臓専門医からCKD対策協力医へ紹介された件数を指します。）		件
4 CKDシールの貼付枚数	赤	枚
	黄緑	枚
	千葉県以外の、市町村で作成している独自シール	枚
5 CKD診療ガイドライン（編集：日本腎臓学会）を読み、診療の参考にされたことがありますか？（※腎疾患対策検討会報告書において、「CKD診療ガイドラインの普及率」が評価指標となっています）	はい or いいえ	
<b>貴施設でのCKD診療における検査のワンチェックオーダー化の状況についてお聞かせ下さい。</b>		
6 血清クレアチニン測定のオーダー時には、eGFR値が自動的に報告される。	はい or いいえ	
7 UACR値（尿アルブミン濃度を尿中クレアチニン値で補正した値）を簡単にオーダーでき、検査値として報告される。	はい or いいえ	
8 UPCR値（尿蛋白濃度を尿中クレアチニン値で補正した値）を簡単にオーダーでき、検査値として報告される。	はい or いいえ	
9 CKDシールの追加配付希望枚数（※調査結果を取りまとめ後、順次発送します。なお、希望がない場合は記載不要です）	赤	枚
	黄緑	枚

今後のCKD重症化予防対策の改善のため、ご意見をお聞かせください。

1 CKD診療連携は行いやすくなったと感じますか？  
①～④の中で該当する項目を右欄から選択ください。  
また、その理由を下欄にご記入ください。

- ① 大変行いやすくなった
- ② 行いやすくなった
- ③ 行いやすくなっていない
- ④ 行いづらくなった

<理由>

2 CKD診療連携に満足されていますか？  
①～④の中で該当する項目を右欄から選択ください。  
また、その理由を下欄にご記入ください。

- ① 大変満足
- ② 満足
- ③ 不満足
- ④ とても不満足

<理由>

3 今後のCKD診療連携に期待することがあればご記入ください。

4 その他ご意見等ありましたらご記入ください。