

令和7年度 第1回 福岡市生活習慣病重症化予防連携推進会議

| 日時

令和8年3月17日(火) 19時00分～20時30分

| 場所

福岡市庁舎 15階 1503会議室

| 出席者

別紙のとおり

| 内容

- I. 開会
- II. ご挨拶
- III. 事務局報告
 - 1 令和7年度ご報告
 - 2 CKD医療連携の進捗について
- IV. まとめ
- V. 事務局連絡
- VI. 閉会

| 議事録

Ⅲ. 1 令和7年度取組みについて、事務局より報告

1. 透析患者の状況
2. 福岡市生活習慣病重症化予防事業(令和7年度)の取組について
3. 保険者間連携
4. 市民啓発
5. 通院継続支援
6. 栄養指導

【質疑応答及び意見交換】

<委員>

各保険者の全加入者数のうち、福岡市の加入者数はどの程度か。

<事務局>

福岡市国保は約40万人である。

<委員>

後期高齢者広域連合全体では約 70 万人であるが、そのうち福岡市分については把握していない。

<委員>

各保険者の福岡市での加入者数を合算すると、おおよそどの程度か。

<事務局>

概ね 7 割程度である。

<委員>

福岡市人口のおおよそ 7 割程度という理解でよいか。

<事務局>

国保・後期高齢者・協会けんぽを合わせて、おおよそ 7 割程度である。

<委員>

福岡市職員共済組合はどの程度か。

<委員>

福岡市職員共済組合全体の組合員数は、約 1 万 6 千人である。

<委員>

健康保険組合はどうか。

<事務局>

詳細な数値は把握していない。

<委員>

かなりの被保険者数が保険者として本取組に参加できているという理解で良い。次に、透析患者数が減少傾向にある理由について伺いたい。

<委員>

主因は高齢化である。国保・後期高齢者では着実に減少している一方で、協会けんぽ（労働人口層）は、新規導入がやや増加している。男性はわずかに増えているものの、全体としては高齢層、特に女性の導入が減っている。更に、CKD 対策の進展や新規治療薬の導入により、透析導入は今後更に減少するだろう。

全国的にも、従来は年間 2,000 人程度の減少であったものが、直近では約 6,000 人減少しており、明らかに減少速度があがっている。更に、死亡数が導入数を上回っていることも大きい。

一方で、協会けんぽに見られるように若年層での導入は一定数存在していることが今後の課題である。

<委員>

薬剤が使用可能になったことも大きな要因であると考え。かつては腎臓・糖尿病領域に有効な薬剤がほとんど無かった。

<委員>

補足すると、これまで CKD は専門医の領域という意識が強かったが、新薬の登場により、降圧薬や脂質異常症治療薬（スタチン）と同様の感覚で使用されるようになってきた。その結果、CKD はコモディティーズになり、かかりつけ医も治療に対応できるようになる。この裾野の広がりが CKD 対策全体の底上げにつながるだろう。

<委員>

糖尿病（DM）が減少しているという影響はないか。

<委員>

糖尿病性腎症はかなり減少していると考え。薬剤の効果が非常に大きく、現在は 4 剤使用可能となっており、以前のように単剤のみとは効果が異なる。適切に治療につなげることが重要であり、腎臓・糖尿病専門医以外の一般医師がこれらを認識して使用できるようになれば、さらに糖尿病患者は減少すると考える。

<委員>

糖尿病患者自体は大きく減少していないが、治療内容が明らかに改善している。

<委員>

治療内容自体は改善しているものの、未だに治療につながない層が多い。福岡市でも糖尿病性腎症がありながら通院していない方は相当数存在する。これらを適切な治療に結びつけられれば、さらに減少すると考える。

<委員>

現在、治療薬を使用していないかかりつけ医の割合は約 30%である。これが 40%、50%と増加すれば、さらに CKD は減少するであろう。

<委員>

治療薬の使用率は 30%しかないということか。

<委員>

SGLT2 阻害薬は約 3 割である。

<委員>

降圧薬は 5 割、糖尿病薬は 3 割程度であることより、薬剤未使用の患者が多いという状況である。

<委員>

薬剤使用率が向上すれば、CKDは確実に減少するのではないか。

<委員>

薬剤の進展で十分かと思っていたが、まだ課題は多い。

<委員>

この点を医師会報等で周知できれば、薬剤使用率は確実に向上するだろう。

<委員>

39歳未満及び40～59歳（若年者）の透析導入者については、どのような疾患が多いのか。

<委員>

腎炎や先天性疾患が多い。

<委員>

先ほど糖尿病が減少しているという話があがったが、腎炎や先天性疾患も減少しているのか。

<委員>

腎炎による導入は明らかに減少している。SLEなども治療が進歩し、導入例は減っている。

<委員>

適切な対策を継続すれば、さらに減少余地がある。

<委員>

今後は腎臓内科特有の限られた領域が中心になっていく可能性がある。

<委員>

薬剤師の立場より、薬剤の状況について意見を伺いたい。

<委員>

一般診療科の医師からも腎保護目的で処方される例が増えていると感じる。一方で、自覚症状がないため通院中断し、悪化してから再来する例も見られる。

<委員>

薬剤の副作用についてはどうか。

<委員>

重大な副作用は多くなく、日常生活や検査値に大きな影響が出る例は少ない。

<委員>

薬価が少し高いことが問題である。

<委員>

薬価は今後下がるかもしれない。

<委員>

薬局でも腎機能に配慮した確認が求められている。NSAIDs の長期使用など、引き続き注意すべき点はある。

<委員>

栄養指導について意見を伺いたい。

<委員>

まず減塩が最重要である。減塩を心がけることにより血圧のコントロールができ、CKD 以外にも良い影響がある。食環境整備を市全体で進めることが理想である。国は「誰一人取り残さない食環境整備」の取組を進めている。

<委員>

塩分対策は肥満対策ほど浸透していない印象である。

<事務局>

来年度の市の事業として、野菜摂取促進や県の減塩施策「スマソル」と連携し、食環境整備を進めていく予定である。

<委員>

日本高血圧学会では、厚労省の実証事業で、尿ナトリウム比の測定値を用いた減塩と増カリウムの指導で高血圧予防の成果を上げているが、CKD ではカリウム摂取量の管理が課題かもしれない。

<委員>

CKD 重症例を除けば、多くの一般的な CKD 患者はカリウム摂取を過度に制限する必要はない。

<委員>

近年のエビデンスでは、カリウム摂取量が多い群ほど腎予後が良好である。果物・野菜等の植物性食品の積極的摂取は、今後 CKD でも推奨される可能性がある。また、高齢者の過度な蛋白制限は腎予後を悪化させるといわれている。

<委員>

CKD 重症例と初期・もしくは一般的な CKD とで、考え方や対応を分ける必要がある。

<委員>

CKD はむしろ保存料・着色料等の食品添加物に含まれるリンやカリウムが問題であり、これらの方が身体の吸収率も高く、影響力が大きい。食品産業が発達している今日では、むしろこれらの方がターゲットである。

<委員>

正確な情報が発信されることが重要である。

<委員>

カリウム制限が必要以上に発信されていたことも一例である。

<委員>

今後、正しい情報を普及させていく必要がある。

<委員>

栄養士への情報共有と指導の「手加減」が重要である。

<委員>

ガイドラインの整備が望まれる。

<委員>

一律化は難しい面もある。「手加減」のとおり、あまり厳しく言い過ぎるのも良くない。

Ⅲ. 2 CKD 医療連携の進捗について、事務局より報告

ファシリテーターより以下の報告

1. 今年度のCKD 医療連携の取組について
2. CKD 医療連携試行事業終了をうけての課題共有
 - (1) 福岡市 CKD 紹介基準・フォローアップ基準の簡略化
 - (2) 報告書の提出負担軽減
 - (3) 検尿の重要性啓発
 - (4) かかりつけ医と腎臓専門医の顔の見える関係づくり
3. CKD 全市展開に向けた医療連携システムの特徴
4. 新システム稼働までのスケジュール

【質疑応答及び意見交換】

<委員>

「福岡市 CKD 紹介基準・フォローアップ基準」の「かかりつけ医用」と「CKD 相談医用」の違いはどこか。

<事務局>

ヒートマップ下部の黄色枠の「フォローアップ方法」が異なる。

「かかりつけ医用」の黄色枠については、かかりつけ医が必ず相談医に紹介しなければならないと誤解させないため、「CKD 相談医へ検査・フォロー依頼可能」と表現を整理した。

また、「CKD 相談医用」のみ、②の箇所に「尿蛋白定量検査を実施」することを明記した。

<委員>

大きな枠組みは同じという理解でよいか。

<事務局>

そのとおりである。

<委員>

腎・糖尿病専門医検討会委員と各区リーダーの関係はどうなるのか。

<委員>

完全に一致するものではなく、専門医のいる基幹病院を中心に増員し、各区のリーダーを今後増やしていきたい。また、各区の医師会長とも連携を取りながら研修会の企画も行いたい。

<委員>

各区の理事の中にそのような連携をしている先生がいると思うので、その部分については医師会側で調整をお願いする。

【福岡市 CKD 医療連携の全市展開に向けた意見交換】

テーマ：福岡市における新たな CKD 医療連携について、それぞれの立場で今後どのような協力や参加が可能か。

<委員>

協力可能な取組みとしては、未治療者への受診勧奨が挙げられる。また、CKD 全般というよりは、糖尿病性腎症の重症化予防として事業に取り組んでおり、対象者に受診勧奨を行い、受診・治療につなげることが主な内容である。

しかし、市民限定の取組みではなく、支部単位、あるいは事業所単位での実施となるため、福岡市民に限定して事業展開するのは難しい。

<委員>

原則として医療につながっている方は主治医に対応をお願いしている。一方で、健診受診者のうち、フレイルを併存する糖尿病患者や治療中断者については、市町村に委託して実施している一体的実施事業の中で、保健師が関与しているのが現状である。

後期高齢者世代においては、血糖値等の数値のみでは判断できない方が少なくない。主治医によっ

ても対応が異なる。むしろ、数字だけでなく全体像を捉えて診ていただける医療機関があれば紹介していただきたいと感じている。

<委員>

後期高齢者の中には、透析を望まない、生活の質を優先したいと考える方も多く、医療機関受診によって意に反して透析導入に進むのではないかという不安から受診を避ける例も少なくない。減塩や蛋白制限により食の楽しみが制限されることを嫌うケースも多く、その背景を理解しないまま医療介入が進むことを懸念している。

<委員>

ご指摘のとおり、患者ごとに背景は大きく異なる。家族との意思の相違、多疾患併存、治療困難例、認知機能低下などにより治療が困難な方もいる。保健師が時間をかけて指導をしても人それぞれ考え方や状況が異なるため、画一的な指導が難しいことが課題である。

<委員>

協会けんぽと後期高齢者医療では、基本的な方針は大きく異なると認識しており、そこは十分留意すべきである。そのうえで協会けんぽに質問したい。受診勧奨の実施数および実際に医療につながった割合について、具体的な数値は把握しているか。受診勧奨後の解析体制を整える必要があるのではないか。

<委員>

支部における受診勧奨後の受診割合については、レセプトデータとして一定の情報は把握しているが、この場では手元に詳細な数値を持ち合わせていない。

<委員>

レセプトデータ分析について、福岡市の地域包括ケア情報プラットフォームでは、国保加入者のデータは連携できているが、協会けんぽや健康保険組合等のデータは連携できていない。

<委員>

どのように連結を進めるのか。

<委員>

CKD の連携状況の方法として KDB（国保データベース）に入っているデータを活用すると良いが、協会けんぽ等の社保の対象者の連携の確認は難しい。

<ファシリテーター>

補足として、協会けんぽでは全国一律の受診勧奨に加え、支部独自の対応を行う二段階の取組を実施していると理解している。

<委員>

健診受診後、約 7 か月後に本部から対象者へ文書による受診勧奨を行っている。その後、福岡支

部では本部の勧奨から 2～3 週間後に再度文書で受診勧奨を行い、さらに、ご本人または事業所を通じて本人へ電話による勧奨を実施している。ただし、多くの場合、事業所経由の受診勧奨となるため、本人に直接連絡できないケースが多い点が課題である。

<事務局>

国保においては、集団健診の結果説明会を実施し、医療につなげる必要がある対象者についてはその場で受診勧奨をしている。また、医療機関での健診受診者のうち、治療等が必要だがレセプトが確認できない対象者については、医療機関の受診勧奨を行っている。また、糖尿病性腎症重症化予防事業も実施している。

<委員>

CKD 全体のデータはまだないと思うが、国保連合会により KDB を用いて作成された糖尿病関連腎臓病のデータだけでも良いので、糖尿病患者のうち何パーセントが腎臓専門医への受診につながったのかが算出できるのではないかと。

<事務局>

算出可能だと思うが、現時点で手持ちの数字がなく提示できない。

<委員>

糖尿病については一定のデータがあり、完全ではないが複数年の蓄積がある。受診率はおおよそ 6 割程度であったと記憶している。この数値は繰り返し受診勧奨を実施したうえでの成果である。

<委員>

問題は糖尿病以外の CKD 患者であり、そのデータが不足している。国保連からデータ取得を検討すると良いのではないかと。

<事務局>

7 ページに記載の「レセプトデータから国保健診受診者の CKD 医療連携をモニタリングする」という点が、まさに今ご意見いただいた内容である。

現在、DKD については国保連から詳細なデータ提供を受けられる仕組みが県レベルで整備されているため、これに CKD 全体のデータを追加できないか協議したいと考えている。それが実現すれば、医師の取組状況や CKD 相談医制度の評価指標として活用可能である。

<委員>

健康保険組合まで含められれば理想的だが、現実的には難しい課題である。

<ファシリテーター>

今後、研修受講を踏まえ、黄色・赤色ステージ該当者がどの程度医療に繋がったかを適切にフォローアップする必要がある。協会けんぽについても、市民限定の抽出は難しいものの、未治療者の受診率は把握可能との意見があったため、今後の会議や保険者ミーティングで共有を進めたい。また、健康保険組合の参画によりカバー率向上が期待されるため、引き続き検討していきたい。

<委員>

この医療連携の図の中で、受診勧奨を保健福祉センター等で実施するとした場合、その受診勧奨先は、一般のかかりつけ医なのか、それとも CKD 相談医なのか。現在、CKD の連携パスは手挙げ方式で一次医療機関が参加しているが、この点をどのように整理するのかを明確にしておく必要があると考える。その点について、どのように考えているか伺いたい。

<事務局>

フェーズ 2 の試行においては、健診受診時点でかかりつけ医がいる場合は、原則としてかかりつけ医を案内している。一方、かかりつけ医がいない場合には、CKD 相談医を紹介する運用としている。

<委員>

原則として新規の患者については、まず CKD 相談医に受診勧奨するという理解でよいか。

<委員>

糖尿病と CKD の両方を有している場合は、どのように対応するのか。DKD の場合は判断が難しい。CKD 相談医の中に糖尿病を専門とする医師が多く含まれていればよいが、そうでない場合は血糖コントロールが不十分になる懸念もある。この点について整理が必要ではないか。

<委員>

この点がやや曖昧であり、整理が必要である。

<委員>

現時点では、専門分野別の明確なリストも整備されていない。

<委員>

相談医制度を設ける際に、それぞれの専門分野が分かるリストがあれば、より適切な紹介が可能になると考える。

<委員>

それは、CKD 相談医の登録数にも影響する事項である。

<委員>

今後の検討課題である。

<委員>

どの程度の医師が手挙げし、登録するかによっては、CKD 相談医だけで全てを対応することが難しくなる可能性もある。

<委員>

仮に新規患者をすべて相談医に紹介する運用とする場合には、医師会としての合意や同意が必要になると考える。その点を曖昧にせず、整理しておくことが円滑な運用のために重要である。

<委員>

相談医を経由する運用になれば、相談医の登録数は増加すると考えられる。

<事務局>

全市展開に向けては、福岡市医師会および各区医師会の理解と合意を得ながら進めていきたいと考えている。

<委員>

そのためにも、相談医の数や想定運用については早期に協議しておく必要があると考える。

<委員>

かかりつけ医機能報告制度等も今後整備されてくる中で、かかりつけ医を介さずに運用することは、医師会として受け入れにくい側面があると考えられる。

かかりつけ医が存在しない場合は、相談医に紹介するというルートを明確に定めた方が分かりやすく、医師会としても受け入れやすいと考える。運用を明確に決めるべきである。

<委員>

現在も地域連携パスの中で実施されている考え方である。

<委員>

今の地域連携パスの一次医療機関がCKD相談医となる形である。

<委員>

そのような運用であれば、相談医に手を挙げる医師は確実に増えると考えられる。その際、CKD専門、糖尿病専門など、専門領域が分かるリストを整備することが重要である。

<委員>

生活習慣病管理加算の取得が年々難しくなっている背景もあり、手挙げする医師が増える可能性はあるが、実際の数は現時点では予測できない。ハードルを下げれば当然増えるであろう。

<委員>

相談医を制度として位置づけることで、その枠組みの意味合いは非常に重くなる。

<委員>

結果として、研修や学習にも積極的に取り組んでもらえると考えられる。

<委員>

制度の目的は診療の質を広げることであり、手挙げが増えること自体は望ましい。

<委員>

地域医療連携の観点から、医師会としても整理を進めたい。

<ファシリテーター>

CKD 相談医への紹介対象について、特にかかりつけ医のいない新規患者をどのように扱うかという点、および糖尿病を合併する場合の対応について、引き続き関係者と相談しながら整理し、説明していきたい。

CKD 患者の保健指導という立場で、このシステムについての意見はあるか。

<委員>

総合病院において保健指導を実施している立場から述べる。かかりつけ医の中には、意識が高く、早期に紹介して下さる医師も存在する。CKD 外来では生活指導を一通り実施できており、今後整備される支援ツールについても内容を検討していきたい。

今年度、腎不全学会において CKD 教材不足が課題として挙がり、学会レベルでの教材作成の動きもあるため、今後情報提供が可能になると考える。

<委員>

後期高齢者への対応について伺いたい。例えば 80 代、90 代で透析が必要となる方への対応について、どのように対応しているか。

<委員>

情報提供は一律に行うが、ADL や生活背景、本人の希望を十分に聞いた上で、実行可能な目標を設定している。また、社会資源の調整が必要な場合には、地域包括支援センターやソーシャルワーカーと早期に連携している。

<委員>

「この患者を透析導入したのか」と感じる症例が少なからず見受けられる。家族が治療を希望し、本人は希望していないケース、あるいは本人が認知症であるにもかかわらず透析導入に至っているケースが一定数存在しており、その意思決定過程が不明瞭であると感じることがある。この点は後期高齢者医療広域連合においても悩ましい問題であり、どこまで介入すべきかの判断は困難である。現状の対応方法及び今後の方針について、見解を伺いたい。

<委員>

認知機能が低下している患者については、原則として家族に同席していただき、説明を行っている。

<委員>

臨床の現場では、認知機能低下や ADL 低下の状態を考慮すると透析療法への導入を控えた方が良

いと感じる患者であっても導入されているケースもあり、その判断過程に課題を感じている。

この点については、制度や仕組みを含めて整理しなければならない重要な論点であると考ええる。

<委員>

以前と比較すると、そのようなケースは減少しているものの、依然として課題ではある。

<委員>

アドバンス・ケア・プランニングを含め、意思決定の在り方については、別途議論する場が必要であると考ええる。

<委員>

実際には、本人が当初は治療を希望していなくても、家族の同席により治療を希望されるケースも存在する。

<委員>

身体状況が悪化すると、以前は治療を望まなかった本人が治療を希望するようになることもある。そのため、本人の意思は状況に応じて変化し得るものである。

<委員>

本人が認知症で意思確認が困難な状態のまま透析導入されているケースも存在する。その際にどのような意思決定がなされたのかという点は、非常に判断が難しい問題である。

<委員>

以前に比べると、保存的腎臓療法（CKM）を選択される方も増えてきている。最終的に本人が意思決定できない場合は代理意思決定となるが、医療者としてはリスクを説明した上で、医学的に可能であれば提供せざるを得ない現状もある。その結果、そのような患者が紹介されているものと理解している。

<委員>

このような視点についても、CKD 相談医に求められる重要な要素であると考ええる。比較的意思決定が可能な早期の段階から、将来の治療や意思について確認しておくことが重要である。

<委員>

腎代替療法に関する一定の意思を早期に示し、それを関係者間で共有しておくことが重要である。エンドステージになって初めて考えるのではなく、早い段階からの情報共有が必要である。この内容について、相談医研修の中で触れる程度に扱うことも一案である。

<委員>

相談医研修の中で、後期高齢者医療の実情や対応について紹介することは有意義である。

<委員>

現状と課題を共有することは、今後の見通しを立てるうえで重要である。

<委員>

これは SCP 研修に含まれていない内容である。

<委員>

一概に明言することは難しいのではないか。

<委員>

状況は個別に異なるためである。

<委員>

意思決定可能な段階で意思を確認しておくことが重要である。

<委員>

がん領域とは異なり CKD は経過が長いため、より慎重な対応が必要である。

<委員>

CKD 医療連携の全市展開に向けて、既に十分な意見が出されたと思うが、福岡市は広域であるため、全体を一括でまとめることは困難である。各区に専門医、かかりつけ医、相談医が連携する体制を構築することが重要であり、密な関係づくりのための会合を重ねていきたい。医師会および福岡市にも引き続き協力をお願いしたい。

<委員>

関係づくりの研修や会合において、SGLT2 阻害薬の使用状況など、現状を具体的に示し、CKD は専門医だけの疾患ではなく、かかりつけ医も治療に関与できる疾患であるというメッセージを地域で発信することが重要である。その結果、治療の裾野が広がり、使用率向上と CKD 悪化抑制につながる。

<委員>

KDB データには SGLT2 阻害薬の使用状況が把握できる情報が含まれており、共有すれば有益である。

<委員>

それを地域単位で発信することが重要であり、薬剤に関する話題は関係性を深めるきっかけにもなり得る。

<委員>

福岡市の人口規模を考えると、一括での対応は困難であり、区単位や複数区合同での取組が現実的である。

<委員>

その方が、患者の地域偏在を是正し、地域完結型の医療提供体制につながる。

<委員>

CKD 相談医研修について補足する。

当初は更新制の提案であったが、医師会としては、更新制とすると参加のハードルが高くなる懸念がある。5年に1回、ガイドライン改定等の節目に焦点を当てた研修を実施する形が望ましいと考える。

<委員>

研修の“受講”であり、“更新制”とはしない。

<会長>

活発な議論に感謝する。本日の議論を今後の全市展開に活かしたい。多職種が連携し、福岡市の生活習慣病重症化予防を推進していきたい。

IV. まとめ

本会議における議論を踏まえ、以下の方向で取組を進めることとされた。

- CKD 医療連携の全市展開（令和 8 年度）に向けた制度設計の具体化
- CKD 相談医の養成及び体制整備
- 医療機関・保険者・健診機関間の連携強化
- データに基づく評価・検証体制の構築
- 市民及び医療従事者への継続的な啓発

一閉会

令和7年度 福岡市生活習慣病重症化予防連携推進会議 出席者名簿

※順不同 ※法人格・敬称略

所属・職名	氏名	出欠
福岡市医師会 常任理事	江口 徹	出席
九州大学大学院医学研究院 衛生・公衆衛生学分野 教授	二宮 利治	出席
福岡市健康づくりサポートセンター センター長	井口 登與志	出席
九州中央病院 腎臓内科部長	満生 浩司	出席
九州大学病院 腎疾患治療部 部長 九州大学大学院医学研究院 病態機能内科学 准教授	中野 敏昭	出席
福岡市歯科医師会 専務理事	中富 研介	欠席
福岡市薬剤師会 常務理事	高木 淳一	出席
福岡県看護協会 専務理事	掛川 秋美	出席
福岡赤十字病院 専門外来師長 (慢性疾患看護専門看護師・腎臓病療養指導士)	不動寺 美紀	出席
福岡女子大学 公衆栄養学分野 名誉教授	早淵 仁美	出席
全国健康保険協会(協会けんぽ) 福岡支部 企画総務部保健グループ 主任	庄崎 陽子	出席
福岡県後期高齢者医療広域連合 健康企画課健康企画係 係長	山本 梓	出席
福岡市職員共済組合 職員共済課保健医療係 係長	櫻井 由起子	出席
福岡市保健医療局 理事	田中 雅人	出席

| 事務局

所属・職名	氏名
福岡市保健医療局健康医療部 部長	園田 紀子
福岡市保健医療局健康医療部地域保健課 課長	藤井 未央子
福岡市保健医療局健康医療部地域保健課 健康づくり係 係長	松村 むつみ
福岡市保健医療局健康医療部地域保健課 健康づくり係	松永 美帆
福岡市保健医療局総務企画部保険医療課 特定健診推進係 係長	高原 智征
福岡市保健医療局総務企画部保険医療課 特定健診推進係	黒田 智子
株式会社くまもと健康支援研究所 代表取締役	松尾 洋
株式会社くまもと健康支援研究所	吉永 小夏