

厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業)  
「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」  
分担研究報告書

糖尿病性腎症重症化予防の取り組みとプログラムの効果検証  
～佐賀県の糖尿病腎症重症化予防プログラムの取り組み～

研究分担者 安西慶三 所属：佐賀大学医学部肝臓・糖尿病・内分泌内科  
研究協力者 高橋宏和 所属：佐賀大学医学部肝疾患センター  
研究協力者 永渕美樹 所属：佐賀大学医学部附属病院看護部

### 1. 佐賀県ストップ糖尿病対策事業の組織構築

佐賀県は第2次佐賀県健康プラン、第7次保健医療計画、第3期医療費適正化計画として平成28年よりストップ糖尿病対策事業を実施し、医療機関・保険者・県が協働して、糖尿病対策に取り組んできた。その一環として糖尿病腎症重症化予防プログラムを遂行している(図1)。

ストップ糖尿病対策事業は、①佐賀県「ストップ糖尿病」対策会議、②2次医療圏単位「ストップ糖尿病」対策会議、③2次医療圏単位関係者連絡会の3段階の協議会と④糖尿病を取り巻く医療連携のための環境整備(コーディネート看護師活動)、⑤普及啓発の5つの事業から構成されている。特に責任部署を明確化するため、県会議は佐賀県健康福祉部健康増進課、2次医療圏単位対策会議は保健福祉事務所、2次医療圏単位関係者連絡会議は基幹病院を担当とした(図2)。

2次医療圏会議・連絡会は糖尿病腎症重症化予防プログラムを進める中で重要なポジションにある。連絡会は保健師が2次医療圏の特定検診で得られたデータを説明し、事例検討は医療機関未受診例や糖尿病治療中断例、かかりつけ医と連携した症例などを提示し、糖尿病専門医、腎臓専門医、かかりつけ医、糖尿病コーディネート看護師、糖尿病療養指導士、保健師が現場での課題の抽出と対策、対象者の抽出と介入方法の検討、かかりつ

け医と連携した重症化予防等を話し合い、現場での課題対策の提案を2次医療圏単位会議に提案し、各市町、各関係機関の連携と役割分担の明確化し、連絡会で出された広域的、組織的な課題の共有と方策を検討する。

県会議では佐賀県の現状と課題を共有し、2次医療圏会議で明らかになった、全県的、組織的な課題解決のための方策の検討する(図3)。

### 2. 佐賀県ストップ糖尿病対策事業の活動

#### 1) 課題の抽出と取り組み(表1)

2次医療圏会議で提案された課題の中で県全体で取り組むべき課題について、県会方策を検討し、各関係機関・庁内関係課で役割分担を明確にし、解決策を実施する。

提案された課題は、①特定健診受診率の向上、②未受診者・治療中断者の減少、③連絡会へのかかりつけ医の参画、④かかりつけ医と専門医との連携、⑤糖尿病連携手帳の活用、⑥eGFRの把握方法と活用であった。表2に平成29年から令和2年度における課題への対応についてまとめた。その内容について例を挙げながら説明する。

#### 2) 未受診者・治療中断者の減少

市町での糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対策として対象者に対して受診勧奨

を実施している。課題は対象者の抽出を効率良く、確実にできるかである。図4に示すように2次医療圏会議ではかかりつけ薬局、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、市町保険者が治療中断者を抽出して受診勧奨することとしたが、国民健康保険団体連合会が治療中断者のツールを開発し、レセプトデータから糖尿病治療薬を処方されている患者が6ヵ月医療機関未受診であった場合に抽出された対象者へ市町が適切な受診勧奨や保健指導を行うことで、医療機関へ結び付け、重症化を予防できるシステムが構築された。

### 3) 糖尿病連携手帳の活用

糖尿病連携手帳の活用について県医師会での医療機関に対するアンケート調査では90%以上の医療機関で連携手帳を活用している結果であったが、個々の患者ではまだ普及が不十分であることが2次医療圏連絡会で課題として提案された。この課題に対して2次医療圏会議で薬剤師会より、糖尿病治療薬を処方されている患者に対して糖尿病連携手帳とお薬手帳の帯同を調査する提案があり実施された。その結果、糖尿病連携手帳とお薬手帳の両方を帯同している患者が45%、お薬手帳のみが50%、糖尿病連携手帳のみが1%であった(図6)。この結果を県会議で報告し、お薬手帳と糖尿病連携手帳の両方が入る手帳カバーの導入、糖尿病連携手帳の普及・活用セミナーの開催、糖尿病連携手帳サポーター制度の導入を県が主体で実施した(図7、8)。糖尿病連携手帳サポーター制度はかかりつけ医の看護師を対象に糖尿病連携手帳の普及・活用セミナーで連携手帳を活用した療養指導の演習を行い、受講した医療者に県からサポーターの修了証書とバッジを発行した。

### 4) eGFRの把握方法と活用

腎機能を評価する検査項目は血液検査では、クレアチニンとeGFR、尿検査では尿アルブミン、

尿たんぱくがある。特にeGFRは検査データの推移から今後の経過が予想しやすく、血清クレアチニンと比較し、腎機能障害の早期より評価が可能である。佐賀県では糖尿病連携手帳改訂版に糖尿病性腎症重症化予防プログラムを明記し、自分の腎臓の状態が今どの段階にあるかわかるようにCKDの重症度分類における患者自身の腎症ステージを記入し、それを説明するための腎症ステージの経過図を載せている。さらにeGFRの値を経時的に記載できるグラフを作成し、eGFRの傾き( $\Delta$ eGFR)の意味を伝えやすく、自分の位置を視覚的に認識できるようにした(図9、10)。

日本糖尿病協会では腎機能チェックツールをホームページ上に開設し、必要な検査値等を入力する事で、現時点での腎症の病期、腎機能の低下速度を算出できる。また、eGFRの推移をグラフで確認できる(図12、13)。年間低下速度は2年以上の検査値を入力することが望ましく、入力値の回数が多いほど精度は高くなるため、特定検診の検査結果だけでなく医療機関の検査結果も入力することが望ましい。このツールにより全国で $\Delta$ eGFRを活用することが可能となった。

## 3. 糖尿病腎症重症化予防プログラムのアウトカム評価

### 1) 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる対象者選定と介入

市町村国保保険者は県プログラムに準じて、対象者数や実地体制など地域の実情に応じて定めた基準により対象者を選定し、保健指導を実施している。保健指導の対象者は、1)医療機関未受診及び糖尿病治療中断者への受診勧奨と保健指導を行い治療につなげる場合と2)糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクが高い者に対して主治医の判断で対象者を選定して保健指導を行い、人工透析への移行を防止する場合がある(図

14)。

医療機関未受診及び糖尿病治療中断者への受診勧奨は市町により 0%から 100%まで差はあるが県全体としては未治療者 40.1%、治療中断者 40.2%であった(図 15)。またハイリスク者への保健指導におけるかかりつけ医との連携状況について市町からかかりつけ医への連携は訪問、電話、メールなどの直接連絡、糖尿病連携手帳、糖尿病性腎症重症化予防連絡票の 3 通りの方法で行われている(図 16, 17)。保健指導による介入前後の HbA1c の変化は HbA1c7%以上の例では改善 36.6%、維持 54.8%、悪化 8.6%と全国と比較しても改善+維持の比率が高値であった(図 18)。前後の腎症病期別の比較では改善 8.4%、維持 86.1%、悪化 5.4%と全国と比較して改善+維持の比率が高値であった(図 19)。

保健指導の効果をかかりつけ医と共有し、全体の会議でも報告することにより、保健師ができること、かかりつけ医が必要としていることなどお互いを知ることができる。そのための共有する場を作ることは糖尿病性腎症重症化予防プログラムの成果をあげるために重要である。

## 2) 佐賀県の人工透析患者の推移

佐賀県の人工透析患者数は年々増加している。この 10 年間では平成 22 年 2,087 人から令和元年 2,661 人と 1.3 倍である(図 20)。糖尿病性腎症が原疾患である新規透析導入患者は平成 25 年の 151 人をピークに徐々に減少し、平成 29 年には 102 人と 32.5%の減少を認めた。これは平成 24 年から始まったコーディネート看護師育成支援事業から平成 28 年のストップ糖尿病対策事業・糖尿病性腎症重症化予防対策プログラム事業に至る 6 年間の成果であると考えたが、平成 30 年には 151 人、令和元年も同数の 151 人が新規透析導入となり、ピーク時と同数まで増加した(図 21)。糖尿病性腎症からの新規導入時の年齢別推移では 2015 年度は 70 歳以上での導入が 30%であった

が、2019 年は 50%以上となり、透析導入を遅らすことはできたが阻止はできていなかった(図 22)。

## 4. 今後の課題

本年度は新型コロナウイルス感染に対する対応で糖尿病性腎症重症化予防プログラムを十分に進めることができなかつた。来年度は更なる成果を上げるため下記の課題について医療機関、保険者、行政が一体となりプログラムを遂行する。

受診勧奨実施者のうち医療機関受診につながらなかつた者への対応受診勧奨実施者のうち 54.9%(平成 30 年度)が未受診。未受診者の分析や抽出基準の見直しを含んで確認する。

### 1) かかりつけ医との連携の更なる推進

保健指導実施者 1,498 人(平成 30 年度)のうち、保険者からかかりつけ医への連絡件数が、対象者の 28.3%(424 人)、保健指導後のかかりつけ医への情報提供が、対象者の 13.3%(199 人)にとどまっているため、糖尿病連携手帳を活用した連携の更なる推進と保険者からかかりつけ医へ、保健指導結果等を報告し、患者の生活など診療に役立つ情報提供を行い、かかりつけ医と保険者との連携を推進する。

### 2) 保健指導前後の検査値による評価

保健指導実施者 1,498 人(平成 30 年度)のうち、保健指導後に HbA1c 値が確認できた者が 79.8%(1,195 人)、腎症病期で確認できた者は 78.3%(1,173 人)であり、対象者の状態を中長期的に評価していくためには、HbA1c 値や腎症病期など複数の視点で評価する。糖尿病連携手帳等を活用し、医療機関で実施した臨床検査結果も情報収集する。その結果を基に保健指導前後の検査値確認で、保健指導の支援結果を客観的に評価し、保健指導技術の向上に役立てる。

### 3) 高齢者対策

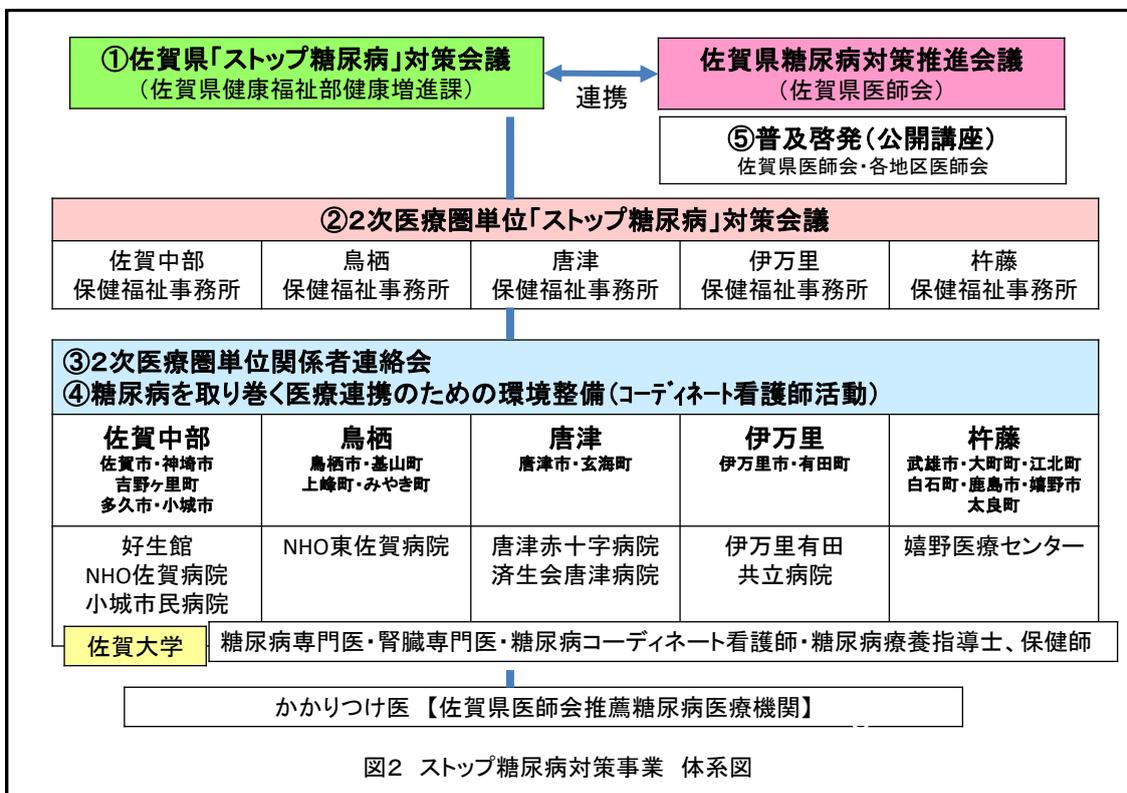
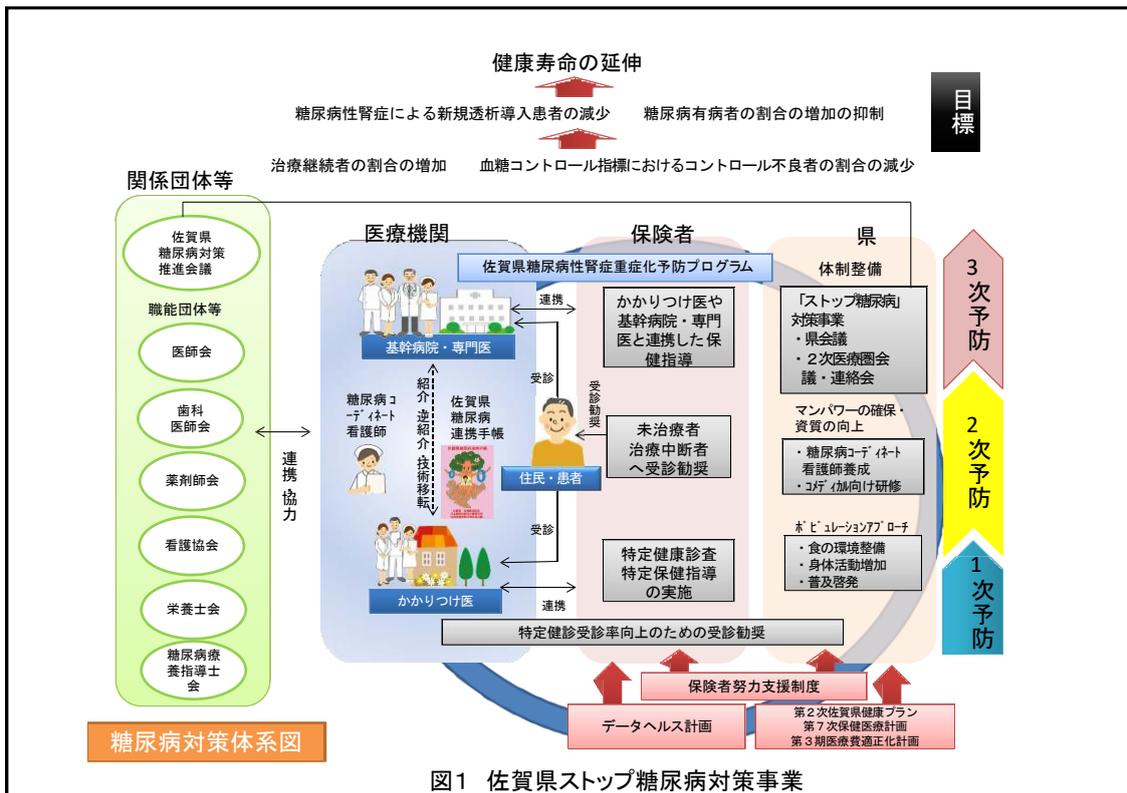
高齢者の新規透析導入が増加しており、国保から後期高齢者を含めた健診および医療機関のデー

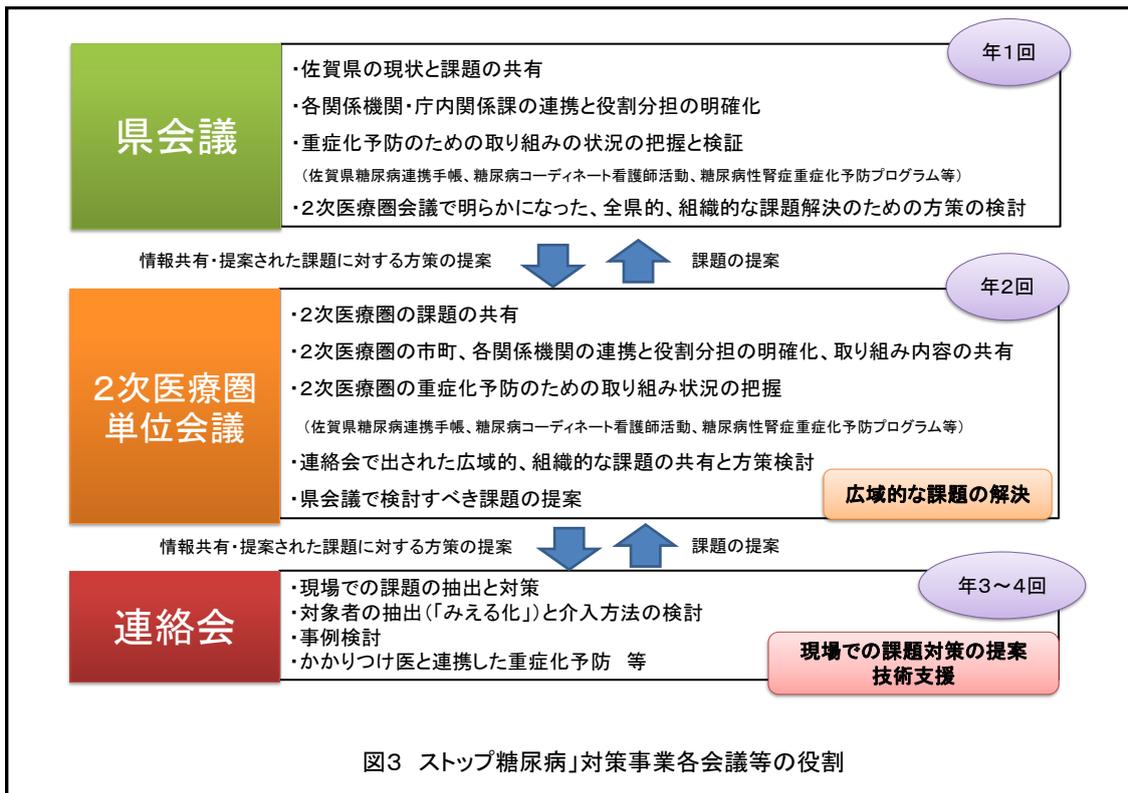
タ活用と保健者も 75 歳以上を含めた保健指導体制を構築する。

表 1 各 2 次医療圏で共通する課題 (H28～R1)

表 2 2 次医療圏単位会議等で抽出された課題への対応

- 図 1 佐賀県ストップ糖尿病対策事業
- 図 2 ストップ糖尿病対策事業 体系図
- 図 3 ストップ糖尿病」対策事業各会議等の役割
- 図 4 未治療者・治療中断者への働きかけ
- 図 5 治療中断者のツールの開発
- 図 6 糖尿病連携手帳活用調査
- 図 7 「佐賀県糖尿病連携手帳」普及・活用セミナー  
(概要)
- 図 8 「佐賀県糖尿病連携手帳」普及・活用セミナー・  
糖尿病連携手帳サポーター制度
- 図 9 佐賀県糖尿病連携手帳改訂ポイント：糖尿病  
性腎症
- 図 10 佐賀県糖尿病連携手帳改訂ポイント：eGFR グ  
ラフ
- 図 11 佐賀県糖尿病連携手帳（第 4 版）活用状況
- 図 12 佐賀県健康づくり財団健診・検査センターで  
CKD セット報告書
- 図 13 日本糖尿病協会腎機能チェックツール
- 図 14 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに  
よる対象者選定と介入
- 図 15 受診勧奨実施者の種別でみた、医療機関受診  
につながった割合（H30 年度）
- 図 16 ハイリスク者への保健指導における、かかり  
つけ医との連携状況（平成 29 年度、30 年度）
- 図 17 かかりつけ医と連携した取組の推進
- 図 18 令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取り  
組み状況 介入前後の検査値の変化（HbA1c）
- 図 19 令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取り  
組み状況 介入前後の検査値の変化（腎症病期別）
- 図 20 佐賀県人工透析患者数の年次推移
- 図 21 佐賀県原疾患別新規人工透析患者の年次推  
移
- 図 22 新規人工透析年齢別推移





- ① 特定健診受診率の向上のための普及啓発
- ② 未受診者・治療中断者への働きかけ
- ③ 連絡会へのかかりつけ医の参画
- ④ かかりつけ医と専門医との連携  
(診療ガイド等の活用状況等)
- ⑤ 糖尿病連携手帳の活用
- ⑥ eGFR (推算糸球体濾過量) の把握方法と活用

表1 各2次医療圏で共通する課題(H28~R1)

課題	H 29	H 30	R 1
① 特定健診受診率の向上	ケーブルテレビ、広報誌の活用（小城・多久地区、杵藤地区）		
		医療機関での健診受診を啓発するチラシ、デジタルサイネージの作成	
		久留米、鳥栖三養基地区の連絡会の開催（行政と久留米地区医療機関との連携推進）	
		特定健診未受診者の診療情報を活用した情報提供事業（市町国保）	
② 未受診者・治療中断者の減少	市町での糖尿病性腎症重症化予防プログラムに沿った対策		
		保険者の重症化予防の取組	
		治療中断者等抽出ツールの開発（国民健康保険課）	
③ 連絡会へのかかりつけ医の参画	連絡会（症例検討会）への参加が「佐賀県医師会推薦糖尿病医療機関認定研修」認定		
		医師会、基幹病院等から医療機関への連絡会開催を通知	

表2 2次医療圏単位会議等で抽出された課題への対応

課題	H 29	H 30	R1～2
④ かかりつけ医と専門医との連携	コーディネート看護師活動による連携強化		
	糖尿病重症化予防診療ガイドの作成と配布・専門医への紹介基準の周知		
		2次医療圏単位等での研修会の開催	
		診療ガイド周知のための研修会の開催	
⑤ 糖尿病連携手帳の活用	連携手帳活用のための立て札の作成と配布		
	糖尿病連携手帳の活用方法の作成		
	保険者等への糖尿病連携手帳の活用促進		
		おくすり手帳＋糖尿病連携手帳カバーを作成・配布	
		糖尿病連携手帳普及・活用のためのセミナーの開催（R1.11～R2.2）	
⑥ eGFRの把握方法と活用	糖尿病連携手帳によるeGFRの状況把握		
		佐賀県健康づくり財団健診・検査センターで、CKDセット、CKD報告書の導入（合併症を早期に発見するための検査体制の整備）	

表2 2次医療圏単位会議等で抽出された課題への対応



# 糖尿病連携手帳活用調査

(佐賀中部保健福祉事務所)

- 1 調査期間：2019年1月10日～23日の14日間
- 2 協力薬局：佐賀市薬剤師会会員の薬局 184か所のうち、回答のあった51か所
- 3 患者の状況：1,276人
- 4 受診していた医療機関：109施設  
(うち佐賀県医師会糖尿病推薦医療機関67施設)

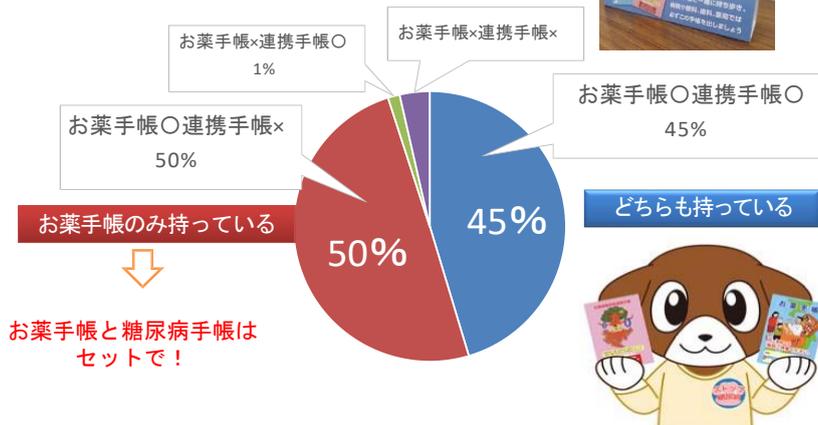


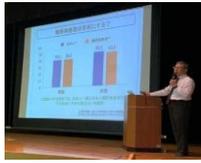
図6 糖尿病連携手帳活用調査

- 【目的】 演習などを通して、佐賀県糖尿病連携手帳の活用のスキルを習得し、医科、歯科、薬科、保健の連携を円滑にするために実施する
- 【実施主体】 佐賀県健康福祉部健康増進課、保健福祉事務所
- 【協力】 佐賀県医師会、佐賀大学、佐賀糖尿病療養指導士会、佐賀県糖尿病協会
- 【内容】
- 講義「多職種連携による糖尿病患者支援の必要性について」  
講師：佐賀大学医学部 肝臓・糖尿病・内分泌内科 医師
  - 講義及び演習「糖尿病連携手帳を活用した療養指導と関係機関との連携について」  
講師：佐賀大学医学部附属病院 看護部 コーディネート看護師
  - 講義「糖尿病と歯周病～医科歯科連携の必要性～」  
講師：佐賀県歯科医師会 地域保健委員会委員

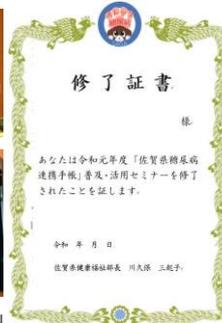
地区	開催日時	場所	参加者数
佐賀中部	令和元年11月30日(土) 14:00~17:15	佐賀中部保健福祉事務所	65名
鳥栖	令和元年12月7日(土) 14:00~17:15	鳥栖総合庁舎	36名
唐津	令和2年1月18日(土) 14:00~17:15	唐津保健福祉事務所	52名
伊万里	令和2年2月15日(土) 14:00~17:15	伊万里総合庁舎	42名
杵藤	令和2年2月22日(土) 14:00~17:15	武雄総合庁舎	70名
参加者計			265名

図7 「佐賀県糖尿病連携手帳」普及・活用セミナー(概要)

▼ 講義・演習の様子



▼ 修了証書



※「日医生涯教育制度認定講座」  
2単位申請  
※糖尿病療養指導士 単位認定 2単位申請

▼ 受講者へ配布したグッズ等

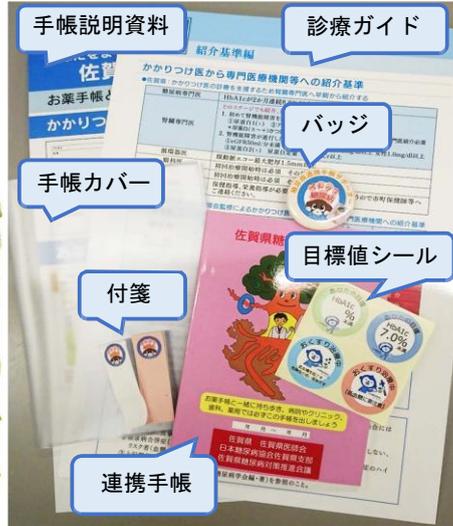


図8 「佐賀県糖尿病連携手帳」普及・活用セミナー  
糖尿病連携手帳サポーター制度

糖尿病性腎症重症化予防プログラム

佐賀県では糖尿病が原因で毎年約150名の方が新たに人工透析を導入されることから透析導入を予防するために糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成しました。

このプログラムの対象となる方は

1. 医療機関未受診者  
過去の健診において、以下のいずれにも該当する者  
1) 空腹時血糖126mg/dl(随時血糖200mg/dl)以上又はHbA1c6.5%以上の者  
2) 尿蛋白を認める者又はeGFRが60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者
2. 糖尿病治療中断者
3. 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者

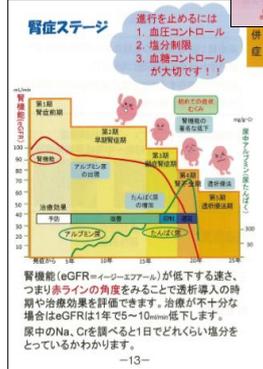
に対して、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医、糖尿病療養指導士、保健師、ケアマネが連携して治療します。  
自分の現状と経過をCKDの重症度分類と腎症ステージで確認してください。

CKD(慢性腎臓病)の重症度分類  
健診や医療機関測定したeGFR(イージーエアール)とアルブミン尿、蛋白尿で現在の腎機能と末期腎不全、心血管疾患の危険性がわかります。

■ の方は医療機関にご相談ください。

腎臓病	腎臓病区分	A1	A2	A3
糖尿病	腎アミノ酸定量 (mg/dl) 尿アミノ酸/Cr (mg/gCr)	正常	30未満	30-299 300以上
高血圧 腎症 糖尿病性腎症 腎臓病 その他	尿蛋白定量 (g/dl) 尿蛋白/Cr (g/gCr)	正常	軽度 0.15未満	高度 0.15- 0.49 0.50以上
G1	正常腎臓病	20-90		
G2	正常腎臓病	60-89		
G3a	軽度腎臓病	45-59		
G3b	中等度腎臓病	30-44		
G4	高度腎臓病	15-29		
G5	末期腎不全 (EOPD)	<15		

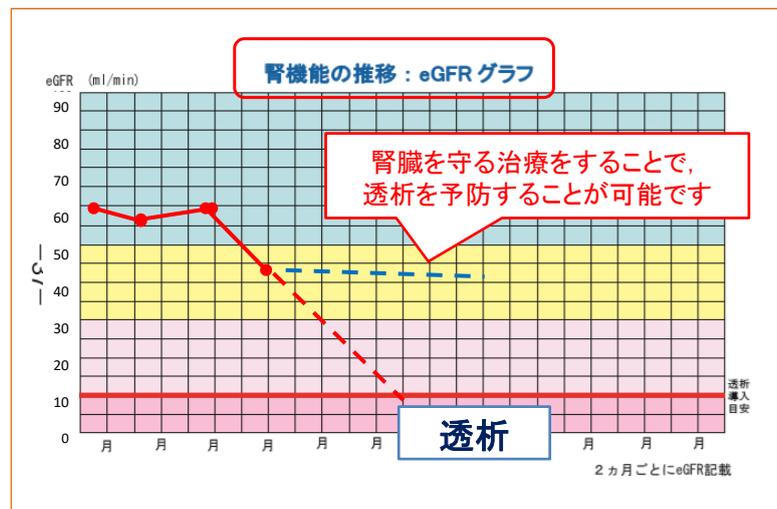
腎症ステージ G  A  記入してください



糖尿病性腎症重症化予防プログラムを明記  
CKD重症度分類の記載欄

図9 佐賀県糖尿病連携手帳改訂ポイント:糖尿病性腎症

## 改訂ポイント:糖尿病腎症:eGFRグラフ



eGFRの値を経時的に記載できるグラフを作成  
 eGFRの傾き(ΔeGFR)の意味を伝えやすくなる  
 自分の位置を視覚的に認識できる

図10 佐賀県糖尿病連携手帳改訂ポイント:eGFRグラフ

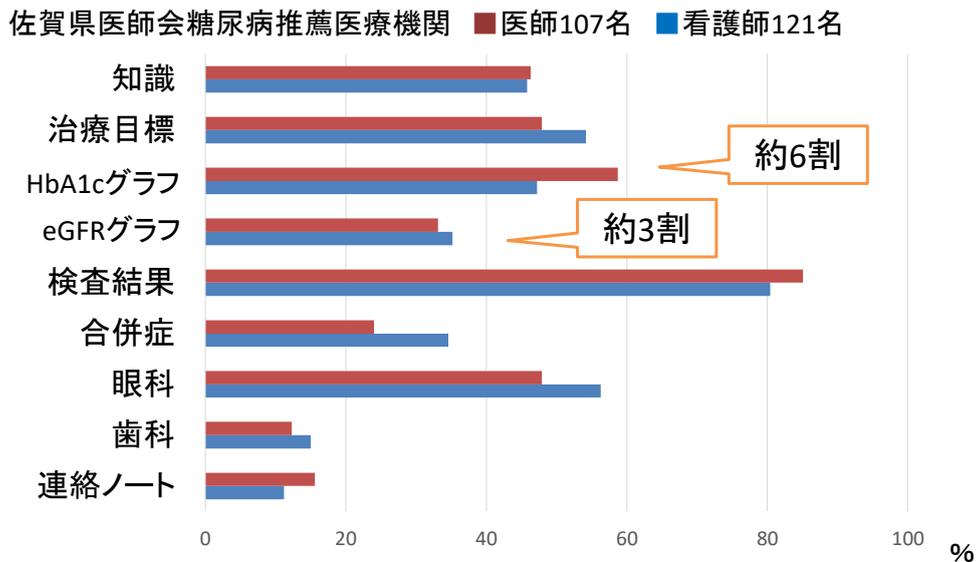
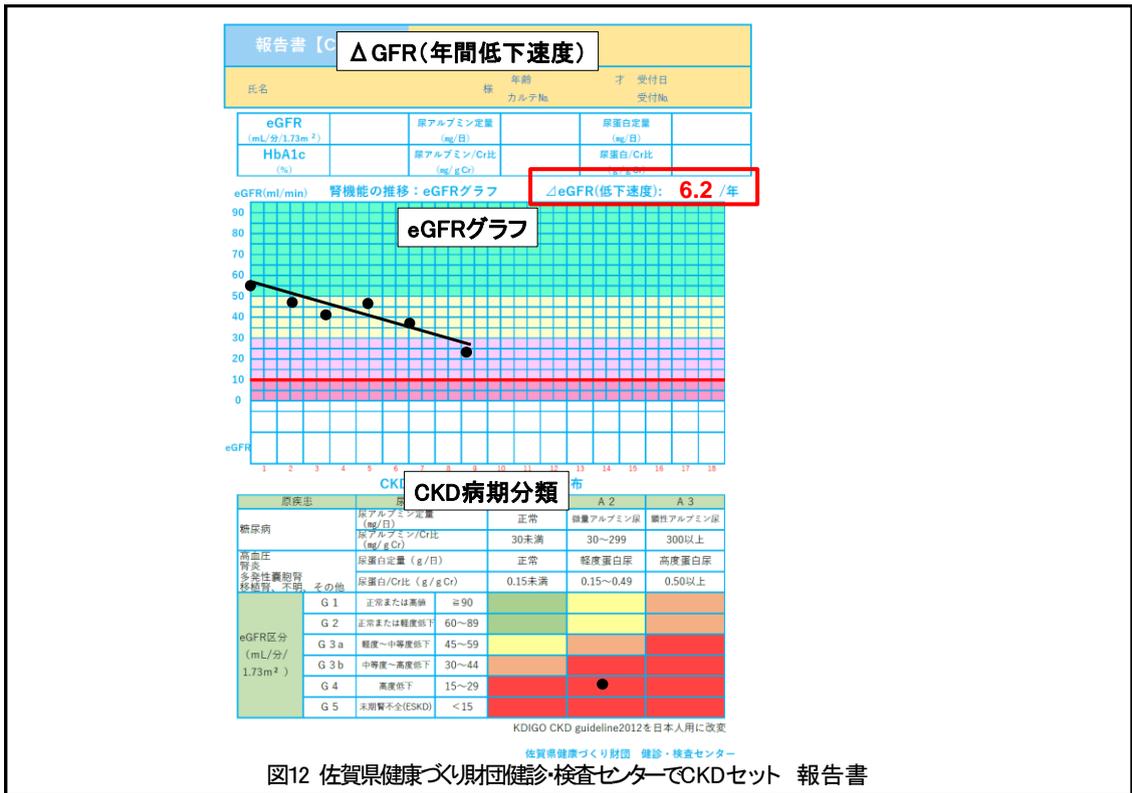


図11 佐賀県糖尿病連携手帳(第4版)活用状況



糖尿病への正しい知識があなたの未来を明るくする

お問い合わせ サイトマップ プライバシーポリシー Subscribe Us

公益社団法人 **日本糖尿病協会**  
Japan Association for Diabetes Education and Care

HOME はじめての方へ 患者さんへ 医療スタッフの方へ 友の会情報 イベント情報 日糖協について

**医療スタッフの方へ**

HOME » 医療スタッフの方へ » 医療スタッフの方へ

**サブメニュー**

- 医療スタッフの方へ
- 入会するには
- CDEネットワーク
- DM Ensembleのご案内
- 登録医制度
- カンパゼーション・マップ
- 糖尿病療養指導カードシステム
- DVDシリーズ
- 糖尿病医薬品・医療機器等適正化委員会
- 日糖協eラーニング
- 糖尿病治療薬の適正使用に関する

**医療スタッフの方へ**

Last Update : 2019年12月17日

入会するには

DM Ensembleのご案内

- DM Ensembleとは
- 定期購読のご案内
- 最新号
- バックナンバー

カンパゼーション・マップ

- 糖尿病カンパゼーション・マップとは
- トレーニング

CDEネットワーク

登録医制度

- 登録医制度とは
- 登録医・療養指導医
- 登録歯科医
- 講習会 開催申請のお申し込み

糖尿病療養指導カードシステム

- 糖尿病カードシステムとは
- 講習会

図13 日本糖尿病協会 腎機能チェックツール

腎臓は腎臓は神経障害、網膜症とともに合併症の一つであり、透析導入の重症の第一位です。腎臓は血液を濾して体内の余分な老廃物や水分を尿とともに体外に排出する働きをしています。

腎機能は1分間にろ過できる量eGFR（イージーエフアール）で表されます。腎臓病が進行するにつれて「フィルター」の目が狭くなり、最終にアルブミン、次にたんぱく質が尿に漏れ出てきます。

さらに進行するとろ過できる血液量が低下し、eGFRが30ml/min/1.73m<sup>2</sup>未満になったら腎症第4期（腎不全期）となります。さらに進行すると透析が必要となる場合があります。

**■糖尿病性腎症の病期分類**

糖尿病性腎症の病期分類と経過は尿検査（タンパク尿、微量アルブミン尿）と血液検査（eGFR）で行われます。尿検査は腎機能を評価するために必要な検査です。6ヶ月に1回は検査しましょう。

病期	尿蛋白/1.0g尿中のアルブミン量 (mg/1.0g尿)	eGFR (ml/1.73m <sup>2</sup> /分)
第1期 (微量アルブミン尿)	30以上	30以上
第2期 (微量アルブミン尿)	30-299	30以上
第3期 (微量アルブミン尿)	300以上	30以上
第4期 (腎不全期)	300以上	30未満

**■腎症の経過**

eGFRの値から腎機能の推移をみることで、eGFRが平均30ml/min/1.73m<sup>2</sup>以上低下する場合は急速に腎機能が低下しています。

**■治療後のeGFR推移：治療効果の評価**

腎臓病の進行は、尿蛋白、尿蛋白/1.0g尿中のアルブミン量、eGFRの低下を特徴とします。尿蛋白/1.0g尿中のアルブミン量、eGFRの低下を特徴とします。尿蛋白/1.0g尿中のアルブミン量、eGFRの低下を特徴とします。

性別：(選択) 生年月日：(選択)

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
性別	001	002	2019-12-12									
年齢												
性別												
年齢												
性別												
年齢												
性別												
年齢												
性別												
年齢												

※治療効果を確認する場合は、治療前・後で別に入力して、年齢低下速度と比較してください。

**■糖尿病性腎症病期分類**

糖尿病性腎症病期分類を確認するためには、「尿Alb/Cr比」または「尿蛋白(定量)」または「尿蛋白(定性)」を入力してください。

最新の検査値から糖尿病性腎症病期分類を算出します。

**■eGFR推移グラフ**

推定低下速度：あなたの腎機能は、推定で年間19.5低下しています。

※腎機能は変動するので、詳細な腎機能の推移はかかりつけ医や専門医の先生と相談して下さい。

図13 日本糖尿病協会腎機能チェックツール

※各市町国保保険者では、県プログラムに準じて、対象者数や実施体制など地域の実情に応じて定めた基準により対象者を選定し、介入を実施

**(1) 医療機関未受診者及び糖尿病治療中断者**

**①医療機関未受診者**

過去の健診において、以下のいずれにも該当する者

- 空腹時血糖126mg/dl (随時血糖200mg/dl) 以上又はHbA1c(NGSP)6.5%以上の者
- 尿蛋白を認める者又はeGFRが60ml/分/1.73m<sup>2</sup>未満の者

(特定健診の際に血清クレアチンを測定している場合)

**②糖尿病治療中断者**

通院中の患者で、最終の受診日から6カ月経過しても受診した記録がない者

(レセプト分析により、対象者の抽出が可能な保険者のみ実施)

**(2) 糖尿病で通院する患者のうち、腎症が重症化するリスクの高い者**

健診データ、本人・医師からの情報提供により、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明した者

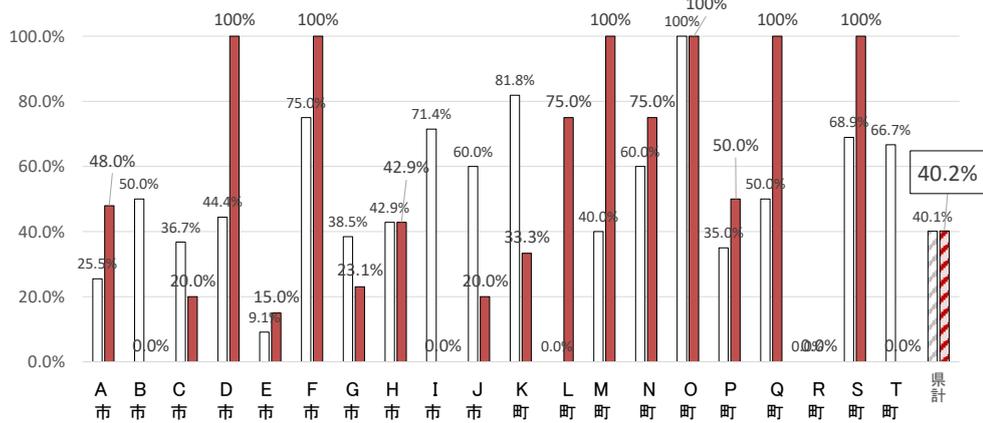
**受診勧奨**

必要に応じ保健指導

**かかりつけ医と連携した保健指導**

個別面談、訪問指導、電話、手紙の送付等

図14 佐賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる対象者選定と介入



□未治療者	受診につながった数	49	20	18	4	1	15	5	6	5	3	9	0	8	6	1	7	4	0	31	4	196
	受診勧奨実施者数	192	40	49	9	11	20	13	14	7	5	11	5	20	10	1	20	8	3	45	6	489
■治療中断者	受診につながった数	59	0	3	1	3	4	12	3	0	1	1	6	1	3	1	1	2	0	1	0	102
	受診勧奨実施者数	123	0	15	1	20	4	52	7	2	5	3	8	1	4	1	2	2	1	1	2	254

図15 受診勧奨実施者の種別でみた、医療機関受診につながった割合(H30年度)

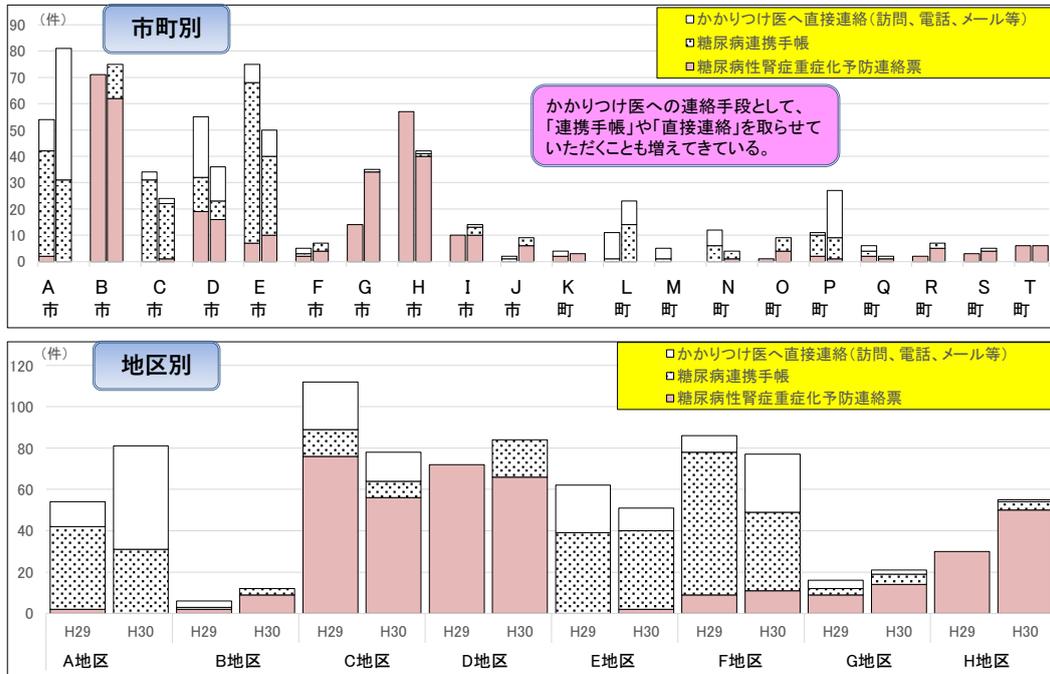


図16 ハイリスク者への保健指導における、かかりつけ医との連携状況(平成29年度、30年度)

①かかりつけ医への連絡件数(市町→かかりつけ医)

医療機関連携に関する雛型を提供

糖尿病連携手帳の活用を推奨

東原町 糖尿病性腎症重症化予防プログラム

**保健指導依頼書**

平成 年 月 日

東原町国民健康保険担当課長 様

医療機関名 \_\_\_\_\_  
主治医 氏名 \_\_\_\_\_  
(記名・印は必ず記載をお願いします)

下記のとおり、保健指導を依頼します。

患者氏名	生年月日	性別	年齢	病歴	要・不要

◆糖尿病  
おおよその病歴 : 約 \_\_\_\_\_ 年前  
最近1年間の血糖コントロール状況 : HbA1c 約 \_\_\_\_\_ %  
現在の治療内容 : 経薬 (薬・薬)、インスリン (薬・薬)

◆その他の疾患  
治療開始時期や経過 : \_\_\_\_\_  
治療開始時期や経過 : \_\_\_\_\_

処方薬  
治療中の薬の名称、用法用量  
※特に留意すべき点があれば記入してください。  
【薬名】  
【薬名・薬量・その他】



眼科	眼科医	
	検査日	
右眼	網膜症	なし・単純増殖前・増殖
	黄斑浮腫	なし・あり
	所見の悪化	なし・あり
	光凝固	未・済
	矯正視力、他	
左眼	網膜症	なし・単純増殖前・増殖
	黄斑浮腫	なし・あり
	所見の悪化	なし・あり
	光凝固	未・済
	矯正視力、他	
次回受診	ヶ月後	
備考		

診療情報提供書

◆他疾患で通院中。  
◆かかりつけ医に糖尿病性腎症についての情報提供をする場合。

主治医先生、  
御待史。

平素より大変お世話になっております。先生におかれましては、ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

〇〇 〇〇 様は倉かりニックに通院中と伺っております。

このたび、〇〇 〇〇 様が当センターにおいて健康づくり教室を受講されました。本事業は、〇〇市〇〇市の糖尿病性腎症重症化予防プログラムの一環として、〇〇市〇〇課と共同で実施しているもので、町の健診結果から糖尿病があり尿蛋白 (±) 以上の方に対し、糖尿病管理の重要性について情報提供することを目的としています。

当センターにおいて、健康度評価を実施し、詳細検査として尿中微量アルブミン検査を行ったところ、HbA1c %、糖尿病性腎症第1期 (腎症前期) と判定されました (別添資料をご参照ください)。

図17 かかりつけ医と連携した取組の推進

令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況  
【介入前後の検査値の変化】

1) 血糖検査値 (HbA1c) の件数 (県計)

		保健指導介入後のHbA1c検査値					合計
		~6.4	6.5~6.9	7.0~7.9	8.0~8.9	9.0以上	
初回介入前のHbA1c検査値 (ベースライン)	6.5~6.9	35	63	31	2	0	131
	7.0~7.9	23	107	282	45	3	460
	8.0~8.9	5	4	53	56	9	127
	9.0以上	6	10	14	20	24	74
合計		69	184	380	123	36	792

佐賀県: 改善35.0%(277件) 維持53.7%(425件) 悪化11.4%(90件)  
(参考)全国\*: " 31.5%(1,062件) " 50.7%(1,707件) " 17.8%(599件)

HbA1c 7%以上の例  
 佐賀県: 改善36.6%(242件) 維持54.8%(362件) 悪化8.6%(57件)  
(参考)全国\*: " 43.8%(396件) " 42.8%(387件) " 13.5%(122件)

\* (参考) 全国は、厚生労働科学研究費補助金「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指した研究」(研究代表者: あいち健康の森健康科学総合センター津下一代) 平成30年度総括・分担研究報告書より

図18 令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み状況  
介入前後の検査値の変化 (HbA1c)

令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取組状況  
【介入前後の検査値の変化】

2) 腎症病期別の件数(県計)

		保健指導介入後の腎症病期			合計
		2期以下	3期	4期	
初回介入前の腎症病期 (ベースライン腎症病期)	2期以下	413	27	1	441
	3期	46	69	3	118
	4期	2	0	8	10
合計		461	96	12	569

佐賀県: 改善8.4%(48件) 維持86.1%(490件) 悪化5.4%(31件)  
 (参考)全国\*: 5.2%(176件) 88.8%(2,990件) 6.0%(202件)

\*(参考) 全国は、厚生労働科学研究費補助金「糖尿病性腎症重症化予防プログラムの効果検証と重症化予防のさらなる展開を目指す研究」(研究代表者:あいち健康の森健康科学総合センター津下一代)平成30年度総括・分担研究報告書より

30

図19 令和元年度 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み状況  
介入前後の検査値の変化(腎症病期別)

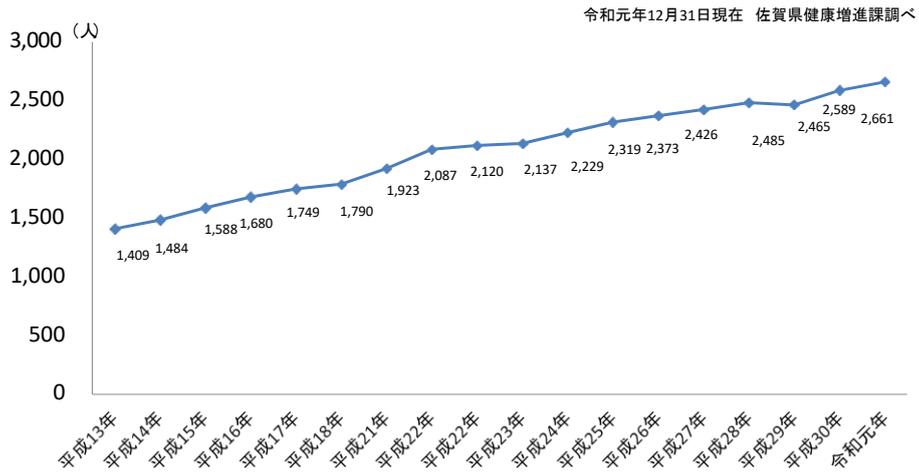


図20 佐賀県人工透析患者数の年次推移

## 【佐賀県】 原疾患別新規人工透析導入患者の推移

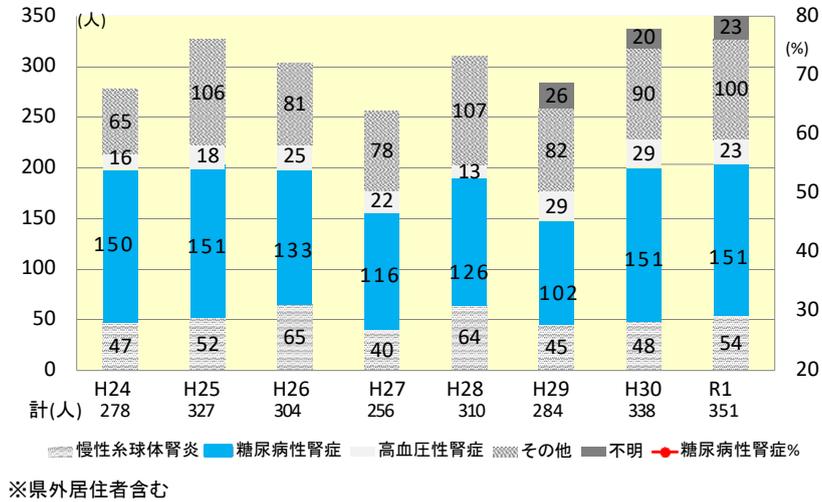


図21 佐賀県原疾患別新規人工透析患者の年次推移

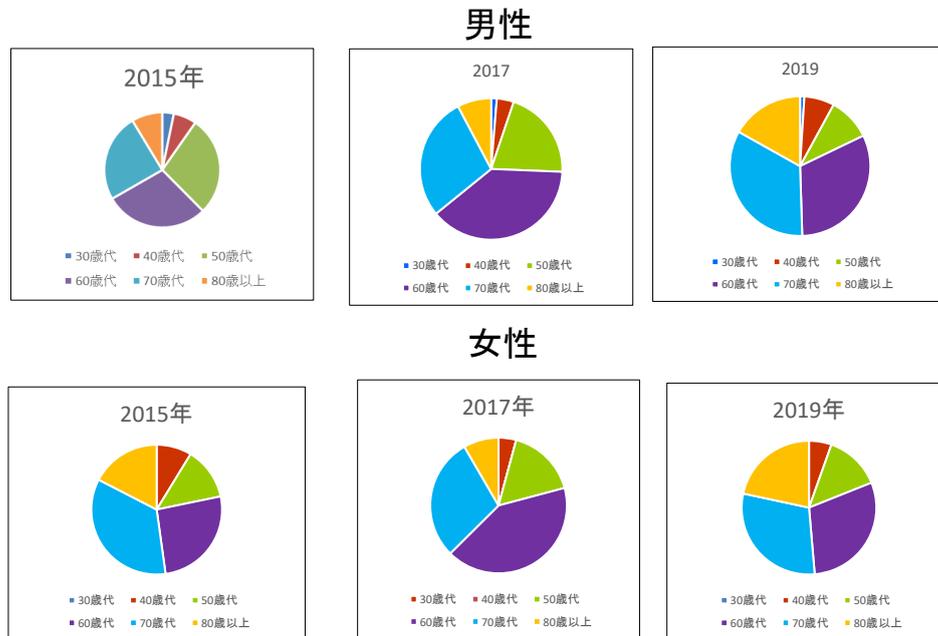


図22 糖尿病性腎症からの  
新規人工透析導入時の年齢別推移