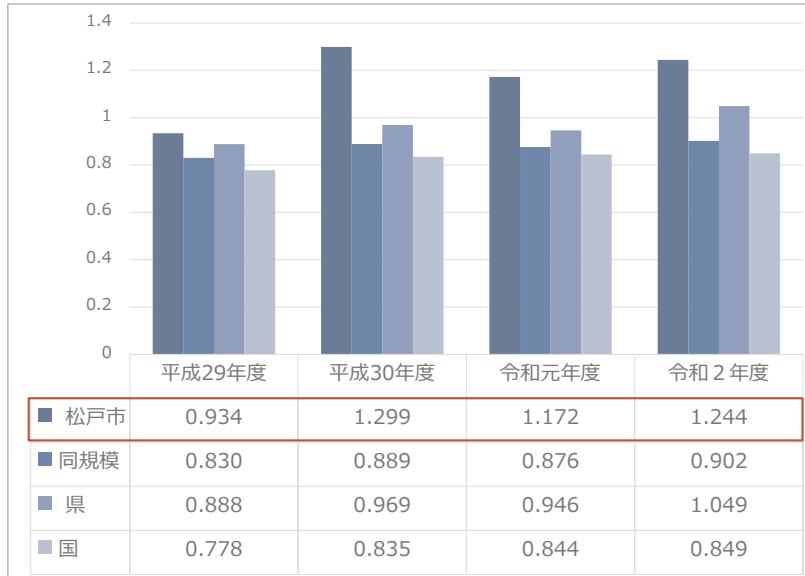


患者千人当たり糖尿病性腎症新規患者数の推移と比較

(人)

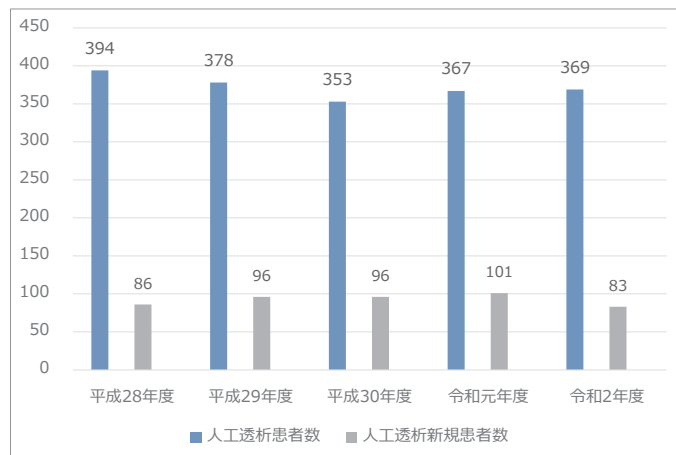


出典:国保データベース(KDB)システム医療費分析(1)細小分類(各年度(累計))

人工透析患者数の推移

(人)

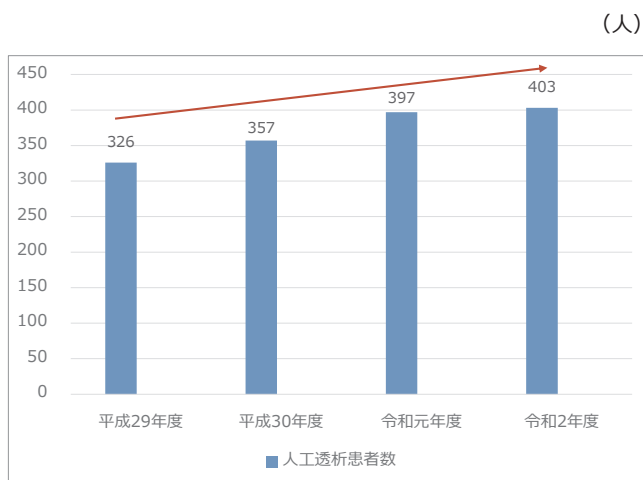
	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
人工透析患者数	394人	378人	353人	367人	369人
人工透析新規患者数	86人	96人	96人	101人	83人



※データヘルス計画中間評価より

人工透析患者数の推移（後期高齢者）

	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
人工透析患者数	326人	357人	397人	403人



松戸市の課題

- ▶ 受診勧奨値を超える人で適切な医療につながらない人がいる。
また、重症化してから受診する人が多いことが想定される。

事業の目的

- ▶ 糖尿病や糖尿病性腎症の可能性の高い人を適切な医療に結び付けるとともに、保健・医療（かかりつけ医と専門医）の連携強化により、人工透析療法への移行を防止する。

指 標	令和5年度目標値	令和2年度 ベースライン
人工透析患者数	人工透析患者数の減少 360人	369人
人工透析新規患者数	人工透析新規患者数の減少 80人	83人
HbA1c7.0%以上であり 空腹時血糖126mg/dl以上の人のうち 未治療者の割合	糖尿病未治療者の割合の低下 33.0%	36.2%

※データヘルス計画中間評価より

松戸市糖尿病性腎症重症化予防プログラム

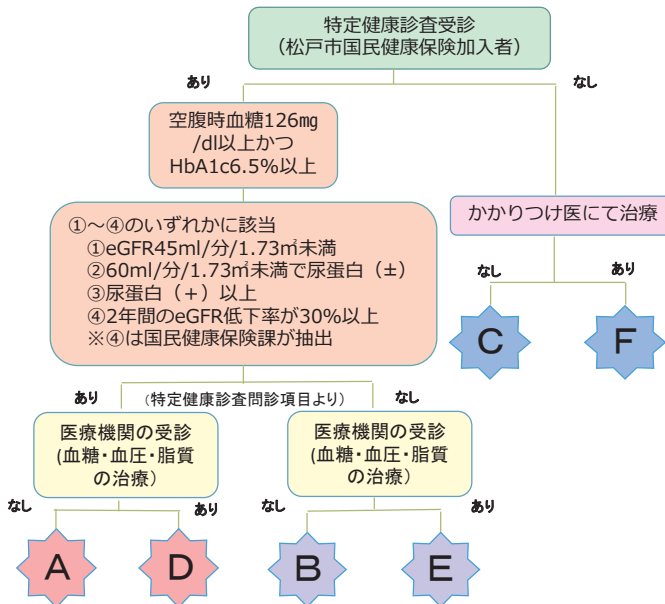
<糖尿病性腎症重症化予防に向けた分類>

A～Fの分類ごとにフォロー

※医療機関受診あり（薬物療法あり）とは、血糖・血圧・脂質のいずれかについて服薬しているか、または、インスリンなどの注射を行っている人をいう。

直近の特定健診の結果	医療機関受診なし (薬物療法なし)	医療機関受診あり※ (薬物療法あり)
糖尿病性腎症の疑いあり I～Ⅲのすべてを満たす人 I. 空腹時血糖126mg/dl以上 II. HbA1c6.5%以上 III. ①～④のいずれかに該当 ①eGFR45ml/分/1.73m未満 ②eGFR60ml/分/1.73m未満で尿蛋白(±) ③尿蛋白(+)以上 ④2年間でeGFRが30%以上低下 ※④は国民健康保険課が抽出	A (12ページ) 医療機関を受診していない、糖尿病性腎症のリスクが高いグループ 糖尿病性腎症重症化予防対象	D (21ページ) 医療機関を受診中で、糖尿病性腎症のリスクが高いグループ
糖尿病あり(疑いを含む) I・IIのすべてを満たす人 I. 空腹時血糖126mg/dl以上 II. HbA1c6.5%以上 * A又はDグループに該当する人を除く	B (15ページ) 糖尿病の疑いがあるが、医療機関を受診していないグループ 糖尿病重症化予防対象	E (24ページ) 医療機関を受診中で、血糖・血圧・脂質のいずれかの治療が行われているグループ
検査値情報なし 特定健診未受診 (現状の検査値不明)	C (19ページ) 糖尿病の治療を中断している疑いがあるグループ	F (27ページ) 糖尿病治療中のグループ

糖尿病性腎症ハイリスク者へのアプローチ（フロー図）



A：腎臓専門医へ

D：かかりつけ医から腎臓専門医へ

B：糖尿病専門医 または
糖尿病に対応できる
医療機関へ

糖尿病性腎症
第3期以上

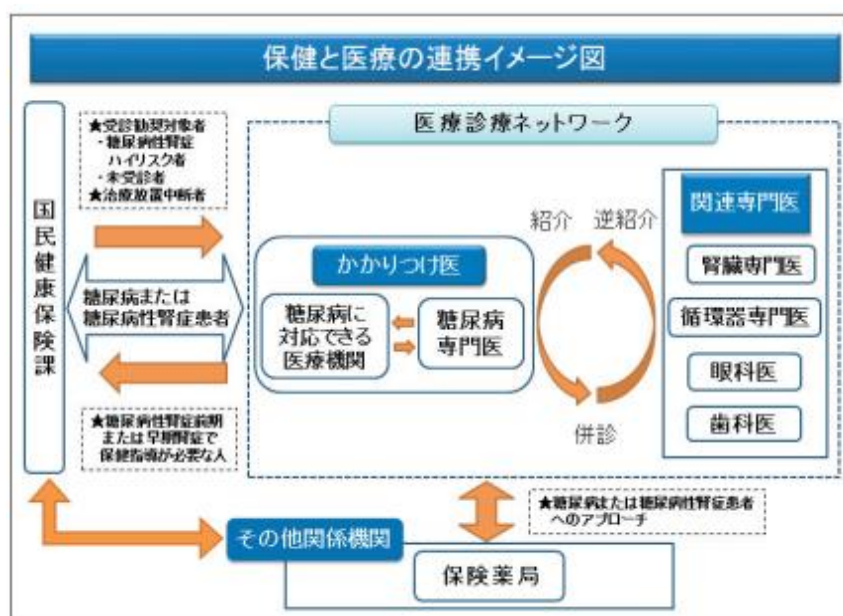
糖尿病性腎症
第1期・第2期

国民健康保険課にて
保健指導の実施

E：かかりつけ医から市内の糖尿病教室等を
案内等

C：健診・レセプト情報から治療中断者へ
受診勧奨(国民健康保険課)

F：かかりつけ医から特定健康診査の受診勧奨



国民健康保険課から医療への受診勧奨

対象者：A・B・Dグループ

- ①毎月健診結果から対象者を抽出し、受診状況をレセプトで確認する
- ②レセプトで受診確認できなかった人、医療機関からの返信票がない人へ受診勧奨の案内文、連絡票、返信票を送付
- ③案内文等が到着したころ、受診勧奨の電話かけを行う　　Bの対象者には保健指導の利用勧奨も行う
- ④4か月後、レセプトと医療機関からの返信票をもとに受診状況を確認する
- ⑤HbA1c8.0以上で未受診の人（A・Bグループ）に再度受診勧奨を行うため、訪問をする

国民健康保険課から医療への受診勧奨

対象者：Cグループ（糖尿病の治療中断者）

- ①対象者をKDB外付けシステムから抽出
- ②レセプト、健診受診状況から除外対象者を除く
- ③受診勧奨の案内文、糖尿病リーフレットなどを送付
- ④4か月後、レセプトで受診を確認する

評価指標

- ・糖尿病未受診者が受診又は治療を開始した 70%
(R元年度 68.3%)
- ・糖尿病性腎症ハイリスク者が腎臓専門医を受診した 30%
(R元年度 A 26.7%、D 34.8%)
- ・糖尿病治療中断者が受診した 35%
(R元年度 33.3%)
- ・保健指導前後の検査値の改善
HbA1c 50%、血圧 50% LDL-C 50%、TG 50%
(R元年度 HbA1c改善者11人中8人 72.7%)
- ・保健指導後に生活習慣が改善 70%
- ・行動変容ステージの変化
特定健診受診時と比較しステージ上昇 80%

※令和3年度 個別保健事業計画より

糖尿病及び糖尿病性腎症重症化予防事業の現状と課題

<上手くいっているところ>

- ・松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議（年2回開催）

<課題（困っているところ）>

- ・かかりつけ医との連携が上手くいっておらず、受診につながらない
- ・受診勧奨の文書を発送すると、A B Dグループからは電話で問い合わせが入るが、Cグループ(糖尿病の治療中断者)からの反応がない

令和3年度 松戸市糖尿病対策推進ネットワーク会議について

一般社団法人 松戸市医師会	会長	<主な協議内容>
	糖尿病専門医	
	かかりつけ医代表	
	腎臓病専門医(3名)	
公益社団法人 松戸歯科医師会	会長	(1) 糖尿病及び慢性腎症関係の地域資源の調査・把握
一般社団法人 松戸市薬剤師会	副会長	(2) かかりつけ医と専門医の役割分担・連携のルールづくり
松戸市立総合医療センター	内科・地域医療連携局長	(3) かかりつけ医の糖尿病対応力の強化
松戸市	健康福祉部 健康推進課 保健師長	(4) 糖尿病対策の住民向け普及啓発
	福祉長寿部 地域包括ケア推進課 主査歯科衛生士	(5) 医療機関などとの連携に基づく特定健康診査・特定保健指導の推進
	福祉長寿部 国民健康保険課 主任保健師	(6) 各分野における課題の共有と協議
	課長	
	主査保健師	
	主査栄養士	
	保健師	

※令和3年8月12日現在