



福岡医発第 1386 号 (地)
令和 6 年 8 月 7 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

福岡県後期高齢者医療広域連合における
糖尿病性腎症重症化予防事業について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」）では、糖尿病又は糖尿病性腎症患者のうち、重症化するリスクの高い者に対して、腎症の重症化予防やフレイル予防を行うことで生活の質の維持・向上を図ることを目的に、平成 28 年度から本事業を実施しております。

本事業では、主治医の助言に沿って対象者に保健指導を行うことから、今般、広域連合より本事業の周知等に関する依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご丁知いただくとともに、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

小郡三井医師会より

後期高齢者医療担当理事 肥山淳一郎
会 長 島田昇二郎

公益社団法人福岡県医師会
会長 蓮澤 浩明 様

福岡県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 月形 祐二

令和 6 年度福岡県後期高齢者医療広域連合における
糖尿病性腎症重症化予防事業の実施について（依頼）

平素より当広域連合の事業に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、当広域連合では、後期高齢者の健康保持及び重症化防止の取組の一環として、平成 28 年度から「糖尿病性腎症重症化予防事業」を実施しているところです。

つきましては、下記のとおり、貴会員への周知及び各郡市区医師会に対し、相談があった際の御対応・御協力等について、御高配の程よろしくお願い申し上げます。

記

1 事業名

糖尿病性腎症重症化予防事業

2 目的

健康診査の結果等を基に、糖尿病の治療中断者やフレイル併存者等に対し、適切な受診勧奨や健康相談・保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化予防と生活の質（QOL）の維持・向上を図る。

3 令和 6 年度の取組状況

業者委託	株式会社コミュニティヘルスラボ
	(対象市町村：12 市町村) 大牟田市、直方市、柳川市、春日市、うきは市、嘉麻市、篠栗町、須恵町、 粕屋町、福智町、荏田町、みやこ町

※その他の市町村においては、「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施」として取り組んでいます。

4 事業概要

別紙のとおり

5 依頼内容

①貴会員への「糖尿病性腎症重症化予防事業」の周知

②委託業者（株式会社コミュニティヘルスラボ）から相談があった場合に個別指導に対する助言及び、受診勧奨後に患者様が受診した際のご対応

《お問合せ先》

〒812-0044 福岡市博多区千代四丁目 1-27 福岡県自治会館 5 階

福岡県後期高齢者医療広域連合健康企画課健康企画係 永尾

電話 092-707-3029

FAX 092-651-3120

メール tekisei@fukuoka-kouki.jp

糖尿病性腎症重症化予防 事業概要

(1) 経過

糖尿病性腎症は、新規人工透析導入の原疾患の第一位であり、約 4 割を占めている。また、人工透析導入年齢は高齢化しており、後期高齢者においても生活習慣を改善することで重症化を予防し、人工透析の導入を防止、または遅延させることが期待できるものと考えられる。そこで、福岡県後期高齢者医療広域連合では、平成 28 年度から、県医師会のご協力をいたしながら事業を展開している。

(2) 事業目的

健康診査の結果等を基に、糖尿病の治療中断者やフレイル併存者等に対し、適切な受診勧奨や健康相談・保健指導を行うことで、糖尿病性腎症の重症化予防と生活の質の維持・向上を図る。

(3) 対象者

ア コントロール不良の未受診者

- ・健診で HbA1c8.0 以上、かつ糖尿病薬処方なし（1 年間）

イ 糖尿病治療中断者（下記すべてに該当する者）

- ・抽出年度の受診履歴なし
- ・抽出年度以前の 3 年間に糖尿病の薬剤処方あり（レセプト）
- ・抽出年度に薬剤処方履歴なし（レセプト）

ウ 糖尿病かつフレイルの可能性のある者

- ・糖尿病治療中もしくは中断者または、健診で HbA1c7.0 以上 かつ
後期高齢者の質問票①（健康状態）、⑥（体重変化）、⑧（転倒）、⑬（外出頻度）のい
ずれかに該当
（生活習慣病重症化予防対象者は除く）

昨年度までは主に「糖尿病性腎症の患者であって、人工透析導入前段階の者」を対象
→ 今年度は「未受診者」、「治療中断者」、「フレイルの可能性のある者」に変更

(4) 事業内容

①対象者ア・イ（未受診者・治療中断者）

- ・訪問による受診勧奨及び保健指導を行い、概ね 3 カ月後に健診や医療機関受診の有無や行動変容の効果確認及び必要な保健指導を行う。

②対象者ウ（糖尿病かつフレイルの可能性のある者）

- ・訪問による保健指導を行い、概ね 3 カ月後に健診や医療機関受診の有無や行動変容の効果確認及び必要な保健指導を行う。

(5) 結果（令和5年度）

- 健康診受診者：115,198 人（受診率 16.36%）
- 対象者：543 名（市町村 22 名、業者 493 名、広域 28 名）
- 介入者：265 名（市町村 15 名、業者 222 名、広域 28 名）※介入者は、不在・拒否を含む
- 保健指導者：49 名（市町村 7 名、業者 40 名、広域 2 名）

(6) 評価

	R5目標	R5実績
保健指導人数	前年度以上（78名）	78名
生活習慣改善割合	前年度以上（89.9%）	92.6%
人工透析移行者	0名	0名
糖尿病性腎症病期の維持・改善	85%以上	97.5%

※人工透析移行者及び糖尿病性腎症病期の事績は、令和4年度保健指導実施者についてみたもの。

(7) 課題

- ①健康診査結果から対象者を抽出しているが、健康診受診率が低いため対象者が限られる。
- ②支援が必要な高齢者を把握して適切なサービスにつなげるため、かかりつけ医等との連携を推進する必要がある。
- ◆支援が必要な高齢者：
 - ・ハイリスクで未受診、治療中断中
 - ・基礎疾患がありフレイル状態にある。
 - ・医療・健康診・介護等の必要なサービスを利用することができず孤立している。

(8) 対策

- 医師会・かかりつけ医との連携推進
- 健康診査受診率の向上