

## 第5節 糖尿病の医療連携体制

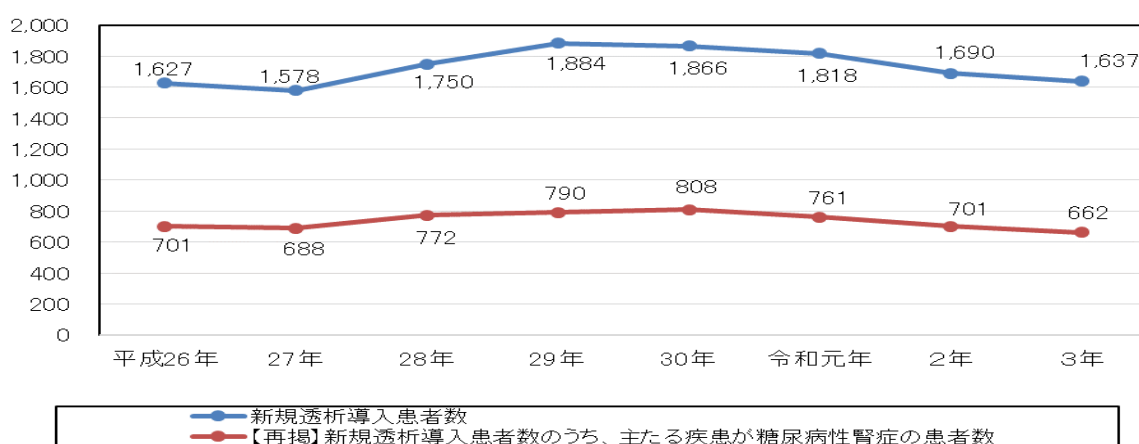
### 1 現状

#### (1) 罹患・死亡の状況

- 北海道では、令和4年に809人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.1%（全国1.0%）を占めています。\*1
- 糖尿病の令和2年年齢調整死亡率（人口10万人当たり）は、男女ともに全国値よりやや高く、男性は16.0（全国13.9）、女性は8.6（全国6.9）となっています。\*2
- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（令和3年）は662人で、新規透析導入患者数の40.4%（全国40.2%）を占めています。  
また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（令和3年）は6,109人で、年末透析患者数全体の40.4%（全国39.6%）を占めています。\*3

【新規透析導入患者数の推移（全道）】

（単位：人）



\*1 厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）

\*1 厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）

\*2 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（令和2年）

\*3 一般社団法人日本透析医学会/統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（令和3年）

## (2) 健康診断の受診状況

- 糖尿病は自覚症状がないまま進行するため、定期的な健診の受診による早期発見・治療が重要ですが、令和3年度の本道の特定健康診査の実施率は45.7%で、平成29年度(42.1%)より向上しているものの、全国(56.5%)と比較すると、10.8ポイント低い状況です。
- また、令和3年度の特定健康診査における内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)該当者\*1の割合は17.8%(全国16.6%)、内臓脂肪症候群予備群\*2の割合は12.6%(全国12.5%)となっています。  
肥満者の割合(BMI25以上)は、男性41.4%(全国37.1%)、女性24.4%(全国21.8%)と男女ともに全国と比較すると高い状況です\*3。
- 令和2年度特定健診結果のHbA1c値\*4を男女別に見ると、「6.5%以上(受診勧奨判定値)」該当者は、男性は3万9,825人(10.0%)、女性は1万6,595人(4.7%)であり、「5.6%以上6.5%未満(保健指導判定値)」該当者は、男性は14万7,547人(37.0%)、女性は13万1,543人(37.1%)でした。\*3健診受診者の4割以上が、医療や保健指導を要する状態であると判定されています。

## (3) 医療機関への受診状況

### (患者調査)\*5

- 令和2年の糖尿病の受療率(人口10万人当たり)は、入院が20(全国12)、外来が166(全国170)であり、全国と比較して入院受療率が1.7倍高い状況にあります。
- また、糖尿病患者の平均在院日数は35.5日で全国(30.6日)より4.9日長くなっています。

## (4) 医療機関の状況

### (糖尿病医療機能を担う公表医療機関について)

- 「インスリン療法を行うことができる」、「糖尿病患者教育(食事療法・運動療法・自己血糖測定)を行うことができる」、「糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」のいずれかに該当する公表医療機関は、959か所です。
- 「糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる」、「医療機能が異なる医療機関(診療科)と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」の両方を満たす公表医療機関(眼科)は、146か所です。
- 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関1,014か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は180か所(病院147か所、診療所33か所)です。\*6

\*1 内臓脂肪の蓄積(主に腹囲により測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

\*2 内臓脂肪の蓄積(主に腹囲により測定)に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、1つに該当する者。

\*3 厚生労働省「第8回NDBオープンデータ」(令和2年)

\*4 HbA1c(ヘモグロビンエーワンシー)(NGSP値):過去1~3ヶ月の血糖値を反映した血糖値のコントロール指標。

\*5 厚生労働省「患者調査」(令和2年)

\*6 糖尿病治療における地域医療連携状況調査(令和4年)

## (5) 入院自給率

- 第二次医療圏域内で糖尿病の入院医療が完結できていない圏域（入院自給率80%未満）は、8圏域（南檜山、北渡島檜山、南空知、北空知、日高、宗谷、遠紋、根室）となっています。

## 2 課題

### (1) 発症予防

- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気であることから、定期的な健診受診が必要であることを広く道民に周知するとともに、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発が必要です。
- 医療保険者等と連携し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、保健指導や医療機関の受診勧奨、健診後の医療機関受診状況等に係るフォローアップ等、予防と医療が連携して、生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。

### (2) 重症化予防等

- 治療中断者の減少や早期からの適切な指導・治療を行うために、未受診者や治療中断者への受診勧奨、治療と仕事の両立に向けた取組を多施設・多職種が連携して行うことが必要です。
- 未治療者への受診勧奨や糖尿病患者の疾病管理、合併症予防を推進できるよう、かかりつけ医と専門医療機関、歯科診療所及び医療保険者等による連携体制の整備が必要です。

## 3 必要な医療機能

### (1) 予防

#### (糖尿病発症のリスク低減、特定健康診査・特定保健指導、健診後の受診勧奨)

- 医療機関は、健診後の受診勧奨等により受診した者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行います。
- 医療保険者は、特定健康診査・特定保健指導を実施し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、受診を勧めます。
- 道、医療保険者は、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発を行います。

### (2) 初期・安定期治療

#### (糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖管理を目指した治療)

- 75gOGTT\*1、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖管理を行います。
- シックデイ\*2や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。
- 訪問看護事業所、歯科診療所、薬局、介護支援専門員等と連携した在宅医療を行います。

\*1 75gOGTT (Oral glucose tolerance test(経口ブドウ糖負荷試験)) : 75gのブドウ糖水溶液を投与し、その後の糖の処理能力を調べることやインスリン分泌能を確認するための検査方法の一つ。

\*2 シックデイ : 糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐又は食欲不振によって食事ができないとき、体調不良によって糖尿病が悪化しやすい状態となる

### **(3) 専門的治療**

#### **(専門的治療を必要とする患者への対応、職種連携によるチーム医療の実施)**

- 各専門職のチーム（管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等）による食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）を行います。
- 75g O G T T、H b A 1 c、インスリン分泌能、合併症の検査など糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 糖尿病患者の妊娠への対応について事前に十分な指導を行います。

### **(4) 急性合併症治療**

#### **(高血糖緊急症の治療)**

糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖状態などの急性合併症の治療を24時間体制で実施します。

### **(5) 慢性合併症治療**

#### **(慢性合併症の専門的な治療、発症予防・重症化予防のための検査・指導の実施)**

糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、糖尿病性神経障害等）に係る専門的な検査や治療を行います。

### **(6) 他疾患治療中の血糖管理**

#### **(他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行うための体制整備)**

- 専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理を実施します。
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携します。

### **(7) 医療機能が異なる医療機関との連携や地域との連携**

#### **(かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との連携)**

かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との間で、診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

#### **(医療機関と市町村・保険者の連携)**

医療機関は、地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力することにより、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行います。

### **(8) 感染症流行時等への対応**

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めます。
- 多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めます。

## 4 数値目標等

| 指標区分    | 指標名(単位)                      | 現状値  | 目標値(R11) | 目標値の考え方 | 現状値の出典(年次)                        |                         |
|---------|------------------------------|------|----------|---------|-----------------------------------|-------------------------|
| 体制整備    | 地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数(か所) | 510  | 598      | 現状より増加  | 北海道保健福祉部調べ(令和4年4月1日現在)            |                         |
| 実施件数    | 特定健診受診率(%)                   | 45.7 | 70.0     | 現状より増加  | 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ[厚生労働省](令和3年) |                         |
|         | 特定保健指導実施率(%)                 | 18.4 | 45.0     | 現状より増加  |                                   |                         |
|         | 糖尿病治療継続者の割合(20歳以上)(%)        | 63.3 | 75.0     | 現状より増加  | 令和4年健康づくり道民調査                     |                         |
| 住民の健康状態 | HbA1c値が6.5%以上の者の割合(40~74歳)   | 男性   | 10       | 8.0     | 現状より減少                            | NDBオープンデータ[厚生労働省](令和2年) |
|         |                              | 女性   | 4.7      | 3.3     |                                   |                         |
|         | 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数(人)      | 662  | 635      | 現状より減少  | 日本透析医学会調べ「わが国の慢性透析療法の現況」(令和3年度)   |                         |

## 5 数値目標等を達成するために必要な施策

### (1) 発症予防対策の充実

- 道・市町村・医療保険者が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努めます。
- 道・市町村・医療保険者が連携して、適切な食生活及び運動習慣により糖尿病の発症予防や改善ができることの普及啓発を行います。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者等と連携して特定保健指導や医療機関の受診勧奨を実施し、予防と医療が連携して生活習慣の改善が図られるよう支援します。

### (2) 重症化予防等に係る取組の推進

- 発症予防、初期・安定期治療、専門的治療、急性期合併症治療、慢性合併症治療の医療機能における医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 道、市町村及び医療保険者、医療機関等は、糖尿病患者や事業者等に対して継続治療の必要性等を啓発し、病状の悪化や合併症予防に努めます。
- 発症予防から専門的治療・慢性合併症治療まで切れ目なく適切な医療が提供できるよう、「糖尿病連携手帳」(日本糖尿病協会発行)等を用いた地域連携クリティカルパスやICTを活用した患者情報共有ネットワーク、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた診療科間及び多職種による連携体制の充実に努めます。

## 6 医療連携圏域の設定

- 糖尿病の医療連携圏域は、疾病管理や合併症予防については、かかりつけ医や専門医等の連携が重要であることから、入院医療サービスの完結を目指す圏域である第二次医療圏とします。
- なお、現状において専門的治療や慢性合併症治療が完結しない医療圏においては、近隣圏域の医療機関との連携や保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し病病連携・病診連携の更なる推進を図るなど、必要な医療連携体制の確保に努めます。

## 7 医療機関等の具体的名称

### (糖尿病医療を担う医療機関の公表基準)

北海道医療機能情報公表システムに基づく、医療機能情報の報告内容から、次の①～③の項目のいずれかに該当する医療機関

- ① インスリン療法を行うことができること
- ② 糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができること
- ③ 糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができること

（眼科）

ア 糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる

イ 医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる

### (医療機関名)

上記に定める公表基準を満たした医療機関（第10章別表参照 \* 随時更新）

## 8 歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼし、歯周病治療で血糖値が改善すると示唆されていることから、医療機関と連携し、適切な歯科保健医療の提供に努めます。  
また、糖尿病合併症予防に当たっては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理が重要であることから、糖尿病患者の教育入院や糖尿病教室を実施する医療機関において、歯科医療従事者が歯科保健指導や歯科健康教育を行うなど、医科歯科連携による療養支援体制の構築を目指します。
- 難治性の歯周病患者に対し、糖尿病に伴う易感染状態を疑い、糖尿病・内分泌専門医療を担う適切な医療機関へ紹介するよう努めます。

## 9 薬局の役割

- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

## 10 訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア・フットケアなどによる合併症の予防や早期発見、急性増悪時の対応について、患者・家族及び支援関係者と平常時からの連携を促進します。

