

# 第4節 糖尿病対策

## 第1 現状と課題

### 1 糖尿病とは

糖尿病は、インスリンの分泌機能の低下等によって血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなり、慢性の高血糖状態が起こる代謝性疾患です。初期症状はほとんどありませんが、血糖コントロール不良の状況が続くと動脈硬化が進み、脳卒中や心臓病のリスクが高まります。

また、糖尿病の3大合併症として、「網膜症」「腎症」「神経障害」があり、これらは失明や人工透析につながりやすく、健康寿命を大きく損なうおそれがあります。

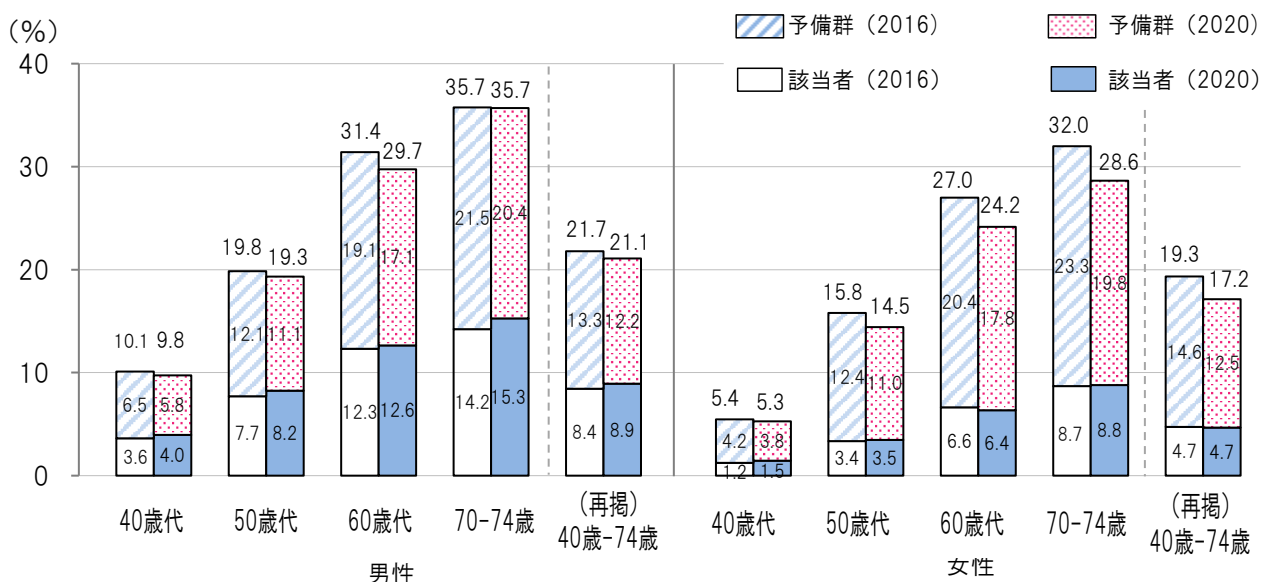
糖尿病合併症の併発による人工透析への移行が、莫大な医療費を費やすなど社会問題となっている中、発症予防や、適切な治療の継続、合併症発症予防などの重症化予防に向け、多職種による様々な面からの対策が重要です。

### 2 糖尿病の状況

#### (1) リスク因子を持つ人の状況

- 高血糖該当者または予備群は、2020年度の40～74歳の男性が21.1%、女性が17.2%です。2016年度、2020年度ともに年代が高くなるにつれて、その割合は高くなっています（図1）。

【図1】 高血糖該当者または予備群の割合



(厚生労働省「NDB オープンデータ」)

※ 該当者：HbA1c (NGSP) 値 6.5%以上の者

※ 予備群：HbA1c (NGSP) 値 6.0%以上 6.5%未満で該当者以外の者

## (2) 糖尿病患者の状況

- 糖尿病の総患者数は、2020年に全国で約579万1,000人、本県で約7万6,000人と推計されています（表1）。

【表1】 糖尿病<sup>\*1</sup>の年代別総患者数（2020年<sup>\*2</sup>） （単位：千人）

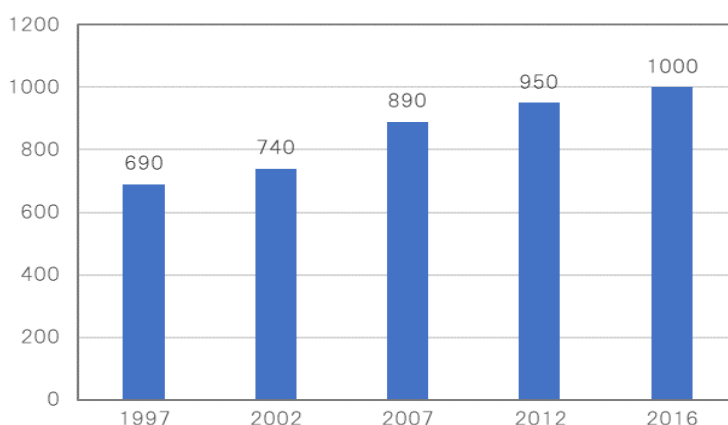
区分		34歳以下	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上	総数
長野県	男性	1	4	4	7	16	13	44
	女性	- <sup>*3</sup>	1	4	3	10	13	32
	計	2	5	8	10	25	27	76
全国	男性	43	149	425	591	1178	992	3385
	女性	30	70	199	372	807	923	2406
	計	74	219	624	963	1985	1915	5791

（厚生労働省「患者調査」）

- ※1 傷病分類「糖尿病」
- ※2 2017年調査まで算出上限日数を30日（31日以上は除外する）と設定されていたが、2020年患者調査以降は、算出の上限日数が98日（99日以上は除外する）となり、比較が困難なため過去の記載はしていない。
- ※3 係数のない場合は「-」と表記。
- ※4 数値については、不詳者・端数処理のため、内訳の合計が総数に合わない場合がある。

- 国民健康・栄養調査からは、全国で糖尿病が強く疑われる者（糖尿病有病者）は2016年に1000万人以上いると推計されており、受診していない有病者が多くいると考えられます（表1、図2）。

【図2】 糖尿病が強く疑われる者<sup>\*1</sup>（糖尿病有病者）の推移 （単位：万人）



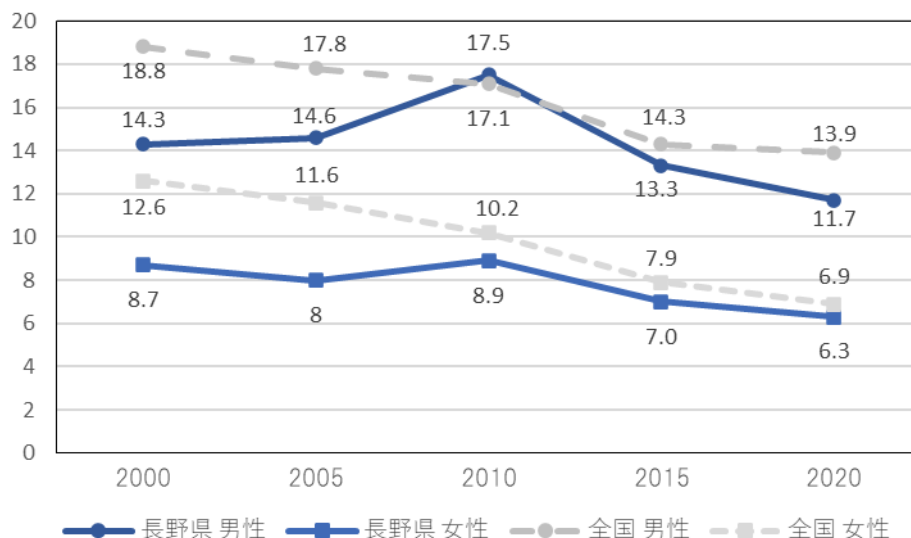
（厚生労働省「糖尿病実態調査」（1997、2002年）「国民健康・栄養調査」（2007～2016年））

- ※1 HbA1c(NGSP)値が6.5%以上（平成19年までは6.1%以上）又は「糖尿病治療の有無」に「有」と回答した者。

## (3) 糖尿病による死亡の状況

- 2021年の「人口動態統計（厚生労働省）」によると、全国では年間約1万4,000人が糖尿病が原因で死亡し、死亡数全体の1.0%を占めています。本県では約250人が糖尿病が原因で死亡しています。
- 長野県の2020年における糖尿病の年齢調整死亡率は、男女ともに全国と同程度です（図3）。

【図3】 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）



（厚生労働省「人口動態統計特殊報告」）

### 3 糖尿病の発症予防

- 県では、「信州ACE（エース）プロジェクト」（※第4編第1章参照）の推進の中で、運動習慣の定着や食生活改善への働きかけ等、糖尿病の発症予防に向け幅広い取り組みを行っています。
- また、重症化するリスクの高い医療機関未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、市町村を含む医療保険者と医療機関が連携して保健指導を行い、人工透析への移行を防ぐため、県・県医師会・県糖尿病対策推進会議・県保険者協議会が連携し、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を2016年8月に策定し、予防と医療の包括的取組として推進しています。

### 4 糖尿病の医療

#### （1）糖尿病の治療・重症化予防

1型糖尿病はインスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因としており、診断後、直ちにインスリン治療を行います。2型糖尿病では、2～3か月間の食事療法・運動療法を行った上で、目標の血糖コントロールが達成できない場合には、インスリン治療を含む薬物療法を開始します。

#### ア 医療提供体制

- 糖尿病に関する医療は初期安定期から専門的治療や急性合併症の治療、慢性合併症の重症化予防まで多岐にわたるため、地域のかかりつけ医と糖尿病専門医が、それぞれの持つ医療機能に応じ、連携して医療を提供する体制が重要です。
- 本県の糖尿病専門医は、2023年8月時点で80名です（表2）。糖尿病専門医が在籍する医療機関は人口10万人当たり2.4か所となっており、全国（3.0）を下回っています。

【表2】 糖尿病専門医の配置状況

(単位：人)

地域	佐久	上田	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
糖尿病専門医	11	5	4	3	6	0	31	0	17	3	80

(日本糖尿病学会ホームページ、2023年8月7日現在)

- 糖尿病の治療、合併症の発症、重症化を予防するため、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等の多職種が連携して、療養指導や食事栄養指導を行う等、個々の患者の状況や状態に応じ、食生活や運動習慣、継続的な治療の必要性について指導をすることが必要です。
- 糖尿病患者の指導や支援を行う医療従事者の資格としては、日本看護協会が認定する糖尿病看護認定看護師、日本糖尿病療養指導士認定機構が認定する糖尿病療養指導士(CDEJ)、地域糖尿病療養指導士団体の認定する地域糖尿病療養指導士(CDEL)があります。
- 本県の糖尿病看護認定看護師は、2022年12月時点で17人、糖尿病療養指導士(CDEJ)は、2023年8月1日時点で405名です。

## イ 初期・安定期治療

- 糖尿病の初期・安定期には、かかりつけ医による治療が重要となります。
  - 「糖尿病受診中断対策包括ガイド(厚生労働科学研究「患者データベースに基づく糖尿病の新規合併症マーカーの探索と均てん化に関する研究—合併症予防と受診中断抑制の視点から」研究班、研究代表者 野田光彦)」によると、糖尿病治療のための受診を中断してしまう人が年8%程度いると推定されていますが、血糖コントロール不良な状態が持続的に続くと合併症の発症につながるため、初期からの継続的な治療が重要です。
  - 糖尿病は血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症予防や早期発見、早期治療が可能になるため、定期的な尿検査や眼底検査等の必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断初期から、「診療ガイドライン(日本糖尿病学会編)」等(以下「診療ガイドライン」という。)に基づき、定期的にHbA1c検査もしくはGA検査を実施することが重要です。
  - 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病で定期的に受診している患者<sup>※1</sup>のうち、HbA1c検査もしくはGA検査が1年間に1回以上あった患者の割合は95.9%となっています。
- ※1：4か月以上受診間隔を空けずに受診している糖尿病患者、当該年度に入院した患者を除く。
- 診療ガイドラインにより、患者の状態等に応じた血糖コントロールの目標値が設定されています。
  - 治療中の患者のHbA1c値を把握することは難しいため、本県で2020年度に実施された特定健康診査(「NDBオープンデータ(厚生労働省)」)を参照すると、HbA1c8.0%以上の者の割合は男性1.5%、女性0.6%です。

【図4】 血糖コントロール目標

目標	血糖正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6.0未満	7.0未満	8.0未満

(厚生労働省「令和5年度第1回医療政策研修会」資料より抜粋)

## ウ 専門的治療

- 血糖コントロール改善や治療調整、教育入院等が必要な場合には、専門的な治療が必要となります。
- 「NDB レセプトデータ」によると、本県で 2021 年度に 1 年間で 1 回以上インスリン処方があり、かつ診療行為によりシリンジポンプに関連する加算を算定した患者がいた医療機関（1 型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関）は 30 か所です。
- 妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠では、流産や胎児への合併症のリスクがあることから、胎児への影響が少ないとされるインスリン治療による血糖コントロールが必要となるため、妊娠糖尿病・糖尿病合併妊婦に対する専門的治療を受けられる体制が必要です。
- 糖尿病と歯周病は相互関係があることから、糖尿病の発症初期から継続的な歯科受診が必要です。
- 糖尿病患者では、多剤併用の場合が多いため、医療機関とかかりつけ薬局の連携を促進し、糖尿病の薬物治療に対する正しい知識の啓発及び服薬状況の確認、服薬支援の実施など薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備が必要です。

## エ 急性合併症

- 糖尿病ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖症候群といった糖尿病性昏睡等の急性合併症を発症した場合は、インスリン投与などによる治療を行います。
- また、患者に対して、シックデイ（発熱、下痢、食欲不振時等）や低血糖時の対応について事前に指導を行い、第三者の助けを借りる必要のある重症低血糖を防ぐことが重要です。
- 「NDB レセプトデータ」によると、長野県で、2021 年度に糖尿病薬処方が 1 回以上あった患者のうち、低血糖病名と同時に 50%ブドウ糖静脈注射がされている患者の割合は 0.6%です。

### 薬局における糖尿病の重症化予防の取組

糖尿病が進むと、長期的に薬を服用しなければならないことが多く、また糖尿病治療薬には管理が難しい薬もあり、服薬アドヒアランス（患者さんが自分の病気をきちんと受け止め、積極的に治療に参加すること）は糖尿病の重症化に大きく影響します。薬局では、薬剤師が患者に寄り添い薬物療法を積極的にサポートし、服薬アドヒアランスの向上に取り組んでいます。

また、食事療法や運動療法により生活習慣等が改善されると、お薬の減量などにつながることから、他職種と連携し患者自らが率先して治療に関わる取組を行っています。

併せて、健診や歯科チェックを積極的に受けるよう促す声かけも積極的に行い、糖尿病の早期発見・重症化予防につなげています。

## オ 他疾患治療等のために入院中の糖尿病患者への対応

- 糖尿病患者が他の疾病や感染症等で入院した場合においても、切れ目なく血糖値を管理することが重要です。
- また、退院時には在宅医療や訪問看護、福祉や介護の支援を行う事業者等と連携することにより、合併症の発症予防や重症化予防のための支援を継続することが求められます。

### 糖尿病連携手帳について

日本糖尿病協会は糖尿病患者の治療連携を促進するために、2010年8月に糖尿病連携手帳の初版を発行しました。連携手帳には、患者の基本的な病状の記載や、受診時の検査データなどが記入でき、初めてその患者に関わる医療者であっても、この手帳とお薬手帳があれば、治療状況が把握でき、旅行先や災害時などにも極めて有用です。この手帳は糖尿病患者を取り巻く環境の変化や利用者の要望なども踏まえて改訂が進み、2020年4月には第4版が発行されています。各種検査結果が記入できるようになり眼科受診や歯科受診の結果を眼科医や歯科医が記載する欄も充実されました。

現在では糖尿病診療に関わる方々の間で幅広く用いられるようになってきましたが、患者への普及は限定的です。この手帳は日本糖尿病協会へ問い合わせると入手可能です。よりよい手帳を作ろうと版を重ねているため記入項目が増え多岐にわたりますが、最小限の情報や、眼科や歯科受診があるかどうかの確認だけでもその有用性はあるため、糖尿病を持つすべての患者が連携手帳をもつことが望まれます。

## (2) 慢性合併症の治療・重症化予防

高血糖状態が続くと、血管が固く、狭くなることにより、大血管症（脳梗塞や心筋梗塞など）や微小血管症（糖尿病網膜症や糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害）といった慢性合併症を発症し、生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右するリスクがあります。特に、糖尿病は慢性腎臓病（CKD）の発症リスクになり、糖尿病性腎症が進行すると人工透析が必要になります。

慢性合併症は、血糖コントロールの他、高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、危険因子の包括的な管理を適切に行うことにより、発症を予防するとともに、発症後であっても病気の進展を阻止又は遅らせることが可能です。

## ア 医療提供体制

- 慢性合併症の重症化予防のためには早期発見が重要であり、かかりつけ医や糖尿病専門医が診療ガイドラインに基づき検査や治療を実施することが必要です。また、かかりつけ医、糖尿病専門医、眼科や腎臓内科、循環器内科等の専門医が在籍する医療機関等が連携して医療を提供する体制が重要です。
- 「NDB レセプトデータ」によると、本県で、2021年度に糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関<sup>※2</sup>は人口10万人当たり5.7か所、糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関<sup>※3</sup>は人口10万人当たり2.3か所です。

- ※2 1年間で糖尿病薬処方が1回以上あった患者に対し、糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）を算定した医療機関
- ※3 糖尿病透析予防指導管理料を算定している医療機関
- 本県の腎臓専門医は、2023年7月3日時点で86名です（表3）。2023年1月31日時点の腎臓専門医が在籍する医療機関は人口10万人当たり2.3か所となっており、全国（2.3）と同水準です。

**【表3】 腎臓専門医の配置状況** （単位：人）

地域	佐久	上田	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
腎臓専門医	11	6	5	4	6	0	29	3	17	5	86

（日本腎臓学会ホームページ、2023年7月3日現在）

- 慢性合併症の重症化予防のためには、糖尿病療養指導士（CDEJ）や地域糖尿病療養指導士（CDEL）、糖尿病看護認定看護師の他にも、地域の薬剤師や保健師等の関わりも重要であり、服薬の継続管理や生活習慣改善への助言など、医療機関と連携した取組を行う必要があります。

### イ 慢性合併症の治療・重症化予防

- 全糖尿病患者の10.6%が糖尿病網膜症を、11.1%が糖尿病性腎症を、11.8%が糖尿病性神経障害を、0.7%が糖尿病足病変を合併しています（厚生労働省「国民健康・栄養調査」2007年）。
- 糖尿病網膜症の早期発見のためには、全糖尿病患者に眼科受診が推奨されています。
- 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病にて定期的に受診している患者<sup>※1</sup>のうち、眼底検査を1年間で1回以上実施した患者の割合は38.9%となっています。また、1年間で糖尿病薬処方が1回以上あった患者のうち、糖尿病網膜症治療（網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術など）の算定が1回以上あった糖尿病患者の割合は1.5%となっています。
- 糖尿病性腎症の早期発見のためには、定期的に尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、その結果に基づいて、腎臓内科等の専門医療機関へ紹介することが求められます。
- 「NDBレセプトデータ」によると、本県で2021年度に糖尿病にて定期的に受診している患者<sup>※1</sup>のうち、尿中アルブミン定量検査もしくは尿蛋白定量検査を1年間で1回以上実施した患者の割合は15.9%となっています。
- 治療中の患者の尿蛋白、eGFR値を把握することは難しいため、本県で2020年度に実施された特定健康診査（「NDBオープンデータ（厚生労働省）」）を参照すると、尿蛋白（2+）以上の者の割合は男性1.1%、女性0.4%であり、eGFR<sup>※4</sup>が60 [ml/分/1.73 m<sup>2</sup>] 未満の者の割合は男性13.7%、女性12.9%となっています。

※4 eGFR値は年齢・性別・血清クレアチニン値から推算したGFR値。

## 【図5】 慢性腎臓病（CKD）に関する健診判定と対応の分類例

【尿蛋白に関する判定と対応の分類例(血清クレアチンを測定していない場合)】

健診判定		対応
異常 ↑ ↓ 正常	尿蛋白 陽性(1+/2+/3+)	① 医療機関の受診を
	尿蛋白 弱陽性(±)	② 生活習慣の改善を
	尿蛋白 陰性(-)	③ 今後も継続して健診受診を

【尿蛋白及び血清クレアチンに関する判定と対応の分類例】

健診判定 (eGFRの単位: ml/min/1.73m <sup>2</sup> )		尿蛋白(-)	尿蛋白(±)	尿蛋白(1+)以上
異常 ↑ ↓ 正常	eGFR < 45	① すぐに医療機関の受診を		
	45 ≤ eGFR < 60	③ 生活習慣の改善を	② 生活習慣の改善を	
	60 ≤ eGFR	④ 今後も継続して健診受診を		

厚生労働省HP 標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年度版】をもとに、がん・疾病対策課作成

(厚生労働省「腎疾患対策検討会報告書」2018年5月)

- 2021年に本県で新たに透析を始めた患者592人のうち、糖尿病性腎症の患者は213人(36.0%)となっています(表4)。

【表4】 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移

区分		2017年	2018年	2019年	2020年	2021年
長野県	新規透析導入患者のうち 原疾患に記入があった患者数(人)	588	520	560	612	592
	うち 糖尿病性腎症の患者数(人)	238	209	235	241	213
	うち 糖尿病性腎症の割合(%)	40.5	40.2	42.0	39.4	36.0
	新規透析導入患者数	38,786	38,147	38,557	38,549	37,968
全国	うち 糖尿病性腎症の患者数(人)	16,492	16,122	16,019	15,690	15,271
	うち 糖尿病性腎症の割合(%)	42.5	42.3	41.6	40.7	40.2

(日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」2021年)

## 5 糖尿病に対する社会的な支援

- 糖尿病になっても、治療を継続し、血糖コントロールを良好に保つことにより、治療と仕事を両立し、自分らしい生活を送ることが可能であることから、事業所や県民が、糖尿病に対する正しい知識を持つことが必要です。
- 各企業や事業所において、「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン(厚生労働省)」に基づいた職場における取組の推進や、両立支援コーディネーターを中心とした治療と仕事の両立支援の体制整備が必要です。



「スティグマ」とは聞き慣れない言葉ですが、今、糖尿病関連の関係者の間で注目を集めている言葉です。「スティグマ」とは日本語にすると「偏見」あるいは「負の烙印」という意味です。人は誰も多かれ少なかれ、多くのことに偏見をもっています。根拠のない負のイメージが植えつけられ、それを向けられた人々に不利益を与える事例は枚挙すればきりがありません。

糖尿病に対するスティグマとしては「糖尿病は自己管理のできないだらしのない人がなるものだ」「糖尿病患者は寿命が短い」「インスリン注射は糖尿病治療が失敗した人の最後の手段だ」「糖尿病になるなんて恥ずかしい」などが挙げられますが、これらは科学的には全く根拠のない誤った考えです。このようなスティグマをもつ人が糖尿病になると、自身に対して「そんなはずはない」「糖尿病のレッテルを貼られたくない」などと考え、糖尿病と正しく向き合うことの妨げになります。中には、「自分なんてダメな人間だ」「だらしのない自分がいけないのだ」など自暴自棄になり落ち込む方も出てきます。このような状態をセルフスティグマと呼びます。

このような状況を打破するために、糖尿病対策に関わる全ての人が、糖尿病に関するスティグマの存在を認識し、常日頃からその撲滅を意識する必要があります。このような人権擁護活動を「アドボカシー」といいます。糖尿病に関するアドボカシーにおいて誰でもできることは適切な言葉を使うことです。「あの人は糖尿だ」ではなく「あの人は糖尿病を持つ人だ」と、「糖尿病の病識のない患者だ」ではなく「糖尿病に関する知識が不十分な方だ」と言わなければなりません。

医療者が使用する言葉は大切です。糖尿病の分野では現在、スティグマをなくすためのアドボカシー活動が求められています。

## 第2 目指すべき方向と医療連携体制

### 1 目指すべき方向

#### 目指す姿（分野アウトカム）

県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができる。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

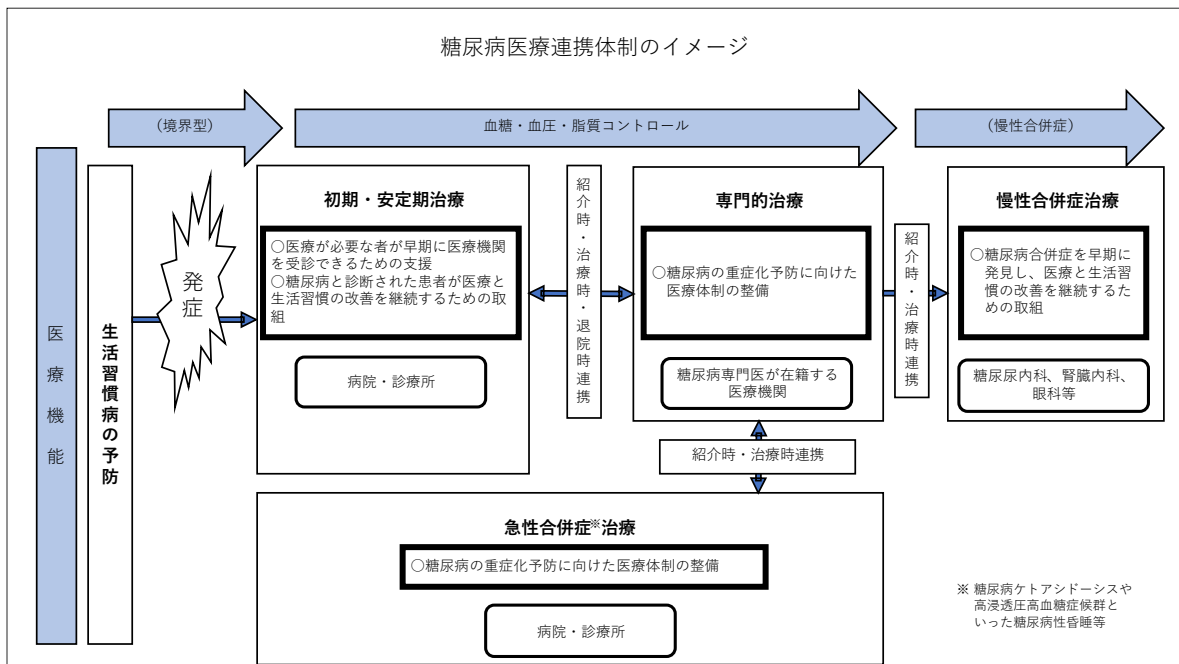
## 中間成果（中間アウトカム）

- (1) 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる
- (2) 県民が自身の健康状態を把握している
- (3) 医療が必要な者が早期に医療機関を受診している
- (4) 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している
- (5) 良好な血糖コントロールのために、必要に応じて、糖尿病の専門的医療を受けることができる
- (6) 慢性合併症が早期に発見され、必要な医療を受け、生活習慣の改善を継続している

## 2 糖尿病の医療体制

- 糖尿病の医療体制は、次に示す図6のとおりです。初期・安定期治療、専門的治療、急性合併症治療、慢性合併症治療について、それぞれの医療機能が医療機関等に求められるとともに、これらの医療機能を担う医療機関等の連携推進により、一人ひとりの患者にふさわしい糖尿病に対する医療の提供を図ります。

【図6】 糖尿病の医療提供体制のイメージ



## 3 二次医療圏相互の連携体制

### (1) 患者の受療動向

- 木曾及び大北医療圏は松本医療圏の医療機関への受療が認められます。

### (2) 連携体制

- 木曾及び大北医療圏は松本医療圏と連携した医療提供体制を推進します。

### 第3 施策の展開

#### 1 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

- 健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」（第4編第1章参照）に参画している関係団体・市町村・企業等で構築される推進ネットワークを活用し、食生活、運動習慣等の生活習慣を改善する具体的方法等についての普及啓発に取り組みます。

#### 2 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

- 若い頃から自分の健康状態を把握し、生活習慣の見直しができるよう、毎年の健康診査（特定健診等）受診のための情報提供、環境整備を関係機関と連携して進めます。
- 健康診査の結果に基づき、健康状態に応じた必要な保健指導が受けられる体制を市町村、医療保険者等と連携して整えるとともに、対象者自身が積極的に受診できる取組を推進します。

#### 3 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

- 健康診査の結果から、医療が必要な者が早期に医療機関を受診ができるよう、市町村や医療保険者等による糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を活用した専門的な保健指導及び受診勧奨の実施を支援します。

#### 4 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、各患者の状況に応じた血糖コントロールのために、診療ガイドラインに基づく定期的な HbA1c 検査もしくは GA 検査の実施、およびインスリン治療を含む適切な薬物療法を実施するよう努めます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、地域の多職種多機関は、患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導を継続的にできるような連携体制の推進に努めます。

#### 5 良好な血糖コントロールを維持するための医療体制の整備

- 患者が血糖コントロールを良好に維持し、必要に応じて専門的治療が受けられるよう、かかりつけ医が、糖尿病専門医や専門医が在籍する医療機関に相談、紹介、併診できる連携体制の推進に努めます。
- 糖尿病治療を行う医療機関と歯周病の専門的治療を行う医療機関が、診療情報や治療計画を共有する等の医科歯科連携を推進するほか、糖尿病患者に対し継続的な歯科治療を促します。
- 在宅患者の薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による服薬状況の確認、服薬支援の実施など、薬の管理体制整備や一元的かつ継続的な情報把握体制整備の促進に取り組みます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、地域の多職種多機関は、患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣などの生活習慣に関する指導を継続的にできるような連携体制の推進に努めます。（再掲）
- 1型糖尿病の患者の重症化予防と生活の質の維持向上のために、糖尿病専門医が在籍する医療機関を中心とした医療提供体制を維持します。

- 医療機関は、糖尿病患者が他の疾病で入院した場合や感染症流行時等の非常事態においても、切れ目なく必要な医療を受けられるよう、連携体制や ICT を活用したオンライン診療の促進等の検討に努めます。

## 6 慢性合併症を早期に発見し、必要な医療を受け、生活習慣の改善を継続するための取組

- 医療機関は、慢性合併症の早期発見と早期治療に結びつけるために、診療ガイドラインに基づいて定期的に眼底検査や尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査の実施に努めます。
- 医療機関は、患者が必要に応じて慢性合併症への専門的治療が受けられるよう、かかりつけ医や糖尿病専門医、合併症治療を行う医療機関の連携体制構築に努めます。

## 7 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援する環境の整備

- 企業や事業所等においては、患者（従業員）の治療継続や就業中の体調の変化への配慮が望まれます。
- 就労支援に係る関係機関（ハローワーク・産業保健総合支援センター等）と連携し、患者や事業所等に対して、就労支援に関する相談先の周知に取り組みます。

## 第4 数値目標

### 1 県民が糖尿病の予防につとめるとともに、罹患した場合も必要な医療を受け、安心して暮らすことができる。

- (1) 糖尿病の発症を予防できている。
- (2) 住んでいる地域に関わらず、糖尿病及びその合併症に対する必要な医療を受けることができる。
- (3) 糖尿病に対する理解が深まり、社会全体で支援を行う環境ができている。

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
○	HbA1c6.5%以上の者の割合 (40～74歳) (再掲)	(男性) 8.9% (女性) 4.7% (2020)	(男性) 8.9%以下 (女性) 4.7%以下	現在の水準以下を目指す	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
○	年齢調整死亡率 (人口10万対)	(男性) 長野県 11.7 全国 13.9 (女性) 長野県 6.3 全国 6.9 (2020)	(男性) 11.7以下 (女性) 6.3以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「人口動態特殊報告」
○	重症低血糖の発生※ <sup>1</sup> (糖尿病患者1年あたり)	0.6% (2021)	0.6%以下	現状以下を目標とする	NDB レセプトデータ
○	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	213人 (2021)	213人以下	現状以下を目標とする	日本透析医学会 「我が国の慢性透析療法の現況」

## 2 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組むための普及啓発の実施

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	運動習慣のある者の割合				
	20歳以上全体 (年齢調整値)	20.0%	40%	健康日本 21(第三次)の目標値	県民健康・栄養調査
	20～64歳男性	16.6%	30%		
	20～64歳女性	15.0%	30%		
	65歳以上男性	39.5%	50%		
65歳以上女性 (再掲)	30.0% (2019)	50%			
S	信州 ACE (エース) プロジェクト推進ネットワーク登録団体数 (再掲)	264 団体	265 団体以上	現状より増加とする	健康増進課調

## 3 県民が自分自身の健康状態を正しく把握するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	特定健康診査実施率 (再掲)	61.5% (2021)	70%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」
O	特定保健指導実施率 (再掲)	34.7% (2021)	45%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省 「特定健診・特定保健指導の実施状況」

## 4 医療が必要な者が早期に医療機関を受診できるための支援

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	市町村特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した者の割合	63.8% (2021)	63.8%以上	現状以上を目標とする	健康増進課調
S	糖尿病性腎症重症化予防の取組市町村数	74 市町村 (2022)	77 市町村	全市町村	健康増進課調

## 5 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	HbA1c 8.0%以上の者の割合 <sup>※2</sup> (40～74歳)	(男性) 1.5% (女性) 0.6% (2020)	男性 1.5%以下 女性 0.6%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
P	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	95.9% (2021)	95.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ

## 6 慢性合併症を早期に発見し、医療と生活習慣の改善を継続するための取組

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	治療が必要な糖尿病網膜症の発生（糖尿病患者1年あたり）	1.5% (2021)	1.5%以下	現状以下を目標とする	NDB レセプトデータ
O	尿蛋白（2+）以上の者の割合 <sup>※2</sup>	(男性) 1.1% (女性) 0.4% (2020)	(男性) 1.1%以下 (女性) 0.4%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
O	eGFR 区分G3 <sup>※3</sup> 以上の者の割合 <sup>※2</sup>	(男性) 13.7% (女性) 12.9% (2020)	(男性) 13.7%以下 (女性) 12.9%以下	現状以下を目標とする	厚生労働省 「NDB オープンデータ」
P	眼底検査の実施割合	38.9% (2021)	38.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ
P	尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	15.9% (2021)	15.9%以上	現状以上を目標とする	NDB レセプトデータ

※1 1年間で糖尿病薬処方が1回以上あり、かつ、低血糖病名と同時に50%ブドウ糖静脈注射がされている患者

※2 治療中の患者の状況を把握することは困難なため、特定健康診査の値。

※3 eGFR区分G3は $30 \text{ [ml/分/1.73m}^2\text{]} \leq \text{eGFR} < 60 \text{ [ml/分/1.73m}^2\text{]}$

注) 「区分」欄 S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標  
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標  
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

# 第5 ロジックモデル

