

(4) 糖尿病

施策の現状・課題

- 本県の糖尿病疾患による死亡者数は、平成20年で599人で、人口10万対の死亡率は9.9と、全国平均11.5を下回っています。
- 糖尿病は死因別死亡順位の上位を占めるに至っていませんが、重篤な健康障害をもたらす合併症を引き起こすことが大きな問題となっています。合併症である糖尿病性腎症*により、新たに人工透析を導入した患者は全国で16,414人(2009年日本透析医学会患者調査)で、人工透析導入となる原因疾患の第1位を占めています。また糖尿病性網膜症*により、毎年3,000人が失明(2005年日本眼科医会実態調査)しているなど、糖尿病の発症や重症化を防ぐことは健康障害の予防に直結する重要な健康課題です。
- 糖尿病の発症を予防するためには代謝を促進し、内臓脂肪を減らすことが求められることから、食生活の改善、運動の習慣化、適正体重の維持が大切です。
- 医療保険者が実施する特定健診*・特定保健指導*において40～74歳の加入者を対象に、メタボリックシンドローム* (内臓脂肪症候群) の概念を導入した生活習慣病予防のための健診を実施するとともに、健診医の指示により、眼底検査*等の詳細な健診項目を追加実施するなど糖尿病やその合併症の早期発見に努めています。必要に応じてから医療機関への受診勧奨やそのレベルに応じて、一人ひとりの生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を実施し、糖尿病の発症予防に努める必要があります。
- しっかり噛んで食べる習慣が身につくことによりメタボリックシンドローム*の予防にもつながると考えられます。糖尿病の発症や重症化を予防するため歯周病の対策が必要です。
- 糖尿病をはじめとする生活習慣病を予防するには、県民一人ひとりの主体的な健康づくりに加え、母子保健・学校保健・職域保健・地域保健と、生涯を通じた健康管理への支援が必要です。
- 糖尿病合併症の重症化を予防するため、病院から診療所へ糖尿病診療技術の移転を積極的に進め、病院と診療所との医療連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病診療体制の整備を進める必要があります。
- 増加する糖尿病性腎症*・慢性腎不全患者に対応するための診療体制を整備し、人工透析導入患者を減らすことが必要です。
- 糖尿病にかかると歯周病菌に対する抵抗性が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化します。歯周病は糖尿病の合併症のひとつと言われており、その予防のためには定期的な歯周病検診、歯科医師・歯科衛生士による機械的清掃を受け、セルフケアで除去できない部位に付着している細菌を除去することが重要です。

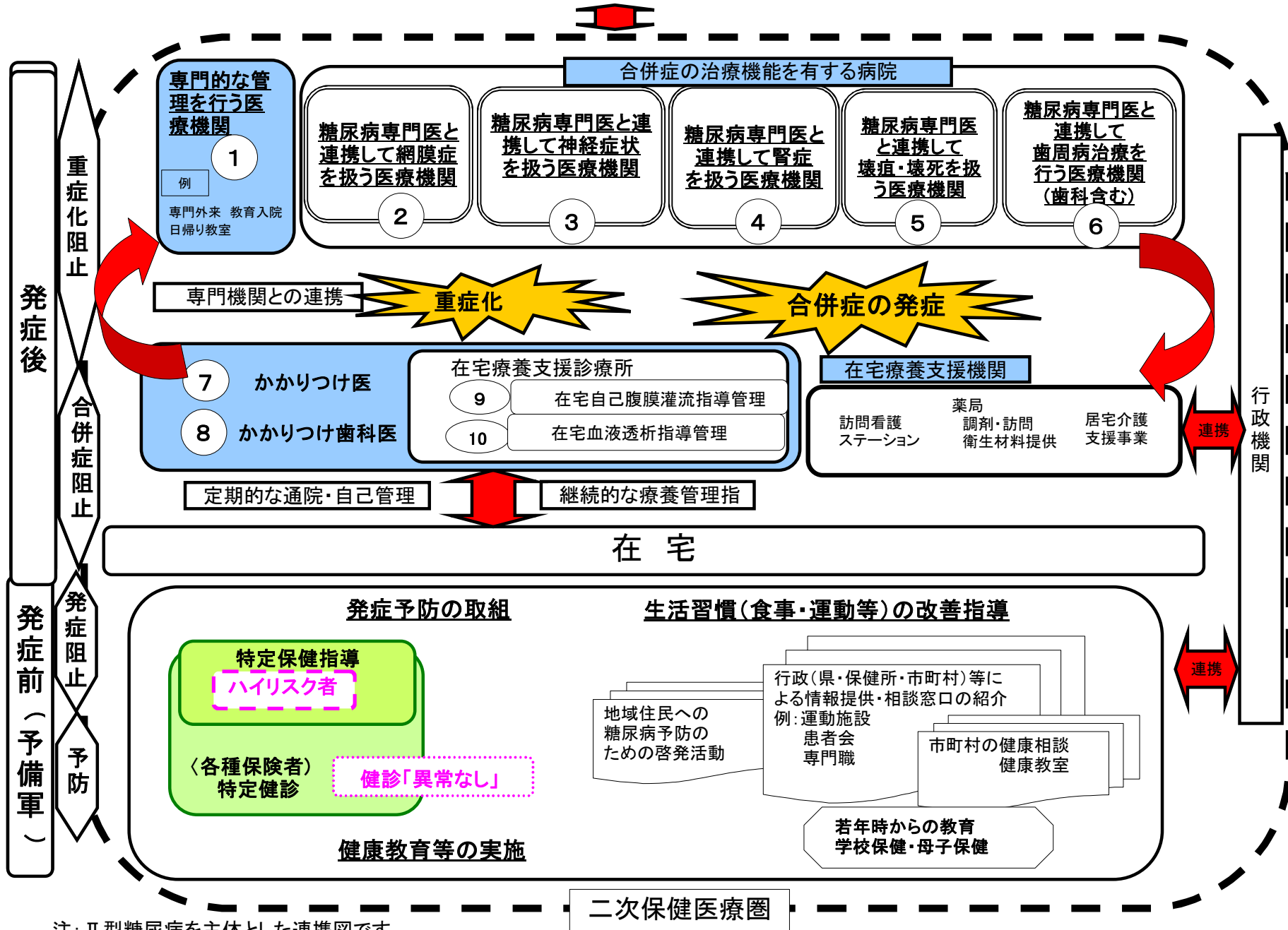
循環型地域医療連携システムの構築

- 糖尿病の循環型地域医療連携システムは、県民が身近な地域で質の高い糖尿病医療を受けることができるよう、糖尿病の専門的な管理を行う医療機関、合併症の治療機能を有する病院、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局等など、糖尿病医療を提供する各機関に加え、居宅介護支援事業所等の連携により構築します。また、行政、保険者による特定健診、特定保健指導、生活習慣の改善指導や啓発活動といった予防対策も含まれます。
- かかりつけ医は、尿糖陽性など糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、退院後は、専門医と連携をとりながら、患者の継続的な治療や指導を行います。
- 糖尿病の専門的な管理を行う医療機関は、千葉県保健医療計画策定に関する調査（平成22年8月）の回答をもとに位置づけます。当該医療機関については、「糖尿病専門外来*」「糖尿病教育入院」「糖尿病日帰り教室」の対応状況について明示します。
- 糖尿病専門医と連携して腎症等の合併症の治療が可能であると回答した医療機関についても「網膜症」「神経症状」「腎症」等の合併症ごとに、対応可能な医療機関リストを掲載します。また、地域におけるかかりつけ医、かかりつけ歯科医、在宅療養支援診療所のリストを掲載し、地域での連携を進めます。

なお、在宅療養支援診療所*については、糖尿病性腎症にかかる機能として、「在宅自己腹膜灌流指導管理*」、「在宅血液透析指導管理*」への対応状況について明示します。
- 高度の糖尿病の治療等に対応可能な医療機関を、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院として、専門的な管理を行う医療機関と連携し、県内の糖尿病の医療水準の向上等に取り組んでいきます。なお、全県（複数圏域）対応型連携拠点病院は、①特定機能病院*、②県立病院、③国立病院（国立病院機構、独立行政法人を含む）へ対応可能な医療機能について確認し、位置付けを行っています。
- 今後、千葉県共用地域医療連携パス*の普及が進み、糖尿病の循環型地域医療連携システムが円滑に運用されることで、かかりつけ医と糖尿病の専門的な管理を行う医療機関との機能分担と連携が推進され、①早期からの適切な薬物療法の開始、②血糖コントロールの改善による腎症を含めた合併症の発症・進展の防止、人工透析導入患者の減少を図ります。

糖尿病の循環型地域医療連携システムのイメージ図

全県(複数圏域)対応型糖尿病連携拠点病院



注: II型糖尿病を主体とした連携図です。

施策の具体的展開

〔健康づくりの推進〕

- たばこ健康に関する正しい知識の普及、未成年者の喫煙防止、受動喫煙防止対策、禁煙の支援に関する情報提供等のたばこ対策を推進します。
- 糖尿病やメタボリックシンドロームの予防には、継続した運動習慣を持つことが重要であるため、ホームページや健康教育・講演会の機会を活用し、手軽に実践できる運動について、知識の普及や情報の提供を実施します。
- 地域の実情に合わせたうす味習慣定着化や健康づくり推進活動等を行っている食生活改善推進員に対する研修等を実施します。
- 栄養成分の表示や、健康に配慮したメニューを用意したり健康・栄養情報を発信する『健康ちば協力店』を通じて、食環境の整備を図ります。
- しっかり噛んで食べる習慣化や歯周病予防等に関する正しい知識の普及を推進します。

〔特定健診・特定保健指導の効果的な実施を支援〕

- 糖尿病の予防にはメタボリックシンドローム*の該当者や予備群を減らすことが重要です。そのため、メタボリックシンドロームに焦点を当てて実施している特定健診や特定保健指導が効果的に実施されるよう、これらに従事する人材の育成や好事例の情報提供等を通じ支援します。
- ハイリスク者へのアプローチとして、特定保健指導において一人ひとりの状態にあった運動指導や食事指導が効果的に実施できるよう、従事者に対する研修を実施します。

〔地域保健と学校保健との連携による若年期生活習慣病対策の推進〕

- 小・中学生の肥満、高脂血症等の生活習慣病予備群は、年々増加の傾向を示し、生活習慣病の低年齢化は、重大な健康問題となっています。若年期からきちんとした生活習慣をつけることが重要です。
- このため、学校（養護教諭等）と市町村（保健師、管理栄養士等）及び地域（学校医等）が、学校保健委員会などを中心とした活動等を通じて協働することにより、若年期からの生活習慣病対策を推進します。また、地域における健康づくりのパイプ役である保健推進員等の活動を推進します。

〔地域保健・職域保健の連携推進〕

- 保健事業を効果的・効率的に実施し生活習慣病対策の推進を図るため、地域・職域連携推進協議会*を活用し、地域保健と職域保健の連携を推進します。

評価指標

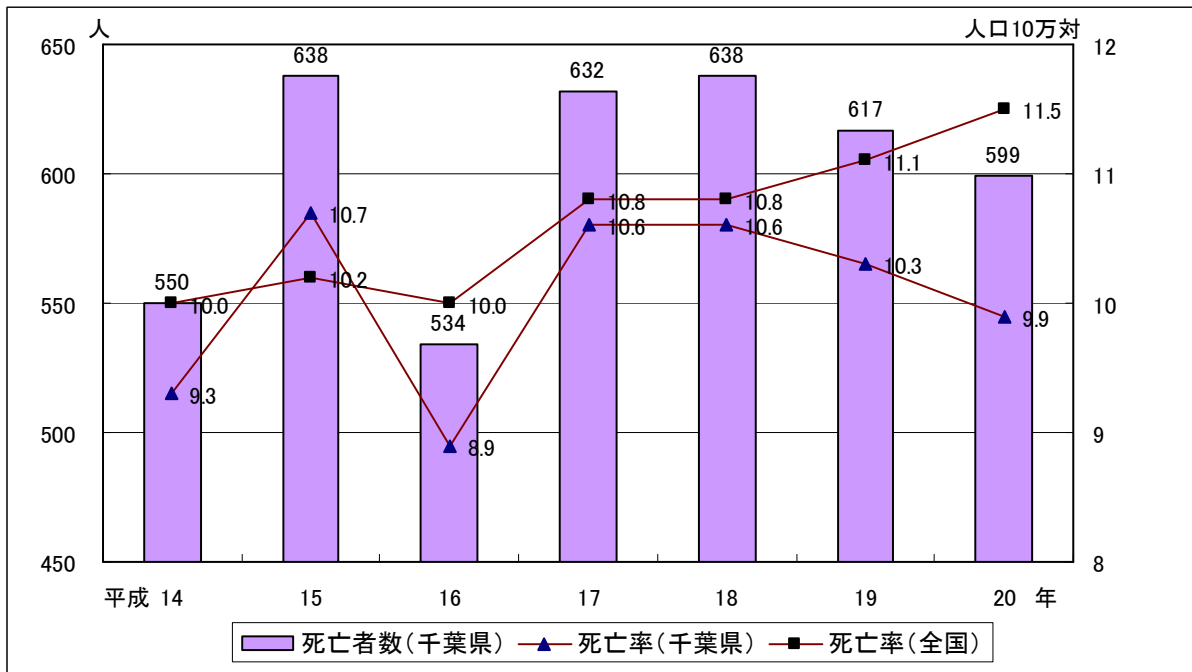
〔基盤（ストラクチャー）〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病専門外来を有する病院の数	94箇所 (平成22年6月)	129箇所 (平成27年度)

〔過程（プロセス）〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣のある者の割合	成人男性31.2% 成人女性28.9% (平成17年度)	男性46%以上 女性36%以上 (平成24年度)
日常生活における歩数	男性7,497歩 女性6,915歩 (平成17年度)	男性9,100歩以上 女性8,500歩以上 (平成24年度)
肥満者の推定数	男性 (20～60歳代) 29.9% 女性 (40～60歳代) 19.8% (平成17年度)	男性 (20～60歳代) 20%以下 女性 (40～60歳代) 17%以下 (平成24年度)
健診受診率	39.0% (平成20年度)	80% (平成24年度)
糖尿病の診療を行う病院における地域医療連携パス(糖尿病)導入率	4% (平成22年6月) ※千葉県共用地域医療連携パスのみの実績	50% (平成27年度) ※地域医療連携パスを幅広く含む

【 図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と死亡率の推移 】



資料：人口動態統計（厚生労働省）