

(4) 糖尿病

(ア) 施策の現状・課題

千葉県における糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、平成26年には12万2千人となっており、平成23年の11万8千人よりも増加しています。

糖尿病疾患による本県の年間死亡者数は、平成27年には528人で、人口10万対の年齢調整死亡率*は減少傾向にあり、男性は4.8(全国5.5)で高い順に全国第34位、女性は2.3(全国2.5)で第27位となっています。

糖尿病は脳卒中*、急性心筋梗塞*等、他の疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多くなります。

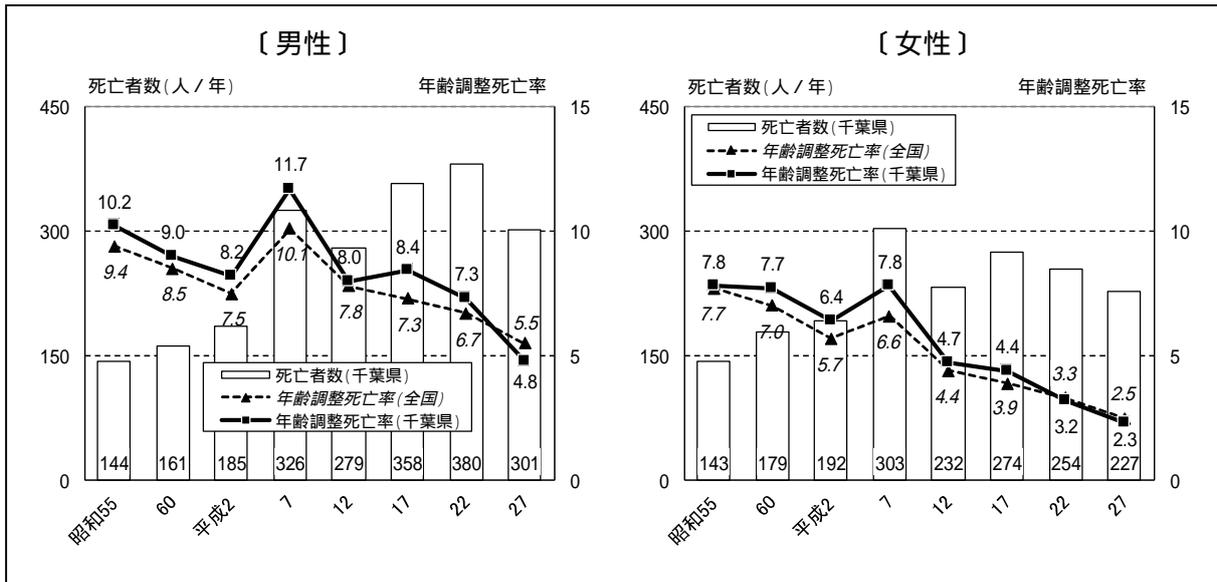
予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科、皮膚科、整形外科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師看護師、助産師、歯科衛生士*、理学療法士*等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となります。

さらに、一人の糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して実施されることが重要となります。

また、糖尿病は血糖コントロールが不良のまま経過すると、血管が傷害され(慢性)合併症が惹き起こされてきます。重篤な合併症として失明に至る網膜症、腎不全により人工透析導入にいたる腎症、神経障害・動脈硬化、易感染*により足の切断に至る壊疽等を引き起こし、本人や家族の生活の質を著しく低下させる恐れがあります。さらに糖尿病患者は、心筋梗塞*、脳梗塞*、がん、認知症、歯周病が発症しやすいことにも注意が必要です。

新規で透析を導入する患者は、(一社)日本透析医学会の調査によると、千葉県の新規透析導入患者は平成27年1年間で、1,753人、うち糖尿病性腎症*を原疾患としている者は839人で約47.9%であり、全国の43.7%よりも糖尿病性腎症による透析導入患者割合が上回っています。

図表 2-1-1-2-4-1 糖尿病による死亡者数と年齢調整死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）、人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

〔発症予防・健診・保健指導〕

糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症を予防するためには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が重要です。また、不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防することが期待できます。血のつながった家族に糖尿病患者がいる場合も発症リスクが高まることに注意が必要です。

糖尿病のリスクを把握することや、糖尿病の早期発見により重症化を予防するために、特定健診*などの定期的な健診を受診することが必要であるとともに、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善や、必要に応じて専門医療機関を受診することが重要です。その際、我が国の糖尿病患者は非肥満の患者も多いことから、非肥満で特定保健指導*の該当者とならない場合も、血糖値の異常がある場合は医療機関の受診を要することに留意する必要があります。

医療保険者は、特定健診・特定保健指導を実施するとともに、医師の判断に基づき、血清クレアチニン*検査や眼底検査*等の詳細な健診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る必要があります。また、糖尿病は合併症が進行するまで無症状で経過するため健診結果に応じて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するなど、糖尿病の発症予防に努める必要があります。

糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善を促進するため、医療保険者と医療機関、又は医療機関同士の連携促進や、対象者の意識向上につながる効果的な受診勧奨などが課題となっています。

〔治療・指導〕

2型糖尿病*の治療は、初診後、2～3か月の食事療法、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、薬物療法を開始します。

薬物療法開始後でも、体重の減少や生活習慣の改善により、服薬を減量又は中止できることがあるため、医師、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種が連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を継続することが必要です。

かかりつけ医*、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、患者の自己管理を支援する人材として、日本糖尿病療養指導士(CDEJ)や千葉県独自に(一社)千葉県糖尿病対策推進会議が養成する千葉県糖尿病療養指導士(CDE-Chiba)の活用や、増加する高齢糖尿病患者の在宅医療が課題となります。

〔重症化と合併症の予防〕

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症*等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、患者自身が重症化予防の重要性を理解し、治療を継続することが必須です。

初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症等を合併していることもあるため、尿アルブミンの測定を含む尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

また、糖尿病合併症の重症化を予防するため、糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病医療に関わる医療スタッフが治療方針やケアについての情報を一元的に共有し糖尿病の専門的医療機関とかかりつけ医、かかりつけ歯科医*、かかりつけ薬剤師・薬局*や介護スタッフとの連携を基盤とする地域ぐるみの糖尿病地域医療体制の整備を進める必要があります。

また、健診データやレセプトデータを活用し、医療保険者と医療機関が連携して受診勧奨や保健指導を行う体制を構築して糖尿病性腎症による人工透析患者を減少させることが重要です。

平成28年度の調査によると、糖尿病性腎症の重症化予防の取組において、保険者として、一定の抽出基準に基づいて受診勧奨を行っているのは39市町村、保健指導を行っているのは32市町村で、29市町村は双方を実施しています。

網膜症を予防・早期発見するためには内科初診時に眼科に紹介する必要があります。

また、歯周病も糖尿病の合併症のひとつです。高血糖が続くと歯周病菌に対する抵抗力が落ちて細菌が増殖し歯周病は極度に悪化するため、歯科への紹介が重要です。

(イ) 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、糖尿病やその合併症の専門的な管理を行う医療機関、かかりつけ医、在宅療養支援診療所*、かかりつけ歯科医、在宅療養支援歯科診療所*、

かかりつけ薬剤師・薬局、訪問薬剤管理指導等対応薬局*、訪問看護ステーション*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、後期高齢者健診後の生活習慣の改善指導や糖尿病に関する知識の普及・啓発といった予防対策も含まれます。

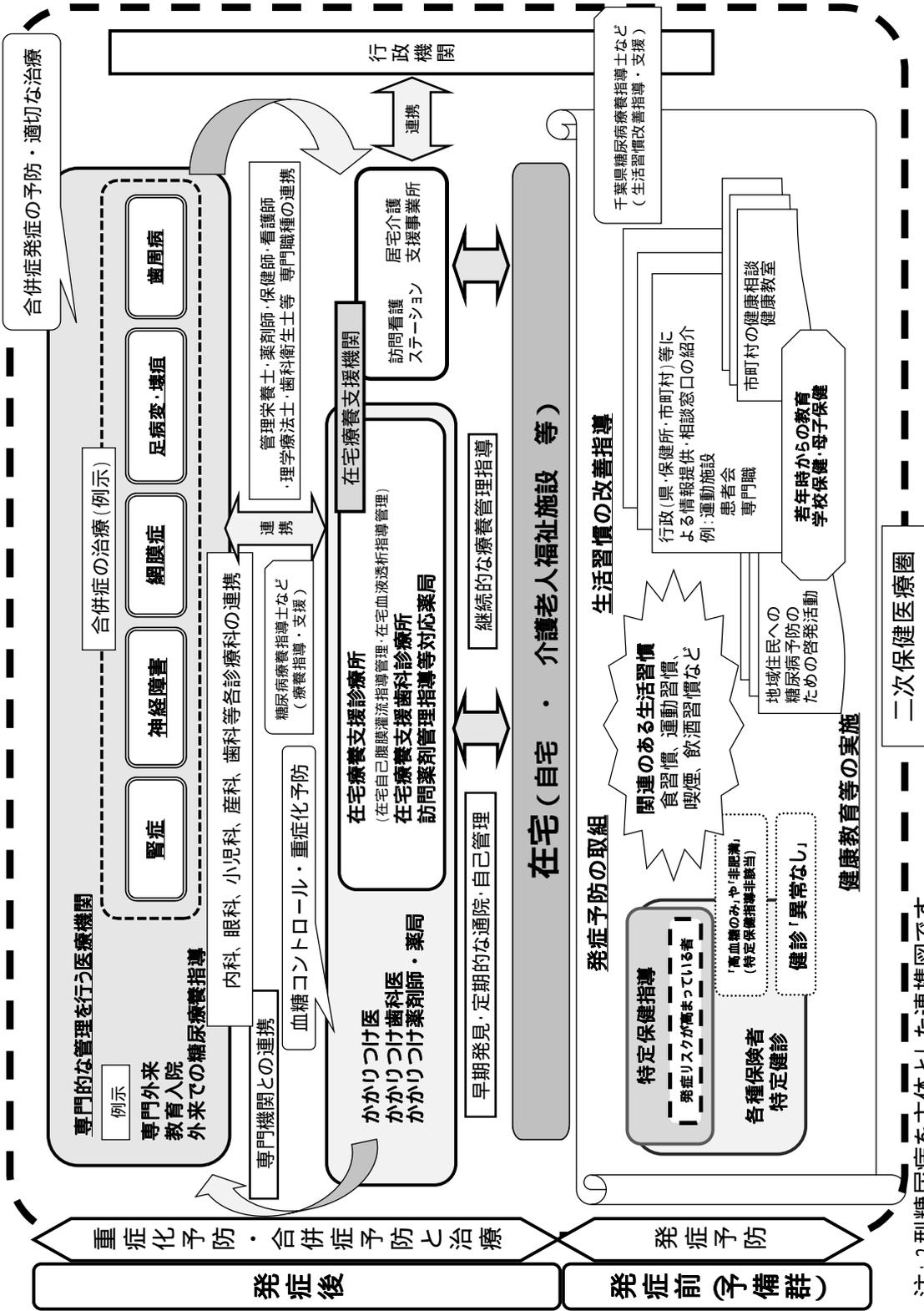
かかりつけ医は、検査により糖尿病が疑われる患者については、病状に応じて、近隣の糖尿病の専門的な管理を行う医療機関を紹介するとともに、治療方針決定後は、専門医やかかりつけ薬剤師・薬局と連携をとりながら、治療を中断させないよう患者の継続的な治療や指導を行います。

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」「腎症外来」「糖尿病教育入院」「外来での糖尿病療養指導」の対応状況や、具体的な治療の実施状況について明示します。治療の実施状況については、合併症への対応のため、「腎症」「網膜症」「神経障害」等の治療の実施状況も明示します。

また、地域において在宅療養を支援する在宅療養支援診療所などのリストを掲載し、地域での連携を進めます。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。自己腹膜灌流とは自分の腹膜で透析を行う治療法のこと、処方箋にもとづき腹膜透析に用いる医療材料の管理などに関わるかかりつけ薬剤師・薬局の役割も重要になります。

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、行政、保険者と医療機関の連携、及びかかりつけ医等、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、早期からの適切な薬物療法の開始、血糖コントロールの改善による腎症、網膜症を含めた合併症の発症・重症化予防、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



注: 2型糖尿病を主体とした連携図です。

(ウ) 施策の具体的展開

〔生活習慣と糖尿病の関係についての周知〕

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒に関する生活習慣と脳卒中の危険因子の関連について、理解できるよう、情報を発信していきます。

糖尿病は、自覚症状が乏しいことから年1回の健診で健康管理を行う必要性を周知します。

危険因子を多く持っているような発症のリスクの高い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、保健指導従事者に対する研修を実施します。

喫煙量の多い者は糖尿病の発症リスクが高いことから、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。

〔特定健診・特定保健指導による生活習慣病予防対策の推進〕

特定健診・特定保健指導の効果的な実施により、受診率を高めることができるよう、地域保健と職域保健の連携による共同事業の実施や生涯を通じた保健サービスの提供・健康管理体制の整備を推進します。

今後の取組に生かせるよう県内の特定健診データを収集・分析しその結果や効果的な実践例を情報発信します。

特定保健指導の実施率を高めるため、保健指導従事者等のスキルアップをはじめ保健指導の向上を図るための人材育成を実施します。

〔重症化防止に向けた取組の支援〕

重症化予防の先駆的事例に関する情報提供とともに、糖尿病に係る医療連携について充実を図ります。

発症のリスクが高まっている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。

「千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の周知と保健指導従事者等の資質の向上、医療保険者と医療機関等が連携して受診勧奨や保健指導に取り組む体制整備等を図ります。また、糖尿病重症化予防と治療中断防止のため、千葉県糖尿病対策推進会議と連携し、糖尿病患者への療養指導や支援を行う千葉県糖尿病療養指導士(CDE-Chiba)等の活用を図ります。

(工) 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	92箇所 (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
糖尿病の重症化予防に取り組む市町村数(保険者努力支援制度において当該取組に係る評価指標を達成した市町村数)	24市町村 (平成28年度)	全市町村の8割 (平成35年度)

〔過程(プロセス)〕

指 標 名	現 状	目 標
運動習慣者の割合	40～64歳 男性 20.1% 女性 17.9% 65歳以上 男性 31.3% 女性 27.9% (平成27年度)	40～64歳 男性 28.0% 女性 27.0% 65歳以上 男性 38.0% 女性 33.0% (平成34年度)
日常生活における歩数	男性7,253歩 女性6,821歩 (平成27年度)	男性8,800歩 女性7,700歩 (平成34年度)
適正体重を維持している者の増加(肥満 BMI*25以上・やせ BMI18.5未満の減少)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.7% 40～60歳代女性の肥満者割合 23.4% 20歳代女性のやせの者の割合 16.7% (平成27年)	20～60歳代男性の肥満者割合 28.0% 40～60歳代女性の肥満者割合 19.0% 20歳代女性のやせの者の割合 15.0% (平成34年度)
特定健康診査・特定保健指導の実施率	健康診査 52.9% 保健指導 15.2% (平成27年度)	健康診査 70.0% 保健指導 45.0% (平成35年度)
糖尿病の診療を行う病院における糖尿病連携手帳又は地域医療連携パス*(糖尿病)の使用率	45.7% (平成29年6月)	増加 (平成35年度)
治療継続者の割合の増加	86.9% (平成27年度)	95.0% (平成34年度)

〔成果(アウトカム)〕

指 標 名	現 状	目 標
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	839人 (平成27年)	738人 (平成34年度)
血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少	40～74歳 男性 1.2% 40～74歳 女性 0.5% (平成27年度)	40～74歳 男性 1.4% 40～74歳 女性 0.6% (平成34年度)

「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者(国民健康保険加入者で特定健診を受診した者のうちHbA1cがJDS値8.0%(NGSP値8.4%)以上の者)の割合の減少」については、現状値で目標を達成していますが、関連計画の健康ちば21(第2次)の中間評価を実施した際、特定健診受診率、特定保健指導実施率は目標に達していないことから、血糖コントロール不良者の減少が予防対策のみによるものではないと考え、平成34年度まで目標値を維持しているため、保健医療計画においても同様の目標とします。