

次期医療計画に位置付ける機能別医療機関の一覧について

●上條構成員からの事前意見

【慢性合併症治療】

- ・合併症治療ができる医療機関と考えれば、糖尿病専門医が必ずいる必要はないのでは。
- ・人工透析が実施可能な医療機関が、糖尿病合併症の重症化予防を行う医療機関でもない。

●機能別医療機関の一覧（イメージ）

【修正前】

機能	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防		合併症の治療・重症化予防	地域や職域等関係機関との連携
	【予防】	【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】	【連携】
	糖尿病を予防する機能	初期・安定期治療を行う機能	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能	地域や職域と連携する機能
	病院又は診療所	病院又は診療所	常勤の糖尿病専門医が在籍し、かつ、以下の①～③のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病療養指導士（CDE J、L-CDE）が在籍すること ② 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ③ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること	左記に該当し、④又は⑤に該当する医療機関 ④ 人工透析装置を有すること ⑤ 眼科を標榜していること	病院又は診療所
A 医療圏	病院又は診療所	病院又は診療所	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市)	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市)	病院又は診療所

【修正後】

機能	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防		合併症の治療・重症化予防	地域や職域等関係機関との連携
	【予防】	【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】	【連携】
	糖尿病を予防する機能	初期・安定期治療を行う機能	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能	地域や職域と連携する機能
	病院又は診療所	病院又は診療所	常勤の糖尿病専門医が在籍し、かつ、以下の①～③のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病療養指導士（CDE J、L-CDE）が在籍すること ② 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ③ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を標榜する医療機関	病院又は診療所
A 医療圏	病院又は診療所	病院又は診療所	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市)	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を標榜する医療機関	病院又は診療所

【修正前】

機能	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防		合併症の治療・重症化予防	地域や職域等関係機関との連携
	【予防】	【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】	【連携】
	糖尿病を予防する機能	初期・安定期治療を行う機能	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能	地域や職域と連携する機能
	病院又は診療所	病院又は診療所	常勤の糖尿病専門医が在籍し、かつ、以下の①～③のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病療養指導士（CDE J、L-CDE）が在籍すること ② 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ③ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること	左記に該当し、④又は⑤に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること	病院又は診療所
A 医療圏	病院又は診療所	病院又は診療所	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市) ○□病院(D市) ※※病院(E町)	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市)	病院又は診療所

【修正後】

機能	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防		合併症の治療・重症化予防	地域や職域等関係機関との連携
	【予防】	【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】	【連携】
	糖尿病を予防する機能	初期・安定期治療を行う機能	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能	地域や職域と連携する機能
	病院又は診療所	病院又は診療所	常勤の糖尿病専門医が在籍し、かつ、以下の①～③のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病療養指導士（CDE J、L-CDE）が在籍すること ② 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ③ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を標榜する医療機関	病院又は診療所
A 医療圏	病院又は診療所	病院又は診療所	●●病院(B市) △△医療センター(C市) ◆◆クリニック(D市) ○□病院(D市) ※※病院(E町)	糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を標榜する医療機関	病院又は診療所

【第7次保健医療計画の機能別医療機関(R4年度)】

機能	【初期・安定期治療】	【専門治療】		【急性期・慢性期治療】		
	初期・安定期の治療を行う機能	血糖コントロールが困難な場合の治療を行う機能		慢性合併症等の治療を行う機能		
医療機関の例	病院又は診療所	①～④のいずれかに該当する医療機関 ① 常勤の糖尿病専門医が在籍すること ② 常勤の糖尿病療養指導士（CDE）が在籍すること ③ 常勤の糖尿病看護認定看護師が在籍すること ④ 日本糖尿病協会長野県支部の分会が所在すること		左記の①～④のいずれかに該当することに加え、⑤又は⑥に該当する医療機関 ⑤ 人工透析装置を有すること ⑥ 眼科を標榜していること		
佐久	病院又は診療所	厚生連浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）	町立千曲病院（佐久穂町）	角田医院分院（佐久市）	⑤ ⑥ 厚生連浅間南麓こもろ医療センター（小諸市）	⑤ 厚生連佐久総合病院小海分院（小海町）
		厚生連佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）	わかば内科クリニック（佐久市）	フルタクリニック（佐久市）	⑤ ⑥ 厚生連佐久総合病院（佐久市）	⑤ ⑥ 国保軽井沢病院（軽井沢町）
		厚生連佐久総合病院（佐久市）	佐久長土呂クリニック（佐久市）		⑤ ⑥ 厚生連佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）	⑥ 町立千曲病院
		矢島医院（小諸市）	金澤病院（佐久市）		⑤ ⑥ 国保浅間総合病院（佐久市）	
		国保浅間総合病院（佐久市）	国保軽井沢病院（軽井沢町）			
上小	病院又は診療所	厚生連佐久総合病院小海分院（小海町）	国立病院機構小諸高原病院（小諸市）			
		厚生連鹿教湯病院（上田市）	丸子中央病院（上田市）	東御市民病院（東御市）	⑤ ⑥ 国立病院機構信州上田医療センター（上田市）	⑤ ⑥ 東御市民病院（東御市）
		国立病院機構信州上田医療センター（上田市）	柳澤病院（上田市）	国保依田窪病院（長和町）	⑤ ⑥ 丸子中央病院（上田市）	⑤ ⑥ 国保依田窪病院（長和町）
諏訪	病院又は診療所	厚生連鹿教湯病院附属豊殿診療所（上田市）	依田医院（上田市）	上田生協診療所（上田市）	⑥ 厚生連鹿教湯病院（上田市）	
		岡谷市民病院（岡谷市）	組合立諏訪中央病院（茅野市）	厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院（富士見町）	⑤ ⑥ 岡谷市民病院（岡谷市）	⑤ 諏訪共立病院（下諏訪町）
上伊那	病院又は診療所	諏訪赤十字病院（諏訪市）	諏訪共立病院（下諏訪町）	みうら内科クリニック（茅野市）	⑤ ⑥ 諏訪赤十字病院（諏訪市）	⑤ ⑥ 厚生連富士見高原医療福祉センター富士見高原病院（富士見町）
		宮坂医院（諏訪市）			⑤ ⑥ 組合立諏訪中央病院（茅野市）	
		伊那中央病院（伊那市）	上伊那生協病院（箕輪町）		⑤ ⑥ 伊那中央病院（伊那市）	⑤ ⑥ 町立辰野病院（辰野町）
		昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）	こまちや東内科クリニック（駒ヶ根市）		⑤ ⑥ 昭和伊南総合病院（駒ヶ根市）	⑤ 上伊那生協病院（箕輪町）
		神山内科医院（伊那市）	町立辰野病院（辰野町）			
飯伊	病院又は診療所	下條医院（伊那市）	市川内科クリニック（南箕輪村）			
		南向診療所（中川村）	福島医院（箕輪町）			
		飯田市立病院（飯田市）	輝山会記念病院（飯田市）	下伊那赤十字病院（松川町）	⑤ ⑥ 飯田市立病院（飯田市）	⑤ ⑥ 健和会病院（飯田市）
		飯田病院（飯田市）	健和会病院（飯田市）	厚生連下伊那厚生病院（高森町）	⑤ ⑥ 飯田病院（飯田市）	⑤ ⑥ 下伊那赤十字病院（松川町）
		県立阿南病院（阿南町）	菅沼病院（飯田市）	源田内科医院（飯田市）	⑤ ⑥ 県立阿南病院（阿南町）	⑤ ⑥ 厚生連下伊那厚生病院（高森町）
		上久堅診療所（飯田市）	下久堅診療所（飯田市）	下條診療所（下條村）	⑤ ⑥ 輝山会記念病院（飯田市）	
		飯田病院附属伸ノ町診療所（飯田市）	須田内科醫院（飯田市）	宝クリニック（飯田市）		
		泰阜村診療所（泰阜村）	まるやまファミリークリニック（飯田市）	クリニックやながわ（飯田市）		
木曾	病院又は診療所	県立木曾病院（木曾町）			⑤ ⑥ 県立木曾病院（木曾町）	
		篠崎医院（南木曾町）				
松本	病院又は診療所	相澤病院（松本市）	松本協立病院（松本市）	穂高病院（安曇野市）	⑤ ⑥ 相澤病院（松本市）	⑤ ⑥ 松本中川病院（松本市）
		国立病院機構まつもと医療センター（松本市）	松本市立病院（松本市）	ニ之瀬脳神経外科病院（松本市）	⑤ ⑥ 国立病院機構まつもと医療センター（松本市）	⑤ 塩尻協立病院（塩尻市）
		信州大学医学部附属病院（松本市）	丸の内病院（松本市）	宮澤医院（安曇野市）	⑤ ⑥ 信州大学医学部附属病院（松本市）	⑤ ⑥ 安曇野赤十字病院（安曇野市）
		相澤東病院（松本市）	松本中川病院（松本市）	芳樹会内科診療所（松本市）	⑤ 松本協立病院（松本市）	⑤ ⑥ 穂高病院（安曇野市）
		南天診療所（松本市）	宮本内科クリニック（松本市）	ヴェリタス瑞金診療所（安曇野市）	⑤ ⑥ 松本市立病院（松本市）	⑤ 柏原クリニック（安曇野市）
		すずき内科クリニック（松本市）	広仁堂医院（塩尻市）	須澤クリニック（安曇野市）		
		山岡内科医院（松本市）	横山内科医院（塩尻市）	くさま内科クリニック（松本市）		
		唐沢内科小児科医院（松本市）	柏原クリニック（安曇野市）			
		倉科医院（松本市）	武田内科クリニック（安曇野市）			
		横山医院（山形村）	塩尻協立病院（塩尻市）			
		北島医院（松本市）	安曇野赤十字病院（安曇野市）			
大北	病院又は診療所	市立大町総合病院（大町市）			⑤ ⑥ 市立大町総合病院（大町市）	
長野	病院又は診療所	朝日ながの病院（長野市）	田中病院（長野市）	町立飯綱病院（飯綱町）	⑤ ⑥ 厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）	⑤ ⑥ 長野中央病院（長野市）
		厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院（長野市）	長野市民病院（長野市）	信越病院（信濃町）	⑤ ⑥ 厚生連長野松代総合病院（長野市）	⑤ ⑥ 県立信州医療センター（須坂市）
			長野赤十字病院（長野市）	かねこ医院（須坂市）	⑤ ⑥ 長野市民病院（長野市）	⑤ 千曲中央病院（千曲市）
		厚生連長野松代総合病院（長野市）	県立信州医療センター（須坂市）	岡田内科（長野市）	⑤ ⑥ 長野赤十字病院（長野市）	⑤ ⑥ 町立飯綱病院（飯綱町）
		厚生連長野松代総合病院附属若穂病院（長野市）	春日内科・糖尿病医院（長野市）	太田糖尿病内科クリニック（長野市）	⑥ 信越病院（信濃町）	
		荒井内科・小児科医院（長野市）	川中島クリニック（長野市）	酒井医院（長野市）		
		板倉内科・糖尿病クリニック（長野市）	としだ内科（長野市）	さかき内科・糖尿病科クリニック（小布施町）		
		いちのせ循環器内科（長野市）	みやじま内科クリニック（長野市）			
		仁科医院（長野市）	さかき生協診療所（坂城町）			
		小林医院（長野市）	南十字脳神経外科（長野市）			
		長野中央病院（長野市）	千曲中央病院（千曲市）			
北信	病院又は診療所	厚生連北信総合病院（中野市）	飯山赤十字病院（飯山市）		⑤ ⑥ 厚生連北信総合病院（中野市）	⑤ ⑥ 飯山赤十字病院（飯山市）
		厚生連北信総合病院附属北信州診療所（飯山市）				

4 回目WG前にいただいた計画本文案についてのご意見と対応

【糖尿病対策】

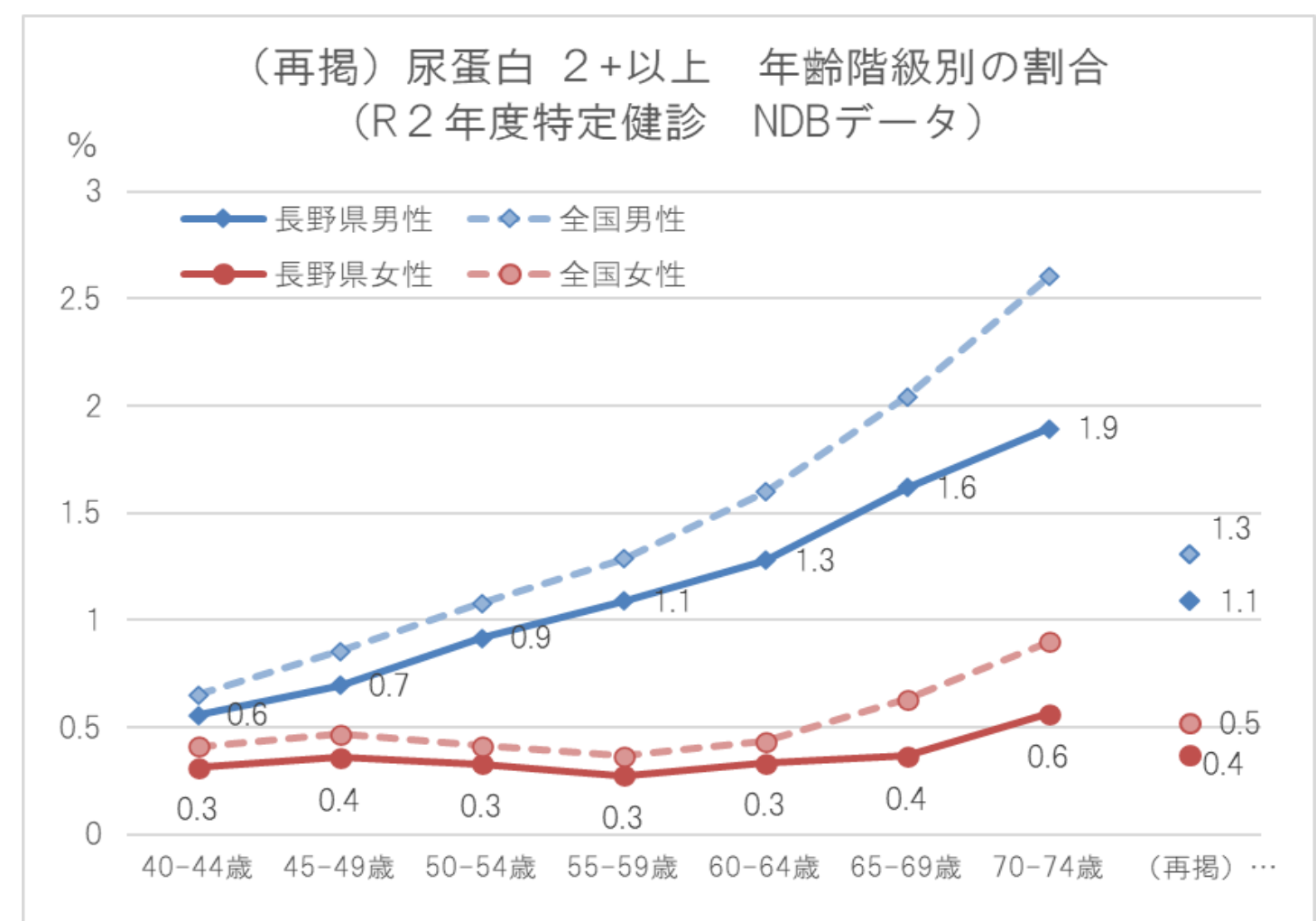
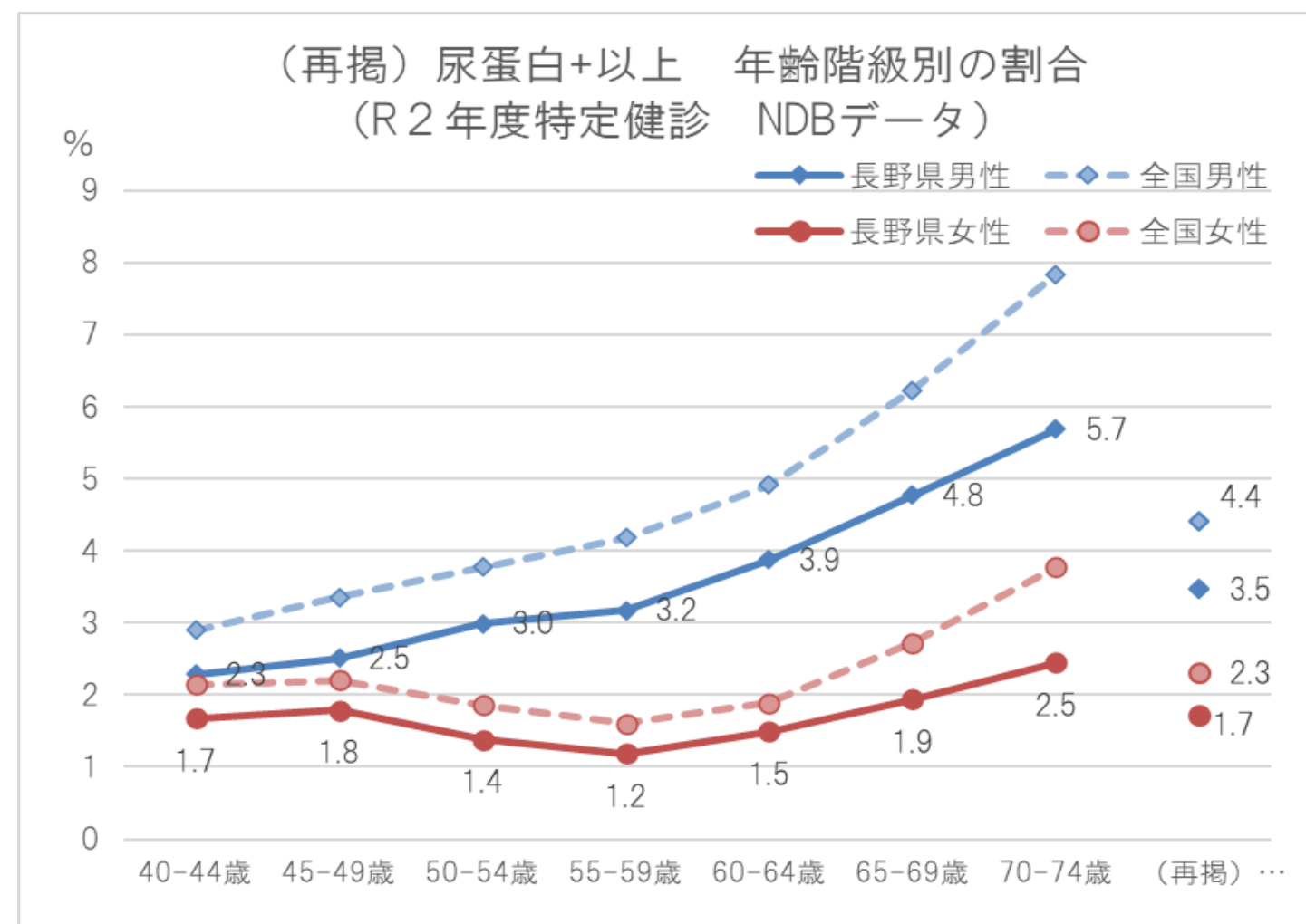
意見項目	事前意見		意見提出者	対応
	番号	意見内容		
計画本文案 第1 現状と課題	1	1 糖尿病の予防 下段で、糖尿病の重症化、というのは何を意味するのか分かりにくく、「人工透析の移行」がいきなり出てくると唐突に感じます。 長期にわたって糖尿病のコントロール（血糖異常）が不良の状況が続くと、心血管病や腎臓病や網膜症や神経性といった臓器合併症を生じ、その結果寿命が短くなる、ということをあらかじめ説明した方が良いと思います。 そして、これらの臓器合併症を防ぎ寿命を健康人に近づけるために様々な対策が必要である、ということも明記すべきだと思います。 そして、多くの合併症がある中で、特に糖尿病性腎臓病の悪化による人工透析患者数の増加が大きな社会的問題となっているため、「長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」が策定された理論構築をしっかりとした上で説明した方が分かりやすいと思います。 その上で各論に進むのはいかがでしょうか？	上條構成員	本文の冒頭に、血糖コントロール不良により、合併症の併発につながることや、人工透析により健康寿命を大きく損なうことについて説明文を記載。予防重症化予防に向け、多職種連携の重要性に触れつつ、県重症化予防プログラムの説明を記載。
計画本文案 第3 施策の展開	2	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 2つ目の○の1行目『市町村等と連携し、…』を『市町村、医療保険者等と連携し、…』としていただきたい。 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 ○の1行目『…出来るよう、市町村等が…』を『…出来るよう、市町村、医療保険者等が…』としていただきたい。 理由：CKDの4ページ目2（1）の記述（保険者、医療保険者の記載あり）とレベルを合わせる。また支援を必要とする保険者は少ない。	清水構成員	以下のとおり記載を修正。 ○ 市町村、医療保険者等と連携し、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。 ○ 健康診査の結果により医療が必要な者に対し、早期に医療機関を受診ができるよう、市町村、医療保険者等が糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を活用して専門的な保健指導及び受診勧奨を実施できるよう支援します。
ロジックモデル	3	個別施策 1 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 これが、中間成果につながるのか。中間成果にアクションがないことが問題。	上條構成員	県は信州ACE（エース）プロジェクト推進ネットワーク登録団体に協力いただきながら、健康づくりのイベントを実施しているので、中間成果である県民の生活習慣改善や健診への気づきにつながると認識しています。
	4	個別施策 2 血糖管理をよくする生活習慣の指導や受診勧奨を実施する体制の整備ということでしょうか。 指標として、糖尿病性腎症重症化予防の取組市町村数とあるが、各市町村により実態にばらつきがある。初期的な血糖管理をよくすることを取組としている市町村もあれば、臓器の合併症（腎臓、心臓、眼等）までを含めた取組を実施している市町村もある。初期安定期治療を中心にやっているところが多い。これも大事だが、単純な市町村数ではなく、中身をより好ましいものにしたほうがよい。指標にはなりにくいかもしれないが、血糖管理への対策によっている市町村と腎臓等臓器合併症まで含めた対策を実施している市町村を明らかにすると、より実態が分かりやすい。	上條構成員	初期・安定期治療での血糖管理をよくする保健指導や受診勧奨を実施する体制の整備という主旨で記載しています。
計画本文案 第1 現状と課題	5	2 糖尿病の医療 (1) 糖尿病による死亡の状況 ・糖尿病による死亡、となっていますが、基本的に糖尿病単独で死亡することが多いわけではなく、糖尿病が絡んで様々な合併症（心血管疾患、慢性腎不全、感染症など）により死亡する方が多くなり、寿命が短くなります。糖尿病が様々な合併症を引き起こすことで健康寿命を大きく損なう、ということを示した方が良いと思います。	上條構成員	以下の記載を追加。 ○ また、糖尿病を発症すると、全身に様々な合併症（腎症、循環器病等）を起こすリスクが大きくなり、健康寿命を損なうおそれがあります。
	6	(2) 糖尿病の治療・重症化予防 糖尿病患者が増加傾向にある、ということも明記した方が良いと思います。	上條構成員	・3年に1回の患者調査が、本文中の【表1】下の注釈1つ目のとおり令和2年から調査方法が変更になり、過去との比較が困難になったため、平成29年までと令和2年のデータを別々の表としています。
	7	ア 初期・安定期治療 ・「糖尿病の重症化を予防し、臓器合併症の発症、重症化を予防するためには・・・」 →糖尿病の重症化、というのが、臓器合併症を起こして寿命が短くなることを指すのか、血糖コントロールが不良の状態を意味するのか分かりにくいように思います。 個人的には臓器合併症の出現が重症化ではないかと思っています。 「血糖管理を中心とする糖尿病治療を徹底し、糖尿病合併症の発症・重症化を予防するためには・・・」の方がしっくりと来ます。	上條構成員	以下のとおり記載を修正。 ○ 血糖コントロールを中心とする糖尿病治療を行い、糖尿病合併症の発症、重症化を予防するためには、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、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、個々の患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣に関する指導を実施するとともに、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。
	8	イ 急性合併症・専門的治療 ○ 糖尿病の重症化予防に向け、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、紹介・逆紹介、併診等を活用する等連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。 →糖尿病の重症化予防、というのは何を示すかが不明確です。 地域のかかりつけ医と糖尿病専門医の連携が最も重要なのは、重症な臓器合併症を起こす前の血糖管理が主ではないかと思っています。 「良好な糖尿病管理のため、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、紹介・逆紹介、併診等を活用する等連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。」の方が良いのではないかと思います	上條構成員	以下のとおり記載を修正。 ○ 良好な血糖コントロールのため、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、紹介・逆紹介、併診等を活用する等連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。
	9	(3) 糖尿病合併症の治療・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」平成19年）」 →微量アルブミン尿を呈する患者さんも含めると（糖尿病性腎症は微量アルブミン尿が検出されるようになると腎症発症と認識します）、糖尿病全体の4割は糖尿病性腎症を発症しているのではないかと思います。最新のデータにより要確認だと思います。	上條構成員	国の指針上で、明記されており、現状これ以上のデータがないため、こちらを記載したいと考えています。
	10	(3) 糖尿病合併症の治療・重症化予防 「糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医や糖尿病専門医と眼科等の専門医を有する医療機関、人工透析の実施可能な医療機関等が連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。」 →かかりつけ医や糖尿病専門医がいきなり人工透析の実施可能な医療機関と連携することは少ないです。透析導入に至る時には、腎臓内科医が介在していることが多いと思います。また人工透析が実施可能な医療機関＝糖尿病合併症予防を行う医療機関でもないです。 「糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医や糖尿病専門医と、眼科や腎臓内科や循環器内科等の専門医を有する医療機関が連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。」の方が現状に合っていると思います。	上條構成員	機能別医療機関の一覧については、資料2-1にて修正案を検討願います。 また、計画本文については、以下のとおり記載を修正。 ○ 糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医や糖尿病専門医と、眼科や腎臓内科、循環器内科等の専門医を有する医療機関が連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。
計画本文案 第2 目指すべき方向と医療連携体制	11	2 糖尿病の医療体制 糖尿病医療連携体制のイメージですが、やはり糖尿病の重症化予防というのが、糖尿病自体のコントロール不良な急性変化のこのことなのか、糖尿病の臓器合併症の重症化予防なのか、を明確にした方が良いと思います。それぞれに対応する専門家も異なるので、それも踏まえた医療連携体制を構築した方が良いと思います。	上條構成員	血糖コントロール不良から、合併症の発症に対する治療という経過を中心とした医療機能が分かりやすいイメージ図を修正。 急性合併症治療は、血糖コントロールの不良状態への治療を指すことが分かるよう、初期・安定期治療及び専門的治療との関連が分かりやすいよう移動させるとともに、急性合併症のこの計画での定義が分かりやすい注釈を記載しました。
計画本文案 第3 施策の展開	12	5 糖尿病の重症化予防のための医療提供体制の整備 同上です。糖尿病の重症化予防というのは何を意味するのかになります。 糖尿病の重症化予防のための医療体制の整備→良好な糖尿病管理のための医療体制の整備の方が良いのではないかと思います。	上條構成員	以下のとおり記載を修正。 5 良好な血糖コントロールのための医療体制の整備
	13	5 糖尿病の重症化予防のための医療提供体制の整備 「医療機関においては、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においては、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、・・・」	駒津構成員	以下のとおり記載を修正。 ○ 糖尿病専門医が在籍する医療機関においては、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、1型糖尿病に対する治療の体制が望まれます。

4 回目WG前にいただいた計画本文案についてのご意見と対応

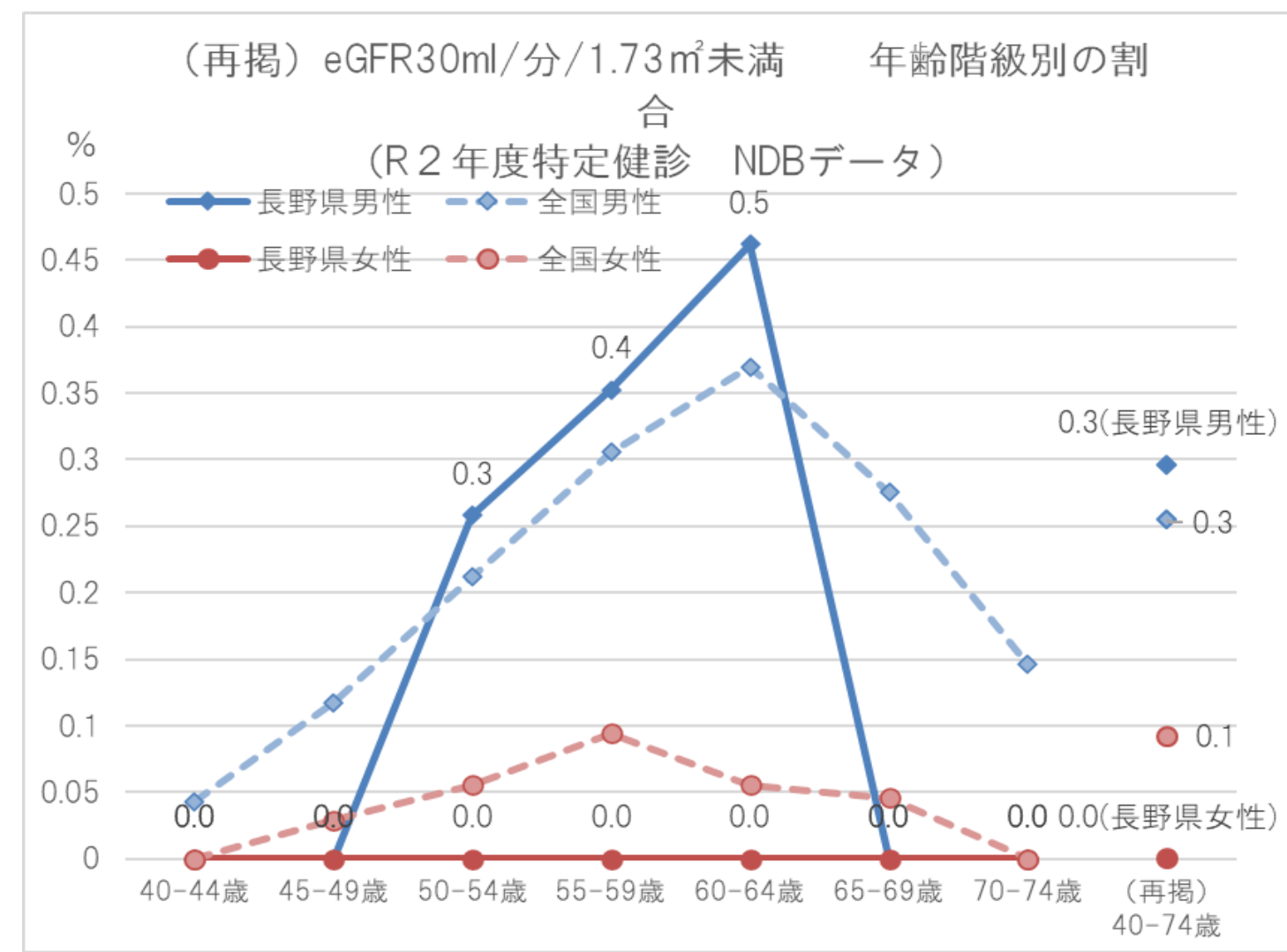
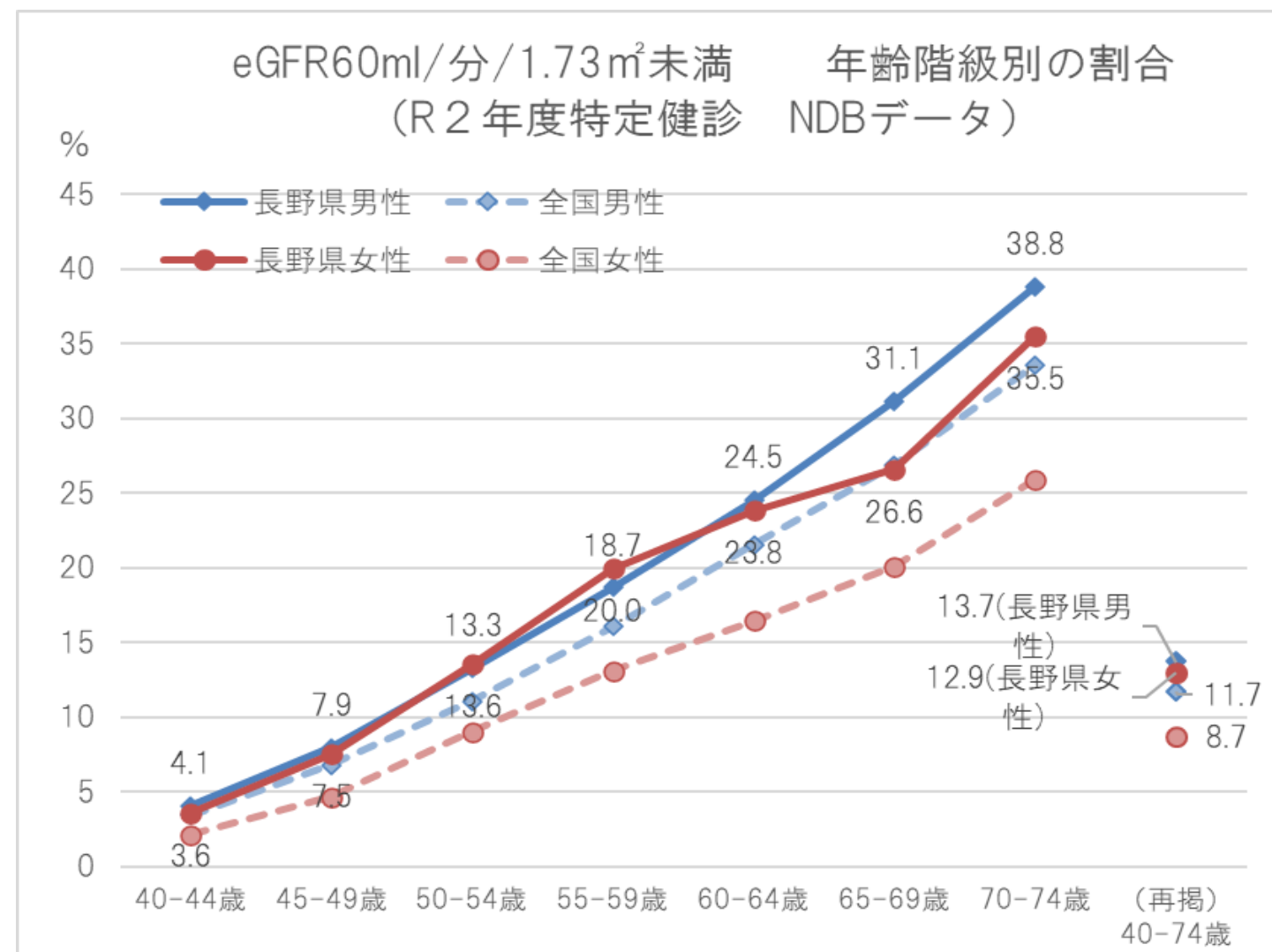
【糖尿病対策】

意見項目	事前意見		意見提出者	対応
	番号	意見内容		
ロジックモデル	14	中間成果①の2 指標：重症低血糖の発生とありますが、重症低血糖という言葉は、第三者の助けをかりる必要のあった低血糖という意味なので、実数把握はできないと思います。「救急搬送された重症低血糖」であれば数は把握できるでしょう。	駒津構成員	「重症低血糖の発生」はNDBにて、1年間で糖尿病薬処方者が1度以上あり、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と定義されています。そのため、記載は「重症低血糖の発生」のままとし、定義を注釈にして記載しました。
	15	急性合併症は重症低血糖のことでよいか。血糖値の急性変動に対する専門的治療、血糖コントロール不良に対する専門的治療の方が分かりやすいのではないかと。	上條構成員	急性合併症は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を指しますので、ご指摘の観点を踏まえ、ロジックモデル及び計画本文案を修正しています。
	16	個別施策9 「他の疾病や感染症等で入院した時の医療提供体制」 →他の疾病や感染症等で入院した時の良好な糖尿病対策のための体制整備（糖尿病の管理ができる体制の整備）の方が良いのではないかと。	上條構成員	「他の疾患や感染症等で入院した時にも切れ目なく血糖コントロールを行う体制の整備」に記載を変更しました。
	17	個別政策11 糖尿病治療からいきなり人工透析を行う医療機関へというよりは、糖尿病治療を行う医療機関と眼科、循環器科、腎臓内科など臓器合併症の治療を行う医療機関の連携体制について記載するべき。	上條構成員	「合併症治療を行う医療機関と糖尿病治療を行う医療機関の連携体制の整備」に記載を変更しました。
ロジックモデル	18	中間アウトカム②の6 個別施策と中間アウトカム①の間の指標として、CKD重症度分類のレッドゾーンの割合の減少を入れてはどうか。 これは特定健診の結果なので行政で手に入る指標。尿蛋白の程度、e-GFRの程度が分かればCKD重症者である人工透析予備軍がどのくらいいるか分かる。 特定健診は国保と協会けんぽを突合せると聞いている。国保、協会けんぽまではカバーできるので、県民全体のデータではないが、定点観測できる。 最終目標は、健康寿命の延伸なので、糖尿病しか扱ってはいけないということはなく、糖尿病が中心であるが糖尿病のない方が入っても最終的なアウトカムにつながればよいと思う。 CKD重症度のレッドゾーンが使えなければ、GFRのG4以上の割合の低下、尿たんぱくA3（2+）の割合の低下の2本立てでもよい。	上條構成員	NDBでは、CKD重症度分類を個人単位で算定していないため、レッドゾーンの者の割合を指標とすることは困難です。 下記の表のとおり、令和2年度の尿蛋白（2+）以上の割合は、男性1.1%、女性0.4%です。また、令和2年度のeGFR30ml/分/1.73m ² 未満の割合は男性0.3%、女性0.0%です。 GFR区分のG4、G5については、女性0.0%のため、指標の設定が難しいところです。 令和2年度のeGFR60ml/分/1.73m ² 未満の割合は男性13.7%、女性12.9%です。そのため、尿蛋白（2+）以上及びGFR区分のG3以上を数値目標にすると考えましたが、ご意見願います。

【特定健診（尿蛋白）,令和2年度】



【特定健診（eGFR）,令和2年度】



糖尿病対策

第1 現状と課題

1 糖尿病とは

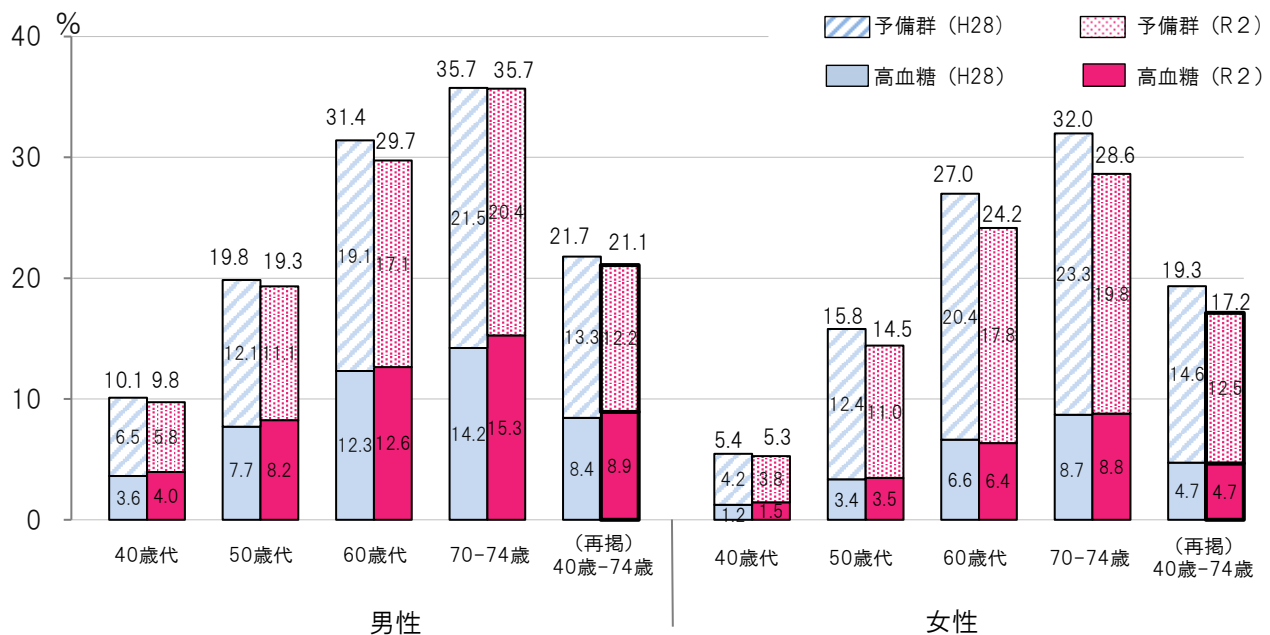
糖尿病は、インスリンの分泌機能の低下等によって血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなり、慢性の高血糖状態が起こる代謝性疾患です。初期症状はほとんどありませんが、血糖コントロール不良の状況が続くと動脈硬化が進み、脳卒中や心臓病のリスクが高まります。また、3大合併症として、網膜症、腎症、神経障害があり、失明や人工透析につながりやすく、健康寿命を大きく損なうこととなります。

2 糖尿病の予防

(1) リスク因子の状況

- 高血糖に該当する者または予備群は、令和2年度40～74歳の男性の21.1%、女性の17.2%です。（図1）
- 40～74歳のH28年度とR2年度を比較すると男性は0.6%減少、女性は2.1%減少しています。

【図1】高血糖に該当する者または予備群の割合



(厚生労働省「NDB オープンデータ」)

※1 高血糖に該当する者：HbA1c (NGSP) 値 6.5%以上

※2 高血糖の予備群：HbA1c (NGSP) 6.0%以上 6.5%未満で※1以外の者

- 糖尿病は、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おり、発症予防や、適切な治療の継続、合併症発症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。
- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進の中で、運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など糖尿病の発症予防に向け幅広く取り組んでいます。詳細は【第○章】に記載

- また、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」を平成 28 年（2016 年）8 月に策定しました。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、予防と医療の包括的取組として推進しています。

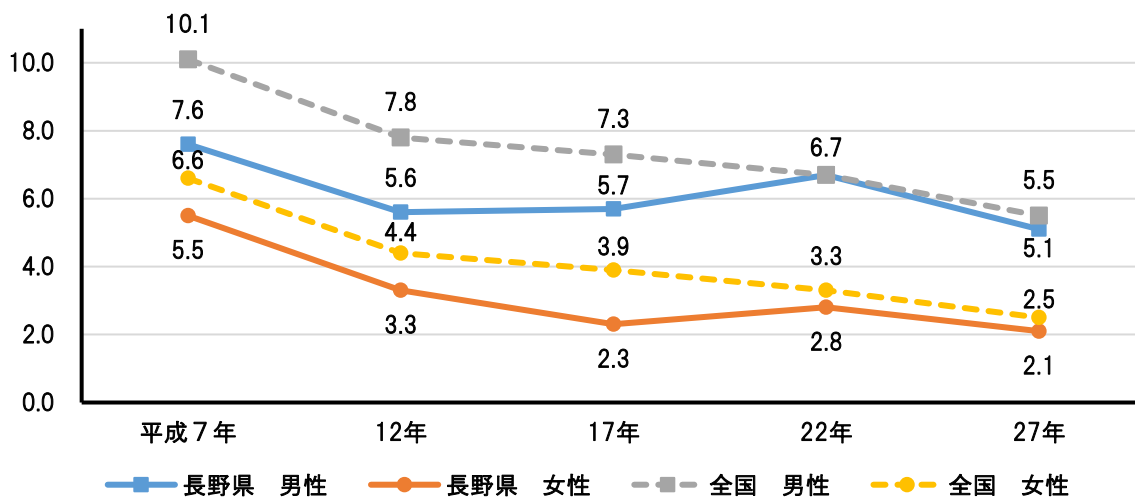
3 糖尿病の医療

（1）糖尿病による死亡の状況

- 令和 3 年の人口動態統計によると、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。長野県では約 250 人が糖尿病が原因で死亡しています。
- 長野県の平成 27 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あり（男性 31 位、女性 33 位）、長野県・全国ともに、低下傾向にあります。（図 3）
- また、糖尿病を発症すると、全身に様々な合併症（腎症、心血管疾患等）を起こすリスクが大きくなり、健康寿命を損なうおそれがあります。

（※糖尿病合併症の治療・重症化予防は（3）を参照。）

【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」）

（2）糖尿病の治療・重症化予防

ア 初期・安定期治療

- 長野県内で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、令和 2 年には約 7 万 6,000 人（全国約 579 万 1,000 人）と推計されています。（表 1）

【表 X】 糖尿病の総患者数の推移※1

（単位：千人）

区分	平成 17 年	20 年	23 年	26 年	29 年
長野県	38	36	49	46	51
全国	2,469	2,368	2,700	3,166	3,289

（厚生労働省「患者調査」）

【表1】 糖尿病^{※2}の年代別総患者数（令和2年^{※1}、年代別） （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	- ^{※3}	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 平成29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、令和2年調査以降は、算出の上限日数が98日（99日以上は除外する）となり、平成29年までと比較が困難。
- ※2 傷病分類「糖尿病」
- ※3 係数のない場合は「-」、推計値が表章すべき最下位の桁の1に達しない場合「0」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。

- 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。1型糖尿病の場合は、直ちにインスリン治療を行うことが多いですが、2型糖尿病の場合は、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。
- 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**が可能になるため、日本糖尿病学会編による診療ガイドライン（以下「診療ガイドライン」という。）等に基づき、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。
- レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」という。）によると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、HbA1c検査もしくはGA検査が1年間で1度以上あった患者の割合は95.9%となっています。
- **また、糖尿病の様々な合併症の早期発見と早期治療のために、糖尿病の診断初期から、定期的な尿検査や眼底検査等などの合併症の早期発見に必要な検査を行うことが求められます。**
（※糖尿病合併症の治療・重症化予防は（3）を参照。）
- 厚生労働科学研究（H25-循環器等（生習）一般-016、研究代表者 野田光彦）の「糖尿病受診中断対策包括ガイド」作成ワーキンググループによる「糖尿病受診中断対策包括ガイド」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パーセント程度いると推定され、中でも男性で仕事を持っている人に多い傾向があります。合併症などの重症化を予防するためにも、初期から継続的な治療が重要です。
- **血糖コントロールを中心とする糖尿病治療を行い、糖尿病合併症の発症、重症化を予防するためには、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、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、個々の患者の状況や状態に応じた食生活や運動習慣に関する指導を実施するとともに、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導することが必要です。**

- NDBによると、令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者※¹のうち、糖尿病透析予防指導管理料もしくは糖尿病合併症管理料のいずれかが1年間で1度以上算定されている患者の割合は1.06%となっています。同様に外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料が1年間で1度以上算定された患者の割合は、5.99%となっています。
- 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、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（C D E J）や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（L-C D E）、糖尿病看護認定看護師があります。
令和4年8月現在の長野県内の糖尿病療養指導士（C D E J）数は427名となっており、人口10万人あたりの糖尿病療養指導士数は4.7人となっています。
- 令和4年12月現在、日本看護協会の認定する糖尿病看護認定看護師は長野県内に17名います。

イ 急性合併症・専門的治療

- **良好な血糖コントロールのため**、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、紹介・逆紹介、併診等を活用する等連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。
- 令和4年の長野県の人口10万人あたりの糖尿病専門医が在籍する医療機関数は2.4と、全国(3.0)を下回っている状況です。

【表X】圏域別の糖尿病専門医数

佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	合計
11	5	4	3	6	0	31	0	17	3	80

(日本糖尿病学会ホームページ、R5.8.7現在)

- 糖尿病性昏睡など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。
- 患者に対して、シックデイ（発熱、下痢、食欲不振等）の対応や低血糖時の対応について事前に指導を行い、重症低血糖を防ぐことが重要です。
- 糖尿病患者では、多剤併用（ポリファーマシー）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。
- 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。
- NDBによると、県内で、令和3年度に1年間で1度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施設あります。
- 糖尿病と歯周病の間には互いに関連があるといわれていることから、糖尿病の発症初期から継続的な歯科受診が必要です。

薬局における糖尿病の重症化予防の取組み

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お薬もあり、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みを行っています。

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。



ウ 他疾患の治療等のために入院中の患者の血糖コントロールを行う体制

- 糖尿病患者が他の疾病や感染症等で入院した場合も、**切れ目なく**適切な血糖値の推移を管理するための医療提供体制が必要です。
- 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ため、血糖コントロールが必要になりますが、胎児への影響がないインスリン治療が必要となるため、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。
- また、退院時には在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等と連携することにより、合併症発症予防・重症化予防のための介入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

(3) 糖尿病合併症の治療・重症化予防

- 合併症の重症化予防のためには早期発見が重要であり、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医、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。
- 合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、合併症の予防が重要です。
- 高血糖状態が続くと、血管が固くなる、狭くなるなどにより大血管症（脳梗塞や心筋梗塞など）、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）といった合併症を発症するリスクがあります。
- 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。
- 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」平成19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によると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、眼底検査が1年間で1度以上あった患者の割合は38.9%となっています。
- 糖尿病性腎症の早期発見のためには、定期的な尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、その結果に基づく腎臓内科・専門医療機関への紹介が求められます。
NDBによると、長野県内で令和3年度に糖尿病にて定期的に受診している患者^{※1}のうち、アルブミン定量（尿）もしくは蛋白定量（尿）が1年間で1度以上あった患者の割合は15.9%となっています。
- 糖尿病合併症の重症化予防のためには、糖尿病に対する診療を行うかかりつけ医や糖尿病専門医と、**眼科や腎臓内科、循環器内科**等の専門医を有する医療機関等が連携して患者へ医療を提供する体制が重要です。
- 合併症の重症化予防のためには薬剤師や保健師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、地域の医療機関と連携した取組を行う必要があります。
- NDBによると、長野県内で令和3年時点の人口10万人当たりの糖尿病網膜症に対する専門的治療^{※2}を行う医療機関数は114か所です。
※2：1年間で糖尿病薬処方度が1度以上あった糖尿病患者に対し、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数
- 長野県内で、令和5年1月31日時点の人口10万人当たりの腎臓専門医が在籍する医療機関数は2.3と、全国（2.3）と同水準です。
- NDBによると、長野県内で令和3年時点の人口10万人当たりの糖尿病性腎症に対する専門的治療^{※3}を行う医療機関数は30か所です。
※3 糖尿病透析予防指導管理料が算定されている医療機関数
- 令和3年に長野県内で新たに透析を始めた患者のうち、原疾患に記入のあった患者は592人、そのうち糖尿病性腎症の患者は213人となっています。

※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。

【表2】 透析治療患者数と糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の推移 (単位：人)

区分		平成 28 年	29 年	30 年	令和元年	2 年	3 年
長野県	透析治療患者数	5,374	5,412	5,297	5,429	5,407	5,485
	新規透析導入患者のうち 原疾患に記入があった患者数	622	588	520	560	612	592
	新規透析導入患者のうち 糖尿病性腎症の患者数	273	238	235	235	241	213

(日本透析医学会 「我が国の慢性透析療法の現況」)

4 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す。
- 治療と仕事の両立支援のために、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重要です。
- 厚生労働省では、治療と仕事の両立支援のために「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」を作成しています。

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ている。
- (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）

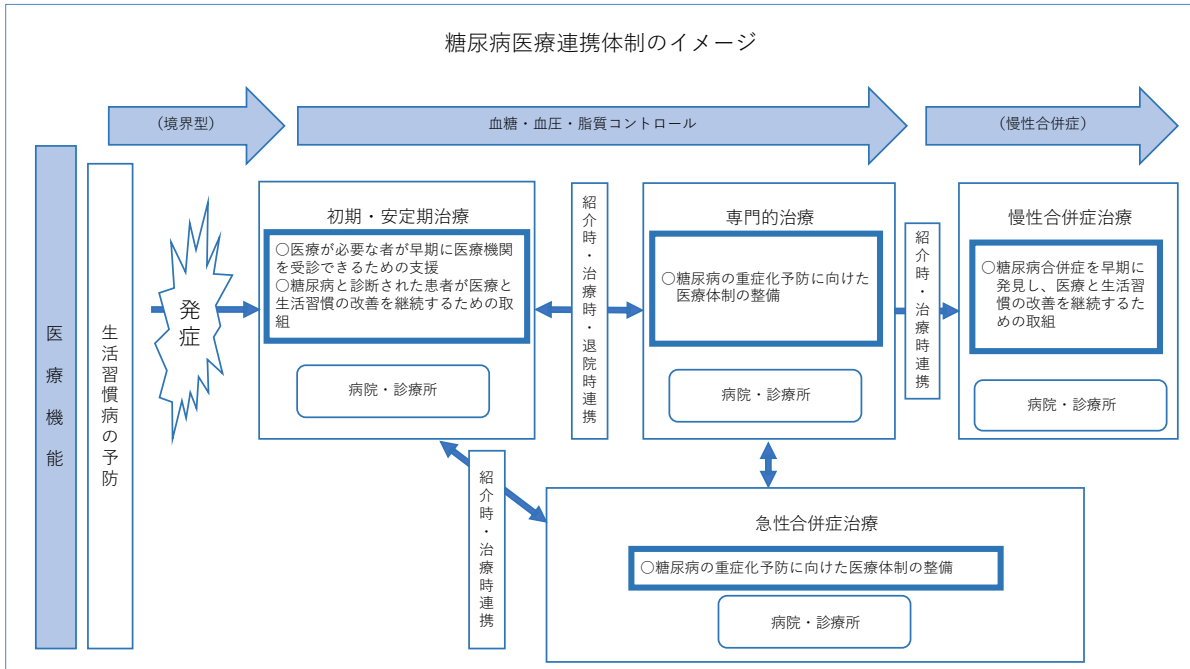
- (1) 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる
- (2) 県民が自身の健康状態を把握している
- (3) 医療が必要な者が早期に医療機関を受診している
- (4) 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している
- (5) 重症化予防のために、必要に応じて、専門的医療を受けることができている
- (6) 糖尿病合併症の早期発見がされて、必要な医療と生活習慣の改善を継続している

2 糖尿病の医療体制

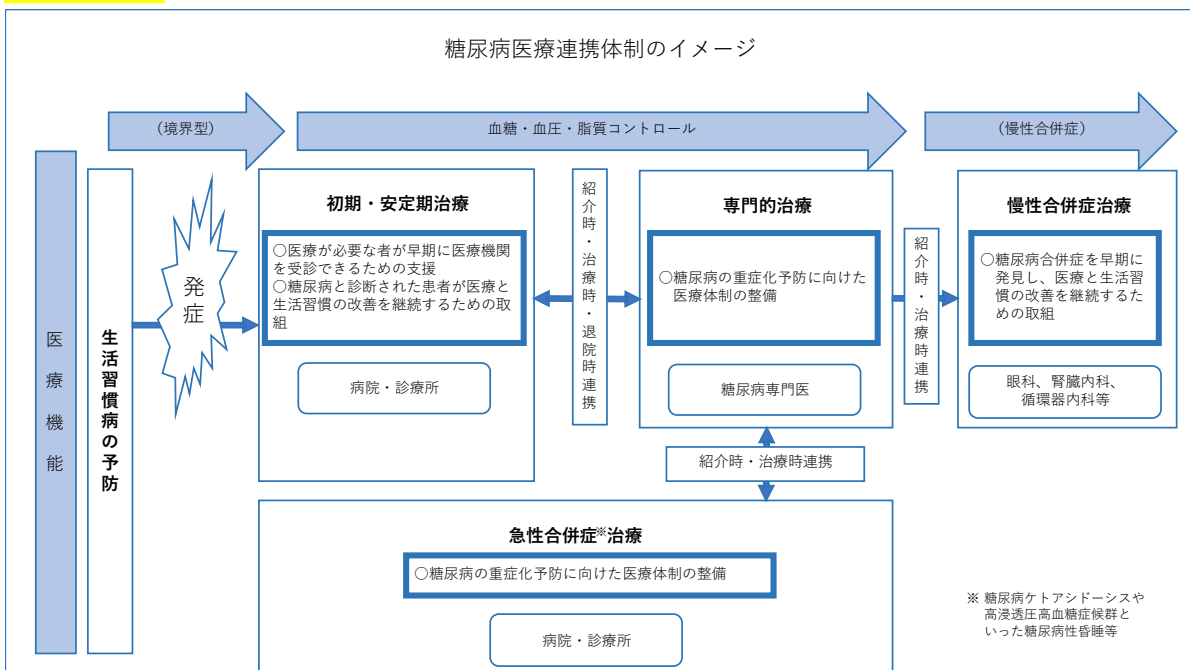
- 糖尿病の医療体制は、次に示す図のとおりです。

初期・安定期治療、専門的治療、急性増合併症治療、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相互の連携の推進により、一人ひとりの患者さんにふさわしい糖尿病の医療の提供を図ります。

【修正前】



【修正後】



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

- 糖尿病の発症を防ぐため、健康づくり県民運動「信州 ACE（エース）プロジェクト」（※第〇章参照）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。
- 市町村、**医療保険者等**と連携し、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

- 健康診査の結果により医療が必要な者に対し、早期に医療機関の受診ができるよう、市町村、**医療保険者等**が糖尿病性腎症重症化予防プログラムも活用して専門的な保健指導及び受診勧奨を実施できるよう支援します。

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、診療ガイドラインに基づき、各患者の状況に応じた血糖コントロールのために、定期的にHbA1c検査もしくはGA検査やインスリン治療を含む適切な薬物療法を実施することが望まれます。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等、医療機関や地域の多職種が連携して、個々の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の実施を継続することが望まれます。

5 良好な血糖コントロールのための医療体制の整備

- 医療機関においては、患者が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・専門医療機関に相談、紹介、併診できる連携体制を促進することが望まれます。
- 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、医療機関や地域の多職種が連携して、個々の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の実施を継続することが望まれます。（※施策の展開4の再掲）
- **糖尿病専門医が在籍する**医療機関においては、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、1型糖尿病に対する治療の体制が望まれます。
- 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。
- 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、切れ目なく適切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が望まれます。

6 糖尿病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

- 医療機関は、糖尿病合併症の早期発見に向け、診療ガイドライン等に基づき、定期的に、眼底検査や尿中アルブミン・尿蛋白定量検査、クレアチニン検査を実施し、早期治療に結びつけることが望まれます。
- 医療機関においては、患者が必要に応じて糖尿病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が連携する体制を促進することが望まれます。

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。
- 県は、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、就労支援に係る相談先の周知に取組みます。
- また、県は、就労を支援する機関と連携し、事業者に対して、働く意欲のある患者への支援に関する情報提供に取り組む等治療と仕事が両立できる職場環境づくりを推進します。

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)
○	糖尿病が強く疑われる者・予備群の割合	(男性) 長野県 17.4% (女性) 長野県 23.2% (2019 20歳以上)	(男性) 16.0%以下 (女性) 14.0%以下	H29年度(前計画のベースライン)と比して25%の減少	県民健康・栄養調査 健康日本21(第3次)
○	年齢調整死亡率 (人口10万対)	(男性) 長野県 5.1 全 国 5.5 (女性) 長野県 2.1 全 国 2.5 (H27)	(男性) 5.1以下 (女性) 2.1以下	現状以下を目標とする。	人口動態特殊報告
○	重症低血糖の発生※ (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。	厚生労働省 (NDB)
○	糖尿病腎症による新規人工透析導入者	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

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

※1年間で糖尿病薬処方が1度以上あり、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 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)
○	運動習慣のある者の割合	23.1%	40%	健康日本21(第3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	30.0%	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	263 団体 (2022. 10 月)	263 団体	現状維持を目標とする	健康増進課調
---	--------------------------------	------------------------	--------	------------	--------

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

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	特定健康診査受診率	60.2% (2021)	70%	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	厚生労働省
O	特定保健指導実施率	30.9% (2021)	45%	第4期医療費適正化計画に合わせて設定	厚生労働省

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

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%	63.8%以上	現状以下を目標とする。	努力支援制度市町村取組評価分調査
S	糖尿病性腎症重症化予防の取組市町村数	74 市町村	77 市町村	全市町村	健康増進課調

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

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

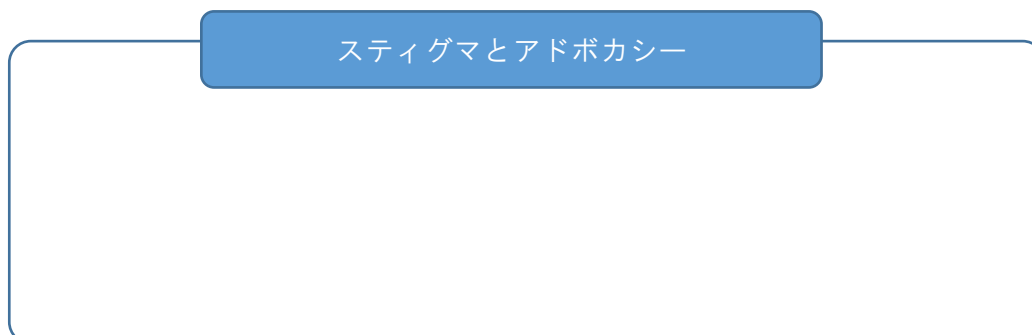
区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	HbA1c 値が高い者 (8.0%以上) の割合 (40~74 歳)	男性 1.5% 女性 0.6% (2020)	男性 1.5%以下 女性 0.6%以下	現状以下を目標とする。	厚生労働省 (NDB)
P	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	95.9% (2021)	95.9%以上	現状以上を目標とする。	厚生労働省 (NDB)

注) 「区分」欄 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

6 糖尿病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)
○	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。	厚生労働省 (NDB)
○	資料2-2のとおり ご意見いただきたい				
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。	厚生労働省 (NDB)
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。	厚生労働省 (NDB)

注) 「区分」欄 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
 ○（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



糖尿病 ロジックモデル (案)

