

糖尿病対策

第1 現状と課題

1 糖尿病とは

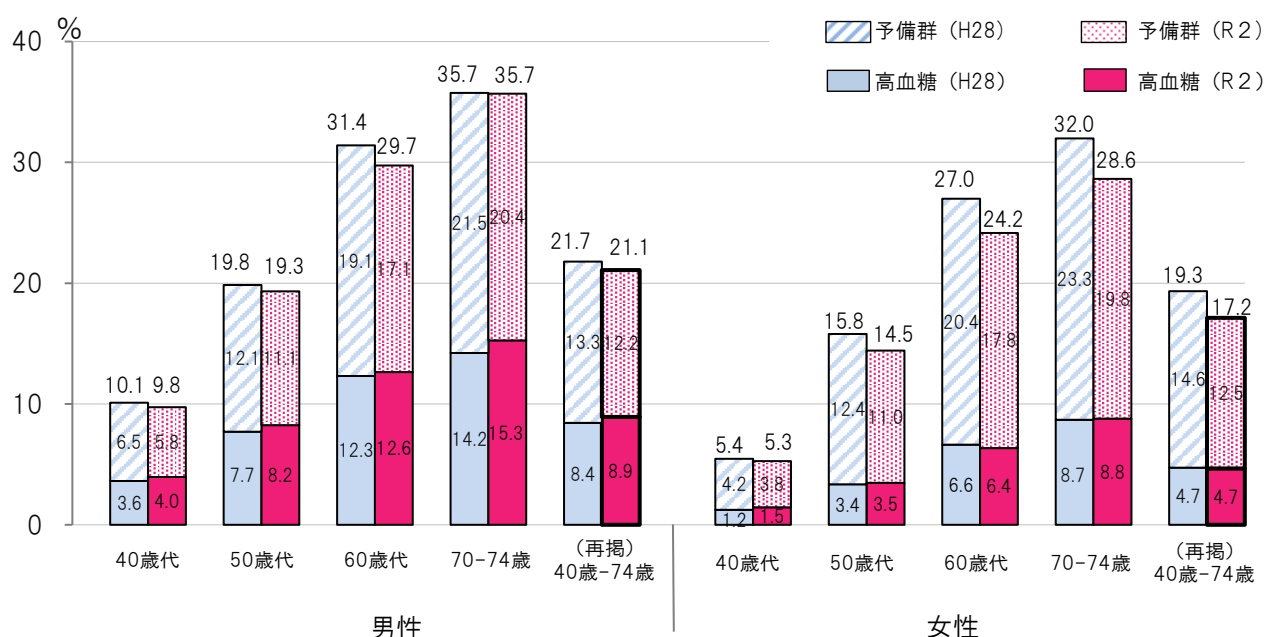
糖尿病は、インスリンの分泌機能の低下等によって血液中のブドウ糖の濃度（血糖値）が高くなり、慢性の高血糖状態が起こる代謝性疾患です。初期症状はほとんどありませんが、血糖コントロール不良の状況が続くと動脈硬化が進み、脳卒中や心臓病のリスクが高まります。また、3大合併症として、網膜症、腎症、神経障害があり、失明や人工透析につながりやすく、健康寿命を大きく損なうことになります。

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【第〇章】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。

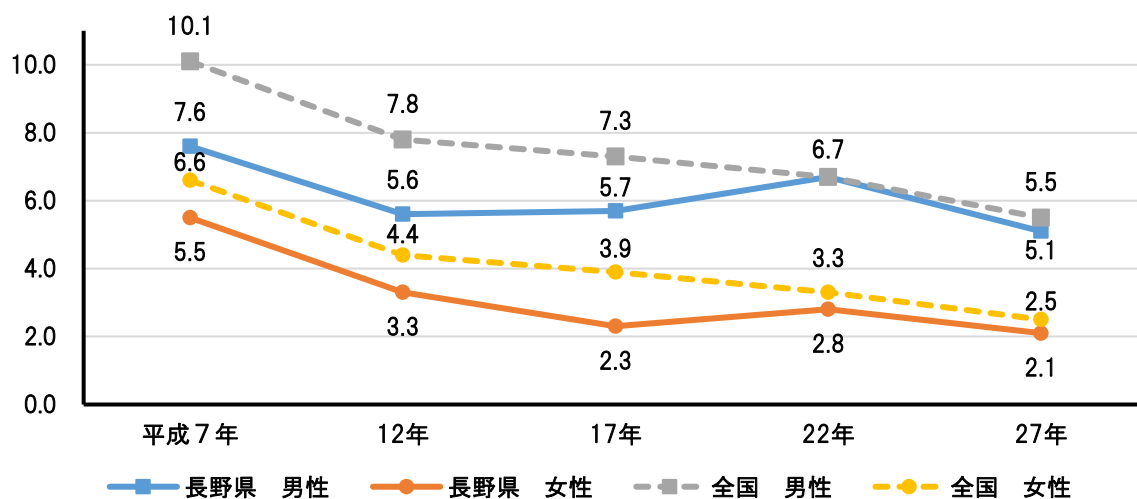
3 糖尿病の医療

（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 | 木曽 | 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、食欲不振時等）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）のケースが多いため、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・糖尿病合併妊娠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 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実況」)

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）

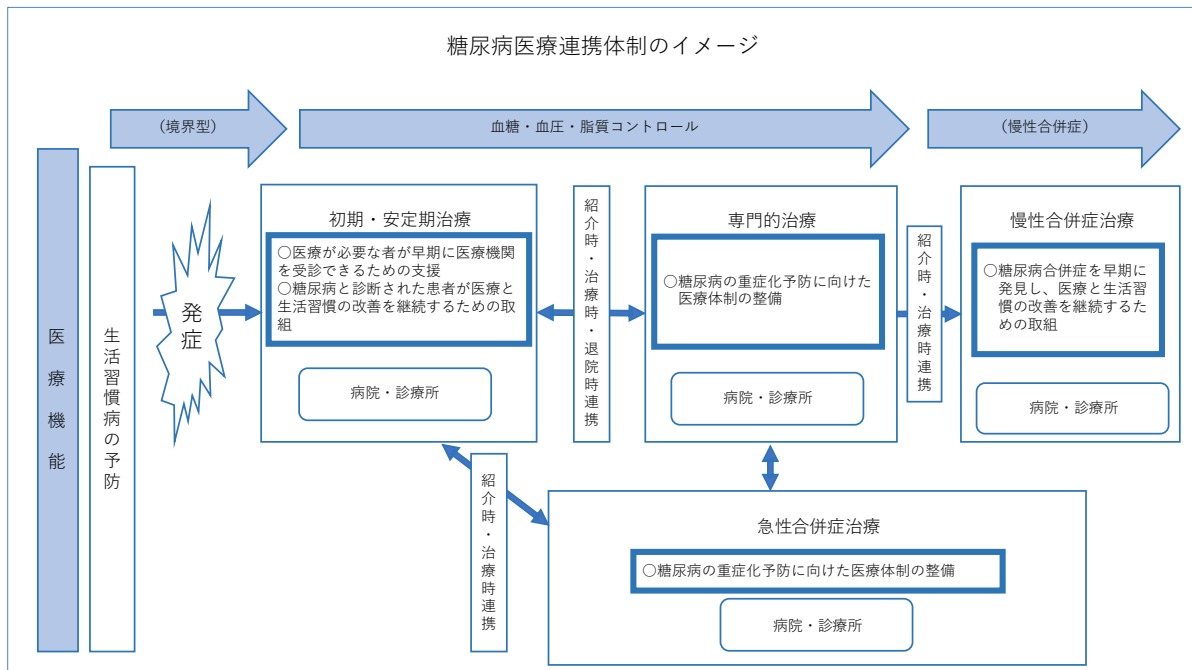
- (1) 県民が糖尿病についての正しい知識を持ち、生活習慣の改善に取り組んでいる
- (2) 県民が自身の健康状態を把握している
- (3) 医療が必要な者が早期に医療機関を受診している
- (4) 糖尿病と診断された患者が医療と生活習慣の改善を継続している
- (5) 重症化予防のために、必要に応じて、専門的医療を受けることができている
- (6) 糖尿病合併症の早期発見がされて、必要な医療と生活習慣の改善を継続している

2 糖尿病の医療体制

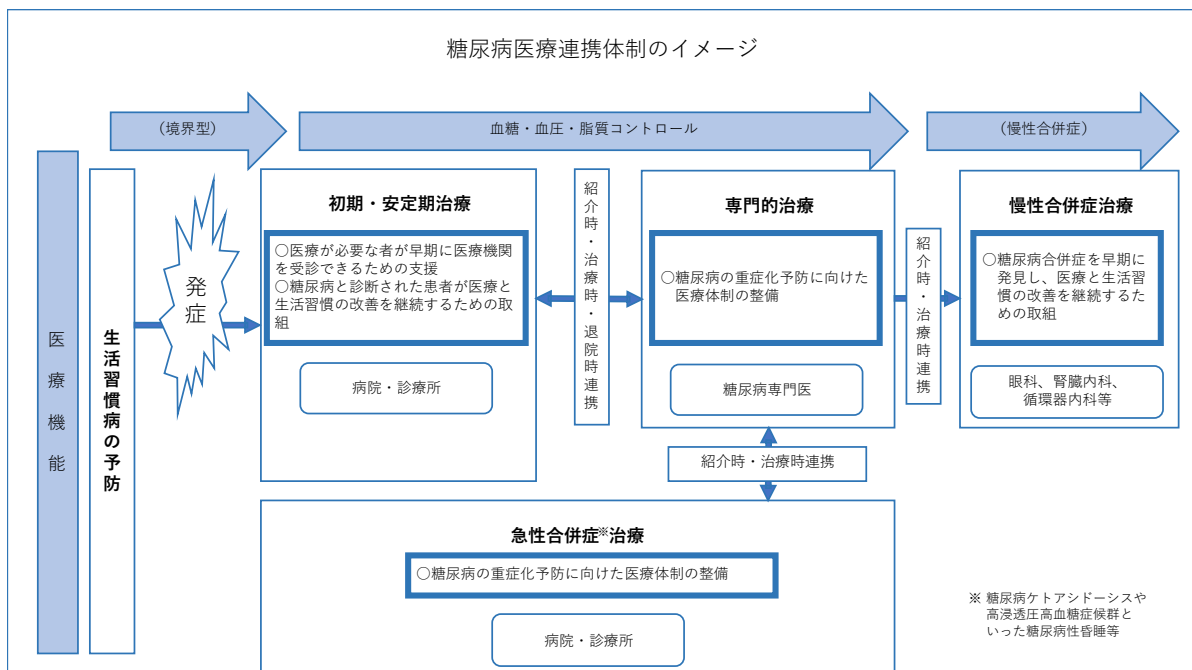
- 糖尿病の医療体制は、次に示す図のとおりです。

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

- 木曽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

- 木曽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）に参加している関係団体・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 (H 2 7) | (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% | | |
| | | (2019) | | | |

| | | | | | |
|---|--|------------------------|--------|----------------|--------|
| 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

スティグマとアドボカシー

第1節 がん対策（長野県がん対策推進計画）

予防に関する項目のみ抜粋しています。

Ⅱ がんの発症を予防するために

1 県民ががんを正しく理解し、予防行動につとめている。

がんの罹患率の減少のために、科学的根拠に基づく正しい知識の普及啓発や予防接種の提供等により、県民ががんを正しく理解し、一人ひとりが予防行動に努めることが重要です。

（１） 予防・健康づくりの普及啓発

【現状と課題】

ア 健康づくり

- 一次予防はがん対策の第一の砦であり、がんの30～50%は予防できるとされています。
- 予防可能ながんの因子の多くは、日常の生活習慣に関わるものであり、がんを予防するには、喫煙や飲酒、運動不足、野菜・果物不足、食塩の過剰摂取等の生活習慣の改善に向けた取組が重要です。
- 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や、がんに大きく寄与する因子である喫煙に対する対策など幅広く取り組んでいます。詳細は【長野県健康増進計画】に記載

イ 感染性がん

- 発がんに大きく寄与する因子として、子宮頸けいがんに関連するヒトパピローマウイルス（以下「HPV」という。）、肝がんに関連する肝炎ウイルス等があり、これらの感染性要因は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も大きく寄与する因子となっています。
- 特に、女性特有のがんでもある子宮頸がんの発生原因の多くがHPV感染であり、その予防のためのHPVワクチンについて、国は、積極的な勧奨を差し控えることとした取扱いを終了し、令和4年（2022年）4月より接種対象者に対する個別の接種勧奨を順次実施しています。
- 個別の接種勧奨が再開され、実施率は向上しているものの、接種対象期間に5年間の幅があることに加え、多くの方が副反応等への不安から接種に慎重になっていると考えられることから、継続して、子宮頸がんのリスクや予防接種・副反応に関する正しい知識の普及をしていく必要があります。
- 肝炎ウイルスについては、市町村の健康診断において肝炎ウイルス検査を実施している市町村があるほか、県内の保健所でも無料検査を実施していますが、近年は新型コロナウイルスの影響もあり、保健所の検査受検者数は減少傾向を示しており、普及啓発や制度周知等により受検者数の増加を図る必要があります。
- B型肝炎の予防接種については、平成28（2016）年10月から予防接種法に基づく定期接種に位置付けられ、予防接種の継続によって抗体保有者が増加し、B型肝炎ウイルスへの感染機会が減少することが期待されます。

【施策の展開】

- 県は、「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。
詳細は【長野県健康増進計画】に記載
- 県は、感染性がんに関する正しい知識の普及啓発等に取り組みます。
詳細は【長野県感染症予防計画、長野県肝炎対策推進計画】に記載

数値目標

1 中間アウトカム指標②

| 区分 | 指標 | 現状 (2023) | 目標 (2029) | 目標数値の 考え方 | 備考 (出典等) |
|----|-------------------------------|------------------------|--------------|---|-------------|
| O | 喫煙率（20歳以上） 【再掲】 | 男性 26.2% (2019) | 18% | 健康日本 21(第3次)の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする | 県民健康・栄養調査 |
| | | 女性 6.7% (2019) | 4% | | |
| | | 男女計 16.1% (2019) | 11% | | |
| O | 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合【再掲】 | 男性 11.0% (2019) | 10.8% | 第2期計画目標が未達成のため継続設定 | 県民健康・栄養調査 |
| | | 女性 7.6% (2019) | 6.5% | | |

注)「区分」欄 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

2 個別施策の指標

| 区分 | 指標 | 現状 (2023) | 目標 (2029) | 目標数値の 考え方 | 備考 (出典等) |
|----|--|------------------------|--------------|----------------------|-------------|
| S | 信州 ACE（エース）プロジェクト推進ネットワーク団体登録者数（仮）【再掲】 | 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 |
| P | B 型肝炎定期予防接種実施率（3 回目）【再掲】 | 99.0% | 95%以上を維持 | 現状維持 | 感染症対策課調べ |
| P | HPV ワクチン定期予防接種実施率【再掲】 | 初回 53.6% | 80% | 接種勧奨差し控え前の実施率を基準とする。 | 感染症対策課調べ |
| | | 2 回目 51.3% | 75% | | |
| | | 3 回目 39.2% | ※ | | |

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

※ HPVワクチン3回目実施率については、令和5年度(2023年度)より、HPV9価ワクチン(ガーダシル)の定期接種が開始となっており、満15歳までに1回目の接種を完了することで、計2回接種で接種完了となる。今後、HPV9価ワクチン(ガーダシル)接種の増加が見込まれることから、目標値は設定しない。

第2節 脳卒中対策(循環器病対策推進計画)

予防に関する項目のみ抜粋しています。

Ⅱ 脳卒中の発症を予防するために (中間アウトカム①の1)

1 県民が脳卒中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 (中間アウトカム②の1)

(1) 予防・健康づくりの普及啓発 (個別施策1)

【現状と課題】

ア 健康づくり

- 脳卒中を含む循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- 長野県が展開している、健康づくり県民運動「信州 ACE(エース)プロジェクト」は、平成 26 年(2014 年)6 月にスタートしました。単に「長生き」を追求するだけでなく、一人ひとりが生涯にわたり尊厳と生きがいを持ち、その人らしく健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」の実現を目指しています。
- 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幅広く取り組んでいます。詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載

イ 脳卒中のリスクが高い者への普及啓発

- 脳卒中のうち、患者数が最も多い脳梗塞は、脳の血管が詰まることで起こります。
- 高血圧や脂質異常症、糖尿病、喫煙、多量飲酒は、脳の血管が詰まる原因となり、脳梗塞を引き起こします。動脈硬化によって脳内の細い血管が詰まるものや、脳の血管にコレステロールが溜まり太い血管が詰まるものがあります。
- 心房細動と呼ばれる心臓の病気(不整脈)は、心臓で血の塊(血栓)を作り、血流により脳へ流れることで脳梗塞を引き起こす恐れがあります。自覚症状がない場合が多く、心電図検査等で発見される場合があります。
- 心房細動を始め、高血圧や脂質異常症、糖尿病を発症している等、脳卒中のリスクが高い者に対し、早期の医療機関の受診や治療を促す必要があります。

【施策の展開】

- 県は、「信州 ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。
詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載
- 県は、心房細動を始めとした重症化予防に関する県民の理解を深めるための、普及啓発に取り組みます。

数値目標

| 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 | | 23.1% | | | |
| | 20～64 歳男性 | | 16.6% | 40% | 健康日本 21(第3次)の目標値 | 県民健康・栄養調査 |
| | 20～64 歳女性 | | 15.0% | 30% | | |
| | 65 歳以上男性 | | 39.5% | 30% | | |
| | 65 歳以上女性 | | 30.0% | 50% | | |
| | | | (2019) | 50% | | |
| O | 喫煙率 | 男性 | 26.2% | 18% | 健康日本 21(第3次)の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする | 県民健康・栄養調査 |
| | | 女性 | 6.7% | 4% | | |
| | | 男女計 | 16.1% | 11% | | |
| P | 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 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

2 県民が自身の健康状態を把握している（中間アウトカム②の2）

（1）特定健康診査・特定保健指導の受診啓発

【現状と課題】

- 脳卒中の予防には、発症リスクとなる高血圧等の早期発見、早期治療介入が重要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、第2期信州保健医療総合計画において目標としている「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」に達していない状況です。特に、被扶養者は被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。
- 県では「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進の中で、健康診査受診や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載

【施策の展開】

- （再掲）県は、「信州ACE（エース）プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。
詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載
- 健康診査受診者が診査の結果に基づき、必要な保健指導や医療機関を受診できる体制整備を推進します。

数値目標

| 区分 | 指標 | 現状 (2023) | 目標 (2029) | 目標数値の 考え方 | 備考 (出典等) |
|----|-----------|-----------------|--------------|--------------------|-------------|
| ○ | 特定健康診査受診率 | 61.5% (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 |
| ○ | 特定保健指導実施率 | 34.7% (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 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

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策(循環器病対策推進計画)

予防に関する項目のみ抜粋しています。

Ⅱ 心血管疾患の発症を予防するために (中間アウトカム①の1)

1 県民が心血管疾患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 (中間アウトカム②の1)

(1) 予防・健康づくりの普及啓発 (個別施策1)

【現状と課題】

- 心血管疾患を含む循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症し、その経過は、生活習慣病の予備群、生活習慣病の発症、重症化・合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行します。しかし、いずれの段階においても生活習慣を改善することで進行を抑えられる可能性があります。
- 長野県が展開している、健康づくり県民運動「信州 ACE(エース)プロジェクト」は、平成 26 年(2014 年)6 月にスタートしました。単に「長生き」を追求するだけでなく、一人ひとりが生涯にわたり尊厳と生きがいを持ち、その人らしく健やかで幸せに暮らせる「しあわせ健康県」の実現を目指しています。
- 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幅広く取り組んでいます。詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載

【施策の展開】

- 県は、「信州 ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載

数値目標

| 区分 | 指標 | 現状 (2023) | 目標 (2029) | 目標数値の 考え方 | 備考 (出典等) |
|----|-------------|--------------|--------------|--------------------|-------------|
| 〇 | 運動習慣のある者の割合 | | | | |
| | 20～64 歳男性 | 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 歳女性 | 16.6% | 30% | | |
| | 65 歳以上男性 | 15.0% | 30% | | |
| | 65 歳以上女性 | 39.5% | 50% | | |
| | | 30.0% | 50% | | |
| | | (2019) | | | |

| | | | | | | |
|---|--------------------------------|-----|------------------------|--------|--|-----------|
| O | 喫煙率 | 男性 | 26.2% | 18% | 健康日本21(第3次)の指標に合わせ、現在の喫煙率から禁煙希望者が禁煙できたとした場合の喫煙率とする | 県民健康・栄養調査 |
| | | 女性 | 6.7% | 4% | | |
| | | 男女計 | 16.1% | 11% | | |
| P | 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 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

2 県民が自身の健康状態を把握している(中間アウトカム②の2)

(1) 特定健康診査・特定保健指導の受診啓発

【現状と課題】

- 心血管疾患予防には、発症リスクとなる高血圧等の早期発見、早期治療介入が重要です。
- 生活習慣病の予防及び早期発見に資する健康診査・保健指導には、40歳以上75歳未満が対象となる特定健康診査・特定保健指導があります。本県における特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率は全国と比べて高く、年々増加していますが、第2期信州保健医療総合計画において目標としている「特定健康診査受診率70%、特定保健指導実施率45%」に達していない状況です。特に、被扶養者は被保険者と比較すると低い状況であり、医療保険者と連携した取組が必要です。
- 県では「信州ACE(エース)プロジェクト」の推進の中で、健康診査受診や運動習慣の定着、食生活改善に向けた取組など幅広く取り組んでいます。詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載

【施策の展開】

- 県は、「信州ACE(エース)プロジェクト」の推進等により県民の健康増進を図ります。
詳細は【第〇章「健康づくり」】に記載
- 健康診査受診者が診査の結果に基づき、必要な保健指導や医療機関を受診できる体制整備を推進します。

数値目標

| 区分 | 指標 | 現状 (2023) | 目標 (2029) | 目標数値の 考え方 | 備考 (出典等) |
|----|------------|-----------------|--------------|--------------------|-------------|
| ○ | 特定健診の受診率 | 61.5% (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 |
| ○ | 特定保健指導の実施率 | 34.7% (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 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