

## 4 糖尿病の医療連携体制

### (1) 現 状

#### ア 罹患・死亡の状況

- 当圏域では、令和4年に39人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.9%（全道1.1%）を占めています。

#### 【糖尿病の死亡数の推移】

|               |     | H30年度 | R元年度 | R2年度 | R3年度 | R4年度 |
|---------------|-----|-------|------|------|------|------|
| 死亡数（人）        | 北海道 | 759   | 724  | 756  | 807  | 809  |
|               | 中空知 | 23    | 26   | 16   | 33   | 39   |
| 人口10万対死亡率（人）  | 北海道 | 11.2  | 13.6 | 14.0 | 15.4 | 15.9 |
|               | 中空知 | 21.7  | 25.0 | 15.7 | 33.1 | 40.9 |
| 死亡全体に占める割合（%） | 北海道 | 1.2   | 1.1  | 1.2  | 1.2  | 1.1  |
|               | 中空知 | 1.3   | 1.5  | 0.9  | 1.8  | 1.9  |

※ 北海道保健統計年報

- 当圏域の令和4年12月末日現在の血液透析患者数は371人、うち、糖尿病性腎症の透析患者数は101人で、透析患者数全体の27.2%となっています。
- 令和4年の糖尿病性腎症による新規導入透析患者数は18人で、新規導入透析患者数（48人）の37.5%（全道40.3%）を占めています。

#### 【中空知地域の人工透析患者の状況】

（単位：人）

|                                      | H29年度 | H30年度 | R元年度  | R2年度  | R3年度 | R4年度  |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| 透析患者数<br>（うち糖尿病性腎症数）                 | 411   | 413   | 406   | 391   | 373  | 371   |
|                                      | (132) | (137) | (174) | (163) | (79) | (101) |
| 新規導入透析患者数<br>（うち糖尿病性腎症<br>新規導入透析患者数） | 53    | 49    | 75    | 87    | 54   | 48    |
|                                      | (18)  | (19)  | (43)  | (29)  | (13) | (18)  |

※ 地域保健課難病対策係「透析医療の現況調査」

#### イ 健康診断の受診状況

- 糖尿病は自覚症状がないまま進行するため、定期的な健診の受診による早期発見・治療が重要です。
- 当圏域の市町村国民健康保険加入者の特定健康診査の受診率は、新型コロナウイルスの影響により一時的に低下したものの、令和4年度は40.9%で再度上昇傾向にあり、全道（29.7%）を上回っていますが、対象者の約4割にとどまっています。

- 内臓脂肪症候群該当者（メタボリックシンドローム）\*1の割合は増加傾向にあり、内臓脂肪症候群予備群\*2の割合は横ばいで推移しています。
- 市町では、特定健診未受診者への受診勧奨に加え、健診データや国保データベース（KDB）システムを活用して糖尿病の発症や重症化のリスクがある者を抽出し、訪問や電話・来所相談により健診受診勧奨、保健指導を実施しています。
- HbA1c の受診者に占める HbA1c 値が 6.5% 以上の人の割合は、令和 3 年度で若干減少していますが、全道と比較すると高い状況となっています。

## 【特定健康診査受診状況の推移】

|                 | H29年度  | H30年度  | R元年度   | R2年度   | R3年度   | R4年度   |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 特定健康診査対象者数（人）   | 18,140 | 17,108 | 16,304 | 15,894 | 15,267 | 14,251 |
| 受診者数（人）         | 6,989  | 7,068  | 6,979  | 6,145  | 5,943  | 5,822  |
| 受診率（%）          | 38.5   | 41.3   | 42.8   | 38.7   | 38.9   | 40.9   |
| 全道受診率（%）        | 28.1   | 29.5   | 29.8   | 27.0   | 27.9   | 29.7   |
| 内臓脂肪症候群該当者数（人）  | 1,451  | 1,498  | 1,571  | 1,455  | 1,416  | 1,439  |
| 該当率（%）          | 20.8   | 21.2   | 22.4   | 23.7   | 23.8   | 24.7   |
| 全道該当率（%）        | 17.7   | 18.0   | 18.8   | 20.5   | 20.5   | 20.3   |
| 内臓脂肪症候群予備群者数（人） | 782    | 829    | 807    | 668    | 605    | 587    |
| 該当率（%）          | 11.2   | 11.7   | 11.5   | 10.9   | 10.2   | 10.1   |
| 全道該当率（%）        | 10.5   | 10.6   | 10.8   | 11.0   | 10.9   | 11     |

※ 特定健康診査・特定保健指導実施結果集計（法定報告速報値）（北海道国民健康保険団体連合会）

※ 特定健康診査の受診者数：法律の定める特定健康診査・特定保健指導の対象者から、未受診者及び欠損者（年度中の資格喪失者及び厚生労働大臣が定める除外者）を除いた受診者数。

## 【特定健康診査受診状況の推移】

|     |                       | H30年度   | R元年度    | R2年度    | R3年度    |
|-----|-----------------------|---------|---------|---------|---------|
| 中空知 | HbA1c受診者数（人）          | 21,494  | 17,071  | 15,513  | 16,201  |
|     | HbA1c値が6.5%以上の受診者数（人） | 1,714   | 1,542   | 1,516   | 1,536   |
|     | 割合（%）                 | 8.0     | 9.0     | 9.8     | 9.5     |
| 全道  | HbA1c受診者数（人）          | 787,880 | 793,049 | 732,220 | 741,880 |
|     | HbA1c値が6.5%以上の受診者数（人） | 55,195  | 54,469  | 56,375  | 57,087  |
|     | 割合（%）                 | 7.0     | 6.9     | 7.7     | 7.7     |

※ HbA1c 二次医療圏別年齢階級別分布（NDBオープンデータ・厚生労働省）

※ HbA1c受診者：法律の定める特定健康診査・特定保健指導の対象者のうち、HbA1cの検査を受けた受診者数。上記に記載した欠損者を含む。

## ウ 医療機関の状況

（糖尿病医療機能を担う公表医療機関について）

- 当圏域における「インスリン療法を行うことができる」、「糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができる」、「糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」のいずれかに該当する公表医療機関\*3は、令和5年は33か所です（平成31年は34か所）。

\*1 内臓脂肪症候群該当者（メタボリックシンドローム）：内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、2つ以上に該当する者。

\*2 内臓脂肪症候群予備群：内臓脂肪の蓄積（主に腹囲により測定）に加え、血中脂質、血圧、血糖基準のうち、1つに該当する者。

\*3 北海道保健福祉部調査（令和5年4月）

- 当圏域における「糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる」、「医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる」の両方を満たす公表医療機関（眼科）は令和5年は4か所です。\*1
- また、「教育入院を実施している」と回答した医療機関\*2は、4か所（病院3か所、診療所1か所）で、前回（平成31年）調査時の11か所（病院8か所、診療所3か所）から減少しました。

（糖尿病治療における医療連携の状況）

- 令和4年の「糖尿病治療における医療連携の状況」調査では、病院は41.7%、診療所は88.3%で、平成29年（病院76.9%、診療所88.0%）よりも病院における医療連携の状況が低い割合となっています。
- 糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会発行）は、検査値や治療内容、合併症の検査所見などが継続的に記入できるため、患者自身が医療－保健を連携する役割を果たし、糖尿病医療の質の向上に貢献する目的として作成されています。  
当圏域での糖尿病連携手帳の活用状況をみると、病院は72.7%、診療所は94.1%で、平成29年（病院は61.5%、診療所は84.0%）よりも高い割合となっています。
- 地域連携クリティカルパスは、安全で質の高い医療を提供するため、地域のかかりつけ医と専門病院の医師等が連携し、質の高い糖尿病診療を行うことを目指して作成されています。当圏域での活用状況をみると、病院では2施設、診療所では10施設となっています。
- 当圏域では、自治体病院間や、地域の介護・医療・福祉関係者をつなぐICTを活用したネットワークシステム（そら-ねっと、みまもりんく）を運用しており、連携体制の充実が図られてきています。

|     |       | 回答数 |     | 糖尿病治療における医療連携の状況 |      | 糖尿病連携手帳の活用状況 |      | 地域連携クリティカルパスの活用状況 |      |
|-----|-------|-----|-----|------------------|------|--------------|------|-------------------|------|
|     |       | 病院  | 診療所 | 病院               | 診療所  | 病院           | 診療所  | 病院                | 診療所  |
| 全道  | H29年  | 325 | 748 | 212              | 567  | 219          | 580  | 71                | 303  |
|     | 割合(%) | ... | ... | 65.2             | 84.8 | 67.4         | 77.5 | 21.8              | 40.5 |
|     | R4年   | 299 | 718 | 182              | 611  | 219          | 550  | 77                | 373  |
|     | 割合(%) | ... | ... | 60.9             | 85.5 | 69.5         | 77.0 | 25.8              | 52.2 |
| 中空知 | H29年  | 13  | 25  | 10               | 22   | 8            | 21   | 4                 | 13   |
|     | 割合(%) | ... | ... | 76.9             | 88.0 | 61.5         | 84.0 | 30.8              | 52.0 |
|     | R4年   | 12  | 17  | 5                | 15   | 8            | 16   | 2                 | 10   |
|     | 割合(%) | ... | ... | 41.7             | 88.2 | 72.7         | 94.1 | 16.7              | 58.8 |

※ 総医協地域保健専門委員会糖尿病対策小委員会「糖尿病の地域連携に関する現状調査結果」  
（平成29年度及び令和4年度）

\* 1 北海道保健福祉部調査（令和5年4月）

\* 2 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（令和4年）（保健福祉部調査）

## (医療機能と医療従事者の状況について)

- 令和4年現在、管内の糖尿病専門医\*1は4人、腎臓専門医\*2は1人の登録となっています。また、糖尿病看護認定看護師\*3は2名、糖尿病療養指導士\*4は7名の登録となっています。

| 医療機関名               | 所在市町  | 糖尿病<br>専門医<br>*1 | 腎臓<br>専門医<br>*2 | 糖尿病<br>看護認定<br>看護師<br>*3 | 糖尿病<br>療養<br>指導士<br>*4 | 教育<br>入院<br>*5 | 透析<br>医療<br>*6 |
|---------------------|-------|------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|----------------|
| 市立芦別病院              | 芦別市   |                  |                 |                          |                        |                | ○              |
| あかびら市立病院            | 赤平市   |                  |                 |                          |                        | ○              | ○              |
| 平岸病院                | 赤平市   |                  |                 |                          |                        | ○              |                |
| 滝川市立病院              | 滝川市   | 1人               |                 |                          | 4人                     | ○              | ○              |
| 医療法人社団 鈴木内科クリニック    | 滝川市   | 1人               |                 |                          |                        |                |                |
| 医療法人祐仁会 石田クリニック     | 滝川市   |                  | 1人              |                          |                        |                | ○              |
| 男澤医院                | 滝川市   | 1人               |                 |                          |                        |                |                |
| 砂川市立病院              | 砂川市   |                  |                 | 2人                       | 3人                     |                | ○              |
| 医療法人社団和漢全人会 花月クリニック | 新十津川町 | 1人               |                 |                          |                        | ○              |                |
| 計                   | 5市2町  | 4人               | 1人              | 2人                       | 7人                     | 4か所            | 5か所            |

## エ 医療の受給率について

当圏域の糖尿病の受給率\*7は、入院 94.4%、外来 83.1%で、ほぼ当圏域内で受給しています。

## オ 地域の状況

(各機関の取組状況)

- 市町では、生活習慣病予防対策として、様々な取組を行っています。
- 特定健康診査受診率向上に向けて、受診しやすい健診時間の設定等の環境整備、健診未受診者への訪問・電話等による受診勧奨、職域の健診状況の把握などを実施に加え、健診後の特定保健指導、精密検査が必要となった者への受診勧奨などを実施しています。糖尿病対策を実施する上では、自治体内の医療機関の協力を得ながら、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの作成を進めています。
- また、関係団体等と連携し、住民に対する生活習慣病予防に関する講座や健康展などを利用した普及啓発を実施しています。
- 滝川市医師会では、「滝川糖尿病地域医療研究会」を開催し、地域で病診連携を目的とした学習を行っています。
- 医療機関では、糖尿病の悪化防止のための栄養・運動等の生活指導を行い、糖尿病の教育入院後のフォローアップ教室（砂川市立病院）や患者会（滝川市立病院）を開催しています。

\*1 一般社団法人 日本糖尿病学会(令和5年4月)

\*2 一般社団法人 日本腎臓学会(令和6年6月)

\*3 公益社団法人 日本看護協会 認定看護師・認定看護管理者専門看護師審査・申請システム

\*4 各医療機関ホームページ(令和6年4月)

\*5 「糖尿病治療における地域医療連携調査」(令和4年度)北海道保健福祉部

\*6 「透析医療の現況調査」(令和2年12月1日現在)北海道保健福祉部

\*7 受療動向(令和4年度)北海道医療データ分析センター

## （2）課 題

### ア 予防対策の充実

- 糖尿病は病状が進行するまで自覚症状がないため、診断の遅れや放置・治療中断が起こりやすい状況にあることから、発症予防や重症化予防が重要です。
- 市町では、健診体制の充実や、医療機関や管内事業所と連携した未受診者対策を行っています。今後も受診率の向上に向けた取組が必要です。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、保健指導や医療機関受診を勧め、生活習慣の改善が図られるよう支援が必要です。
- 糖尿病重症化予防対策の推進においては、糖尿病性腎症重症化予防プログラム等に基づき、市町の地域特性を考慮した取組が必要です。

### イ 医療連携体制の充実

- 未治療者及び治療中断者への受診勧奨や糖尿病患者の疾病管理、合併症予防を推進できるよう、市町とかかりつけ医、専門医療機関、歯科診療所及び職域関係機関を含めた連携体制の整備が必要です。
- 医療機関や関係機関、市町においては、糖尿病連携手帳を活用し、特定健診結果を手帳に記載して医療機関への受診時に情報提供を行い、受診結果を地域での保健指導に反映するなどの連携体制の推進が必要です。
- 夜間透析も含め、身近な地域の医療機関で安心して人工透析が受けられる体制が必要です。

## （3）必要な医療機能

### ア 発症予防

（かかりつけ医）

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行います。
- 高血糖、脂質異常症、高血圧、肥満等の危険因子の管理を行います。

### イ 初期・安定期治療

（糖尿病の診断及び生活習慣の改善、良好な血糖コントロールを目指した治療）

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行います。
- 糖尿病の評価に必要な検査を行い、良好な血糖コントロールを目指した治療を行います。
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールを行います。
- シックデイ\*1や低血糖時の対応について事前に十分な指導を行います。
- 訪問看護事業所、歯科診療所、薬局、介護支援専門員等と連携した在宅医療を行います。

---

\*1 シックデイ:糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐または食欲不振によって食事ができないとき。体調不良によって、糖尿病が悪化しやすい状態となる。

## ウ 専門治療

（血糖コントロール不可例の治療、職種連携によるチーム医療の実施）

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行います。
- 各専門職のチーム（管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師等）による食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）を行います。
- 糖尿病患者の妊娠への対応について事前に十分な指導を行います。

## エ 急性合併症治療

（糖尿病性緊急症・低血糖など急性増悪時の治療）

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行います。
- 糖尿病性緊急症（ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態等）や低血糖などの急性合併症の治療を実施します。

## オ 慢性合併症治療

（慢性合併症治療を担う専門医療機関）

- 糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行います。
- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害等）に係る専門的な検査や治療を行います。

## カ 医療機能が異なる医療機関との連携や地域との連携

（かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との連携）

かかりつけ医と専門医療を担う医療機関等との間で、診療情報や治療計画を共有するなどして連携を図ります。

（医療機関と市町村・保険者の連携）

- 医療機関は、市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合には、患者の同意を得て必要な協力を行います。
- 糖尿病連携手帳等を用いた地域連携クリティカルパスやICTを活用した患者情報共有などを通して、医療機関と市町、地域関係機関との連携を図ります。

## (4) 数値目標等

| 指標<br>区分             | 指標名(単位)                                     |    | 現状値   |      | 目標値<br>(R11) | 目標数値<br>の考え方 | 現状値（圏域値）の出典<br>（年次）                                  |
|----------------------|---------------------------------------------|----|-------|------|--------------|--------------|------------------------------------------------------|
|                      |                                             |    | 全道値   | 圏域値  |              |              |                                                      |
| 体制<br>整備             | 地域連携クリティカル<br>パスを導入している<br>医療機関数（か所）        |    | 510   | 12   | 29           | 現状より<br>増加   | 北海道保健福祉部調査（令和４年<br>度）<br>（健康安全局地域保健課がん対策<br>グループ）    |
| 実施<br>率              | 特定健康診査受診率<br>（％）                            |    | ※45.7 | 40.9 | ※70.0        | 現状より<br>増加   | 令和４年度特定健康診査・特定保健<br>指導実施結果集計<br>（北海道国民健康保険団体連合会）     |
|                      | 特定保健指導実施率<br>（％）                            |    | ※18.4 | 49.2 | 60.0         | 現状より<br>増加   | 令和４年度特定健康診査・特定保健<br>指導実施結果集計から算出<br>（北海道国民健康保険団体連合会） |
| 住民<br>の健<br>康状<br>態等 | HbA1c 値が 6.5％<br>以上の者の割合<br>（％）（40～74<br>歳） | 男性 | ※10.0 | 12.5 | ※8.0         | 現状より<br>減少   | 第9回NDBオープンデータ（令<br>和３年度）より算出（厚生労働<br>省）              |
|                      |                                             | 女性 | ※4.7  | 6.5  | ※3.3         | 現状より<br>減少   |                                                      |
|                      | 糖尿病性腎症による新規人<br>工透析導入患者数（人）                 |    | 662   | 18   | 10           | 現状より<br>減少   | 令和４年度「透析治療の現況調査」<br>北海道保健福祉部調査                       |

※現状値(全道値)及び目標値(R11)については、北海道医療計画(R6~R11)の数値

## (5) 数値目標等を達成するために必要な施策

## ア 予防対策の充実

- 市町・医療機関が連携して、特定健康診査の意義を広く周知するとともに、特定健康診査・特定保健指導の充実に努め、「北海道健康増進計画すこやか北海道21\*1を推進するための中空知圏域健康づくり事業行動計画」\*2に基づき、発症予防のための保健事業を推進します。
- 糖尿病の発症リスクがある者及び重症化のおそれがある者に対しては、市町・医療機関・医療保険者・関係機関が連携して特定健診への受診勧奨と特定保健指導を実施し、生活習慣の改善が図られるよう支援します。
- 市町は、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成して、糖尿病重症化予防対策の取組を推進します。また、糖代謝異常がある妊婦への指導を強化します。
- 糖尿病と歯周病とは相互に悪い影響を及ぼすことから、HbA1c高値の方への歯周病健診の充実と普及に努めます。

\*1 北海道健康増進計画すこやか北海道 21: 道民の健康づくりを総合的に推進することを目的とした計画(北海道 令和6年3月)

\*2 北海道健康増進計画すこやか北海道 21を推進するための中空知圏域健康づくり事業行動計画: 道計画を中空知圏域で具体的に推進することを目的とした計画(滝川保健所 令和6年9月)

## イ 医療連携体制の充実

- 発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性期合併症治療、慢性合併症治療の医療機能における医療機関及び関係団体の取組を促進します。
- 糖尿病患者に対して継続治療の必要性等を啓発し、病状の悪化や合併症予防に努めます。
- 発症予防から専門治療・慢性合併症治療まで切れ目なく適切な医療が提供できるよう、糖尿病連携手帳等を用いた地域連携クリティカルパスの活用やICTを活用した患者情報共有を図ります。
- また、中空知保健医療福祉圏域連携推進会議糖尿病領域検討会議等を活用した医療及び地域の関係機関相互の連携体制の充実を図ります。

## （6）医療機関等の具体的名称

（糖尿病医療を担う医療機関の公表基準）

北海道医療機能情報公表システムに基づく、医療機能情報の報告内容から、次の①～③の項目のいずれかに該当する医療機関

- ① インスリン療法を行うことができること
- ② 糖尿病患者教育（食事療法・運動療法・自己血糖測定）を行うことができること
- ③ 糖尿病による合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができること

〔眼科〕

ア 糖尿病性網膜症患者に対し、網膜光凝固術が実施できる

イ 医療機能が異なる医療機関（診療科）と連携し、糖尿病合併症に対する継続的な管理及び指導を行うことができる

（医療機関名）

上記に定める公表基準を満たした医療機関（最新データは北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課のホームページを参照）。

(<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/184045.html>)

## （7）歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割

- 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼし、歯周病治療で血糖値が改善すると示唆されていることから、医療機関から糖尿病を有する歯周病患者の紹介があった場合、適切な歯科医療の提供に努めます。
- また、糖尿病合併症予防に当たっては、口腔機能及び口腔衛生の維持・管理が重要であることから、糖尿病患者の教育入院を実施する医療機関において、歯科保健指導や歯科健康教育を行ったり、糖尿病患者の歯科医院受診時には糖尿病連携手帳を活用するなど、医科歯科連携による療養支援体制の構築を目指します。
- 難治性の歯周病患者に対し、糖尿病に伴う易感染状態を疑い、糖尿病・内分泌専門医療を担う適切な医療機関へ紹介するよう努めます。



### （8）薬局の役割

- 糖尿病の治療継続や重症化の防止のためには、患者が薬物治療について正しく理解し、適切に服薬等を行うことが重要であることから、薬局において、糖尿病連携手帳を活用しながら薬学的管理（薬剤服用歴の管理、服薬状況や副作用の把握等）を行うとともに、患者への適切な服薬指導などに努めます。
- 在宅患者に対しては、薬局において、医療機関や訪問看護事業所等と連携し、薬学的管理の下、訪問による患者への適切な服薬指導等を行うとともに、在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給に努めます。

### （9）訪問看護事業所の役割

- 糖尿病及び合併症の治療やそれに伴う諸症状について、セルフコントロールを含め、適切な療養行動を維持できるよう患者・家族を支援し、生活の質の向上に努めます。
- 糖尿病の重症化予防や口腔ケア、フットケアなどによる合併症の予防、早期発見に努めるとともに、低血糖等の急性増悪時の対応について、患者・家族及び支援関係者と平常時から連携します。