

滋賀県糖尿病地域医療連携指針

平成23年(2011年)10月

滋賀県糖尿病地域医療連携指針検討委員会

滋賀県健康福祉部

目 次

I	「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」作成の趣旨	1
II	現状と課題	2
	1 糖尿病患者、糖尿病を疑う人の現状	
	2 健診 早期発見・早期治療対策の現状	
	3 地域医療連携体制の現状	
	(1) 健診後の地域保健と医療との連携	
	(2) 診療連携（病診、病病、診診連携）	
	(3) 療養指導	
	4 医療機関、従事者等の資源の状況	
	5 糖尿病地域医療連携における課題	
III	今後の糖尿病地域医療連携体制推進の方向性	9
IV	糖尿病地域医療連携の重要性とメリット	11
V	地域医療連携を推進するための取り組み	11
	1 糖尿病予防対策の推進	
	2 健診後の地域保健と医療との連携の強化	
	3 診療連携(病診・病病・診診連携)体制の強化	
	4 療養指導を充実するための人材育成・活用	
VI	効果的な連携のために	14
	(1) 健診後の地域保健と医療との連携	
	(2) かかりつけ医（一般診療所）と専門医等による診療をおこなっている 病院との医療連携	
VII	各関係機関等の役割	18

「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」検討委員会設置要綱

「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」検討委員会名簿

<資料>

- 【参考】糖尿病地域医療連携の推進の参考となる評価指標
- 参考文献等

I 「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」作成の趣旨

糖尿病は、脳卒中や急性心筋梗塞の重大なリスク要因であり、予防、早期発見とともに、良好なコントロール状態を維持し重症化予防、合併症予防が重要です。慢性的な経過をたどるため十分な管理が行われない場合は、重症化がすすみ心筋梗塞や脳卒中、糖尿病腎症による人工透析、網膜症による視力障害など合併症を発症し、QOL（生活の質）低下のおそれがあります。

県では、平成13年3月に健康づくり計画として「健康いきいき21—健康滋賀推進プラン—」を策定し、また、平成17年3月には糖尿病分野について「糖尿病対策推進プラン」を策定し、糖尿病の予防、早期発見と健診後の事後指導に取り組んできました。

しかしながら、平成19年の国民健康・栄養調査によると糖尿病を強く疑う人、糖尿病を否定できない人を合わせて全国で約2,210万人と推計されています。平成9年、平成14年の実態調査に比べて大幅に増加しています。

また、平成18年の滋賀県医師会糖尿病実態調査の結果では、全登録患者の60%、薬剤治療患者の70%がHbA1c6.5%以上と不良な血糖管理状況でした。

さらに、滋賀県の慢性透析患者数（H21日本透析医学会）は、2,637人で、H21年の導入原疾患では、糖尿病性腎症によるものが43.5%を占め、増加しています。

平成21年度特定健康診査（市町国民健康保険保険者）の間診票の集計によると、HbA1cの値が6.5%を超えているが未治療の人が464人でした。これは、医療機関未受診、治療中断の可能性も考えられます。また、糖尿病服薬治療中2,678人のうち、血糖コントロールが不良の人が、HbA1c7.0%以上769人（28.7%）で、そのうちHbA1c8%以上246人（9.2%）という状況でした。

このような状況から、増加する糖尿病患者に対して、予防はもとより糖尿病の疾病管理の強化および療養指導体制の充実が重要な課題であると考え、予防から治療、療養指導における地域医療連携のさらなる推進のために取り組むべき方向性、本県における糖尿病地域医療連携の効果的な推進に必要な考え方、連携のための各機関の役割などを「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」として取りまとめました。

今後の糖尿病対策の推進にあたり、医療機関、各関係団体、行政機関等のそれぞれの立場でご活用いただけることを期待するものです。

II 現状と課題

1 糖尿病患者および糖尿病を疑う人の現状

①糖尿病実態調査（国民健康・栄養調査）

平成19年の厚生労働省糖尿病実態調査（国民健康・栄養調査）によると「糖尿病が強く疑われる人」は約890万人、糖尿病の可能性が否定できない人をあわせて約2,210万人と平成14年の調査に比べて約590万人も増加しています。

本県の糖尿病患者を同調査から推計すると、糖尿病が強く疑われる人は約11万6千人、糖尿病の可能性が否定できない人は、約16万7千人となり、平成14年の調査に比べて約7万4千人増加しています。

○ 糖尿病実態調査（平成19年）

調査対象者 20歳以上の人を対象に国民健康・栄養調査と同時に実施

総数 4,003人 男 1,619人 女 2,384人（HbA1c測定値がある者）

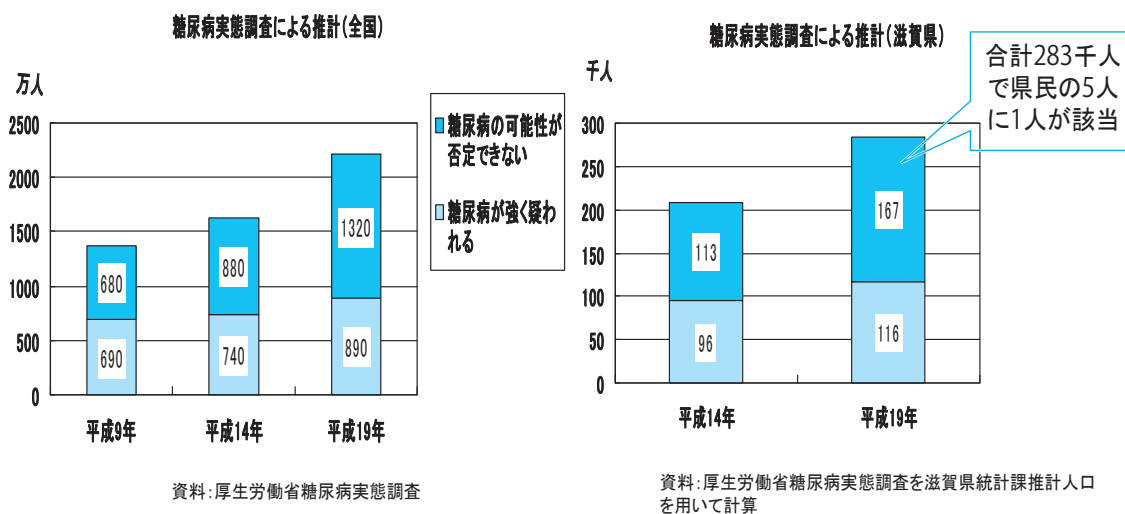
糖尿病が強く疑われる人は全体の10.5%

糖尿病の可能性を否定できない人は全体の15.1%

注）「糖尿病が強く疑われる人」：HbA1c6.1%以上またはアンケート調査で現在糖尿病治療を受けていると答えた人

「糖尿病の可能性が否定できない人」：HbA1c5.6%以上6.1%未満で現在糖尿病治療を受けていない人

図1 糖尿病実態調査による糖尿病患者数の推移



②患者実態調査

平成 20 年患者調査によると糖尿病患者は約 2 万 6 千人と推計されます。

③滋賀県医師会糖尿病患者実態調査

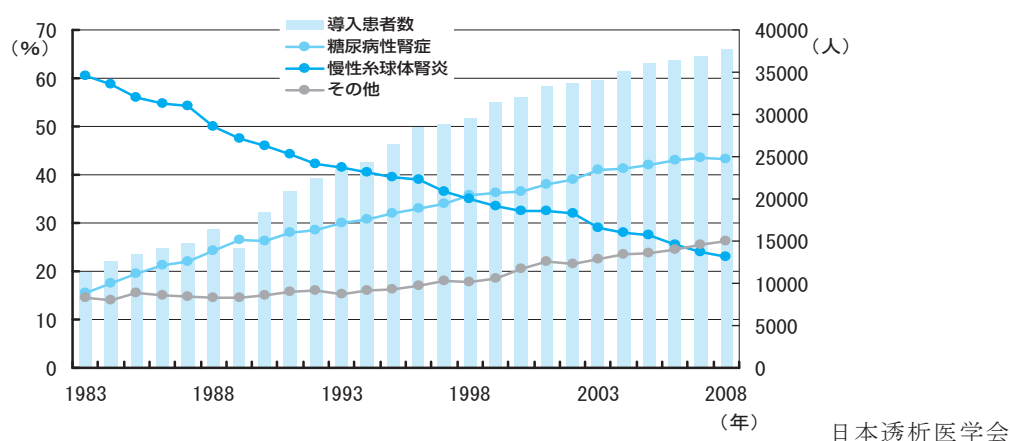
平成 18 年 10 月～12 月に実施された滋賀県医師会糖尿病実態調査によると、調査期間に滋賀県内の医療機関を受診した糖尿病患者 19,039 例の報告がありました。管理状況をみると、全登録患者の平均 HbA1c は 6.9%であり、平成 12 年に実施された調査時と同じ値でしたが、全登録患者の 60%、薬剤治療患者の 70%が HbA1c 6.5%以上と不良な血糖管理状況にありました。

④ 糖尿病合併症の状況

滋賀県の慢性透析患者数(H21 日本透析医学会)は 2,637 人(全国 290,675 人)で、H21 新規腎透析導入患者は 428 人(全国 37,543 人)でした。糖尿病性腎症によるものが 43.5%を占め、原疾患の中で占める割合が最も高くなっています。

滋賀県内の糖尿病性網膜症等による視覚障害の身体障害者手帳所持者数は平成 22 年度末現在で、385 人(大津市 64 人、大津市以外 321 人)です。

図 2 新規透析導入患者数の推移 (全国)



日本透析医学会

2 健診 早期発見・早期治療対策の現状

近年、糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、平成 20 年度から開始された医療保険者による特定健康診査・保健指導では、メタボリックシンドロームに着目して健診・保健指導が実施されています。

図 3 は、平成 21 年度の県内市町国民健康保険保険者における特定健康診査受診者 71,357 人中 HbA1c 検査受診者 43,059 人の結果です。受診勧奨値である HbA1c 6.1%以上の人全体は 3,440 人(8.0%)です(①)。HbA1c の値が 6.5%以上で未治療(「血糖を下げる薬を飲んでいない」と回答)の人は 464 人(④)、3 疾患(高血糖、高血圧、脂質異常症)のいずれかの治療中であるが、糖尿病は未治療である人は、333 人(③)でした。また、糖尿病服薬治療中(「血糖を下げる薬を飲んでいる」と回答)2,678 人のうち、血糖コントロールが不良の人が、HbA1c 7.0%以上 769 人(28.7%)、うち HbA1c 8.0%以上 246 人(9.2%)という状況でした(②)。本人が薬を飲んでいても受診が途絶えていたり、十分な管理ができていない可能性も考えられます。

3 地域医療連携体制の現状

(1) 健診後の地域保健と医療との連携

- 特定健康診査においては、HbA1c6.1%以上または空腹時血糖 126 以上が受診勧奨値となっています。受診勧奨値以上の人であっても医療機関での検査や診断、生活指導内容が、標準化されていないため医療機関により異なります。
- 健康診査の事後指導では、治療の要否だけでなく、予防のための生活指導が重要です。治療が必要ない場合でも、生活習慣改善について特に医師から伝えられることにより動機付けの意義が大きいと考えられます。健診での指導の基準と医療での経過観察や治療の基準とが一致していないため、受診勧奨値以上の人でも受診して服薬治療の対象とならない場合、特に住民が「大丈夫」ととらえてしまうと早期から予防的に生活習慣改善の指導につながりにくい状況があり課題となっています。保険者と医療との共通理解や連携が必要です。
- また、特定健康診査の結果、医療受診が必要となった人に受診勧奨通知はすべての保険者で実施されていますが、要医療受診者の受診の有無を把握し、未受診の人に対して受診の働きかけを行っている市町国保保険者は 19 の内、12 保険者（63.2%）でした。
- 要医療受診者で医療機関未受診の人に働きかけるために、医療受診の有無、治療状況の把握が重要であり、本人や医療機関から報告を受けたり、また、レセプトで医療受診を把握するなど保険者により工夫して把握されています。しかし、すべての保険者で受診状況が把握されている状況ではありません。また、受診勧奨をしても受診につながらなかった人に再度勧奨を実施している保険者は少ない状況です。健診後のフォローを課題と認識しているものの具体的な取り組みに至っていない現状があります。マンパワーの限られた中で、よりリスクの高い対象者に働きかけを行うなど各保険者での事後指導の充実が求められています。
- さらに、健診で要医療となった方の多くは自覚症状がないため、医療機関受診の必要性について十分理解されない場合もあり、理解を深めることが必要です。
- 糖尿病治療中の人に対して、患者の了解を得た上でかかりつけ医（一般診療所）と連携を図り、保健指導の必要性の判断や注意点の相談を行ったり、医師連絡票や医師との面談により治療状況や食事の指示等を確認して地域の栄養相談や保健指導を実施している保険者もあります。

(2) 診療連携(病病、病診、診診連携)

< 専門医のいる病院と一般診療所との連携 >

平成 18 年 10 月～12 月に実施された滋賀県医師会糖尿病実態調査によると糖尿病患者の治療状況の割合は、食事運動療法が診療所 25.4%、病院 32.4%、

経口薬が診療所 58.8%、病院 41.7%、インスリン（経口薬併用含む）が診療所 11.1%病院 25.6%でした。インスリン療法の患者が病院に多く、診療所は経口薬治療が中心になっています。また、食事運動療法を行う軽度の糖尿病患者は病院の方が多い状況にあり、これは、食事運動療法を行うコメディカルスタッフが充実しているのが病院であることや軽症の患者は頻回な受診は必要ないため、即日に検査結果を返すことが可能で通院間隔が空けられる病院に受診していることが考えられます。

平成 19 年から医療計画の 4 疾病の医療連携推進が重要視され、各保健医療圏域の実状に応じて糖尿病地域連携クリティカルパスの導入が開始されています。県内における糖尿病地域連携クリティカルパスの運用状況は、運用開始 2 圏域、試行 1 圏域となっています。糖尿病地域連携クリティカルパスの診療報酬上の評価はなく、活用は進みにくい状況があります。

クリティカルパスの運用は開始されていないが、糖尿病の治療や診療連携についての勉強会等が医師会を中心に開催されている圏域もあります。

平成 23 年 7 月に実施した内科を標榜している診療所を対象とした調査の結果では、定期的に診療している糖尿病患者の内、病態把握や合併症精査、治療内容の是非についての意見を聞くなどの目的で、病院にも定期受診している者の割合は、10.9%という状況でした。中にはほぼ全数の糖尿病患者を病院と連携して診療を行っている診療所もありました。

診療所と病院の診療連携においては、従来からの糖尿病手帳や紹介状が連携のツールとして多く活用されています。

図 4 地域連携クリティカルパスの運用状況

地域連携クリティカルパスの各圏域での運用状況

○病院から在宅へ切れ目なく医療を提供するためのツールとして、がん・脳卒中・心筋梗塞・糖尿病等の地域連携クリティカルパスの運用が進んでいる。
 ○主として、脳卒中を中心に二次医療圏域ごとに保健所が調整役を果たし、地域医療連携の推進を図っている。
 ○なお、地域連携クリティカルパスの診療報酬上の評価は、大腿骨頸部骨折、脳卒中、がんはあるが、他の疾患はない。また、診療報酬算定のための要件が高く、活用が進んでいない。

	がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	大腿骨頸部骨折
大津	H22.4	H20.7	試行	H21.9	
湖南	〃	H20	試行		H20
甲賀	〃	H21			
東近江	〃	H19.12	H21.7試	H21.7試	
湖東	〃	H22.6試			H22.6試
湖北	〃	H20.10			H20.10
湖西	〃	H20.4		H21.4	
実施医療機関数	7	21	1	6	15
年間件数	47	724	10	73	618

H23.5 医務薬務課調査

<他科との連携>

平成 18 年の滋賀県医師会糖尿病実態調査では、年 1 回以上の眼底検査は、46.9%の症例で実施されていました。診療所では 39.4%、病院では 51.6%で病院の方がより眼底検査が行われていました。

<医科歯科連携>

歯周病と糖尿病には密接な関係があることがわかってきており、平成 22 年度から歯科医科連携モデル事業「糖尿病治療における歯科・医科連携推進モデル事業」を滋賀県歯科医師会に委託して実施しています。

歯科医師会各支部ごとに連携体制構築のための検討や研修が行われています。

(3) 療養指導の状況

平成 23 年 7 月に実施した調査で、医師以外の職種が療養指導に従事していると回答のあった診療所は 349 カ所中 50 カ所で 14.7%でした。また、今後、管理栄養士等の職種活用を考えていると回答した診療所は 62 カ所(17.8%)と低い状況でした。診療所で糖尿病治療を受けている患者が十分な療養指導を受けられる体制の整備が求められています。

東近江保健医療圏域では、非常勤雇用された管理栄養士による食事指導が実施されており、15 医療機関で糖尿病の食事指導が平成 21 年度には 629 件、平成 22 年度には 717 件実施されています。例えば病院の教育入院を受けた患者が診療所にもどってきた後、3~4 か月に 1 回面接し教育入院で学習したことを継続できるよう栄養指導を行っています。

また、診療所から各市町や保健所の栄養相談に紹介して、食事や生活面での相談指導を行っている医療機関もあります。

4 医療機関、従事者等の資源の状況

(1) 医療機関

滋賀県の病院数は、ここ数年は 60 施設前後で横ばいですが、人口 10 万対で見ると 4.3 と全国の 6.9 と比較しても少ない状況が続いています。診療所数については、年々増加してきていますが、人口 10 万対で見ると 69.4 と、全国の 78.1 と比較して少ない状況です。

(2) 糖尿病地域連携のための人材

1) 医師

日本糖尿病学会認定の専門医は、滋賀県内で 45 名で勤務先は 19 医療機関等となっています。人口 10 万人あたりの専門医数を見ると滋賀県 3.27 人、全国 3.42 人となります。

2) 糖尿病療養指導士（日本糖尿病療養指導士認定機構）

糖尿病療養指導士の有資格者は、県内で 199 人となっています。

3) 看護師

日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師は1名(滋賀医科大学)、糖尿病看護認定看護師は4名(彦根市立病院、県立成人病センター、市立長浜病院、近江八幡市立総合医療センター)が認定を受けています。平成22年度から滋賀県で糖尿病専門分野看護師育成事業を実施しており、15名が修了しています。

表1 日本糖尿病学会認定専門医 平成23年7月現在

保健医療圏域	人数	医療機関(病院のみ)
大津	24	大津市民病院、大津赤十字病院、大津赤十字志賀病院、滋賀医科大学医学部附属病院 他
湖南	7	草津総合病院、県立成人病センター、済生会滋賀県病院 他
甲賀	3	公立甲賀病院、仁生会甲南病院他
東近江	4	近江八幡市立総合医療センター、国立病院機構滋賀病院
湖東	2	彦根市立病院
湖北	5	長浜赤十字病院、市立長浜病院
高島	0	

日本糖尿病学会ホームページ

表2 日本糖尿病療養指導士有資格者数(人) 平成23年6月15日現在

	看護師 (准看護師)	管理栄養士 (栄養士)	薬剤師	臨床検査 技師	理学療法士	計	人口10万人 あたり
滋賀県	86	52	37	5	19	199	14.4
全 国	8,050	3,722	2,453	1,524	614	16,363	13.0

日本糖尿病療養指導士認定機構ホームページ

日本糖尿病療養指導士の資格と業務(日本糖尿病療養指導士認定機構)

(CDEJ: Certified Diabetes Educator of Japan)

1) 日本糖尿病療養指導士とは、糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を有し、医師の指示の下で患者に熟練した療養指導を行うことのできる医療従事者(看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士の資格を有する者および准看護師、栄養士の資格を有する者。但し、准看護師、栄養士に対する受験資格附与は平成12年度より平成16年度までとする)に対し、本機構が与える資格である。

2) 糖尿病患者の療養指導は糖尿病の治療そのものであるとする立場から、患者に対する療養指導業務は、わが国の医療法で定められているそれぞれの医療職の業務に則って行うものとする。

※日本糖尿病療養指導士認定機構細則より抜粋

5 糖尿病地域医療連携における課題

- 1 糖尿病患者および糖尿病を疑う人の増加。重症化や合併症の増加。
- 2 健診で発見された糖尿病、その疑いのある者が確実に医療を受診し、早期に診断・治療が受けられる体制が不十分。
- 3 重症化、合併症予防のために、県内全域で身近な地域で病態に応じた適切な治療や療養指導が受けられる診療連携(病病・病診・診診連携)体制が不十分。
- 4 療養指導の実施において、医師以外の職種活用を考えている診療所が少ない。

Ⅲ 今後の糖尿病地域医療連携体制推進の方向性

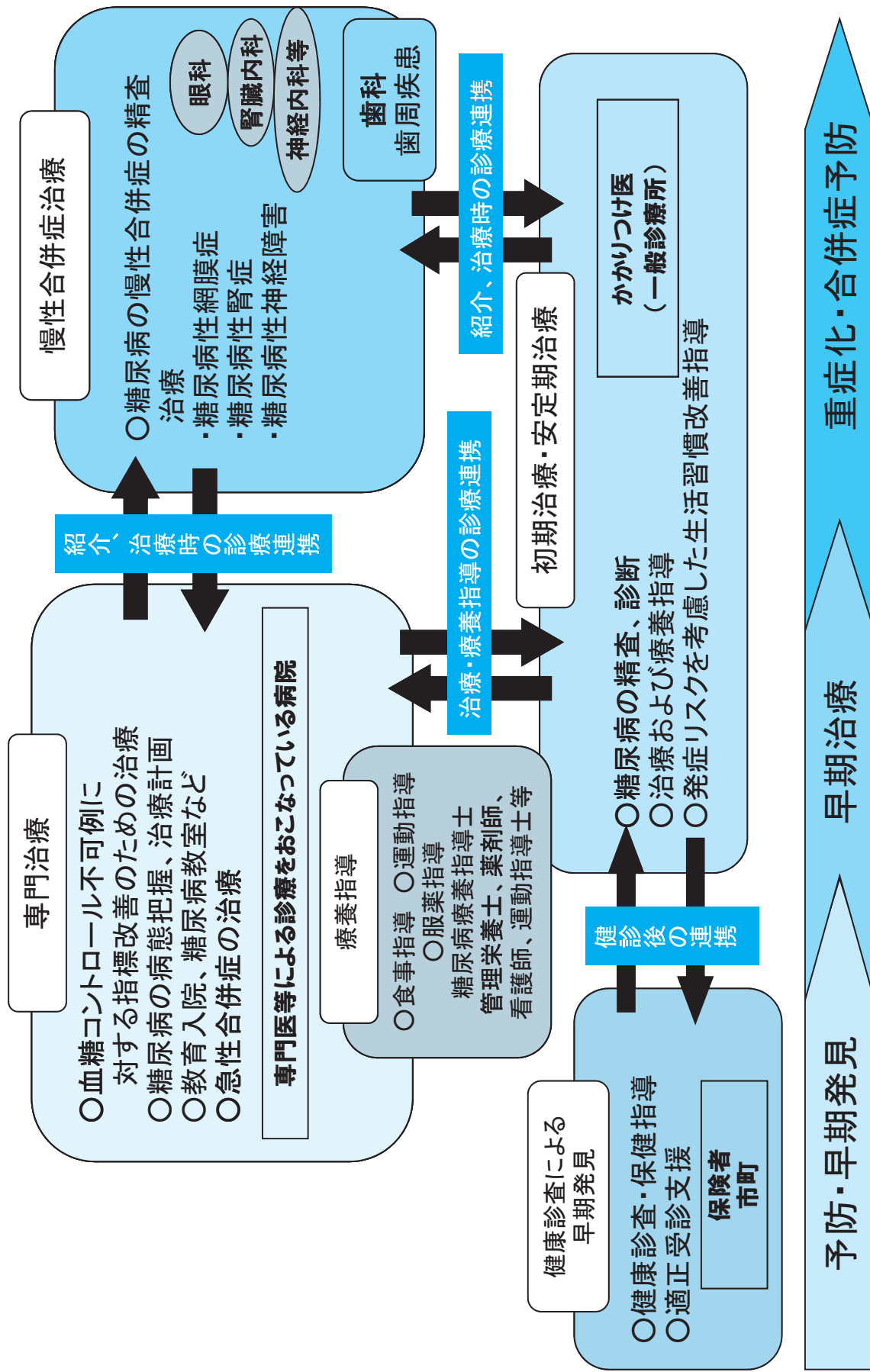
1 めざす方向

県内の糖尿病患者およびその疑いのある人が、身近な地域で症状に応じた適切な医療や療養指導を受け、良好な血糖コントロール状態を維持し糖尿病の重症化や合併症発症を予防し、QOLが低下せずいきいきと生活できることを目指します。

- (1) 糖尿病の予防対策の推進
- (2) 健診の結果、糖尿病、その疑いのある人が、確実に医療受診し、早期に診断・治療を受けられる連携体制の推進
- (3) 重症化・合併症予防のため、身近な地域で病態に応じた適切な治療や療養指導が受けられる診療連携体制の推進
- (4) 療養指導を充実するための人材育成・活用

図5 糖尿病地域医療連携体制イメージ

早期発見、治療、療養指導における効果的な連携を目指して



IV 糖尿病地域医療連携の重要性とメリット

○ 地域医療連携の重要性

糖尿病は、長期にわたる高血糖によって網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こし進行すると人工透析が必要となることがあります。さらに脳卒中や急性心筋梗塞の要因であり、これらは発症するとQOLが著しく低下する重大な問題です。糖尿病患者が質の高い療養生活を送るためには、糖尿病が早期に発見され良好な血糖コントロールを維持することが重要です。そのためには、かかりつけ医(一般診療所)と専門医との連携とともに、管理栄養士、薬剤師などの職種との連携が重要です。医療法の規定に基づき4疾病について医療連携が重要視され地域の実情に応じて地域連携クリティカルパスの導入が進められています。糖尿病地域医療連携は、脳卒中や心筋梗塞といった合併症を発症してからではなく、合併症発症を予防する前倒しの戦略であることの意義が大きいと言えます。

○ 地域医療連携のメリット

糖尿病地域医療連携を行うことにより複数の目で患者を診て、病態把握や治療について共有することができます。それによって、患者の血糖コントロール状態の改善や、合併症の予防・早期発見につながる可能性が高まると考えられます。また、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士といった人的資源、高度な医療機器などの物的資源を有効に活用できます。これらの結果として、より多くの糖尿病患者や糖尿病を疑う人が質の高い医療サービスを受けられる可能性が高まります。さらに医療費適正化につながります。

V 地域医療連携を推進するための取り組み

1 糖尿病予防対策の推進

- 「健康いきいき21－健康しが推進プラン－」において、肥満を防止し、食生活や身体活動の改善等により、発症予防対策を推進します。

2 健診後の地域保健と医療との連携の強化

○要医療者のうち、未受診者の把握と受診勧奨の徹底

特定健康診査は、メタボリックシンドロームに着目し生活習慣病予防を目的として実施されています。予防や早期発見、早期治療のためには、健診の結果、受診勧奨値以上であった人に、確実に医療受診できるよう働きかけることが重要です。

健康診査の実施主体である各保険者は、医療機関未受診者を把握し、特にリスクの高い人に受診の働きかけを行うよう努めます。

受診勧奨時には、自覚症状がなく進行し、「何かある時」は合併症発症の時」と

いう糖尿病の特徴を要医療受診者1人ひとりが納得し満足してもらえる保健指導を実施し医療につなぐことが大切です。

受診勧奨においては、かかりつけ医をもつという観点からも、まずは身近な地域の診療所への受診を勧めることが望ましいと考えられます。

○健診における事後指導の基準と医療における治療の基準の共通理解

特定健診・保健指導においては、糖尿病の予防や改善のために生活習慣の改善が有効な人には保健指導を提供し、服薬が必要な人には適宜用いる体制の整備が必要です。

健診の結果、受診勧奨値以上の人には、医療機関において診断基準に沿った検査、診断を行います。治療の対象とならなかった人の中で、将来の糖尿病発症や動脈硬化発症リスクを考慮して、医師から糖尿病の危険性の説明や生活習慣改善への動機付けを行うこと、生活習慣改善等の必要性があると認められる場合は、市町など地域の相談事業への紹介を行うなどの連携が必要です。そのために医療機関と保険者は、それぞれの役割について共通理解を深めるよう努めます。

健診後の連携においては、保険者側から医療機関に健康診査の結果や本人への説明内容、生活状況や治療歴など問診で得られた情報を伝えます。また、医療機関からは実施された検査結果や指導内容などの情報を伝えます。どのような情報を伝えることが効果的か、必要な情報を明確にしていくことも必要です。

○服薬中の人や治療中断者への対応

糖尿病の重症化、合併症予防のためには、かかりつけ医と保険者等保健指導実施者との連携が必要です。特定健診では、服薬中であっても血糖コントロールが不良の人を把握することが可能です。血糖コントロール状態だけでなく、高血圧、尿タンパク、クレアチニンなど、合併症発症リスクを考慮して、合併症予防のために主治医と連携した保健指導等の実施について検討が必要です。

また、治療中断をしている人に対しても、医療機関と連携し治療継続に向けた支援について検討が必要です。

3 診療連携(病診・病病・診診連携)の強化

○標準的治療の普及、慢性合併症予防のための他科との連携

糖尿病の治療については、標準化が進んできていますが、医療機関によって異なっているのが現状です。糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会編 2010)や糖尿病治療のエッセンス 2010-2011(日本糖尿病対策推進会議)の普及により初期治療、コントロール不良の者への治療、合併症の治療の標準化を進めていく必要があります。

糖尿病治療は、合併症の予防が大きな目標です。そのためには、良好な血糖コントロールを維持すること、合併症予防や早期発見のために、適切な検査を定期的実施するとともに眼科や腎臓内科医等と必要に応じて連携を図ることが重要です。具体的には、医療機関は、眼科への紹介により、眼底検査は年1回以上受診すること、尿中アルブミン検査は年1回以上行い腎機能について精査をおこなうこと、必

要に応じて腎臓内科との連携を行うこと、また、心電図等の心血管検査、神経学的検査や歯科の歯周病チェックを行うよう努めることなどです。

また、現在の治療が適切かどうか確認するために、数か月診療で経過をみてもHbA1cが改善しない場合は、専門医と連携をとり、病態把握や治療方針等の確認を行うよう努める必要があります。

長期にわたり良好な疾病管理を行うためには病態が進んでからではなく、糖尿病の軽症の時期から食事療法や運動療法をしっかりと行うことが重要です。医療機関は、患者に対して早期から食事指導や運動指導など療養指導を行うよう努めます。

○各保健医療圏域における糖尿病地域医療連携体制の推進

医師会を中心に勉強会や糖尿病地域連携クリティカルパスの導入、運用が徐々に進んできています。糖尿病患者は急激に増加しており、すべての患者を糖尿病専門医が診療することは困難な状況です。糖尿病専門医等による診療を行っている病院と一般診療所等の医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の各団体や保健所、市町等の行政機関、保険者等が協力し、役割分担や運用方法を検討しながら顔の見える関係の中で糖尿病の予防、早期発見から治療、合併症予防にいたる過程まで一貫した連携体制の構築を進めることが重要です。

すでに診療連携について、地域連携クリティカルパスの運用を含めて連携体制の構築がすすめられている地域もあります。保健所は、各保健医療圏域の動向を踏まえつつ既存のネットワークを十分に活用して県内の全圏域において連携体制が構築できるよう推進します。

○医科歯科連携の推進

歯周病の治療が糖尿病患者にとって必要であることがわかってきました。連携を図ることにより糖尿病も歯周病も良好に管理できるよう糖尿病歯科医科連携モデル事業を通して医科と歯科がお互いに理解を深め、効果的な連携体制を促進します。

○啓発、必要な情報の提供

近年は糖尿病に限らず専門医志向、病院志向の傾向がみられます。しかし、糖尿病は日常的な疾患であり、限られた医療資源を有効活用する観点からも、専門性の高い専門医との病診連携のもと、かかりつけ医(一般診療所)で診療を行うことが望ましいと考えられます。診療所の医師の専門も異なるためすべてが同じ取り扱いをするということではありませんが、糖尿病を疑い受診が必要となった人は、まずは身近な地域の診療所を受診し必要に応じて専門医のいる病院と連携し診療するといった診療所と病院の役割やかかりつけ医(一般診療所)を持つことの必要性について理解を深めることが重要です。医療機関、関係機関、行政機関は、糖尿病患者やその疑いのある人に、様々な機会を通じて診療所と病院の役割やかかりつけ医(一般診療所)を持つことの必要性について理解を深める啓発を行います。

また、診療連携体制の推進にあたっては、ほとんどの診療所で糖尿病患者の診療が行われていることから、糖尿病非専門医師へも糖尿病の治療に関して初期治療や

診断のスキルアップにつながるような情報の提供が必要です。

○ 病診連携や多職種連携による療養指導の充実

糖尿病の基本的治療は食事療法、運動療法、薬物療法です。特に管理栄養士や薬剤師等の医師以外の職種との連携による療養指導は、重症化予防、合併症予防にとって重要です。多くの糖尿病患者が一般診療所において、糖尿病の治療を受けていますが、診療所で管理栄養士等の栄養指導が受けられるところは限られています。多くの糖尿病患者が管理栄養士等による療養指導が受けられる体制づくりを推進します。

病診連携の推進により、病院における療養指導等の資源を活用したり、診療所において非常勤等の管理栄養士による食事指導が提供できる体制を整えたり、地域保健との連携により地域の栄養相談や保健指導を活用することなどが考えられます。

4 療養指導を充実するための人材育成・活用

○療養指導体制充実のため従事者の資質の向上と人材の確保

糖尿病の重症化および合併症の発症を予防するためには、食事や運動など生活習慣改善への療養指導が不可欠ですが、質の高い療養指導を行うためには、従事者の資質向上と人材の確保が重要です。

管理栄養士や日本糖尿病療養指導士を活用した療養指導体制の整備に向けた検討を行う必要があります。

VI 効果的な連携のために

1 健診後の地域保健と医療との連携

保険者における受診勧奨実施のポイント

- 自覚症状がなく進行し、“自覚症状が出るのは合併症などの発症時”という糖尿病の特徴、健診の結果と生活状況から対象者自らが身体に起こっている変化を理解し、納得できる保健指導を行い、受診の必要性を伝える。
- 過去に糖尿病と診断されたり治療を受けた事がない人は、受診勧奨判定値に該当する場合は受診勧奨を行う。
- 糖尿病は、長期に受診が必要となる疾患であることやかかりつけ医を持つことを推進するために、受診は、まずは身近な地域の診療所を勧めることが望ましい。
- 重症化や合併症予防の観点からは下記に例示するようなリスクの高い人に受診勧奨を行う。
 - ・糖尿病を指摘されてから10年以上経過している人
 - ・高血糖以外に動脈硬化のリスクとなる高血圧や脂質代謝異常などリスクの重複

している人

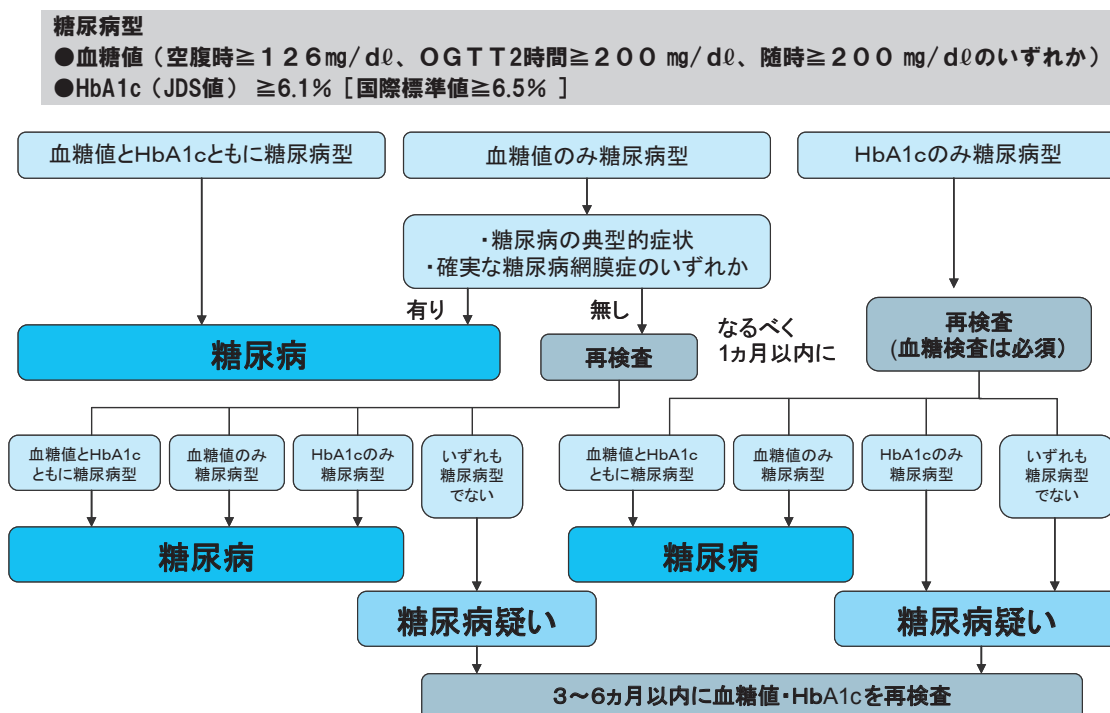
- ・ 慢性腎障害による人工透析導入を予防するため、尿タンパク陽性の人や腎機能低下を示す人

医療機関における健診後の受診者への対応ポイント

- 健康診断の結果、糖尿病の疑いのある場合は、問診、必要な検査、糖尿病診断基準にそって診断を行う。
- 糖尿病と診断した場合、糖尿病は治癒する病気ではないので、決して受診（通院）を中断しないよう指導する。
- 糖尿病型でないと診断された場合であっても、将来的に発症リスクが高いと考えられるので、3～6か月以内に再検査を行うなどHbA1cおよび血糖値の経過や他のリスクがないか観察し、注意深く経過をみていく。
- 生活習慣改善が必要な場合は、健康診査結果、経年変化、生活習慣の問題点（食事、運動、喫煙等）を踏まえ、対象者自らが自分の身体に起こっている病的な変化を理解できるよう導き、早期から必要な生活改善への指導や支援を行う。
- 必要に応じて地域の栄養相談などの相談事業への紹介を行う。

糖尿病の診断

図6 糖尿病の臨床診断のフローチャート



日本糖尿病学会糖尿病診断基準に関する調査検討委員会：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告，糖尿病53：458，2010より一部改変

図6の解説

- 早朝空腹時血糖値 126mg/dl 以上、75g 経口ぶどう糖負荷試験 (OGTT) 2 時間値 200mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上、HbA1c (JDS 値)6.1%以上のいずれかであれば糖尿病型と判定する。
- 血糖値および HbA1c がともに糖尿病型であれば糖尿病と診断できる。
- 血糖値が糖尿病型でかつ糖尿病の典型的症状があるか確実な糖尿病網膜症が確認された場合も糖尿病と診断できる。
- 血糖値は糖尿病型であるが HbA1c (JDS 値)6.1%未満で上記の症状や確実な糖尿病網膜症がない場合は、もう一度別の日に検査を行い、血糖値または HbA1c 値で糖尿病型が再度確認できれば糖尿病と診断できる。
- HbA1c 値だけが糖尿病型である場合は、別の日に血糖値の再検査を行い、血糖値が糖尿病型であることを確認した上で糖尿病と診断する。
- HbA1c (JDS 値)6.1%以上が 2 回みられても糖尿病とは診断できない。
- 糖尿病型の場合は、再検査で糖尿病と診断が確定しない場合でも、生活指導を行いながら経過を観察する。
- 境界型 (空腹時血糖 110~125mg/dl または OGTT2 時間値 140~199mg/dl) は糖尿病予備群であり、運動・食生活指導など定期的な管理が望ましい。

糖尿病治療のエッセンス 2010-2011

2 かかりつけ医 (一般診療所) と専門医等による診療をおこなっている病院との医療連携のポイント

- かかりつけ医 (一般診療所) が中心となり初期治療を行うことが望ましい。
- 糖尿病診療は、合併症予防が大きな目的であるため、合併症の精査や早期発見のための他科との連携は、すべての糖尿病患者を対象に行う。
 - ・眼科への紹介により、眼底検査は年 1 回以上行う。
 - ・尿中アルブミン検査は年 1 回以上行い腎機能について精査し、必要に応じて腎臓内科との連携を行う。
 - ・心電図等の心血管検査、神経学的検査を行う。
 - ・歯科での歯周病チェックを行う。
- 1 型糖尿病やその他の特定の機序、疾患による糖尿病は、専門医の診療が望ましい。
- 2 型糖尿病における専門医とかかりつけ医 (一般診療所) との診療連携は、患者の病態や生活面での状態に応じて進める。

以下に例示する場合などは専門医等による診療を行っている病院との連携を検討する。

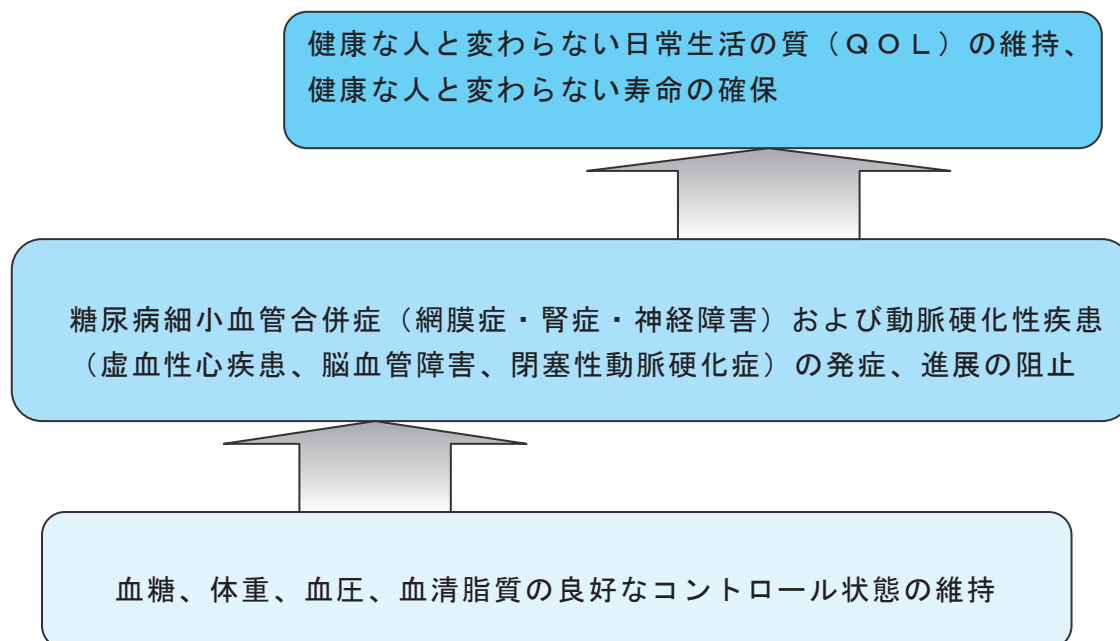
 - ・薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、一旦良好なコントロールが得られていたが、状態が悪化した場合など、治療内容の是非について検討が必要な患者
 - ・教育入院やコメディカルを活用した療養指導の実施が必要、有用な患者
 - ・糖尿病慢性合併症の精査や治療が必要な患者

- 糖尿病地域連携クリティカルパスや糖尿病手帳の活用や簡便で運用しやすい紹介体制など各地域の実情に即した病診連携体制を構築する。また、病院に集中しがちな安定期糖尿病患者に関しては、本人が満足できる形で診療所に紹介できる体制を模索する。
- 専門医のいる病院や医師会は、勉強会を開催するなど、地域の診療所等への糖尿病診療ガイドラインの普及、糖尿病治療技術の情報提供に努める。

＜参考＞ 病診連携が効果的に進めやすい対象

糖尿病地域連携クリティカルパスの運用が進められている大津保健医療圏域の事例では、勤務等の関係から働き盛りの患者で、重症度は中等度程度、通院間隔は月 1～2 回程度で診療所の診療機能や時間（夜診や土曜日）で診療可能、慢性合併症は進んでいない等の患者が病診連携が進めやすい対象となっています。

＜糖尿病治療の目標＞



＜糖尿病コントロールの指標＞

細小血管症の発症予防や進展の抑制には、血糖コントロール指標 HbA1c (JDS 値) 6.5% 未満を目指すよう心掛ける。

Ⅶ 各関係機関等の役割

医療機関

(1) かかりつけ医（一般診療所）

- 健診後の要医療受診者の診療においては、精査や診断を行う。
生活習慣改善指導を行う必要がある場合には、指導を行う。また、必要に応じ地域の相談事業へ紹介する。
- 糖尿病治療においては、かかりつけ医として、主に初期・安定期治療を行う。
- 糖尿病の診断および治療、生活習慣改善の専門的指導を行うために診療ガイドラインに沿った治療を行い、患者の病態に応じて糖尿病専門医と連携を行う。
また、合併症の予防、早期発見のため眼科等他科への紹介等連携を行う。
- 糖尿病患者が栄養指導などの具体的な療養指導が受けられるよう診療所における管理栄養士等による指導体制の充実に努めたり、コメディカルによる療養指導が実施できる病院との連携に努める。
- 診療連携の推進のため、糖尿病患者やその疑いのある人に糖尿病診療や病診連携について理解を深めるよう努める。

(2) 専門医等による診療を行っている病院

- 糖尿病に関する専門的な治療を行う。
- 血糖コントロール不可例や急性合併症の治療を行う。
- 診療連携の推進にあたっては、地域の医療機関、診療所の非専門医師の糖尿病治療に関するスキルアップのため、勉強会の開催など糖尿病治療技術の情報提供に努める。
- 診療連携の推進のため、糖尿病患者やその疑いのある人に糖尿病診療や病診連携について理解を深めるよう努める。

関係団体

- 県医師会、地域医師会、歯科医師会、薬剤師会等の団体は、診療連携の推進に努める。
- 糖尿病治療のスキルアップや合併症精査のための他科連携、糖尿病医科歯科連携の推進、療養指導の充実に努める。
- 栄養士会や糖尿病療養指導士は、療養指導の充実や人材育成に努める。
- 国民健康保険団体連合会は、特定健診・保健指導や健診後の医療連携を充実するために、保険者と連携して、健診データの分析や、重症化予防対策に努める。

行政機関等

(1) 市町

- 市町は、糖尿病の予防や日常管理のために、適切な食習慣や運動習慣、生活習慣改善指導を行う。
- 特定健診・保健指導の対象とならない人を含めて、市民全体が糖尿病予防、早

期発見、早期治療、疾病管理ができるよう生活習慣病対策として、啓発や相談指導を行う。

また、診療連携の推進にあたって、住民がかかりつけ医をもつことや、病院と診療所の役割や病診連携の必要性を理解できるよう啓発を行う。

○医療機関から紹介のあった生活習慣改善指導の必要な人に、保健指導を行う。

(2) 保険者

○保険者は、特定健診・保健指導の実施機関として、早期発見のため受診率向上に努める。健診の結果、医療受診が必要な人が確実に受診につながるよう受診勧奨、受診支援、未受診者への対応を行う。

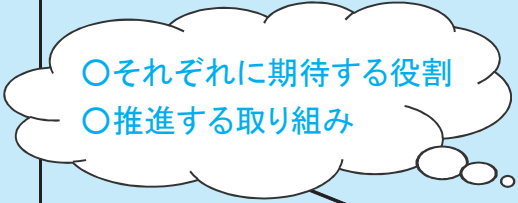
○医療機関から紹介のあった生活習慣改善指導の必要な人に、保健指導を行う。

(3) 県・保健所

○保健所は地域医師会等の関係機関とのネットワークの構築、医療機関の機能分担と連携等について関係者および関係機関が顔の見える関係の中で、情報共有や検討する場づくりなど調整や推進を行う。

○県は各保健医療圏域における取り組みが推進されるよう関係機関と連携し糖尿病地域医療連携体制を推進する。

糖尿病地域医療連携を推進するための取り組みと期待される役割 (指針 P11～V 地域医

		糖尿病患者、その疑いのある人	医療機関
		糖尿病患者 糖尿病の疑いのある人	①かかりつけ医(一般診療所) ②専門医等による診療を行っている 病院 ③歯科診療所
2. 健診後の地域保健と医療との連携強化	○健診受診後の医療受診勧奨の徹底 ○適正受診支援 ○健診の事後指導の基準と医療の治療の基準の共通理解 ・糖尿病の精査、診断の対応 ・予防的な生活習慣改善への指導 ○服薬中の人や治療中断者への対応	○糖尿病の知識を深める。 健診結果と生活状況から自分の身体に起こっている変化を理解する。 ○健診を定期的に受診する。 ○健診の結果、受診が必要になった時は、早期に必ず受診する。	①健診後の受診者に対する対応 (日本糖尿病学会糖尿病診断基準に沿った診断、検査) ①地域保健との連携 (基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力) ①受診の結果、薬物治療開始とならなかった人に対する指導または市町の相談事業への紹介 (将来の糖尿病発症リスクをも考慮し、生活習慣改善を動機付けるよう支援)
3. 診療連携の強化	○標準的治療の普及 慢性合併症予防のための他科との連携 ・糖尿病治療ガイド(日本糖尿病学会)に則した治療の普及 ・地域連携クリティカルパス等の活用 ○各保健医療圏域における糖尿病地域医療連携体制の推進 ○医科歯科連携の推進 ○啓発、必要な情報の提供 ・糖尿病患者への診療連携の理解の促進 ・医療従事者への情報提供 ○かかりつけ医(一般診療所)での療養指導の充実	○定期的な受診の継続 ○治療への理解、良好なコントロール状態を維持し、合併症の発症予防をめざす。 ○かかりつけ医を持つことの重要性、病診連携について理解する。 ○「救急医療ネットしが～滋賀県広域災害・救急医療情報システム～」の活用 ○患者会活動などへの参加	①・診断基準を含めたガイドラインの普及 ・学会・研究会・医師会定例会等における情報の収集 ・地域医師会圏内の糖尿病専門病院・医師との連携 ・地域連携クリティカルパス等の積極的利用 ・診療所での栄養指導など、生活指導の強化 ②・地域医師会の開業医との連携 ・地域連携クリティカルパス等の作成と運用 ・開業医との情報交換の迅速化(メールなどによる情報交換) ・システム化された定期受診システム(眼科・歯科を含めて) ②勉強会の開催 ①②病院コメディカルの活用 設備・人材の共同活用 ①②調剤薬局における服薬指導 ③糖尿病の理解と医科との連携 ①②歯周病の理解と歯科との連携
4. 療養指導を充実するための人材育成・活用	○医師以外の療養指導を行う人材の育成 ○栄養士会、糖尿病療養指導士等と連携した療養指導体制の検討 ○他職種活用を考える医療機関の増加		②研修会等の開催 ①療養指導人材の活用 ①②患者への療養指導活用の啓発

療連携を推進するための取り組み

それぞれの果たす役割

	関係団体	行政機関等
	<ul style="list-style-type: none"> ① 県医師会、地域医師会 ② 歯科医師会 ③ 薬剤師会 ④ 栄養士会 ⑤ 国民健康保険団体連合会 	<ul style="list-style-type: none"> ① 市町 ② 県・保健所 ③ 保険者
	<ul style="list-style-type: none"> ① 診断基準を含めた糖尿病診療ガイドラインの普及 ① 地域保健との連携の促進 (基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力) ⑤ 特定健診等データ管理システムを活用してのデータ集計、リスト等を国保保険者へ提供、活用支援 ④ 生活習慣改善指導(栄養指導)への協力 	<ul style="list-style-type: none"> ③① 受診勧奨・受診支援 健診結果、生活状況から対象者自らが身体におこっている変化を理解し、納得できる保健指導をして医療につなぐ。 ③① 要医療者のうち、未受診者の把握 未受診者を確実に把握し、リスクの高い人への受診支援 ③① 医療機関から紹介のあった生活習慣改善必要者への指導の実施 ③① 服薬者の医療との連携 合併症発症リスクの高い人へ医療と連携した生活習慣改善支援 ③① 健診後の受診者の実態把握とニーズの解析 ③① 連携推進のための情報の明確化(受診勧奨時の様式等) ③① 受診勧奨、支援のための保健師等の資質向上、マンパワー確保 ① 特定健診・保健指導の対象とならない人を含めて、市民全体が糖尿病予防、早期発見、早期治療、疾病管理ができるよう生活習慣病対策として、啓発や相談指導を行う。 ② 保険者や市町と医療の共通理解を深める場の設置など連携の推進
	<ul style="list-style-type: none"> ① 診療ガイドラインの普及 ① 開業医への啓発: 定例医師会における講演会や診療ガイドラインの配布等 各地域医師会の実情に即した病診連携体制の推進 ① 診療連携のための支援 ①② 医科歯科連携の推進 定例会、研修会等での啓発 ①②③④ 関係団体合同の意見交換会 ①②③ 病診連携の必要性について啓発 	<ul style="list-style-type: none"> ①③ かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発活動 ② 簡便な病診連携の体制構築 紹介システム 病院医療マップの活用 「救急医療ネットしが ~広域災害・救急医療情報システム~」活用 地域連携クリティカルパス等の活用促進 診療連携のための支援 医療機関の役割分担の実態把握と医療機関・関係団体への情報提供 ② 啓発、情報提供 ・かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発 ・医療従事者への情報提供
	<ul style="list-style-type: none"> ①④ 他職種活用の促進 糖尿病療養指導士の活用検討 栄養相談の事例報告 ④ 診療所での栄養指導ができる管理栄養士の育成研修(事例検討会含む) ① 診療所での療養指導を行う人材活用の啓発 ⑤ 保険者の生活習慣病予防対策推進のため、従事者向け保健指導研修会の開催 	<ul style="list-style-type: none"> ①② 療養指導を行う人材活用についての啓発 ② 管理栄養士等の育成支援 圏域における現状と課題の把握、検討 糖尿病治療ガイド2010の理解を深める研修 標準化した指導資料の作成等(保健師・管理栄養士編) ② 事例検討会等を通じた人材育成

「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」検討委員会設置要綱

(設置の目的)

第1条 糖尿病は脳卒中や急性心筋梗塞の重大なリスク要因であり、重症化すると慢性腎疾患等の合併症を発症し患者のQOLが低下する。県では、「健康いきいき21ー健康しが推進プラン」の糖尿病分野の行動計画として平成17年3月に「滋賀県糖尿病対策推進プラン」を策定し糖尿病の予防、早期発見と健診後の事後指導の徹底に取り組んできたところである。しかし、糖尿病の重症化や合併症発症は増加傾向にあり、糖尿病の予防から治療まで一貫した糖尿病対策を推進し、誰もが身近な地域で症状に応じた適切な治療や療養指導を受けられる医療連携体制を構築し、糖尿病患者の重症化予防、療養生活の質の向上につなげることが重要である。

そこで、糖尿病の治療、療養指導の医療連携を効果的に推進するための指針を作成することを目的に「滋賀県糖尿病地域医療連携指針」検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2条 検討委員会の検討事項は次の各号に掲げる事項とする。

- (1) 糖尿病医療連携の現状と課題に関する事
- (2) 本県における糖尿病医療連携・療養指導のあり方に関する事項
- (3) 糖尿病医療連携体制を推進するための関係機関の役割に関する事
- (4) 糖尿病医療連携指針の作成に関する事項
- (5) その他糖尿病医療連携体制の推進に関し必要な事項

(組織)

第3条 検討委員会は、委員15名以内で組織する。

- 2 委員は、学識経験者、関係機関・団体で構成するものとし、健康福祉部長が依頼する。
- 3 委員の任期は、1年とする。ただし、委員が欠けた場合における補欠委員の任期は、前任者の残任期間とする。
- 4 委員の再任は、妨げない。

(委員長)

第4条 委員会に委員長を置く。

- 2 委員長は、委員の互選によって定める。
- 3 委員長は、会務を総理し、検討委員会を代表する。委員長に事故があるときは、または委員長が欠けたときは、あらかじめ委員長が指名する委員がその職務を代行する。

(会議)

第5条 検討委員会の議長は、委員長があたる。

- 2 議長は、必要があると認められたときは、構成員以外の者の会議への出席および意見を求めることができる。

(事務局)

第6条 委員会の事務局は、健康福祉部健康推進課におく。

(雑則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、別に定める。

付 則 この要綱は、平成23年6月13日から施行する。

滋賀県糖尿病地域医療連携指針検討委員会委員

(敬称略)

氏 名	所 属
落合 直也	【滋賀県医師会】医療法人社団 宮路医院
岡本 元純	【滋賀県病院協会】 大津赤十字病院副院長 第二内科部長
矢野 秀樹	【滋賀県病院協会】 彦根市立病院副院長
前川 聡	【学識経験者】滋賀医科大学糖尿病腎臓神経内科教授
宮松 直美	【学識経験者】滋賀医科大学臨床看護学講座教授
森田 潤	【滋賀県歯科医師会】公衆衛生担当常務理事
横山 さつき	【滋賀県薬剤師会】 滋賀県薬剤師会常務理事
立木 ひろみ	【市町保健師】 米原市健康づくり課
酒井 千秋	【市町保健師】 大津市保健所保健総務課
大田 初代	【滋賀県栄養士会】 ぴーまん食楽部（東近江）
間宮 恵子	【国民健康保険団体連合会】 滋賀県国民健康保険団体連合会企画課（特定健診・保健指導）
寺尾 敦史	【滋賀県保健所長会】 南部健康福祉事務所（草津保健所）所長
宇野 千賀子	【保健所保健師】 東近江健康福祉事務所（東近江保健所）
◎ 吉川 隆一	滋賀県健康福祉部 参与

◎ 委員長

事務局

滋賀県健康福祉部	健康推進課
	医療保険課
	医務薬務課

参 考 资 料

【参考】


糖尿病地域医療連携推進の参考となる評価指標

<目標>

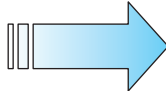
- (1) 健診により糖尿病およびその疑いのある人への医療未受診者対応を行っている市町国民健康保険保険者数

平成22年度  平成26年度
12か所 19か所

- (2) 糖尿病地域医療連携体制（健診後の連携および診療連携）の整備に向けた検討が行われている圏域数

平成23年5月  平成26年度
0圏域 7圏域

- (3) 糖尿病患者の病診連携をしている診療所数

平成23年7月  平成26年度
207か所 280か所

参考文献等

- 糖尿病治療ガイド 2010 日本糖尿病学会編 2010年
- 糖尿病診療 2010 日本医師会雑誌第 139 巻 特別号(2) 日本医師会
- 糖尿病連携手帳 社団法人日本糖尿病協会編
- メタボリックシンドロームリスク管理のための健診・保健指導ガイドライン
門脇 孝・島本和明・津下一代・松澤佑次 南山堂 2008年
- 標準的な健診・保健指導プログラム(確定版) 厚生労働省 健康局 平成 19年 4月
- 滋賀県医師会糖尿病実態調査報告書 平成 18年 10月~12月 滋賀県医師会 平成 20年 3月
- 一色啓二 宇津貴ほか 滋賀県の慢性透析療法の現況(2009年 12月 31日現在) 滋賀医学 2011 ; 33 : 24-28

滋賀県糖尿病地域医療連携指針

平成 23 年（2011 年）10 月

発行

滋賀県健康福祉部健康推進課

〒520-8577 大津市京町四丁目1-1

TEL 077(528)3616

FAX 077(528)4857
