

(3) 主な課題

(1)、(2) を踏まえ、以下の課題があると考えられます。

圏域	番号	課題
全圏域	①	糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) を予防するための望ましい食事の摂り方や運動習慣の定着等、生活習慣の改善に向けた普及啓発及び環境整備
	②	糖尿病及び慢性腎臓病 (CKD) の予防及び早期発見に資する特定健康診査及び特定保健指導の実施率 (終了率) の向上に向けた取組みの推進
	③	プログラム等を活用し、専門医や医師会、薬剤師会、歯科医師会、医療保険者などの医療関係者や職域の関係団体と連携した重症化予防の促進
	④	かかりつけ医と各基幹的医療機関・専門医療機関との連携による糖尿病合併症及び慢性腎臓病 (CKD) の管理の徹底

2 対策

(1) 目指すべき方向性

○ 予防から治療までの一貫した糖尿病及び慢性腎臓病対策を推進し、県民の誰もが身近な地域で症状に応じた適切な治療を受けられる医療連携体制を強化します。
○ 糖尿病患者の重症化及び合併症発症の予防、療養生活の質の向上を推進します。
○ 他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う体制整備を進めます。
○ 新興感染症流行時等の非常時においても切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めます。

(2) 数値目標

課題	指標の種別	指標名	圏域	計画策定時	目標値 (令和 11 年度)
—	アウトカム 指標	糖尿病の年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	全圏域	男性 10.3 女性 4.7 (令和 2 年)	減少
—		年間新規透析導入患者数	全圏域	631 人 (令和 3 年)	500 人以下
—		糖尿病性腎症による新規透析 導入患者数	全圏域	236 人 (令和 3 年)	200 人以下
—		糖尿病が強く疑われる者 (HbA1c6.5%以上) の割合	全圏域	7.2% (令和 2 年度)	7.9%以下
—		特定健康診査の受診勧奨により 実際に医療機関へ受診した 糖尿病未治療者の割合	全圏域	64.0% (令和 3 年度)	令和 4 年度 値以上
②	プロセス 指標	特定健康診査受診率	全圏域	57.5% (令和 3 年度)	70%以上
②		特定保健指導実施率 (終了率)	全圏域	31.1% (令和 3 年度)	45%以上

課題	指標の種別	指標名	圏域	計画策定時	目標値 (令和11年度)
④	プロセス 指標	HbA1c もしくは GA 検査の実施割合	全圏域	96.3% (令和3年)	増加
④		眼底検査の実施割合	全圏域	40.7% (令和3年)	増加
④		尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	全圏域	13.2% (令和3年)	増加

(3) 今後の施策

- 県民に対し、糖尿病及び慢性腎臓病（CKD）に関する情報発信や正しい知識の普及・啓発と同時に、生活習慣の改善や健康診断の受診を促します。（課題①②）
- 市町村、医療保険者等と連携し、健康状態に応じた保健指導を実施するとともに、プログラムを活用し、医療機関受診が必要な対象者に対し早期受診の重要性を周知し、適切な医療機関への受診につなげます。（課題③）
- 糖尿病に罹患した労働者に対し、治療と仕事の両立支援治療に関する情報発信を行うとともに、産業医等と連携し職場環境づくりを促進します。（課題③）
- 医療機関は、診療ガイドラインに基づき糖尿病の発症初期から眼底検査や尿中アルブミン検査、クレアチニン検査等を実施し、糖尿病合併症の早期発見を行う体制整備の促進に取り組めます。（課題③④）
- 専門医が少ない地域においても、患者に対し継続した治療を提供するため、かかりつけ医から専門医療機関への紹介基準の普及や、糖尿病治療を行う医師と眼科や歯科医師との連携や、他疾患の治療のために入院した患者の主治医等との連携強化に取り組めます。（課題③④）
- 教育入院等の集中的な治療を実施する医療機関の充実を図るとともに、医師や歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、管理栄養士等の多職種・多施設が連携した支援体制を充実します。また、PHR 等を活用し、自らの健康状態をモニタリングできる仕組み等、新たな方策に積極的に取り組んでいくことを検討します。（課題④）
- 新興感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制の整備を推進します。（課題④）