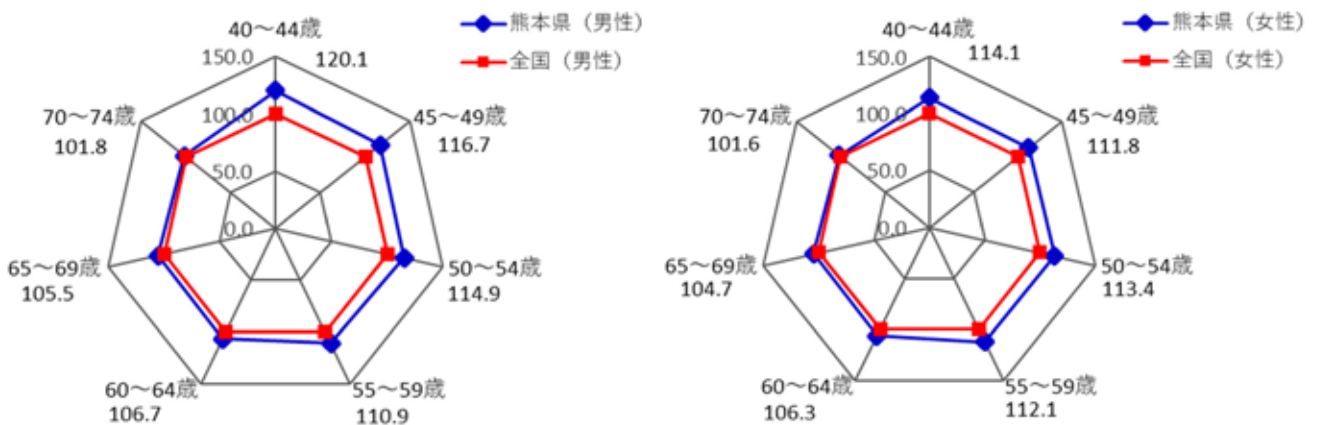


第4項 糖尿病

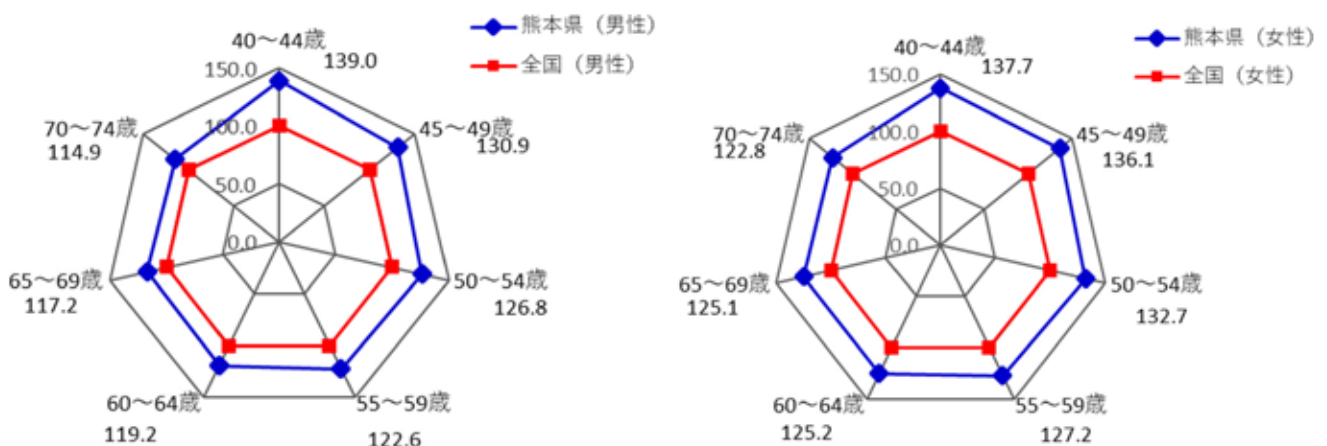
1. 現状と課題

- 特定健診結果から、本県の糖尿病の疑いがある人や将来糖尿病の発症リスクのある人の割合は、全年代で全国より高い状況です。特に、40歳代の働き盛り世代において、全国との差が大きくなっています（図1、2参照）。また、令和2年度（2020年度）の年齢別の割合を平成28年度（2016年度）と比較すると、40歳から50歳代の空腹時血糖は男女ともに横ばいの状態ですが、HbA1c値は特に男性において増加傾向にあります（図3、4参照）。2型糖尿病^①の発症予防には、バランスのとれた食生活や適度な運動習慣等の生活習慣の改善が重要で、更なる取組の推進が求められています。

【図1】空腹時血糖 100mg/dL以上・年代別（全国平均を100として比較）

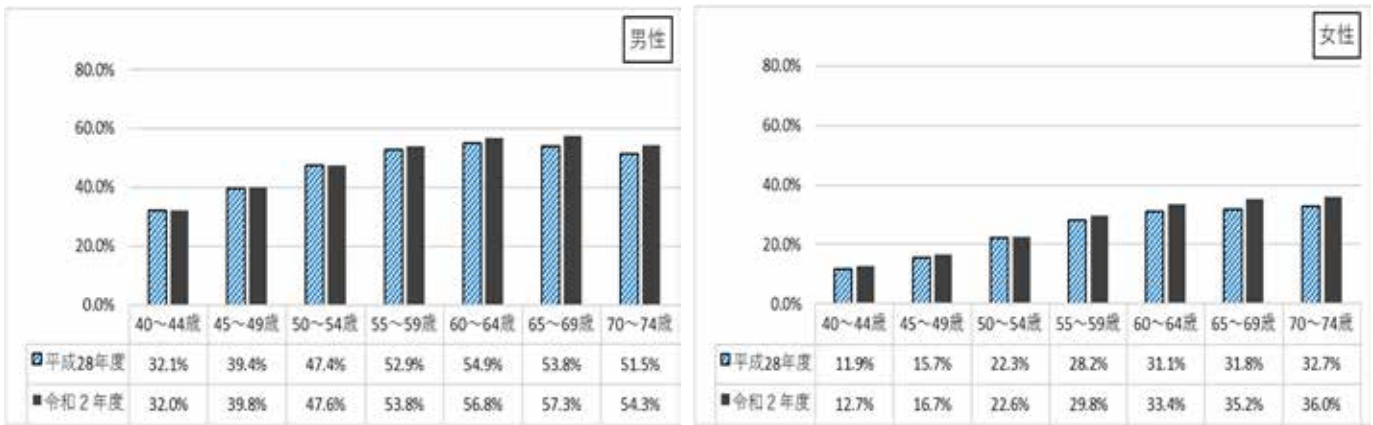


【図2】HbA1c 5.6%以上（NGSP値）・年代別（全国平均を100として比較）

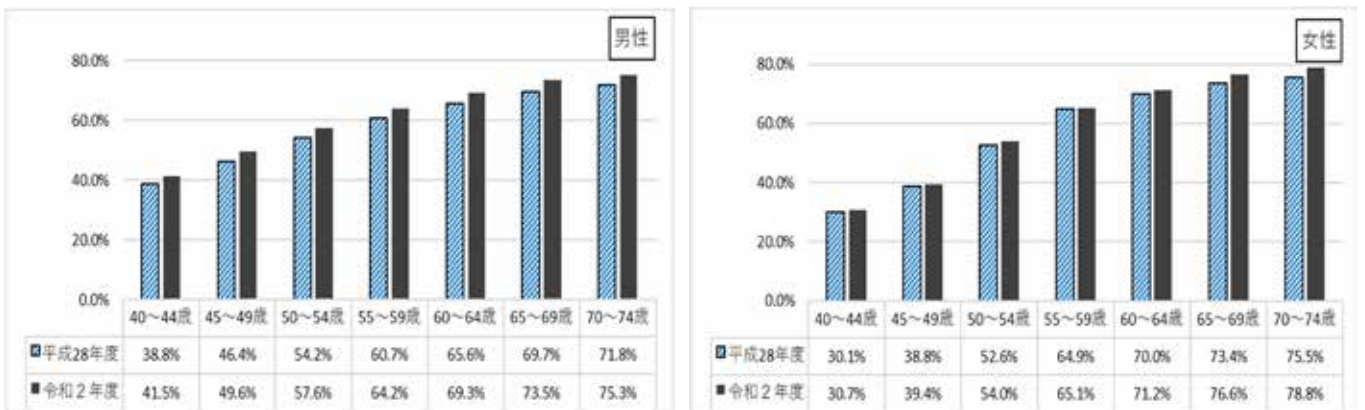


^① 2型糖尿病とは、複数の遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子が加わり発症するものです。他に、インスリンがほとんど出なくなる1型糖尿病があります。

【図3】空腹時血糖 100mg/dL 以上の年度比較



【図4】HbA1c 5.6%以上（NGSP値）の年度比較



出典 [図1～図4]：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ」

- 「令和4年度健康づくりに関する県民意識調査」によると、特定健診等受診者のうち高血糖を指摘され、受診を勧められてから医療機関に通院している人の割合は、52.3%で、平成29年度(2017年度)の30.8%より、21.5ポイント増加しています。
- 令和2年(2020年度)の本県の糖尿病の受療率^②は218で、全国平均の183より高い状況です(令和2年患者調査)。新たに人工透析になる原因は、慢性腎臓病(CKD)^③の1つである糖尿病性腎症が38.4%(令和3年の新規導入患者492人のうち189人)と最も多い状況です(一般社団法人日本透析医学会)。糖尿病は、CKDを進行させるため、引き続き糖尿病の早期発見や重症化予防の取組が必要です。
- 糖尿病専門医^④は増加していますが、糖尿病連携医^⑤は減少している状況です。平成28年度(2016年度)から養成が始まった熊本地域糖尿病療養指導士^⑥は増加しており、

② 受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、全ての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率のことで。

③ 慢性腎臓病(CKD)とは、タンパク尿などの尿異常や血液検査などで腎障害の存在が明らかであること、腎臓の働き(eGFR)が60ml/分/1.73m²未満であること、のいずれか又は両方が3か月以上続いている状態のことです。

④ 糖尿病専門医は、専門的知識をもとに質の高い糖尿病の診療や患者への指導を自ら行うだけでなく、糖尿病診療チームのリーダーとしても医療機関内で活動します。かかりつけ医とも連携し地域の糖尿病診療で重要な役割を担います。

⑤ 糖尿病連携医は、特定健診等で糖代謝異常を指摘され、市町村や医療保険者の受診勧奨により受診した人に初期安定期治療として期待される医療を提供します。

⑥ 熊本地域糖尿病療養指導士(CDE-K)は、身近な医療機関等において、軽症糖尿病患者を対象に、糖尿病治療の自己管理の重要性や日常生活に密着した食事、運動等の改善、服薬管理等の重症化予防のための療養指導を行います。

令和5年(2023年)現在630人です(表1参照)。今後は、これらの人材を活用し、糖尿病患者の療養生活を支える体制を強化していくことが求められています。

【表1】糖尿病専門医数等の推移

	平成29年	令和5年
糖尿病専門医	94人	105人(6月現在)
糖尿病連携医	125人	84人(4月現在)
熊本地域糖尿病療養指導士	586人	630人(4月現在)

一般社団法人日本糖尿病学会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本地域糖尿病療養指導士認定委員会の公表する情報を基に熊本県健康づくり推進課作成

- 糖尿病の保健医療体制として、熊本県糖尿病対策推進会議や熊本大学病院、県保健所と連携しながら多機関・多職種連携による切れ目のない保健医療サービスを展開してきました。また、保健所が中核となり、郡市医師会・郡市歯科医師会・郡市薬剤師会・熊本県栄養士会・市町村や保険者等との連絡会議を開催してきましたが、新型コロナウイルス感染症流行下において二次保健医療圏ごとの現状把握や顔の見える関係づくりが進まない時期があり、再構築に向けて引き続き保健医療体制の強化が必要です。

2. 目指す姿

- 糖尿病に関する正しい知識を普及・啓発し、自然に健康になれる環境を整備することで、県民のヘルスリテラシーを高め、糖尿病予防を目指します。また、糖尿病の早期発見、重症化予防につながる保健医療体制の強化を図り、県民が安心して糖尿病の適切な医療や支援を受けることができる地域を目指します。

3. 施策の方向性

(1) 発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 県民のヘルスリテラシーの向上のため、SNSによる正しい知識の普及・啓発を行います。また、ICTの活用により県民自身が健康状態を認識することで、生活習慣の改善につなげるとともに、自然に健康になれる食環境整備等を行います。
- ・ 糖尿病の発症予防や早期発見のため、市町村や関係機関と連携し、特定健診の受診率向上や通院している人の「みなし健診」の活用、特定保健指導による改善率の向上等に取り組めます。また、健康無関心層や働き盛り世代へアプローチするため、協会けんぽや企業と連携し、健康経営を推進します。
- ・ 糖尿病有病者、糖尿病予備群の人を早期に発見するため、市町村や医師会等と連携し、健診受診者等の診断フローチャートである「軽症糖尿病・境界型の取扱いの基本指針」の啓発や75g経口ブドウ糖負荷試験^⑦を推奨します。

^⑦ 75g経口ブドウ糖負荷試験(75gOGTT)とは、糖尿病であるか、糖尿病予備群であるのか判定できる検査のことです。糖尿病が疑われる人に対し、75gのブドウ糖液を服用してもらい、服用前と服用後2時間後までの血中ブドウ糖濃度やインスリン分泌量を採血検査により測定します。

(2) 重症化予防の推進

- ・ 糖尿病性腎症を予防するため、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム^⑧を推進するとともに、医療機関や保険者等の連携体制を強化し、患者への適切な受診勧奨や保健指導につなげます。また、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、かかりつけ医や糖尿病連携医と専門医との連携を促進します。
- ・ 熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）^⑨の普及と活用を推進し、糖尿病患者の継続受診や治療中断の防止につなげるほか、血糖コントロール不良者の把握により医療機関や保険者において適切な保健指導につなげます。また、医療機関同士の連携を強化し、患者の適切な治療の継続を支援するために、糖尿病診療情報提供書等の使用について、くまもとメディカルネットワークを活用して推進します。

(3) 保健医療提供体制の整備

【糖尿病保健医療連携体制の強化】

- ・ 糖尿病患者に適切な保健医療サービスを提供するため、熊本県糖尿病対策推進会議・熊本大学病院と連携し、糖尿病連携医制度の推進、病診連携や医科・歯科連携のための糖尿病診療情報提供書や関係機関との連携のための熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）、軽症糖尿病・境界型の取扱いの基本指針の普及と活用の促進など、熊本型糖尿病保健医療連携体制を強化します。また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会及び県栄養士会等と連携し、多職種連携体制の構築を推進するとともに、患者の状態に応じて適切な医療を提供できる切れ目のない医療連携体制の構築を推進します。
- ・ 地域の状況に応じた熊本型糖尿病保健医療連携体制を整備するため、二次保健医療圏ごとの保健医療関係者連絡会議を開催し、連携ツールの活用検討や研修会等を通じて、関係機関の連携を強化します。
- ・ 二次保健医療圏ごとの医科歯科連携体制の充実を図るため、医科歯科連携に従事する医師、歯科医師の人材育成や「歯周病セルフチェック票」、「糖尿病診療情報提供書」の活用を促進します。

【人材育成の推進】

- ・ 糖尿病患者の治療や療養指導の充実を図るため、熊本県糖尿病対策推進会議や熊本大学病院と連携し、糖尿病専門医、糖尿病連携医、熊本地域糖尿病療養指導士などの糖尿病治療や療養指導に携わる人材の育成を支援します。

(4) 感染症のまん延や災害等を見据えた糖尿病対策の推進

- ・ 感染症発生・まん延時や災害時の有事においても、地域の実情に応じて、重症化予防や治療中断対策等継続的な医療提供ができるよう、平時より関係機関の連携を推進します。

^⑧ 熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムとは、平成29年12月1日に熊本県医師会・熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県保険者協議会・熊本県の四者で策定した、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するための基本的な考え方を示すものです。

^⑨ 熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）とは、熊本県糖尿病対策推進会議が平成22年3月から運用を開始した、糖尿病連携医と専門医療機関等との連携を円滑に行うために患者本人が持つ手帳のことです。

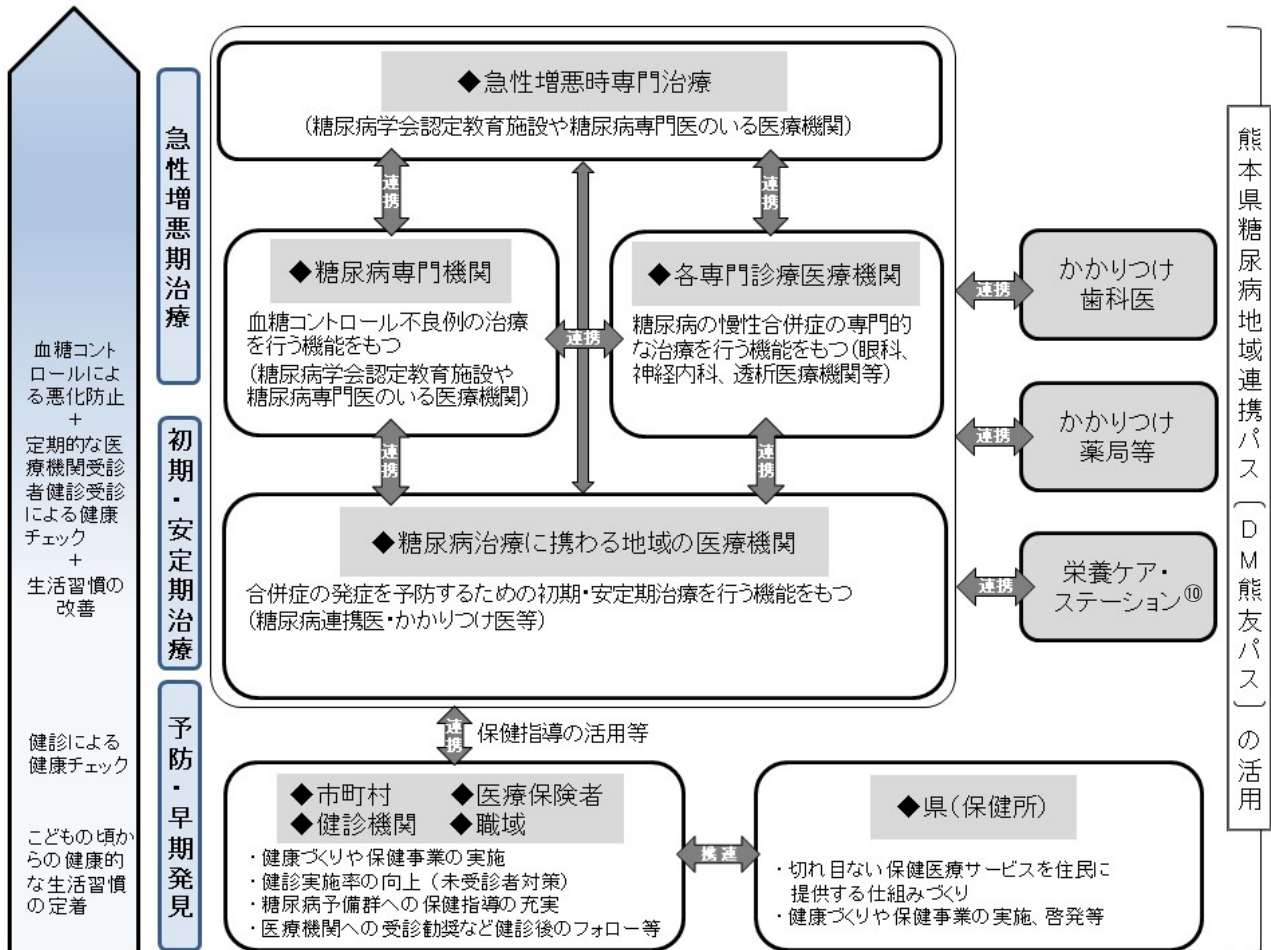
4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	特定健康診査受診者のうち、空腹時血糖100mg/dL以上の割合	37.6% (全国平均 33.8%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	発症予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
②	特定健康診査受診者のうち、HbA1c5.6%以上の割合	61.9% (全国平均 47.2%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	発症予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
③	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.5%以上の割合	8.9% (全国平均 7.3%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	重症化予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
④	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の割合	1.49% (全国平均 1.46%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	重症化予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
⑤	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数	203人 (令和元年～令和3年の平均)	200人以下 (令和8年)	重症化予防の推進により、新規人工透析導入患者(3年間の平均)の更なる減少を目指す。
⑥	糖尿病専門医数	105人 (令和5年6月)	増加	熊本大学病院等と連携し、糖尿病専門医数の増加を目指す。
⑦	糖尿病連携医数	84人 (令和5年4月)	増加	熊本大学病院等と連携し、糖尿病連携医数の増加を目指す。
⑧	熊本地域糖尿病療養指導士数	630人 (令和5年4月)	増加	熊本大学病院等と連携し、熊本地域糖尿病療養指導士数の増加を目指す。

5. 糖尿病の医療圏

二次保健医療圏を糖尿病の医療圏とします。

6. 糖尿病の医療連携体制図



^⑩ 栄養ケア・ステーションとは、管理栄養士・栄養士が地域住民や医療機関等に対して栄養・食生活支援を行う拠点として、熊本県栄養士会が設置しているものです。