

04 糖尿病の医療連携体制

1 推進状況及び評価

指標名（単位）	地域推進方針における指標				実績数値						令和4年度の達成状況
	現状値	目標値（R5）	目標数値の考え方	現状値の出典（年次）	H30	R1	R2	R3	R4	R5	
特定健診受診率（国保分）（%）	29.4	60	現状より増加	平成28年度特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）	28.4	28.8	29.8	27.4	28.8		目標値に未達成
特定保健指導実施率（%）	30.7	60	現状より増加	平成28年度特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）	29.8	32.4	28.3	29.1	32.6		目標値に未達成
HbA1c値が6.5%以上の者の割合（%）	7.5	7.0	現状より減少	平成28年度特定健康診査実施報告データ（道国保連合会）	8.1	-	-	-	-		※国保連合会のデータ集計ソフトの変更により、このデータの取りまとめはしなくなったため、推移を確認することが不可能となった。
地域医療連携クリティカルパスを導入している医療機関数	11	19	現状より増加	平成29年度医療機関名の公表に関する調査	15	14	18	16	23		目標値を達成

2 主な取組の内容等

取組の内容	実績	課題	今後の方向性
①道・市町村・医療保険者が連携して、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ます。	<ul style="list-style-type: none"> ・医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施 ・北網圏域地域・職域保健連携推進連絡会における特定健康診査及び特定保健指導実施率向上に向けた取組状況及び課題の共有 (7) 開催日時 令和4年2月10日（木）書面開催 参加機関 23機関 (4) 開催日時 令和5年2月9日（木）書面開催 参加機関 23機関 	<ul style="list-style-type: none"> ・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・早期治療が重要であるが、市町国保の特定健康診査の受診率は横ばいであり、受診率向上に向けた取組の強化が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・北網圏域健康づくり事業行動計画及び各市町健康増進計画に基づき、地域保健と職域保健が連携して、一体的な受診勧奨に努める。
②運動習慣を確立し、糖尿病になりにくい生活習慣に変えていけるよう、運動の必要性、効果に関する普及啓発とともに、ウォーキング等気軽に取り組める健康づくり運動の定着に向けた取組を推進します。	<ul style="list-style-type: none"> ・北網圏域健康づくり事業行動計画及び各市町健康増進計画に基づき取組を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症リスクがある者の減少を図るために、年間を通じた運動量の確保や適切な食生活により予防や改善ができることの普及啓発が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・北網圏域健康づくり事業行動計画及び各市町健康増進計画に基づく健康づくり対策を更に推進する。
③糖尿病発症予防にむけ、自分にあった適切な食事を知り、主食・主菜・副菜を揃えたバランスの良い食事を習慣化できるような取組とあわせて、菓子・飲料など嗜好品の過剰摂取を防ぐ取組を推進します。	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の有所見者や医療機関受診者に対し、糖尿病発症予防の保健指導等実施 ・管内生活習慣病予防対策担当者会議（北見保健所） (7) 令和3年度 1回 (4) 令和4年度 1回 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の発症リスクがある者の生活習慣の改善を図るため、特定保健指導の実施率向上及び内容の充実にに向けた取組の強化が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・道・市町及び医療保険者等が連携して、先駆的な取組事例の情報共有や、保健指導従事者の資質向上に向けた研修会を開催するなどして、特定保健指導の実施率向上及び内容の充実に努める。
⑤道、市町村及び医療保険者、医療機関等は、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。	<ul style="list-style-type: none"> 【糖尿病医療を担う公表医療機関】 ・外来診療の中で個人教育 ・栄養士による栄養指導 ・透析予防教室 ・教育入院 ・糖尿病教室や外来待合室でのミニセミナー開催 ・患者を含む一般市民を対象とした講演会（11月糖尿病週間） 【道・市町・医師会・医療機関】 ・糖尿病性腎症重症化予防プログラムを作成し、医療機関と連携した取組の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病患者教育の課題として、特に若年層における治療自己中断による病状の悪化があり、糖尿病患者に対する継続治療の必要性等の普及啓発を図る必要がある。 ・市町と医療機関が連携して実施している「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の一層の推進には、実施内容の検討や、関係者間の連携体制構築が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・道、市町、職域保健及び医療保険者、医療機関等は、糖尿病患者に対して継続治療の必要性などについて更なる啓発に努める。 ・道、市町及び医療保険者、医療機関等の関係機関が連携して、糖尿病患者が適切な療養行動を継続できるよう支援体制を構築していく。

取組の内容	実績	課題	今後の方向性
<p>⑥発症予防、初期・安定期治療、専門治療、急性合併症治療、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。</p> <p>⑦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」（日本糖尿病協会発行）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ネットワーク、保健医療福祉圏域連携推進会議等を活用し、患者の受療動向に応じた連携体制の充実を図ります。</p>	<p>【道】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病医療を担う医療機関の公表 ・糖尿病連携手帳を市町保健指導担当者へ配布 <p>【糖尿病医療を担う公表医療機関 39機関（R4）の医療機能】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①インスリン療法 39機関（100%） ②糖尿病患者教育 34機関（87.2%） ③合併症の管理指導 32機関（82.1%） ④糖尿病連携手帳配付 32機関（82.1%） ⑤地域連携クリティカルパス活用 22機関（56.4%） ⑥糖尿病療養指導士がいる 4機関（10.3%） ⑦糖尿病透析予防指導管理料に係る届出 4機関（10.3%） ⑧腎臓病療養指導士がいる 1機関（2.6%） <p>【糖尿病性網膜症の治療を担う公表医療機関 4機関】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病連携手帳（日本糖尿病協会発行）は、患者本人と関係者間の情報共有ツールとして有効であるので医療機関や薬局等での活用促進を図ることが必要である。 ・地域連携クリティカルパス導入医療機関数は増加しているが、引き続き導入促進を図る必要がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・「糖尿病連携手帳活用促進資材（三角柱・ミニポップ）」を用いた「糖尿病連携手帳」（日本糖尿病協会発行）の一層の活用促進と、地域連携クリティカルパスの普及を図る。 ・既存の会議等を活用し、連携体制の充実を図る。
<p>⑧医療の高度化や細分化が進む中で、患者を中心とした良質な医療を実践するため、管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師及び理学療法士等の専門職種との連携により、食事療法や運動療法、薬物療法等を組み合わせた医療や地域による支援がされるよう支援します。</p>	<p>【糖尿病医療を担う公表医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・院内勉強会や、糖尿病グループ会議の実施 ・多職種合同カンファレンス ・地域の医療・介護・福祉関連機関との会議等での情報交換や相談、連携に取り組んでいる 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事療法や運動療法、薬物療法を組合せた患者を中心とした質の高い医療の提供が重要であり、そのためには各専門職が高い専門性を発揮するとともに、専門職種間の連携強化が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医と専門治療を担う医療機関、地域の関係機関による連携のほか、各専門職の資質向上を図るため、各種勉強会や研修会等を進める。