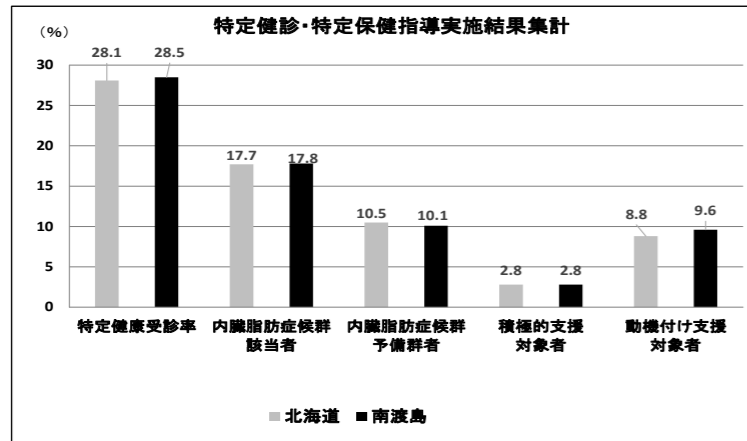
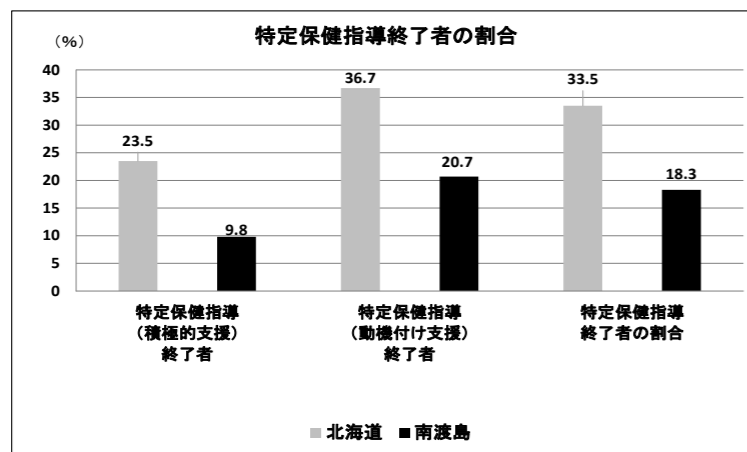


## 「北海道医療計画南渡島地域推進方針 中間見直し素案」 新旧対照表

令和3年度 中間見直し素案	現行計画（平成30年度～令和5年度）	見直しの考え方
<p><b>5 糖尿病の医療連携体制</b></p> <p>(1) 現状</p> <p>ア 罹患・死亡の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 北海道では、平成30年に759人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.2%（全国1.0%）を占めています。*1</li> <li>○ 南渡島圏域では、糖尿病を原因とした死亡者の人口10万対死亡率は、平成29年で、13.5人と北海道の13.6人と同程度です。*2</li> <li>○ 北海道では、糖尿病性腎症による新規導入透析患者数（平成30年）は808人で、新規導入透析患者数の43.3%（全国42.3%）を占めています。 また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（平成30年）は6,156人で、年末透析患者数全体の40.4%を占めており、全国（39.0%）と同様に増加しています。*3</li> <li>○ 南渡島圏域の糖尿病性腎症による血液透析患者数（平成29年）は416人で、血液透析患者数全体の35.4%を占めており、全道（40.8%）より下回っています。*4</li> </ul> <p>イ 健康診断の受診状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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・治療が重要ですが、平成29年度の南渡島圏域の特定健康診査の実施率（国保）は28.5%で、平成27年度（27.7%）より向上しているものの、全道（27.1%）とほぼ同程度です。*5</li> <li>○ また、平成29年度の南渡島圏域の特定健康診査（国保）における内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者*6の割合は17.8%（全道17.7%）、内臓脂肪症候群予備群*7の割合は10.1%（全道10.5%）と全道とほぼ同程度です。*5 BMI値では、肥満（BMI25以上）割合が28.2%（全道29.0%）と全道とほぼ同程度です。男女別にみると男性36.4%（全道36.5%）、女性23.1%（全道23.7%）と男性の割合が多くなっています。*8</li> <li>○ 平成29年度の南渡島圏域の特定健康診査（国保）結果のHbA1c値*9を見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、1,598人（8.5%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、9,454人（50.0%）となっていますが、全道（受診勧奨判定値8.7%、保健指導判定値47.9%）を下回っています。*8健診受診者の約5割が、医療や保健指導を要する状態であると判定されています。</li> <li>○ 平成29年度の南渡島圏域の特定健康診査受診者に対する積極的・動機付け支援対象者の割合は、全道とほぼ同程度ですが、積極的・動機付け支援の終了者の割合は、全道より低くなっています。*5</li> </ul> <p>*1 厚生労働省「人口動態統計」（平成30年） *2 北海道保健統計年報（平成29年度） *3 社団法人日本透析医学会/統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成27年） *4 北海道保健福祉部「透析医療の現況調査」（平成29年9月30日） *5 北海道国民健康保険団体連合会「平成29年特定健診・特定保健指導実施結果（法定報告）」 *6 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。 *7 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。 *8 北海道国民健康保険団体連合会「平成29年度市町村国保における特定健診等結果状況報告書」 *9 HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）（NGSP値）：過去1～3ヶ月の血糖値を反映した血糖値のコントロール指標。</p>	<p><b>5 糖尿病の医療連携体制</b></p> <p>(1) 現状</p> <p>ア 罹患・死亡の状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 北海道では、平成27年に698人が糖尿病を原因として死亡しており、死亡数全体の1.2%（全国1.6%）を占めています。*1</li> <li>○ 南渡島圏域では、糖尿病を原因とした死亡者の人口10万対死亡率は、平成27年で、27.1人と北海道の13.0人より上回っています。</li> <li>○ 北海道では、糖尿病性腎症による新規導入透析患者数（平成27年）は688人で、新規導入透析患者数の43.6%（全国43.7%）を占めています。 また、糖尿病性腎症の年末透析患者数（平成27年）は5,719人で、年末透析患者数全体の39.1%を占めており、全国（38.4%）と同様に増加しています。*2</li> <li>○ 南渡島圏域の糖尿病性腎症による血液透析患者（平成29年）は416人で、血液透析患者全体の35.4%を占めており、全道（40.8%）より下回っています。*3</li> </ul> <p>イ 健康診断の受診状況</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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・治療が重要ですが、平成28年度の南渡島圏域の特定健康診査の実施率（国保）は27.1%で、平成23年度（22.8%）より向上しているものの、全道（27.6%）とほぼ同程度です。</li> <li>○ また、平成28年度の南渡島圏域の特定健康診査（国保）における内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）該当者*4の割合は16.3%（全道16.9%）、内臓脂肪症候群予備群*5の割合は10.4%（全道10.5%）と全道とほぼ同程度です。 BMI値では、男性女性の肥満（BMI25以上）割合が全道とほぼ同程度です。*6</li> <li>○ 平成28年度の南渡島圏域の特定健診結果のHbA1c値*7を見ると、「6.5%以上（受診勧奨判定値）」該当者は、7,169人（6.9%）であり、「5.6%以上6.5%未満（保健指導判定値）」該当者は、1,251人（39.8%）となっていますが、全道（受診勧奨判定値7.8%、保健指導判定値41.3%）を下回っています。*6健診受診者の約4割が、医療や保健指導を要する状態であると判定されています。</li> <li>○ 平成28年度の特定健康診査受診者に対する積極的・動機付け支援対象者の割合は、男女とも全道とほぼ同程度となっており、積極的・動機付け支援の終了者の割合は、男女とも全道より低くなっています。（図1）</li> </ul> <p>*1 厚生労働省「人口動態統計特殊報告」（平成27年） *2 社団法人日本透析医学会/統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」（平成27年） *3 北海道保健福祉部「透析医療の現況調査」（平成29年9月30日） *4 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。 *5 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。 *6 北海道国民健康保険団体連合会「平成28年度市町村国保における特定健診等結果状況報告書」 *7 HbA1c（ヘモグロビンエーワンシー）（NGSP値）：過去1～3ヶ月の血糖値を反映した血糖値のコントロール指標。</p>	<p>○時点修正</p> <p>○文言の整理</p> <p>○時点修正</p> <p>○文言の整理</p>



【平成29年度特定健診・特定保健指導実施結果集計（法定報告）】



【平成29年度特定健診・特定保健指導実施結果集計（法定報告）】

## ウ 医療機関への受診状況

(患者調査) \*1

- 全道の平成29年の糖尿病の受療率（人口10万人対）は、入院が26（全国15）、外来が191（全国177）であり、全国と比較して入院受療率が1.7倍高い状況にあります。
- また、全道の糖尿病患者の平均在院日数は31.4日で全国（33.3日）より1.9日短くなっています。
- 南渡島圏域内の糖尿病患者が当圏域内の医療機関を受診している割合は、入院が97.9%、外来が99.6%です。
- また、南渡島圏域内で北渡島檜山や南檜山圏域の糖尿病患者が受診している割合は、入院が28.0%、40.6%、外来が10.7%、17.4%であり、近隣から糖尿病患者が集まっている状況にあります。\*2

\*1 厚生労働省「患者調査」（平成29年）

\*2 厚生労働省「NDB」（平成28年4月～平成29年3月）

## エ 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)

- 「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は、全道996か所で南渡島圏域には86か所（病院21か所、診療所65か所）あります。南渡島圏域で地域連携クリティカルパスを導入している医療機関は、43カ所です。

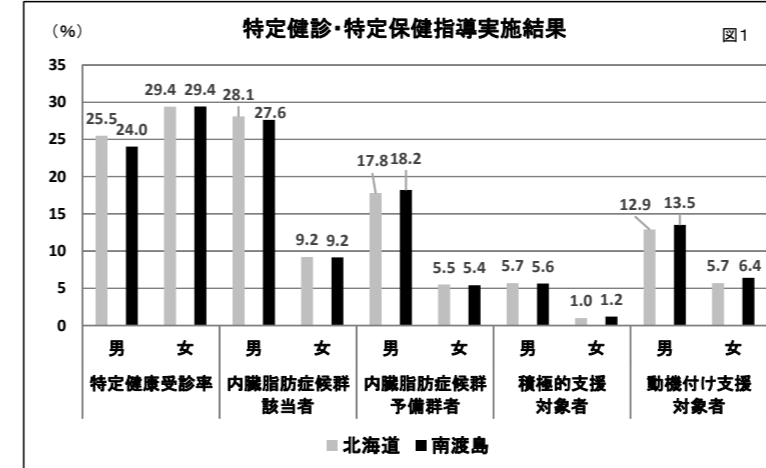


図1

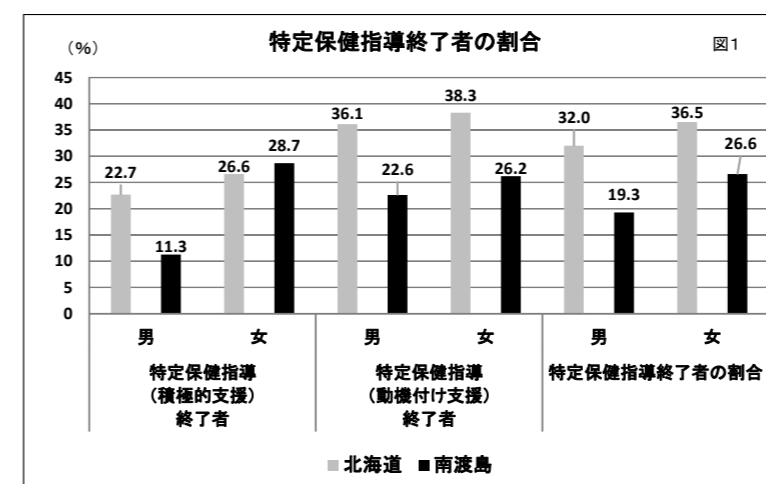


図1

## ウ 医療機関への受診状況

(患者調査) \*1

- 全道の平成26年の糖尿病の受療率（人口10万人対）は、入院が24（全国16）、外来が156（全国175）であり、全国と比較して入院受療率が1.5倍高い状況にあります。
- また、全道の糖尿病患者の平均在院日数は40.7日で全国（35.5日）より5.2日長くなっています。
- 南渡島圏域内の糖尿病患者が当圏域内の医療機関を受診している割合は、入院が97.7%、外来が99.6%です。
- また、南渡島圏域内で北渡島檜山や南檜山圏域の糖尿病患者が受診している割合は、入院が29.5%、37.6%、外来が9.5%、16.4%であり、近隣から糖尿病患者が集まっている状況にあります。\*2

\*1 厚生労働省「患者調査」（平成26年）

\*2 厚生労働省「NDB」（平成27年4月～平成28年3月）

## エ 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)

- 「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は、全道970か所で、南渡島圏域には91か所あります。

○ 時点修正

○ 時点修正

<sup>\*1</sup>  
○ 「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、全道 158 か所で南渡島圏域には 10 か所（病院 4 か所、診療所 6 か所）あります。  
南渡島圏域で地域連携クリティカルパスを導入している医療機関（眼科）6 か所です。<sup>\*1</sup>

○ 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関98か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は16か所（病院14か所、診療所2か所）です。<sup>\*2</sup>

#### ○削除

（透析実施施設等について）

○ 令和2年の透析実施施設は、全道で251施設、うち南渡島圏域の透析実施施設は、17施設（病院8施設、診療所9施設）です。

○ 令和2年の南渡島圏域の透析台数は、452台（全道 6,529）、1台当たりの患者数は 2.62人（全道 2.35人）であり、全道より高い状況にあります。<sup>\*3</sup>

<sup>\*1</sup> 北海道保健福祉部調査「糖尿病医療機能を担う公表医療機関（令和元年4月1日現在）」

<sup>\*2</sup> 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（平成29年）

<sup>\*3</sup> 北海道保健福祉部「透析医療の現況調査」（令和2年）

## （2）課題

### ア 予防対策の充実

- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気であることから、定期的な健診受診が必要であることを広く道民に周知するとともに、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発が必要です。
- 医療保険者等と連携し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、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。
- 早期発見と早期治療のための健診受診率向上と、健診後の保健指導体制を整えることが必要です。

### イ 医療連携体制の充実

- 未治療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、かかりつけ医と専門医療機関、歯科診療所及び医療保険者等による連携体制の整備が必要です。
- 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。

## ○（新設）

○ 公表医療機関を対象とした調査で回答のあった医療機関98か所のうち、「教育入院を実施している」と回答した医療機関は16か所（病院14か所、診療所2か所）です。<sup>\*1</sup>

○ 回答のあった南渡島圏域の医療機関 98 か所のうち、78.6 %の医療機関が糖尿病連携手帳を活用している状況であり、地域連携クリティカルパス導入の医療機関は増加しているものの、導入率は低い傾向です。<sup>\*1</sup>

（透析実施施設等について）

○ 平成 27 年の南渡島圏域の透析台数は、479 台（全道 6,661）、1 床当たりの患者数は 2.45 人（全道 2.36 人）であり、全道より高い状況にあります。<sup>\*2</sup>

<sup>\*1</sup> 糖尿病治療における地域医療連携状況調査（平成29年）

<sup>\*2</sup> 北海道保健福祉部「透析施設調査」（平成27年）

## （2）課題

### ア 予防対策の充実

- 糖尿病は自覚症状がなく進行する病気であることから、定期的な健診受診が必要であることを広く道民に周知するとともに、適切な食生活及び運動習慣により予防や改善ができることの普及啓発が必要です。
- 医療保険者等と連携し、糖尿病の発症リスクがある者に対して、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。
- 早期発見と早期治療のための健診受診率向上と、健診後の保健指導体制を整えることが必要です。

### イ 医療連携体制の充実

- 未治療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、かかりつけ医と専門医療機関、歯科診療所及び医療保険者等による連携体制の整備が必要です。
- 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。

## ○新設

○北海道医療計画<中間見直し>を踏まえ、糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症）に係る医療機能を担う公表医療機関（眼科）数を追記

○透析施設数を追記

○時点修正

○データ出典の整理及び更新

**(3) 必要な医療機能**

**ア 発症予防**

(かかりつけ医)

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)

- 75gOGTT\*1、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 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\*2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。
- 訪問看護ステーション、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。

**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)

- 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。
- 75gOGTT、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 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24時間体制で実施します。

**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。

\*1 75gOGTT(Oral glucose tolerance test(経口ブドウ糖負荷試験)):75gのブドウ糖水溶液を投与し、その後の糖の処理能力を調べることやインスリン分泌能を確認するための検査方法の一つ。

\*2 シックデイ:糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐又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。

**(3) 必要な医療機能**

**ア 発症予防**

(かかりつけ医)

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)

- 75gOGTT\*1、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 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\*2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。
- 訪問看護ステーション、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。

**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)

- 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。
- 75gOGTT、HbA1cなど糖尿病の評価に必要な検査を行います。
- 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24時間体制で実施します。

**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。

\*1 75gOGTT(Oral glucose tolerance test(経口ブドウ糖負荷試験)):75gのブドウ糖水溶液を投与し、その後の糖の処理能力を調べることやインスリン分泌能を確認するための検査方法の一つ。

\*2 シックデイ:糖尿病患者が感染症に罹患し、発熱、下痢、嘔吐又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。

(4) 数値目標等

指標名(単位)	南渡島 現状値		南渡島 目標値 (R5)	北海道 現状値		北海道 目標値 (R5)	目標値 の考え方 *2	現状値の出典 (策定時・見直し時の年次)		
	計画 策定時	中間 見直し時		計画 策定時	中間 見直し時					
体制整備	特定健診受診率(%)		27.1	28.5	60以上	39.3	42.1	70.0	現状より増加	※ 北海道現状値 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (平成27年・平成29年) [厚生労働省] *3
	特定保健指導実施率(%)		22.1	18.3	60以上	13.5	15.5	45.0	現状より増加	※ 南渡島現状値 特定健康診査・特定保健指導実施結果 (平成28年度・29年度法定報告) [北海道国民健康保険団体連合会] *4
実施件数等	糖尿病治療継続者の割合(20歳以上) (%) *1		-	-	-	59.8	59.8	64.0	現状より増加	平成28年健康づくり道民調査
	地域連携クリティカルパスを導入している 医療機関数(か所)		39	43	45	373	456	485	現状より増加	北海道保健福祉部調査 (平成29年4月1日現在 ・令和元年4月1日現在)
住民の 健康状態等	HbA1c値が6.5%以上の 者の割合(%) (40~74 歳)	男性	-	-	-	8.5	9.0	8.0	現状より減少	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ (平成26年・平成28年) [厚生労働省]
		女性	-	-	-	3.8	4.1	3.3		
	糖尿病性腎症による新規人工透析導入 患者数(人) *1		-	-	-	688	808	660	現状より減少	日本透析医学会調べ「わが国の慢性透析療法 の現況」 (平成27年度・平成30年度)

\* 1 「北海道健康増進計画」(平成25年度～令和4年度)と調和を図る指標の目標値については、令和5年度も維持・向上とする。

\* 2 目標値の考え方における「現状」は計画策定時の数値を基本とする。

\* 3 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ [厚生労働省]: 市町村国保、国保組合、全国健康保険協会、船員保険、健保組合、共済組合の合計のデータ

\* 4 特定健康診査・特定保健指導実施結果 [北海道国民健康保険団体連合会]: 市町村国保のデータ

(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

- 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。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者等と連携して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。

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。
- 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。
- 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を活用した地域医療情報連携ネットワーク、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に努めます。  
特に糖尿病医療機能を担う医療機関においては、糖尿病連携手帳が活用されるよう普及啓発が必要です。

(4) 数値目標等

指標区分	指標名(単位)	南渡島 現状値	南渡島 目標値(H35)	北海道 現状値	北海道 目標値(H35)	目標数値の 考え方	現状値の出典(年次)	
体制整備	特定健診受診率(%)	27.1	60.0以上	39.3	70.0	現状より増加	北海道国民健康保険団体連合会「平成28年度市町村国保における特定健診等結果状況報告書」	
	特定保健指導実施率(%)	22.1	60.0以上	13.5	45.0	現状より増加		
実施件数等	糖尿病治療継続者の割合(20歳以上)(%) *	-	-	59.8	64.0	現状より増加	平成28年健康づくり道民調査	
	地域連携クリティカルパスを導入している医療 機関数(か所)	39	45	373	485	現状より増加	北海道保健福祉部調査(平成29年4月1日現在)	
住民の健康 状態	HbA1c値が6.5%以上の者の割合 (%) (40~74歳)	男性	-	-	8.5	8.0	現状より減少	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(平成26年・平成28年) [厚生労働省]
		女性	-	-	3.8	3.3		
	糖尿病性腎症により新規人工透析導入患者数 (人) *	-	-	688	660	現状より減少	日本透析医学会調べ「わが国の慢性透析療法の現況」 (平成27年度)	

\* 「北海道健康増進計画」(平成25年度～平成34年度)と調和を図る指標の目標値については、平成35年度の維持・向上とする。

(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

- 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。
- 糖尿病の発症リスクがある者に対しては、医療保険者等と連携して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。

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。
- 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。
- 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に努めます。  
特に糖尿病医療機能を担う医療機関においては、糖尿病連携手帳が活用されるよう普及啓発が必要です。

○データの更新

○元号の修正  
○目標値の考え方・出典についての補足

○北海道医療計画(見直し)を踏まえ、文言の修正

(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〕

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

ア・イの両方を満たす医療機関

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)

医療機関名と医療機能情報は北海道ホームページ（保健福祉部地域医療推進局地域医療課）で公開しています。

<https://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/minaoshi.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や糖尿病教室を実施する医療機関において、歯科医療従事者が歯科保健指導や歯科健康教育を行うなど、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、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ステーション等と連携し、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) 訪問看護ステーションの役割

- 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。

(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

(医療機関名)

上記に定める公表基準を満たした医療機関91か所（病院23か所、診療所68か所）です（平成30年2月1日現在）

医療機関名と医療機能情報は北海道ホームページで公開しています。

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/newiryokeikaku/08-06.pdf>

(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や糖尿病教室を実施する医療機関において、歯科医療従事者が歯科保健指導や歯科健康教育を行うなど、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、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ステーション等と連携し、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) 訪問看護ステーションの役割

- 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。

(新設)

○北海道医療計画<中間見直し>を踏まえ、糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症）に係る医療機能の公表基準について追記