

## 4 糖尿病

- 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防に関する都民の理解促進を図るとともに、重症化及び合併症予防のために治療が長期にわたることから、予防から治療までの一貫した糖尿病対策を推進し、都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ることができる医療提供体制を構築します。
- 糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等、糖尿病に関する普及啓発を促進します。
- 区市町村や事業者・医療保険者が行う発症予防や重症化予防に取り組みやすい環境整備を支援し、糖尿病による合併症を発症する人の割合を減らしていきます。
- 登録医療機関制度を活用し、患者の早期発見、生活習慣の改善指導も含めた地域で実効性ある糖尿病医療連携体制を構築します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士など糖尿病に関わる医療従事者の情報の共有化やサポート体制を構築します。

### 現 状

#### 1 糖尿病の疾病特性

- 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。
- 糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする「1型糖尿病」と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する「2型糖尿病」に大別されます。
- インスリン作用の不足により高血糖が起こると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、高血糖が持続することにより合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害、脳卒中、急性心筋梗塞等）を発症します。
- 糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果起こる慢性合併症があります。
- 糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。
- 糖尿病患者は生涯を通じての治療継続が必要となるため、発症後、患者自身による生活習慣の改善に加えて、内科、眼科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識

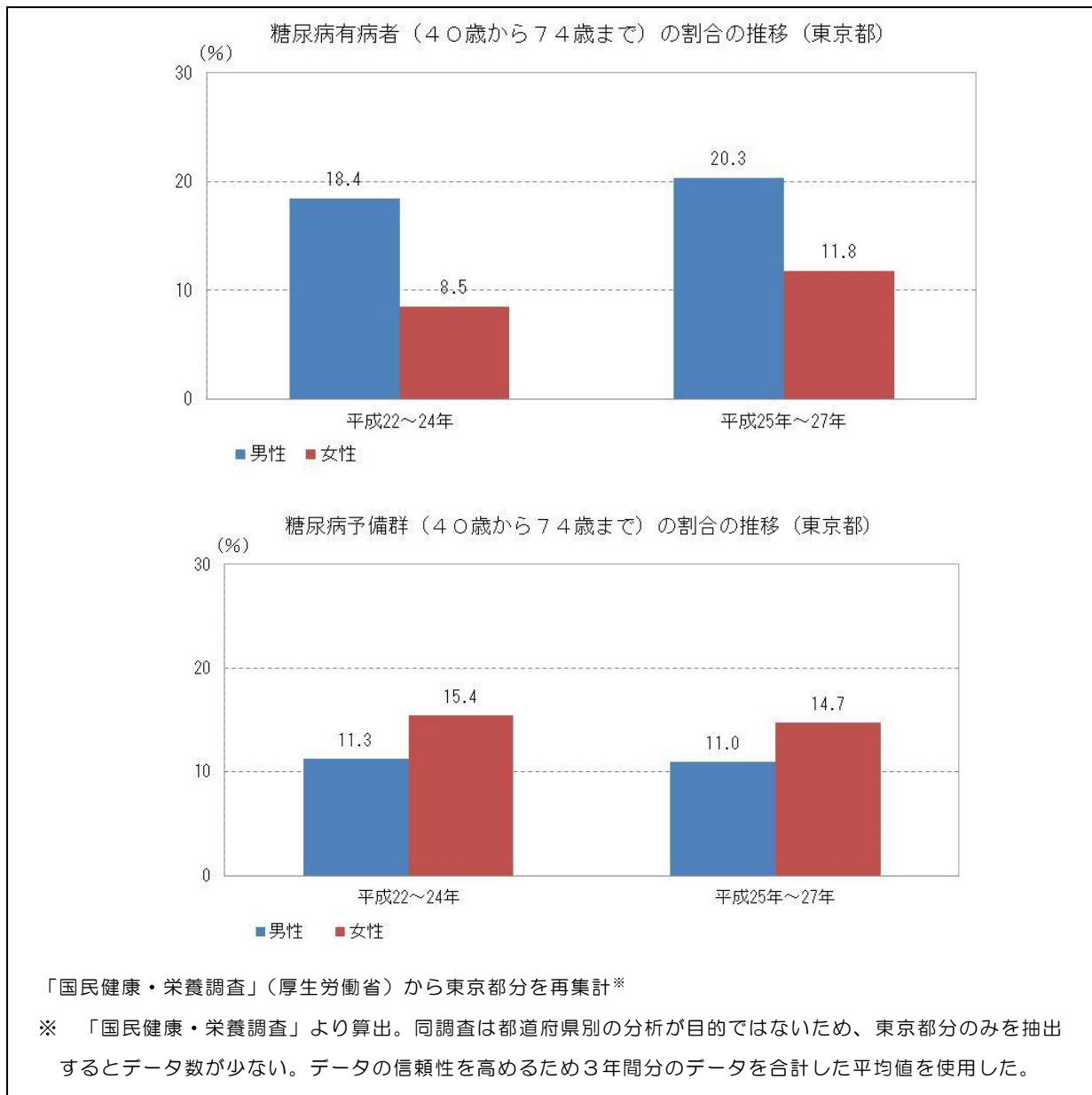
を有する薬剤師、看護師、管理栄養士等と連携して実施する継続的な医療サービスの提供が重要です。

## 2 糖尿病有病者・予備群の状況

○ 平成 26 年の「患者調査」によると、都における糖尿病患者数は、約 32 万 4 千人です。

○ 都の糖尿病有病者の割合を見ると、平成 25 年から 27 年までは、男性 20.3%、女性 11.8%となっており、平成 22 年から 24 年までと比較すると、男性は 1.9 ポイント、女性は 3.3 ポイント高くなっています。

糖尿病予備群の割合を見ると、平成 25 年から 27 年までは、男性 11.0%、女性 14.7%となっており、平成 22 年から 24 年までと比較すると、男性は 0.3 ポイント、女性は 0.7 ポイント低くなっています。



- 平成 27 年度の糖尿病による失明発症率は、人口 10 万人対 1.41 人で前年度比 0.02 ポイント増、平成 27 年の糖尿病腎症による新規透析導入率は、人口 10 万人対 10.69 人で前年比 0.76 ポイント減となっています。

### 3 糖尿病・メタボリックシンドロームと生活習慣病の予防

- 糖尿病を予防するためには、食生活や運動に関する望ましい生活習慣について理解し、実践することが必要です。

- 糖尿病は、初期には自覚症状が乏しく、未治療や治療中断者が半数を占めています。風邪、歯周疾患などの受診をきっかけに、糖尿病が発見されることもあります。

糖尿病になり血糖値が高い状態が持続すると、心筋梗塞や脳卒中のリスクが高まるほか、糖尿病腎症による透析、糖尿病網膜症による失明、血管障害、末梢神経障害・壊疽など深刻な合併症につながるおそれがあります。

- メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）は、内臓に脂肪が蓄積した肥満（内臓脂肪型肥満）に、高血糖、高血圧、脂質異常のうちいずれか二つが重複した状態をいい、放置すると、糖尿病の発症や重症化を引き起こす可能性が高いとされています。

### 4 特定健康診査・特定保健指導の実施

- メタボリックシンドローム予備群・該当者を早期に把握し、生活習慣病のリスクがある人に対して、保健指導により疾病の発症予防を目指すため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）に基づき、40 歳から 74 歳までの人を対象とした特定健康診査・特定保健指導の実施が平成 20 年度から医療保険者に義務づけられています。

平成 27 年度の都内の区市町村国民健康保険の実施率は、特定健康診査が 44.9%、特定保健指導が 15.7%です。

また、平成 26 年度から 27 年度のメタボリックシンドローム該当者の減少率<sup>1</sup>は 23.3%、予備群の減少率<sup>2</sup>は 23.1%となっています。

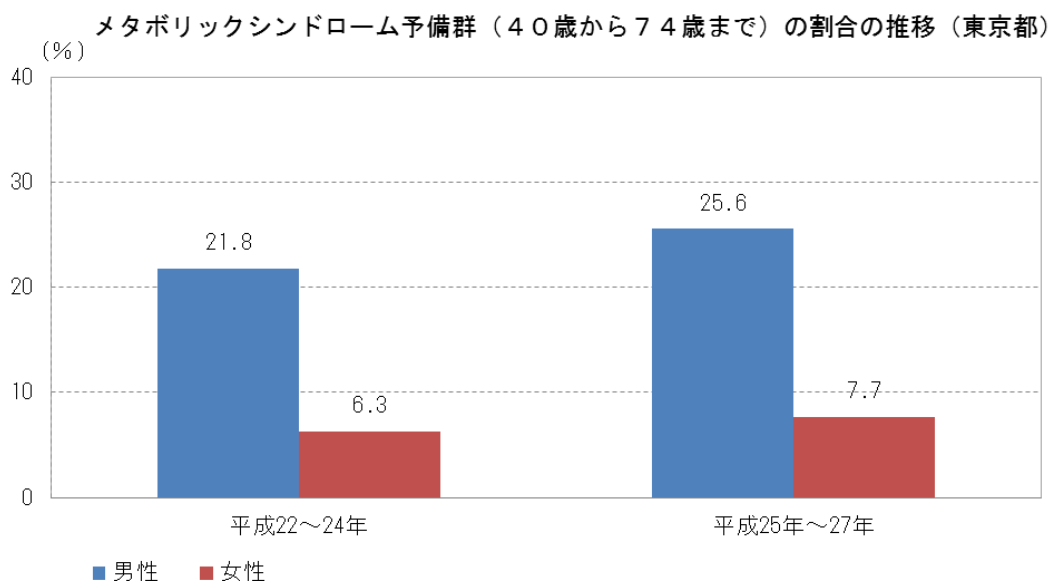
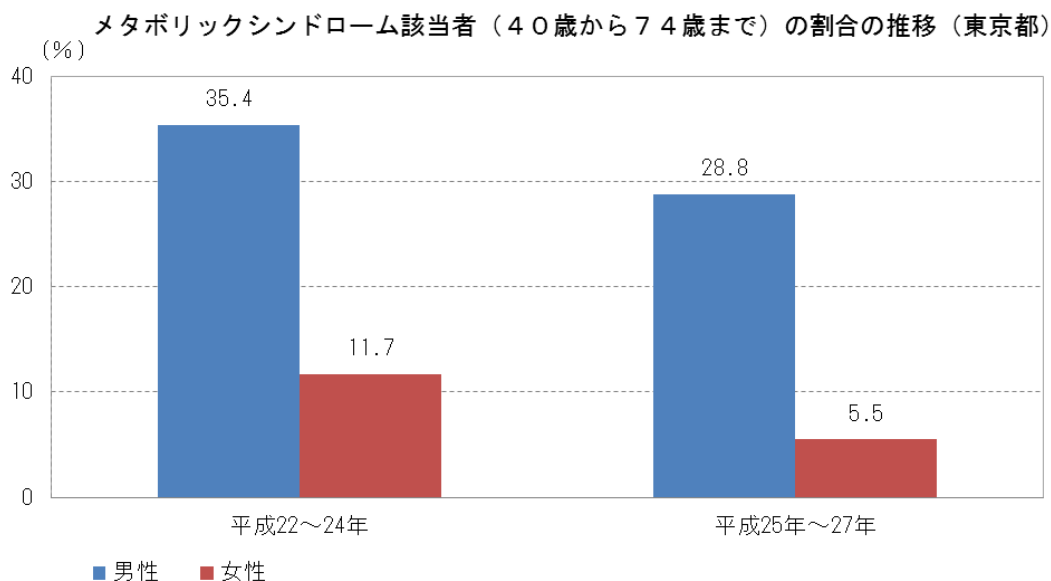
- 平成 27 年度の東京都全体の特定健康診査受診率は 63.4%、特定保健指導実施率は 14.8%となっています。

- 都のメタボリックシンドローム該当者の割合を見ると、平成 25 年から 27 年までは、男性 28.8%、女性 5.5%となっており、平成 22 年から 24 年までと比較すると、男性は 6.6 ポイント、女性は 6.2 ポイント低くなっています。

<sup>1</sup> メタボリックシンドローム該当者の減少率：昨年度のメタボリックシンドローム該当者の数（人）のうち、今年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）

<sup>2</sup> メタボリックシンドローム予備群の減少率：昨年度のメタボリックシンドローム予備群の数（人）のうち、今年度のメタボリックシンドローム該当者・予備群ではなくなった者の割合（%）

メタボリックシンドローム予備群の割合を見ると、平成 25 年から 27 年までは、男性 25.6%、女性 7.7%となっており、平成 22 年から 24 年までと比較すると、男性は 3.8 ポイント、女性は 1.4 ポイント高くなっています。



「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）から東京都分を再集計

### これまでの取組

○ 糖尿病・メタボリックシンドローム予防については、区市町村や、事業者・医療保険者が取組主体となって、生活習慣改善に関する普及啓発や健診事業等を行っています。

また、都では、糖尿病医療連携について、都内全域で统一的に定める事項や、広域的に対応する事項を協議するため、平成 21 年3月に「東京都糖尿病医療連携協議会」（以下「協議会」という。）を設置するとともに、二次保健医療圏を単位とし、

地域において検討すべき事項を取り扱うため「糖尿病医療連携圏域別検討会（以下「圏域別検討会」という。）」を設置し、取組を進めています。

### 1 糖尿病・メタボリックシンドロームの予防

- 都民一人ひとりが望ましい生活習慣を継続して実践し、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化予防を図るため、区市町村や民間団体等と連携し、都民自らが負担感のない生活習慣の改善を実践できるよう、普及啓発及び環境整備に取り組んでいます。
- 区市町村や医療保険者等において健康づくりの企画や指導的な役割を担うことが期待される人材を対象に、健康づくりの施策や栄養・運動・休養等に関する知識・技術を普及する研修を実施しています。  
また、区市町村が実施する糖尿病・メタボリックシンドローム予防対策事業に対する財政的支援を行っています。
- 日常生活の中で多くの時間を過ごす職場における健康づくりを推進するため、事業者団体と連携し、主に中小企業に対する普及啓発、活動支援に取り組んでいます。

### 2 糖尿病医療連携の推進

- 協議会において、糖尿病医療連携体制の構築、指標の設定・検証を進めてきました。また、圏域別検討会において、地域の糖尿病医療連携の推進等に努めてきました。
- 日本糖尿病療養指導士認定機構及び各地域のNPO法人等においては、高度で幅広い専門知識を持ち、患者の糖尿病セルフケアを支援する医療スタッフを糖尿病療養指導士として認定しています。  
また、東京都医師会では、糖尿病診療の最新情報を基礎から学び直し、糖尿病対策における地域連携及び特定健康診査・特定保健指導に役立てるため、糖尿病予防推進医講習会を開催し、健診事業に携わる地域のかかりつけ医を東京都医師会糖尿病予防推進医として養成しています。

### 3 糖尿病地域連携に係る取組

- 糖尿病は、重症化及び合併症予防のために治療が長期にわたることから、予防から治療までの一貫した糖尿病対策を推進し、都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ることができる医療提供体制を構築する必要があります。そのため、都では以下の取組を実施してきました。

#### (1) 糖尿病治療に係る医療資源の情報把握

- 都の医療機関案内サービス“ひまわり”には、糖尿病に関連する項目が掲載さ

れています(39項目)。これらの項目をさらに「外来診療」、「入院治療」及び「患者教育」など9つに分類し、それぞれの医療機関で提供されている診療内容が都民に分かりやすく検索できるようにしています。

また、都の糖尿病医療連携のプロセス指標としている「外来診療」や「患者教育」を実施している医療機関及び「糖尿病の地域連携クリティカルパス」を導入している医療機関数など、糖尿病医療連携に資するデータの集計による、都全体又は地域ごとの医療資源の把握を可能としています。

## (2) 糖尿病医療連携に資する連携ツールの活用

- 都内における糖尿病医療連携の取組を推進するため、協議会において、すでに多くの地域で運用されていた既存のツールを参考に、「東京都糖尿病医療連携ツール」を作成し、活用しています。

「東京都糖尿病医療連携ツール」

([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo\\_hoken/tounyoutori-kumi/tool.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/tounyoutori-kumi/tool.html))

- ①医療機関リスト(東京都医療機関案内サービス“ひまわり”から出力)
- ②(標準的な)診療ガイド(「糖尿病治療のエッセンス」(日本糖尿病対策推進会議)の活用)
- ③医療連携の紹介・逆紹介のポイント(※上記URL参照)
- ④診療情報提供書の標準様式(※上記URL参照)

## (3) 「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度の運用

- 糖尿病医療連携ツール等の活用を促し、地域の糖尿病医療連携体制を確立するため、「糖尿病地域連携の登録医療機関」制度を構築しています。本制度は、地域において糖尿病治療等を行う医療機関が、「かかりつけ医」、「専門医」、「かかりつけ眼科医・歯科医等」のいずれか又は複数の立場で、糖尿病医療連携ツール等を活用した医療連携に参画するものです。

多くの医療機関が同じ治療方針の下、患者の症状に応じた適切な医療連携(紹介―逆紹介(返送))を行うことが可能となり、都民の誰もが身近な地域で最適な医療を受けられ、重症化及び合併症を予防できます。

- 糖尿病の予防・治療に当たっては、適切な食習慣や適度な運動習慣など生活習慣の改善が不可欠であり、身近な医療提供施設の果たす役割が重要です。一方、都民には、依然として大病院・専門医志向があることから、糖尿病医療連携の仕組みの理解を促進するため、都民向けに普及啓発を図る必要があります。
- 圏域別検討会により、また、東京都医師会等の医療関係団体との連携により、市民公開講座や医療従事者研修会等を開催し、地域の住民及び医療従事者に対

する糖尿病に関する普及啓発を行っています。

#### (4) 評価検証の取組

- 糖尿病医療連携の取組を絶えず見直し、レベルアップできるように、都独自の指標を作成し、評価・検証に用いています。

まず、国の指針に示されている指標例のうち、今後、継続してデータの収集が可能な指標を「アウトカム指標」として定めています。

また、主として診療所における糖尿病医療連携の広がりを把握するための指標として、「連携に必要な基盤をあらわすもの」、「連携の進捗状況をあらわすもの」の2つに分けて「プロセス指標」を定めています。

### 課題と取組の方向性

#### <課題1> 糖尿病・メタボリックシンドロームに関する普及啓発

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群、メタボリックシンドロームの該当者となっていることから、発症・重症化予防に向け、引き続き都民の意識醸成を図っていく必要があります。

- 医療連携ツールや「糖尿病地域連携の登録医療機関」等の都で行っている地域医療連携の取組等について、都民や患者に理解を促進する必要があります。

#### (取組1) 糖尿病・メタボリックシンドロームに関するより効果的な普及啓発の実施 [基本目標 Ⅲ]

- 糖尿病やメタボリックシンドロームにならないための、負担感のない生活習慣改善の工夫(一次予防)、定期的な健診受診や必要に応じ早期に医療機関を受診し、治療を継続することの重要性(二次予防)、糖尿病の重症化予防(三次予防)について、都民の理解を一層深めていくため、様々な広報媒体を活用し、引き続き、普及を図っていきます。
- 各圏域別検討会で実施している都民向け講演会等を引き続き実施し、糖尿病に関する正しい知識、治療継続の重要性及び糖尿病医療連携等について、普及啓発を推進します。

#### <課題2> 糖尿病の発症・重症化予防

- 多くの都民が糖尿病の有病者・予備群となっており、深刻な合併症の発症者も一定程度いることなどから、発症・重症化予防に向けた区市町村や事業者等の取組を、引き続き支援していく必要があります。

- メタボリックシンドロームを早期に発見し、改善を図るため、特定健康診査・

特定保健指導の実施率を高めていく必要があります。

- 重症化予防に取り組む区市町村等の数を増やし、医療機関未受診者に対する受診勧奨や、重症化リスクのある対象者への個別指導の取組を広げていく必要があります。

(取組2) 糖尿病の発症・重症化予防に向けた取組の促進 [基本目標 III]

- 区市町村や事業者等における糖尿病の発症予防、早期発見、重症化予防のための取組を支援していきます。
- 都が策定する「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に沿って、区市町村国民健康保険と地区医師会・かかりつけ医等との連携強化を図るとともに、糖尿病対策に係る会議等において情報提供や共有等を行い、区市町村国民健康保険による効果的な取組を推進していきます。

### <課題3> 予防から治療までの医療連携

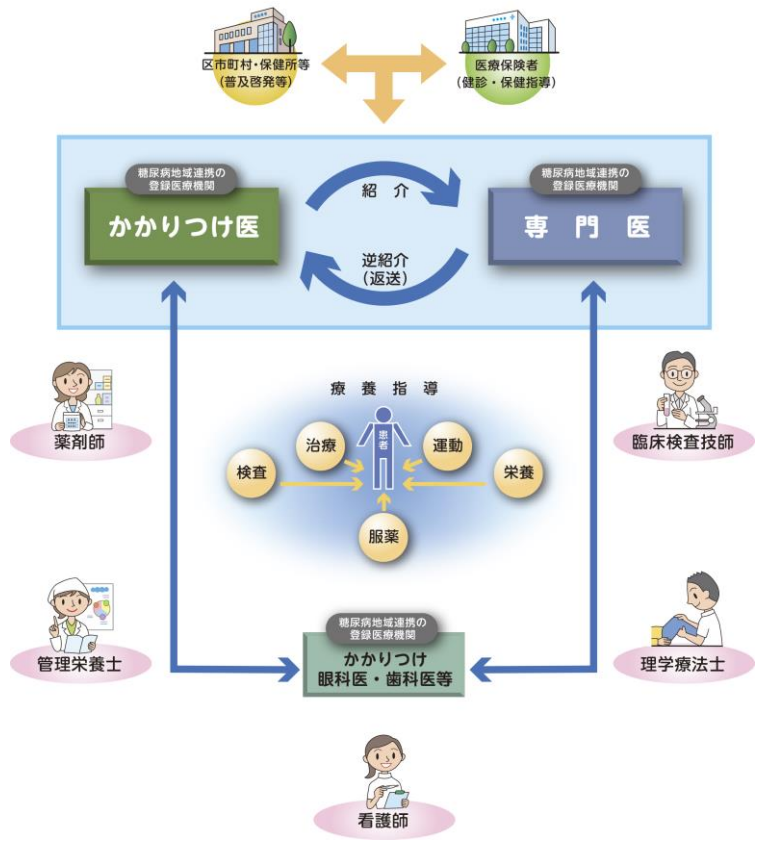
- 糖尿病は、健診等で発症リスクのあることが分かっているにもかかわらず、未受診であったり、受診をしても自ら治療を中断してしまい、重症化や合併症が発症してから受診に至る例も見受けられます。このため、発症予防、早期の受診・治療、治療の継続に向けて、区市町村や医療保険者と医療機関との連携が重要になっています。

(取組3) 予防から治療までの医療連携の強化 [基本目標 II]

- 予防、健診、保健指導を行う区市町村や医療保険者と医療機関との連携を強化します。
- 予防から初期・安定期治療、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療等の各医療機能を切れ目なく提供できる体制を確立するため、「かかりつけ医」、「専門医」及び「かかりつけ眼科医・歯科医等」の相互連携による「糖尿病地域連携の登録医療機関」の取組を推進します。
- 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、理学療法士、臨床検査技師、管理栄養士など、糖尿病医療に関わる多様な職種との医療連携を推進します。



糖尿病医療連携のイメージ



<課題 4> 地域連携に係る実効性のある取組

- 「東京都糖尿病医療連携ツール」や評価検証指標等により、地域医療連携の取組を進めており、「糖尿病地域連携の登録医療機関」への参画が増えていますが、未だ連携に参画していない医療機関があります。都内の地域連携を更に充実させるため、医療機関に対し糖尿病の地域医療連携に参加するよう促す必要があります。
- 慢性合併症の専門治療などでは広域的な医療連携が必要であり、二次保健医療圏ごとの圏域別検討会において医療連携の取組を進めていますが、その取組・連携実績等には圏域ごとに差があることから、全ての圏域において実効性のある取組が行われるよう、圏域ごとの取組を充実させていく必要があります。

(取組 4) 糖尿病地域連携体制の強化 [基本目標 II]

- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の登録数が増えるよう、広域的な普及啓発に努めるとともに、各圏域でも普及啓発を積極的に行うよう働きかけることで、糖尿病医療連携に積極的な医療機関を確保し、都民の誰もが身近な地域で医療を受けられる体制を強化します。

- 広域的な医療連携を図るために二次保健医療圏ごとの医療連携の充実に取り組みます。登録医療機関からの紹介・逆紹介の数などの実績報告をもとに、協議会及び圏域別検討会において評価・検証を行い、医療連携体制の充実を図ります。
- 「糖尿病地域連携の登録医療機関」に登録した医療機関相互で、診療情報や方針の共有化など実効性のある地域連携が図れるよう、都が作成した医療連携ツールの積極的な活用を促します。  
また、その活用を通して、医療連携ツールの有効性について把握・検証し、必要に応じて見直しを行います。
- 糖尿病に関わる多様な職種を対象とした研修会や連絡会を各圏域別検討会において開催することで、都における糖尿病医療連携体制や、職種相互の役割への理解を促進します。

### 事業推進区域

- 専門的医療・合併症医療：広域な区域（複数の区市町村、生活圈、二次保健医療圏等）
- 予防、初期・安定期治療：区市町村

### 評価指標

取組	指標名	現状	目標値
共通	“生活習慣の改善”の指標参照《再掲》		
取組 2	特定健康診査実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体 特定保健指導実施率 ①区市町村国民健康保険実施分 ②東京都全体	①44.9% ②63.4%  ①15.7% ②14.8%	増やす （東京都全体 特定健康診査 実施率 70% 特定保健指導 実施率 45%）
取組 1、取組 2、 取組 3、取組 4	糖尿病による失明発症率 （人口 10 万対）	1.41 人	減らす
取組 1、取組 2、 取組 3、取組 4	糖尿病による新規透析導入率 （人口 10 万対）	10.69 人	減らす
取組 1、取組 2、 取組 3、取組 4	糖尿病による新規人工透析導入 患者数	1,445 人	減らす
取組 4	糖尿病地域連携の登録医療機関 の医療機関数	診療所 162 施設 病院 1,969 施設 歯科診療 1,437 施設 （平成 29 年 10 月現在）	増やす