



令和5年第1回糖尿病医療連携検討部会  
資料2

# 神奈川県第八次保健医療計画 素案たたき台について（個別事項）

令和5年9月22日  
神奈川県健康医療局

## ■糖尿病の医療体制（第8次医療計画見直しのポイント） 国指針に基づく具体的な手順

1. 現状把握 & 4 課題抽出
2. 医療圏の設定
3. 連携体制の検討

## ■素案たたき台について

## ■本部会でご協議いただきたい事項

が本日議論する事項

## ■国指針に基づく具体的な手順

- 1.現状の把握 … 患者動向、医療資源・連携等、指標による評価
- 2.圏域の設定 … 地域の医療資源の状況に応じて決定
- 3.連携の検討
- 4.課題の抽出 … 1により抽出した課題の検討
- 5.数値目標 … 事後評価可能な定量的な目標設定
- 6.施策
- 7.評価
- 8.公表

本部会では整理の  
しやすさから  
1→4→2→3  
の順に検討を行う

# 現状把握と課題の抽出

## ■【参考】ロジックモデルとは

- ロジックモデルとは、ある施策がその目的を達成するに至るまでの論理関係を明示したものである。
- ロジックモデルにより、PDCAサイクルを回していくことで、誰にでも分かりやすく、事業の進捗状況や目標の達成状況を確認できるようになり、より充実した取組みにつなげることができる。

# ■ 現状把握及び課題抽出の手法

- 国指針における指標例を参考に、**ロジックモデル（案）**を構築  
→ 神奈川県における課題を全国比較を通じて検討する

## [S] ストラクチャー（医療資源）

C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）
C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）

## [P] プロセス（予防・医療の実績）

### 【糖尿病の予防】

B101	● 特定健診受診率
B102	特定保健指導実施率

### 【糖尿病の治療・重症化予防】

B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率
B202	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合
B203	インスリン治療の実施割合
B204	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合
B205	外来栄養食事指導の実施割合

## [O] アウトカム（最終成果）

A101	【データ精査中】 特定健康診査で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患者の割合
------	---

A201	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
A202	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）
A203	【データ精査中】 【再掲】 特定健康診査で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患者の割合
A204	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）
A205	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）
A206	糖尿病有病者数（40-74歳）
A207	● 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人当たり）

## ■ 留意事項

- 糖尿病に関しては、その疾病の特性上、予防から重症化予防に至るまで潜在的には様々な指標が想定されます。
- そうした中、ポイントとなる指標に焦点をあて、効果的に施策を推進するため、国指針を参考に必要最小限かつ過不足が出ないように留意しロジックモデルを構築しました。
- そのため、あらゆる指標について網羅しているわけではない点にご留意ください。
- また、本モデルは、国研究班における成果を基に、次の点に留意をして作成をしています。（詳細は次葉参考のとおり）
  1. 全国比較が可能
  2. 継続的な指標の実績把握が可能
  3. 分子と分母が明確にされている 等

# 【参考】国検討部会での研究班による報告

令和4年5月25日

令和4年第8回第8次保健医療計画等に関する検討会資料より抜粋

令和4年5月25日 第8回第8次医療計画等に関する検討会 説明資料

第8回第8次医療計画等に関する検討会資料	第8回
令和4年5月25日	3

**医療計画での指標を作成するための研究班での取り組みと「指標」作成の留意点について**

奈良県立医科大学  
公衆衛生学講座  
教授 今村 知明

## 医療計画での「指標」作成の留意点 (1)

### 全国で比較可能な数字であること

- 少なくとも都道府県別に数字があって、抜けがないこと
- 可能なら、できるだけ2次医療圏別の数字があって、抜けがないこと
- 市町村で数字を出せるものがより望ましい

### 最小集計単位の明確化が必要

(但し、NDB分析を用いると、一マス10以下の数字は出せない)

## 医療計画での「指標」作成の留意点 (2)

### 数値の算出が実施可能なもので、厚労省から配布されるデータブックに載せられるもの

- あるべき「指標」は数あるが、その数値の算出が難しいケースが多い
- 実際には、患者調査や医療施設調査、NDBなどから算出される数字である必要がある
- 学会で全国値が出せるものがあれば、それを厚生労働省に提供してもらう方法もある
- 母体・胎児専門医や新生児専門医については、日本周産期・新生児医学会の公表データを用いて集計している。
- 厚労省や都道府県に独自に調査して数字を集めてもらうのはほぼ不可能と考えるべき

### 情報源の明確化が必要

(何年に一度データが取れるかも)

## 医療計画での「指標」作成の留意点 (3)

### 分母と分子を明確にするべき

- 指標は施設数の様にその数が意味のあるものや、人口で割り戻さない意味のないものもある
- 人口と一言で行っても、人口動態統計なのか、国勢調査なのか、外国人を入れるのかなどの差異が出る
- 分母と分子の明確な定義が必要
- 特に NDBを用いる場合 薬や医療行為の診療報酬コードで指定する必要がある
- 例えば、PTCAは数年前に急性期とそうでないものにコードが分かれている
- 現在の定義だけでなく過去のコードまで特定しておく必要がある

指標の名称の厳選と、  
指標に載せる年度などの特定も必要

## 医療計画での「指標」作成の留意点 (4)

### ストラクチャー、プロセス、アウトカムのどれかに分類できるもの

- ストラクチャー、プロセス、アウトカム(SPO)のどれかに分類できる必要がある
- また急性期や回復期、予防、合併症予防などのそれぞれの指標群での独自分類でもその位置づけを明確にする必要がある

SPO分類の明確化、  
重点指標かどうかの確定が必要

## 医療計画での「指標」作成の留意点 (5)

### クオリティとアクセシビリティに着目を

- 医療の質は「コスト」「クオリティ」「アクセシビリティ」の3要素から成る
- コストは診療報酬に関わる問題  
クオリティは診療の質の向上問題(受診後)  
アクセシビリティは搬送や拠点病院配置等の問題(受診前)
- 医療計画指標はクオリティとアクセシビリティの改善を通じて医療の質の向上に貢献する

その指標がクオリティとアクセシビリティの  
いずれに属するかを意識することが望ましい



- **最終成果**は全国並または良好な水準であり、**予防・医療の実績**もおおむね良好だが、特定保健指導や糖尿病透析予防指導もしくはは糖尿病合併症管理の実施割合といった一部指標に改善の余地があるか
- また、**医療資源**は全国と比較して少ないため、将来的な患者増も踏まえて、効率的な運用が必要か

# ① アウトカム（最終成果）

## [S] ストラクチャー（医療資源）

C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）
C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）

## [P] プロセス（予防・医療の実績）

### 【糖尿病の予防】

B101	● 特定健診受診率
B102	特定保健指導実施率

### 【糖尿病の治療・重症化予防】

B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率
B202	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合
B203	インスリン治療の実施割合
B204	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合
B205	外来栄養食事指導の実施割合

## [O] アウトカム（最終成果）

A101	【データ精査中】 特定健康診査で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患者の割合
------	---

後日データ把握予定

A201	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
A202	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）
A203	【データ精査中】 【再掲】 特定健康診査で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患者の割合
A204	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）
A205	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）
A206	糖尿病有病者数（40-74歳）
A207	● 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人当たり）

後日データ把握予定

後日データ把握予定

後日データ把握予定

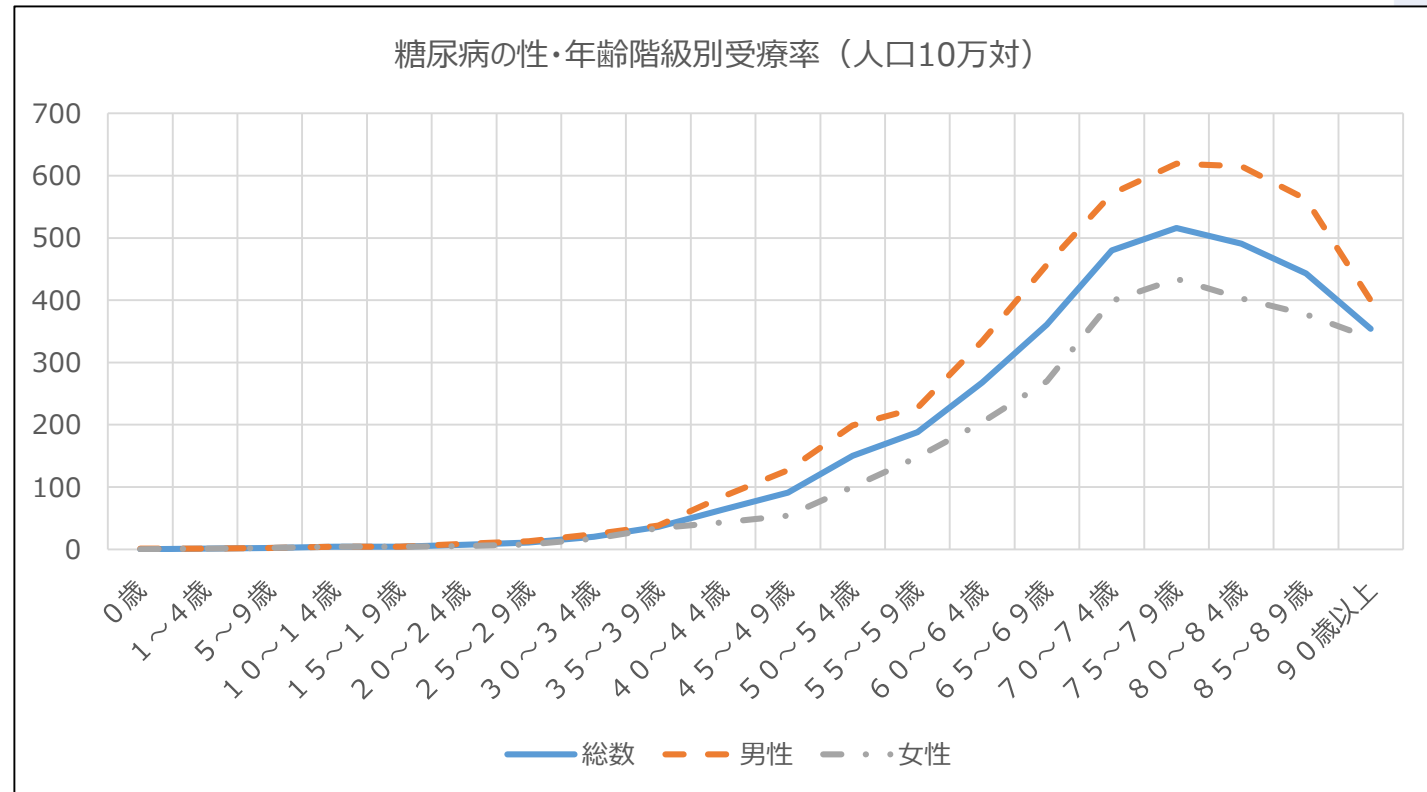
# ① 患者数及び受療率

- 神奈川県糖尿病患者数（1日あたり）は43万5千人である。
- 糖尿病の受療率（人口10万人対）は、75~79歳までの階級まで加齢とともに増加する。  
→ 今後、県では高齢化に伴い、患者数が増加する可能性がある。

	糖尿病患者数 (人)
神奈川県	43万5千
全国	579万1千

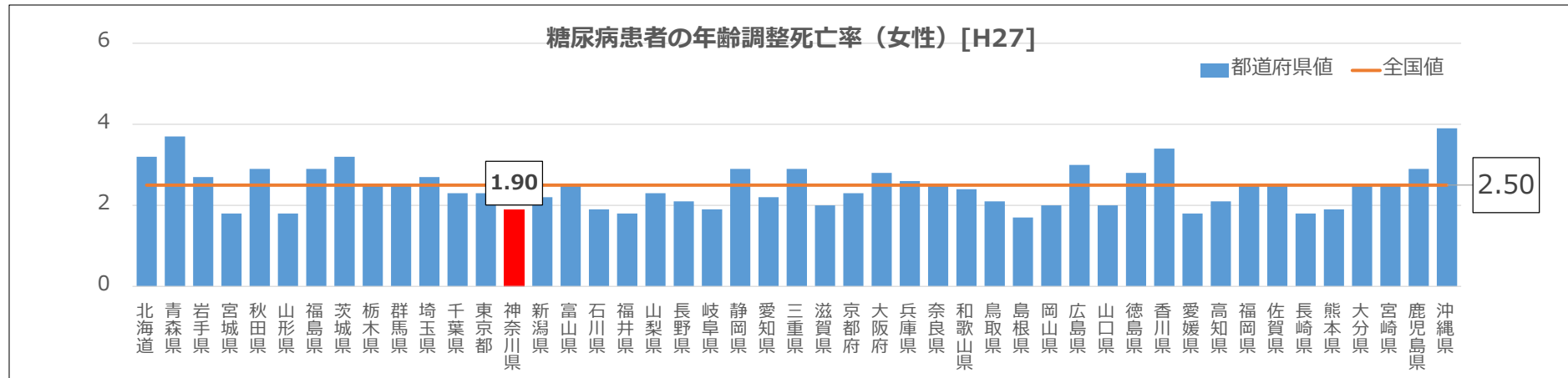
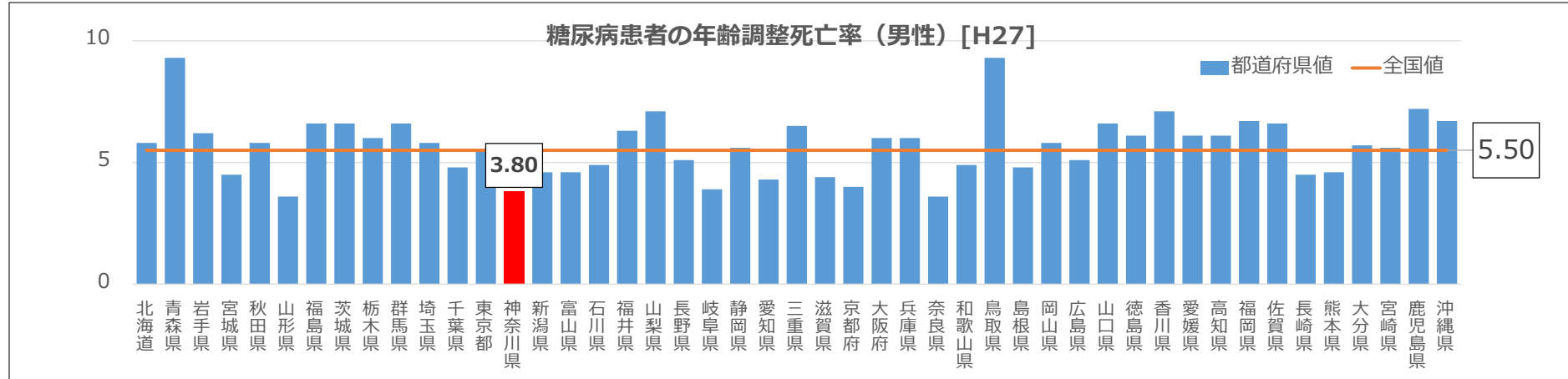
出典 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

\* なお、患者調査は、各調査年の1日の患者数の推計値であり、年間に換算した場合、季節性などの誤差が生じる可能性がある点に留意が必要



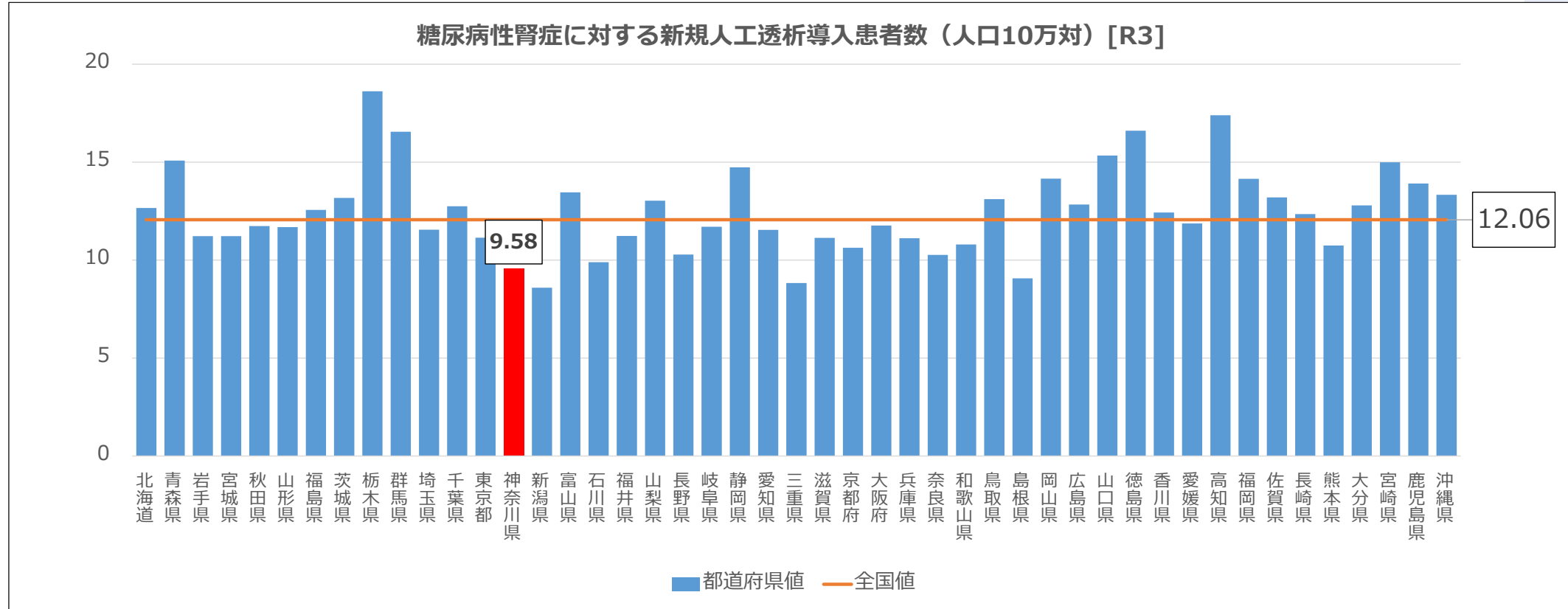
# ① 年齢調整死亡率（A204、205）

■ 神奈川県は年齢調整死亡率は、男女ともに全国値を下回り、女性に比べて男性の方が高い



# ① 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）（A207）

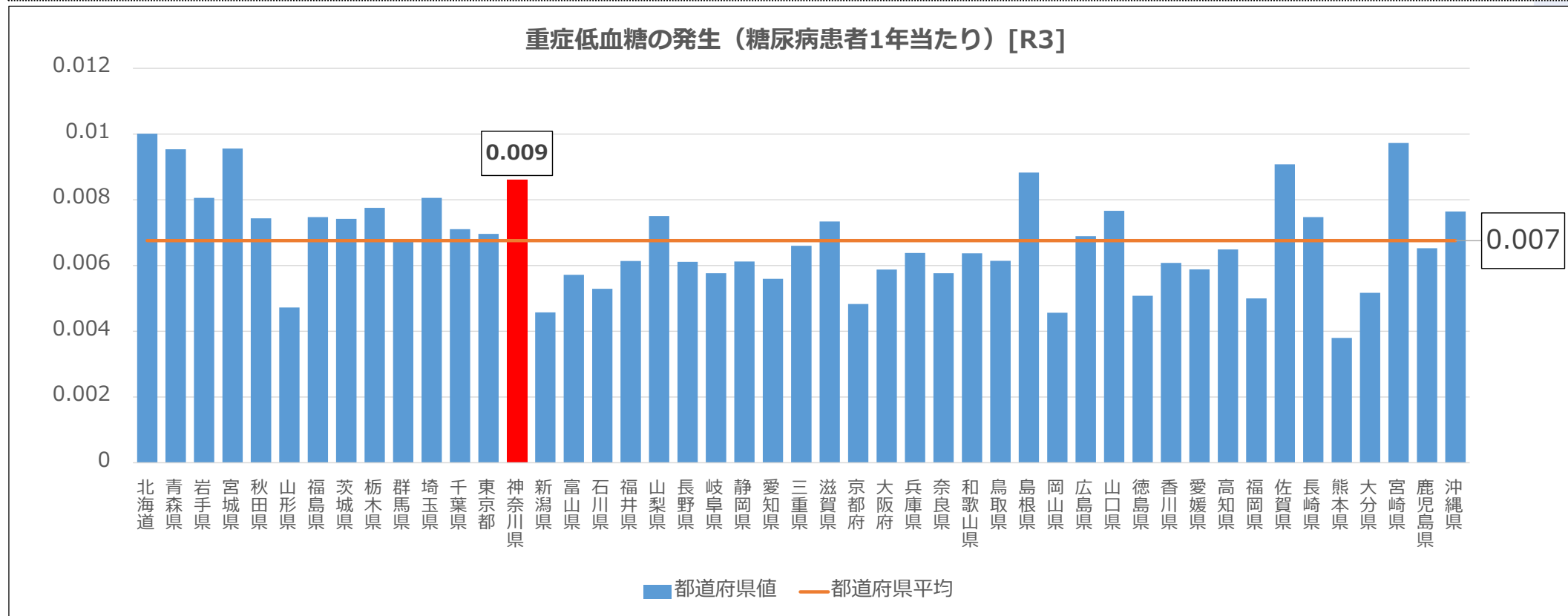
■ 全国値より低く、都道府県全体で4番目に良好な値



日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」（令和3年）  
 総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」

# ① 重症低血糖の発生（糖尿病患者1年あたり）（A202）

■ 神奈川県は全国値より0.002ポイント高いが、本県も含め、全都道府県がおおむね0.01人未満と低値



厚生労働省「NDB」（令和3年）

## ② プロセス（予防・医療の実績）

### [S] ストラクチャー（医療資源）

C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）
C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）

### [P] プロセス（予防・医療の実績）

#### 【糖尿病の予防】

B101	● 特定健診受診率
B102	特定保健指導実施率

#### 【糖尿病の治療・重症化予防】

B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率
B202	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合
B203	インスリン治療の実施割合
B204	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合
B205	外来栄養食事指導の実施割合

### [O] アウトカム（最終成果）

A101	【データ精査中】 特定健康診査で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患者の割合
------	---

A201	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
A202	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）
A203	【データ精査中】 【再掲】 特定健康診査で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患者の割合
A204	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）
A205	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）
A206	糖尿病有病者数（40-74歳）
A207	● 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人当たり）

後日データ把握予定

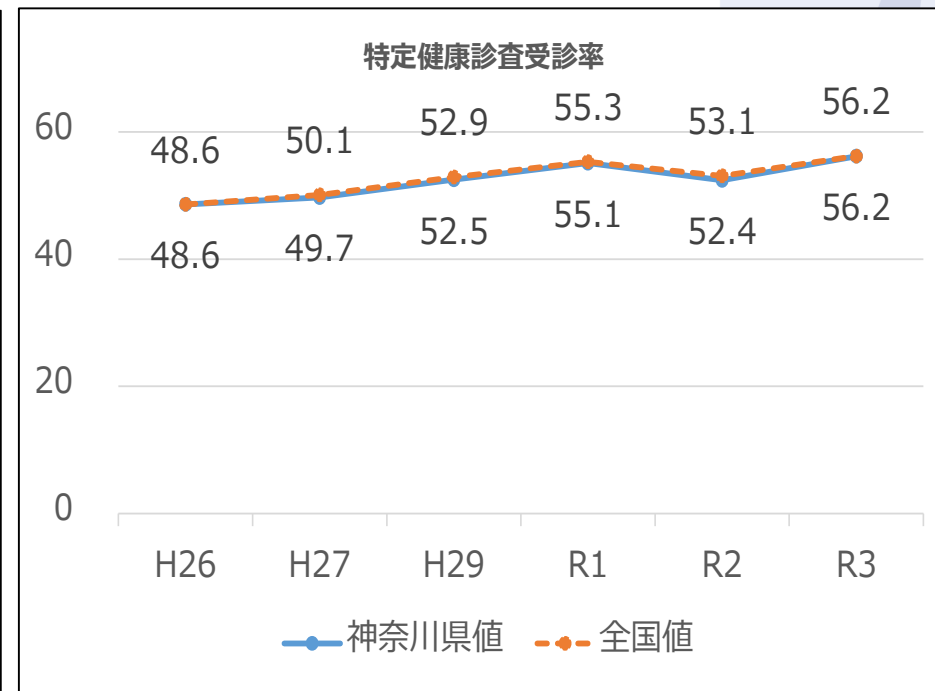
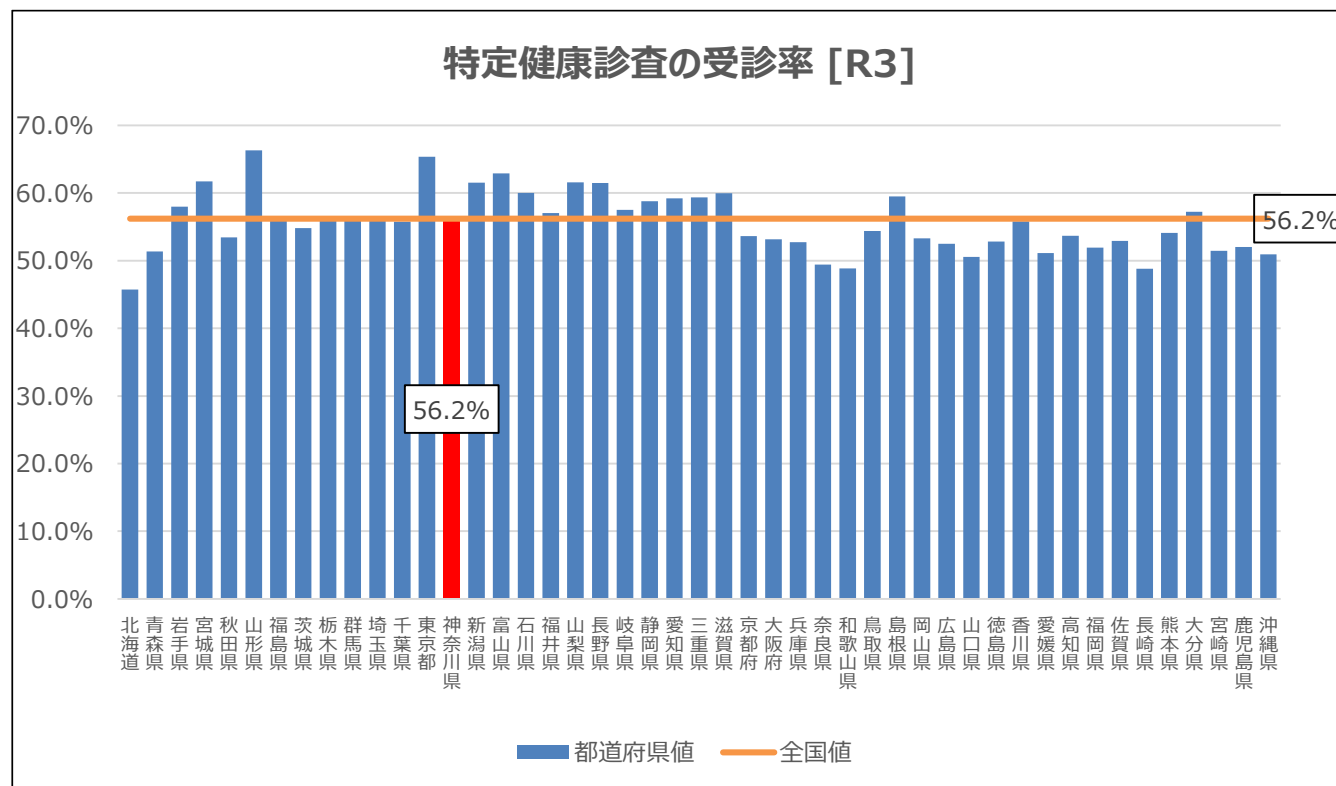
後日データ把握予定

後日データ把握予定

後日データ把握予定

# 【予防】 ② 特定健康診査の受診率（B101）

- 全国値とほぼ同値であり、経時的にも全国値とほぼ同様の傾向
- 令和2年に減少したが、令和3年は再び上昇に転じた

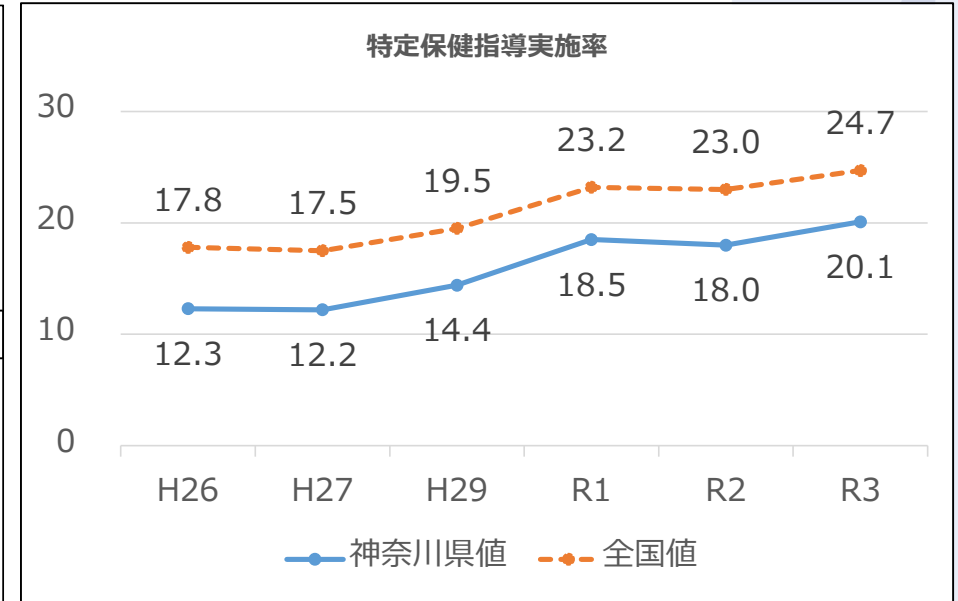
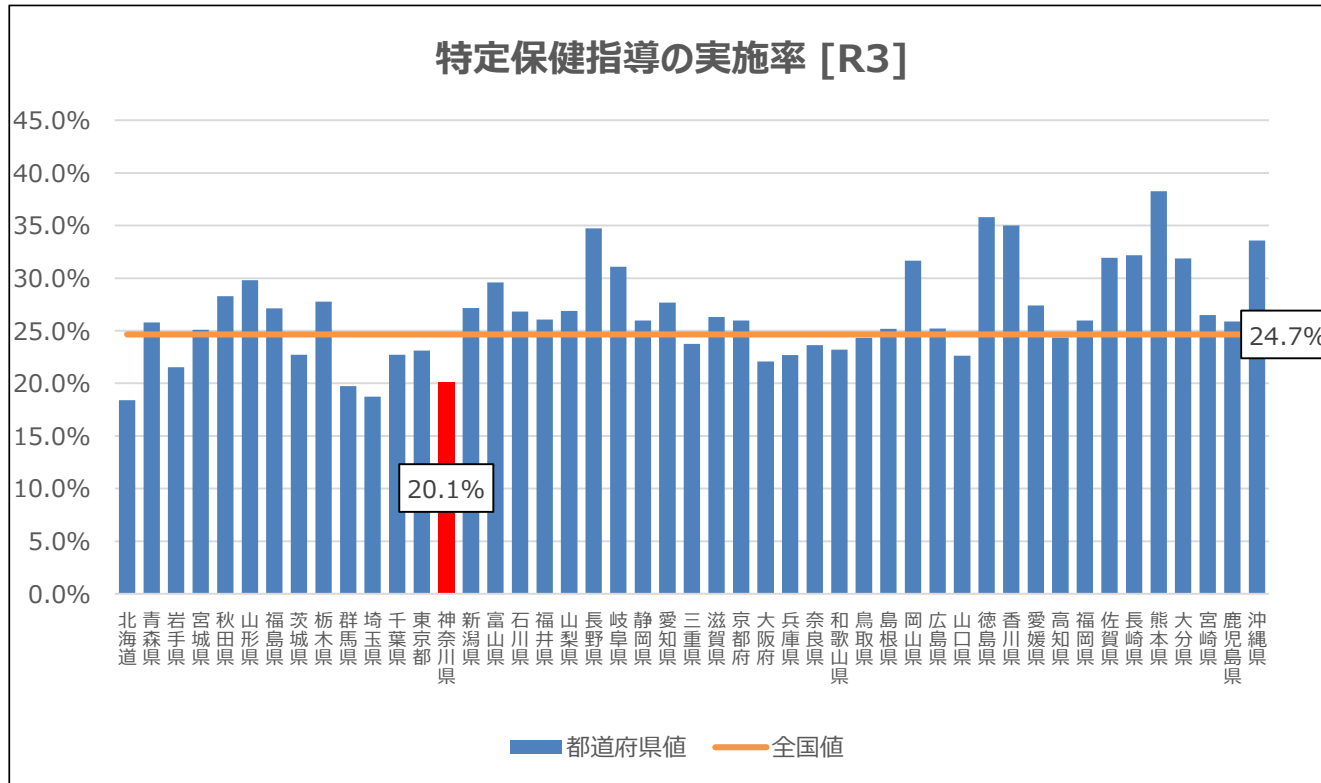


厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」



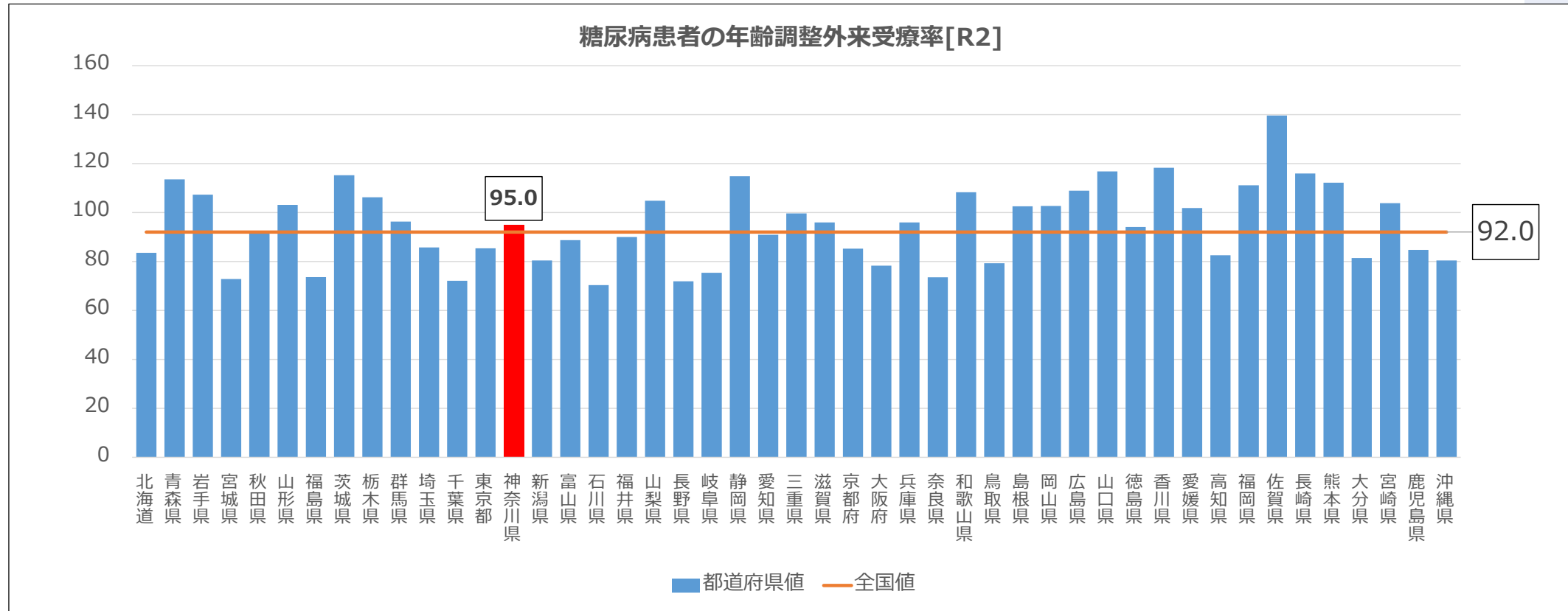
# 【予防】 ② 特定保健指導の実施率 (B102)

- 全国値より4.6%ポイント低い。経時的にみると全国との差は平成26年から令和3年にかけて0.9%ポイント縮減しているが、依然として差がある。
- また、全国順位は44番目となっている。



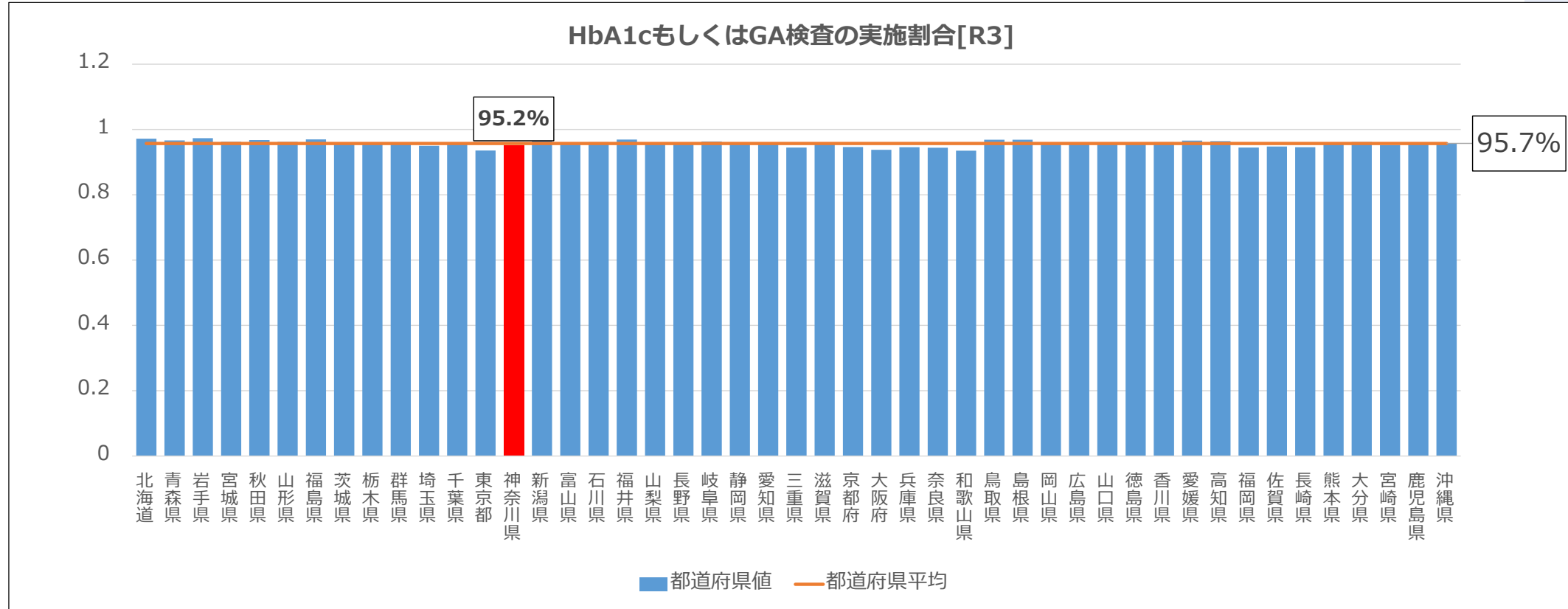
# 【治療・重症化予防】② 年齢調整外来受療率（B201）

■ 全国とほぼ同値



# 【治療・重症化予防】 ② HbA1cもしくはGA検査の実施割合（B202）

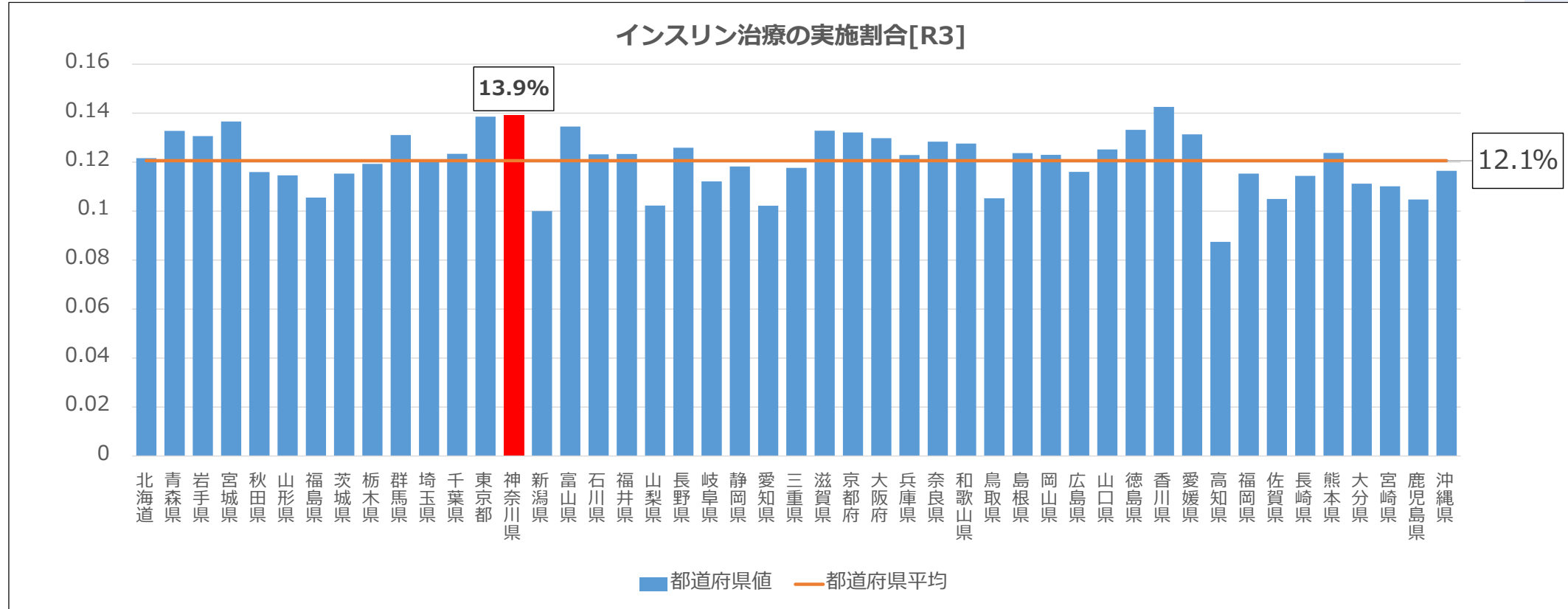
■ 全国とほぼ同値であり、すべての都道府県が95%前後



厚生労働省「NDB」（令和3年）

# 【治療・重症化予防】② インスリン治療の実施割合（B203）

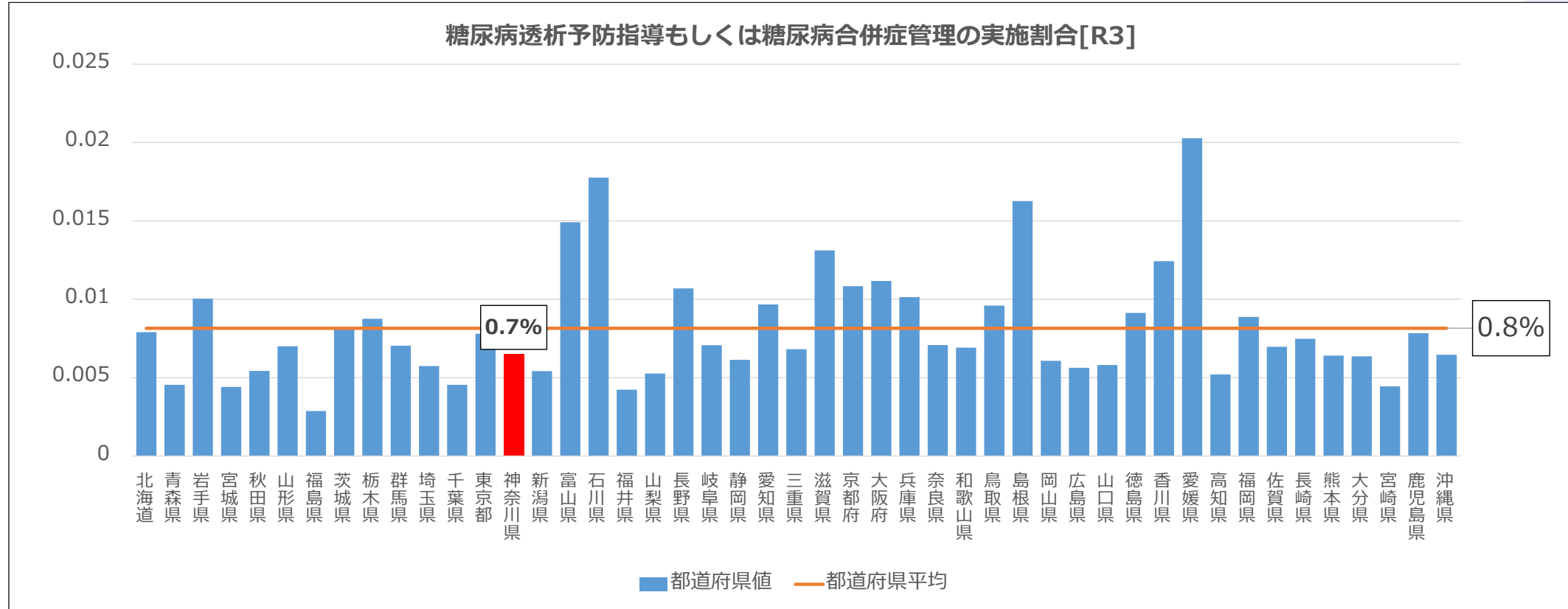
■ 全国値より1.8%ポイント高く、他都道府県と比較しても高い



厚生労働省「NDB」（令和3年）

## 【治療・重症化予防】② 糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合（B204）

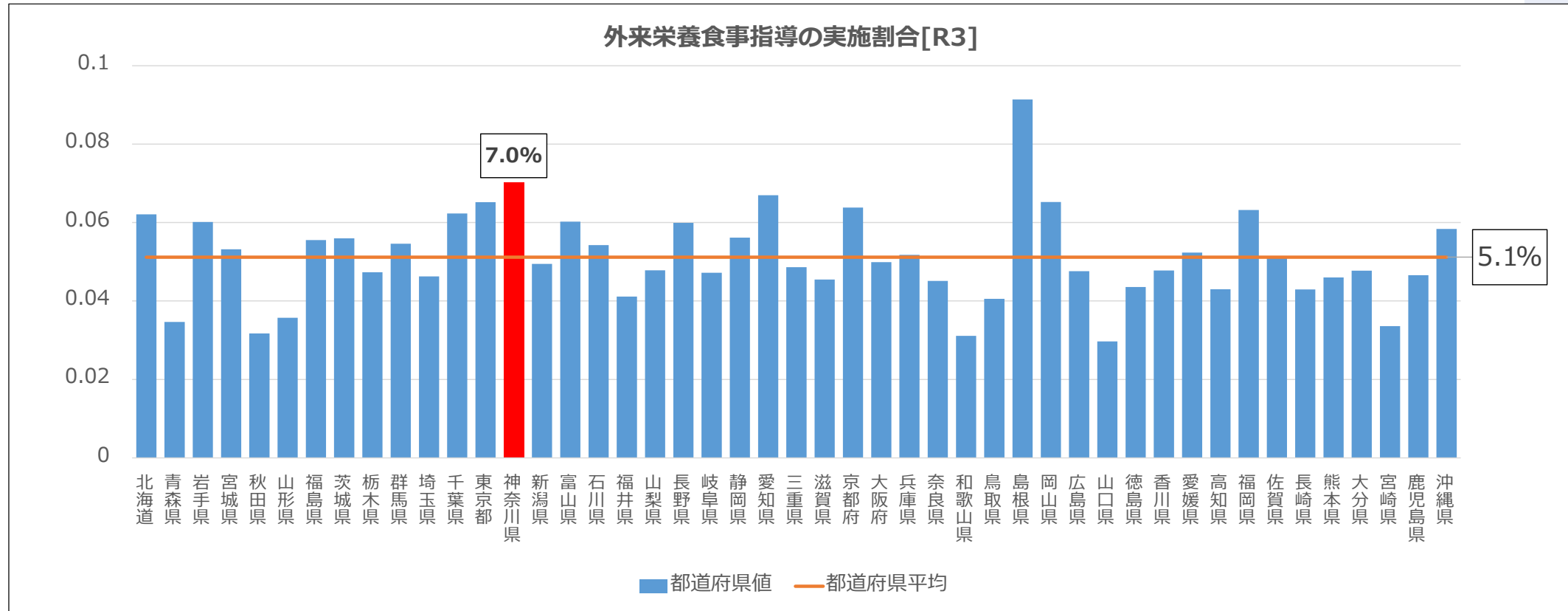
- 全国値より0.1%ポイント低いが、大半の都道府県が1%未満となっている。



厚生労働省「NDB」（令和3年）

# 【治療・重症化予防】 ② 外来食事栄養指導の実施割合（B205）

■ 全国値より1.9%ポイント高く、都道府県の中で2番目に高い



厚生労働省「NDB」（令和3年）

### ③ ストラクチャー（医療資源）

#### [S] ストラクチャー（医療資源）

C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）
C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）

#### [P] プロセス（予防・医療の実績）

##### 【糖尿病の予防】

B101	● 特定健診受診率
B102	特定保健指導実施率

##### 【糖尿病の治療・重症化予防】

B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率
B202	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合
B203	インスリン治療の実施割合
B204	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合
B205	外来栄養食事指導の実施割合

#### [O] アウトカム（最終成果）

A101	【データ精査中】 特定健康診査で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患者の割合
------	---

A201	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）
A202	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）
A203	【データ精査中】 【再掲】 特定健康診査で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患者の割合
A204	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）
A205	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）
A206	糖尿病有病者数（40-74歳）
A207	● 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人当たり）

後日データ把握予定

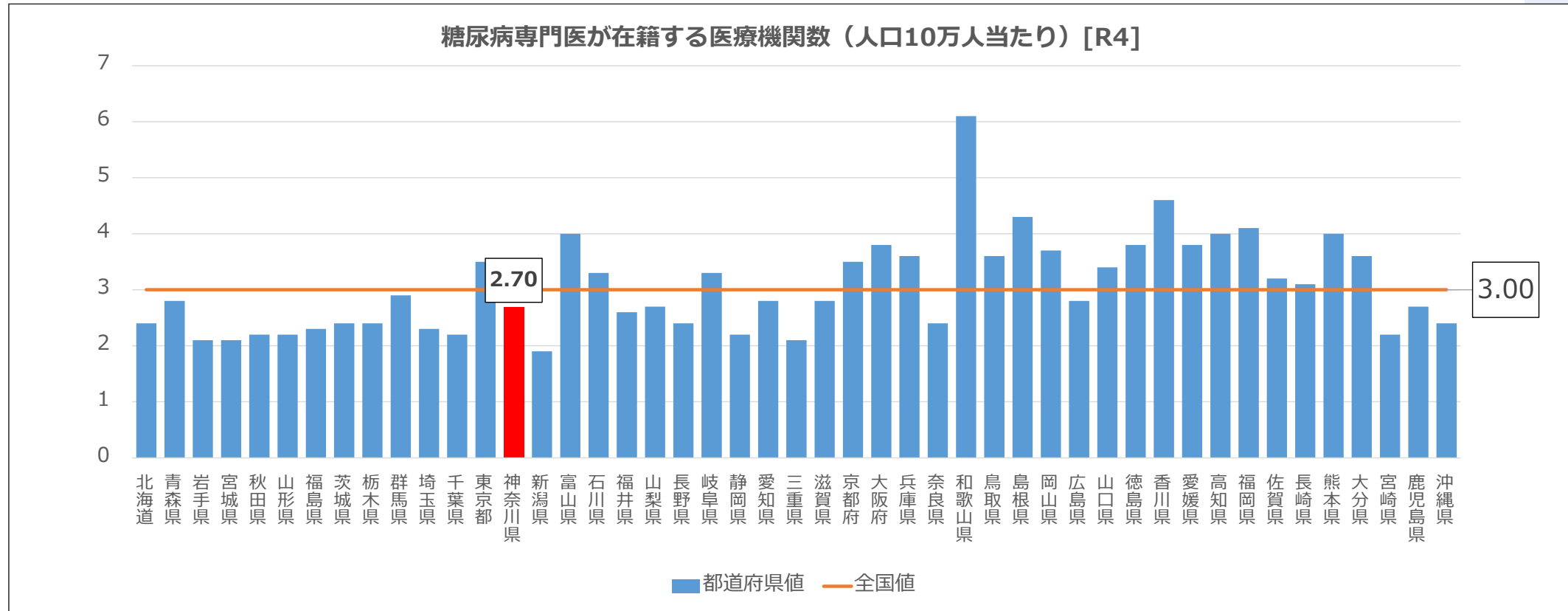
後日データ把握予定

後日データ把握予定

後日データ把握予定

### ③ 糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）（C201）

■ 全国値を0.3ポイント下回る。

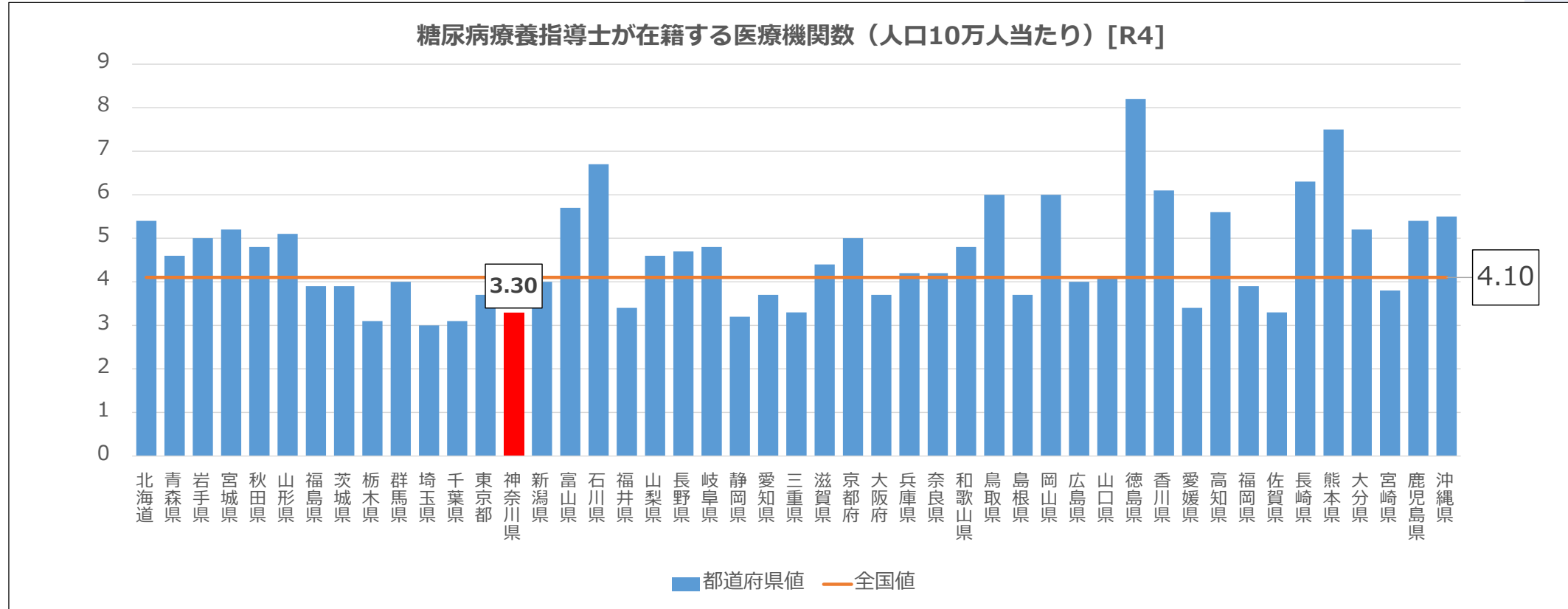


日本糖尿病学会「糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会HP）」（令和4年）



### ③ 糖尿病療養管理士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）（C202）

■ 全国値を0.8ポイント下回る。



日本糖尿病療養指導士認定機構「糖尿病療養指導士の状況（日本糖尿病療養指導士認定機構HP）」（令和4年）

# 神奈川県の実況と課題まとめ

- **最終成果**は全国並または良好な水準であり、**予防・医療の実績**もおおむね良好だが、特定保健指導や糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合といった一部指標に改善の余地がある
- また、**医療資源**は全国と比較して少ないため、将来的な患者増も踏まえて、効率的な運用が必要

## [S] ストラクチャー（医療資源）

## [P] プロセス（予防・医療の実績）

## [O] アウトカム（最終成果）

### 【指標の全国比較】

- … 全国平均を上回っているもの
- △ … 全国の数値とほぼ同じもの
- × … 全国平均を下回っているもの

C201	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	×
C202	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人当たり）	×

【糖尿病の予防】		
B101	● 特定健診受診率	△
B102	特定保健指導実施率	×

A101	【データ精査中】 特定健康診査で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患者の割合	○
------	---	---

後日データ把握予定

【糖尿病の治療・重症化予防】		
B201	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	△
B202	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合	△
B203	インスリン治療の実施割合	○
B204	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	×
B205	外来栄養食事指導の実施割合	○

A201	【データ精査中】 糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）（糖尿病患者1年当たり）	○
A202	重症低血糖の発生（糖尿病患者1年当たり）	○
A203	【データ精査中】 【再掲】 特定健康診査で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患者の割合	○
A204	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（男性）	○
A205	● 糖尿病患者の年齢調整死亡率（女性）	○
A206	糖尿病有病者数（40-74歳）	○
A207	● 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人当たり）	○

後日データ把握予定

後日データ把握予定

後日データ把握予定

# 圏域の設定

## ■ 国指針より抜粋

(1) 都道府県は、糖尿病の医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、各病期に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定すること。

(2) 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

(3) 圏域を設定するに当たって、従来の二次医療圏にこだわらず、**地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。**

(4) **検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に糖尿病の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画すること。** また糖尿病対策推進会議（日本医師会、日本糖尿病学会、日本糖尿病協会が、糖尿病の発症予防等を目指して共同で設立した会議）を活用すること。

## ■ 第七次計画における整理

神奈川県保健医療計画に併せた圏域を設定

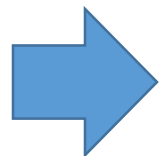
### 【理由】（要旨抜粋）

#### ① 患者の外来受療動向・医療の提供状況

- 川崎北部から川崎南部、東京へそれぞれ約10%前後の患者流出、横浜北部からは川崎南部へ約8%の患者が流出
- 医療機能の分布をみると、糖尿病内科を標榜する病院や診療所数は地域によって多少の偏りが生じているが、自己完結率を見ると70%以上となっている。

#### ② 医療機関へのアクセス状況

- アクセスマップと人口カバー率は、30分圏内でほぼ100%の地域がカバーされている。



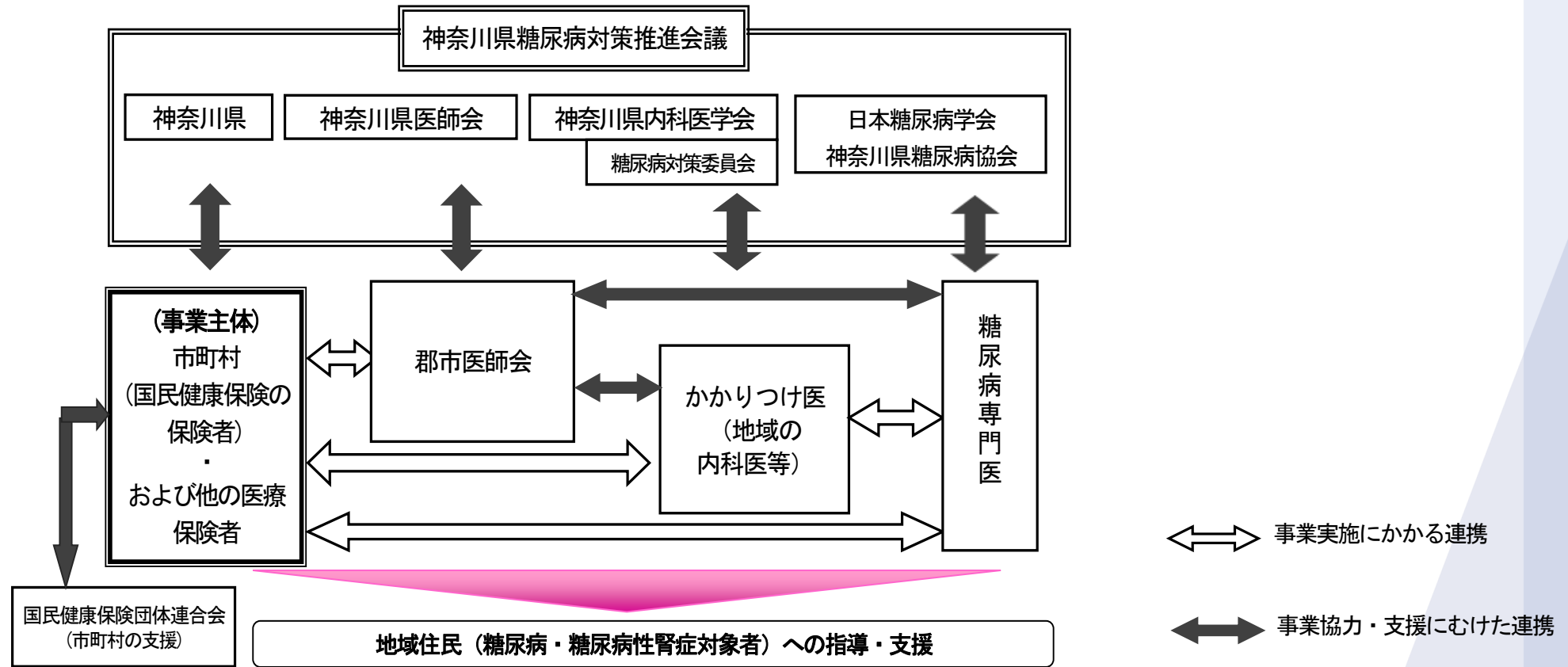
**現在も特段の支障がないことから、第八次計画においても、保健医療計画に併せた圏域設定としてはどうか**

# 連携体制の検討

# 連携体制の検討

## 【本県の状況】

- 既に神奈川県糖尿病推進プログラムにより糖尿病の予防から重症化予防に対する**連携体制を構築済**  
→ **引き続き連携を図ることを計画に記載**



# 本部会でご協議いただきたい事項

1. 糖尿病に係るロジックモデルの指標設定および抽出した課題について適当か (=過不足がないか)
2. 医療圏の設定については、現行の第7次保健医療計画と同様（9つの二次保健医療圏）としてよいか
3. 素案たたき台について、追加して記載する必要があるか



**説明は以上です。**