

地域における糖尿病の
新たな保健・医療・福祉システム構築に関する調査研究事業

平成10年度厚生科学研究費補助金
健康科学総合研究事業研究報告書

主任研究者 岸本 拓治
(鳥取大学医学部)

目 次

I. 研究要旨	
A. 研究目的	1
B. 研究方法	1
C. 結果と考察	
1. 回収率について	1
2. 糖尿病の実態と原因について	2
3. 糖尿病の管理体制について	4
4. 糖尿病予防と啓発に関する体制について	8
5. 糖尿病対策に関わる人材の充足状況について	10
6. 諸機関との連携について	12
7. 職域・学校保健との連携について	13
8. 糖尿病対策の将来構想について	14
9. 全体の総合評価	15
10. 先進地区の事例研究	16
11. 事例研究からまとめた糖尿病対策に関する システムについて	16
12. 文献	17
II. 資料	
1. 質問票	18
2. 速報	26

地域における糖尿病対策の新たな保健・医療・福祉システム構築に関する調査研究事業

主任研究者 岸本 拓治 鳥取大学医学部

研究要旨

A. 研究目的

超高齢化社会を迎えようとしている我が国においては、生活習慣病としての糖尿病の増加が大きな問題となっている。効率的な糖尿病対策を実施するためには、一次、二次及び三次予防に関する一連の体系だった保健・医療・福祉システムを構築することが不可欠である。しかし、地域ではネットワーク作りが不十分な中で、糖尿病の一次予防の充実、医療経済の改善や患者のQOLの向上などが問われているところも少なくない。

本研究は、地域における糖尿病対策を効率的に実施するため、地域特性を踏まえた新たな保健・医療・福祉システムの構築方法について検討することを目的としている。

B. 研究方法

全国3382カ所にわたる市町村の保健婦(士)を対象に質問票を郵送して調査を実施した。

調査期間は、平成10年11月1日～平成11年1月17日であった。

調査項目としては、市町村の特性、糖尿病の実態と原因、糖尿病の管理体制(スクリーニング体制・患者登録システム・フォローアップ体制)、糖尿病予防と啓発に関する体制、糖尿病対策に関わる人材の充足状況、諸機関との連携、職域・学校保健との連携、糖尿病対策の将来構想など21の質問項目である。

効率よく実施されている先進地区の事例研究のために、S県M市・Y市、並びにT県の活動についてインタビューや文献研究などにより調査分析した。

C. 結果と考察

1. 回収率について

全体の回収率は70.3%であった。地域ブロッ

ク別に見ると(表1)、東海ブロックが76.6%と最も高率を示したが、大きな地域差は見られず、どの地域ブロックも70%前後を示した。市町村の人口規模別に見ると(表2)、人口規模が10万人以上の市町村における回収率が最も低く62.6%であり、人口規模が5千人-1万人の市町村が最も回収率が高く72.3%であった。第一次産業の構成比率別に見ると(表3)、5.4%未満の市町村における回収率が最も低く66.1%を示した。都市化が最も進んでいると思われる人口規模10万人以上、第一次産業構成比率5.4%未満の市町村で回収率が低かった。

表1 地域ブロック別の回収状況

ブロック	送付数	回収数	回収率
北海道	221	162	73.3%
東北	405	289	71.4%
関東	507	353	69.6%
北陸甲信越	407	281	69.0%
東海	346	265	76.6%
近畿	370	249	67.3%
中国	326	228	69.9%
四国	216	154	71.3%
九州	584	398	68.2%
全体	3382	2379	70.3%

表2 人口規模別の回収状況

人口規模	送付数	回答数	回収率
-5000未満	665	454	68.3%
5000-10000	859	621	72.3%
10000-50000	1261	909	72.1%
50000-100000	257	182	70.8%
100000-	340	213	62.6%
全体	3382	2379	70.3%

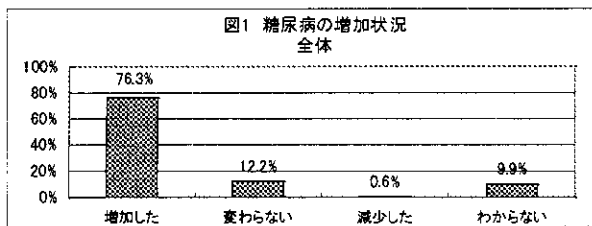
表3 産業構成比別の回収状況

第一次産業構成比	送付数	回答数	回収率
-5.4%未満	676	447	66.1%
5.4-12.7	671	486	72.4%
12.7-20.5	675	471	69.8%
20.5-30.4	677	500	73.9%
30.4-	683	475	69.5%
全体	3382	2379	70.3%

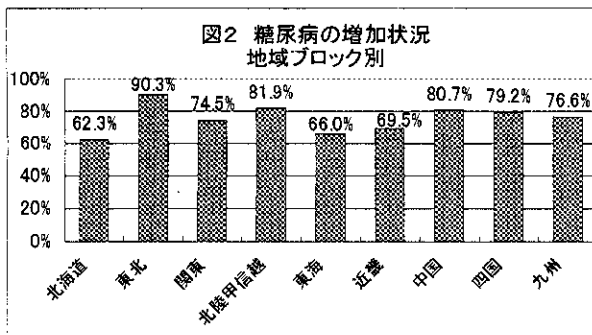
2. 糖尿病の実態と原因について

1) 糖尿病の増加状況について:

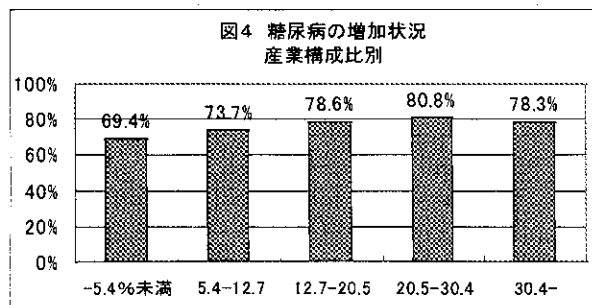
全体では(図1)、76.3%の市町村が糖尿病は増加したと答えている。糖尿病が減少したと答えた市町村はわずか0.6%であった。糖尿病が全国的に大きな健康問題となっている状況が伺えた。



地域ブロック別では(図2)、東北ブロックで最も高率を示し90.3%の市町村において糖尿病が増加したと答えている。最も低率を示した地域は、北海道ブロックで62.3%であった。



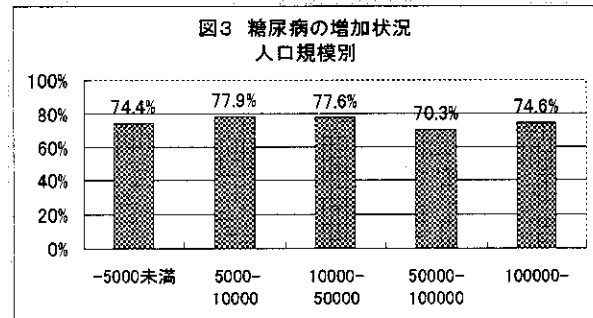
人口規模別では(図3)、どの規模において70%台を示した。



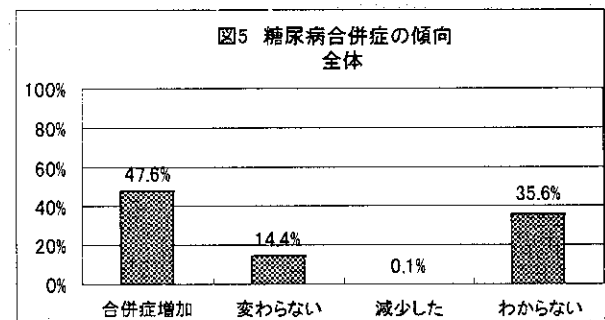
産業構成比別では(図4)、構成比30.4%以上でやや低下するが、全体的に見ると構成比が高率になるに従い、糖尿病が増加したと答えた市町村の割合が高くなる傾向が認められた。

2) 糖尿病の合併症について:

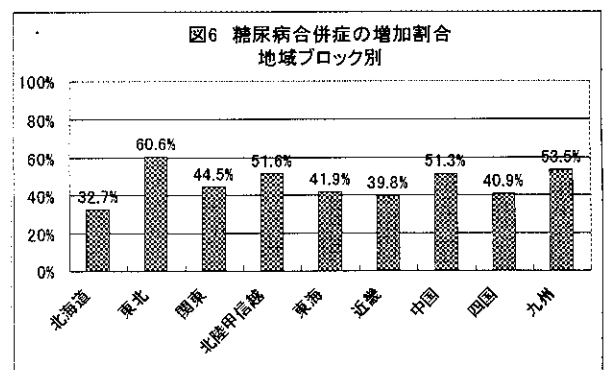
全体では(図5)、ほぼ半数(47.6%)が合併症の増加傾向を指摘している。一方、変わらないという回答は14.4%であった。分からないという回答は35.6%であったが、この背景と



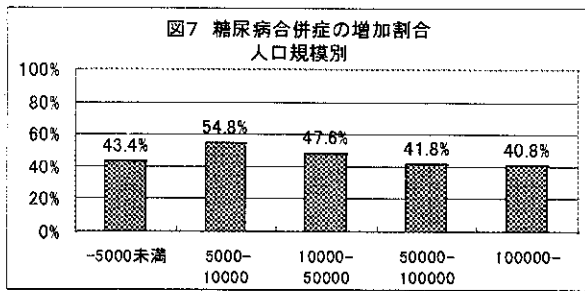
して、医療機関との不十分な連携があると思われる。



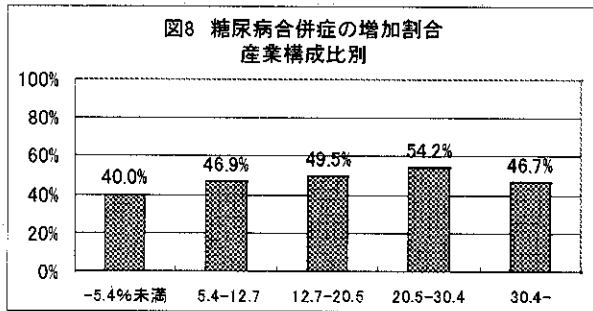
地域ブロック別では(図6)、東北、北陸甲信越、中国、九州ブロックなどで50%以上の割合を示した。



人口規模別では(図7)、5千人以上の規模において、人口規模が大きくなるに従い低率を示す傾向が認められた。

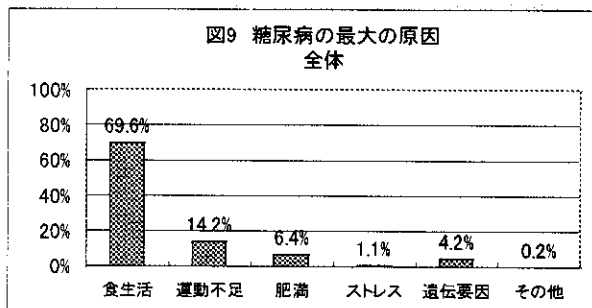


産業構成比別では(図8)、第一次産業の構成比20.5-30.4%で54.2%と高率であった。

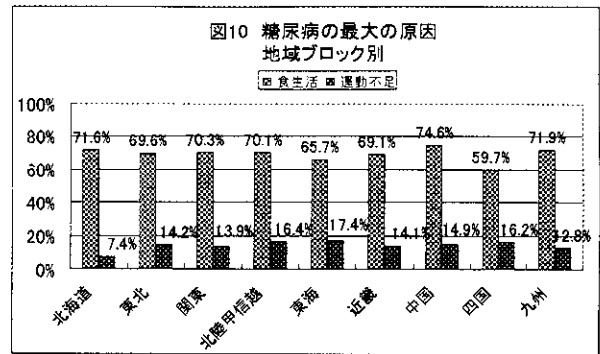


3) 糖尿病の原因について：

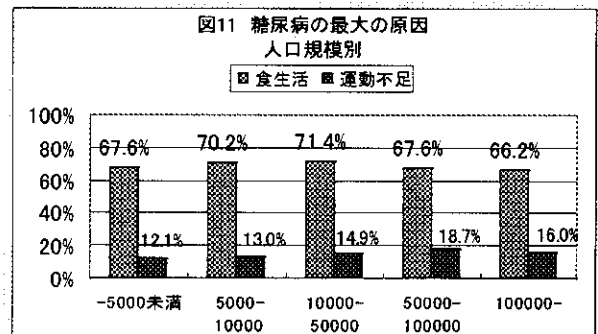
各市町村の状況を踏まえた原因については、全体で(図9)食生活を第一の原因と考えている市町村の割合が69.6%と最も高率を示した。続いて運動不足(14.2%)、肥満(6.4%)で、遺伝要因については4.2%であった。全国的に見られる食生活の欧米化や運動不足になりがちな生活習慣の変化などが背景となっているように思われる。



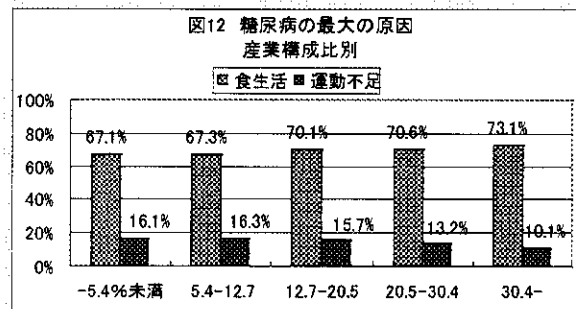
地域ブロック別では(図10)、食生活と運動不足に注目すると、食生活を原因とする回答は59.7%~74.6%の範囲に分布し顕著な差は見られなかった。運動不足についても同様であった。



人口規模別では(図11)、食生活および運動不足を原因とする回答に、顕著な差は見られなかった。

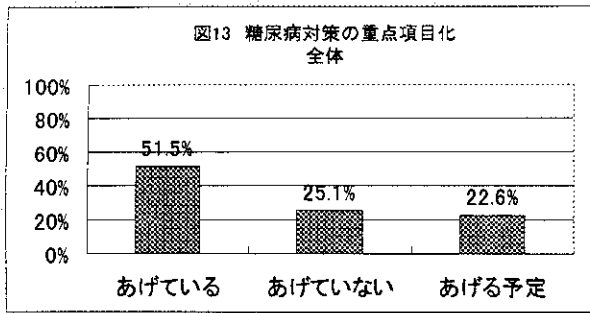


産業構成比別では(図12)、第一次産業の構成割合が増加するに従って食生活を原因とする回答に増加傾向が見られた。逆に運動不足については減少傾向を示した。

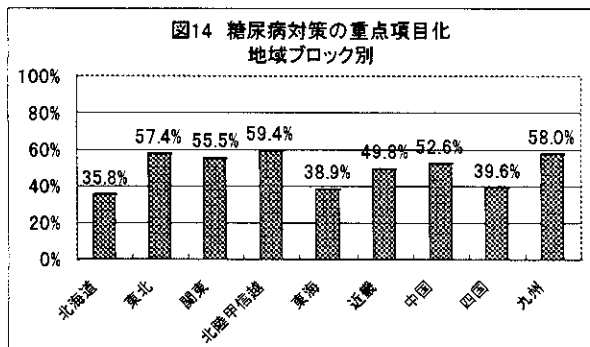


4) 糖尿病対策の重点項目化に関して：

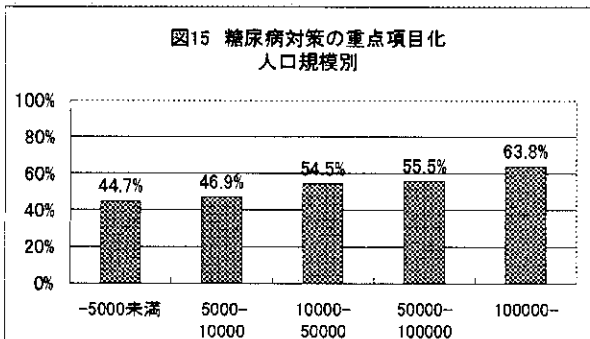
全体では(図13)、糖尿病対策を重点項目としてあげている市町村が半数で、今後あげる予定が22.6%あり、両者を併せると約7割強(74.1%)であった。現状では、あげていないという回答は25.1%であった。各市町村ともに糖尿病対策に対して大きな関心があることが伺われた。



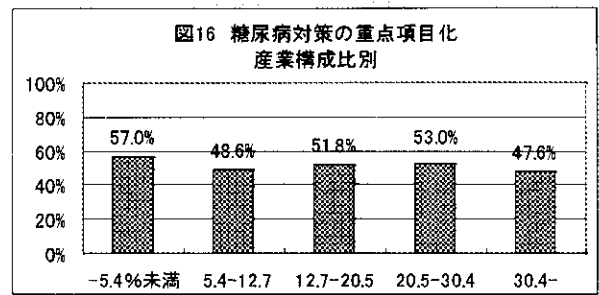
地域ブロック別では(図14)、重点項目としてあげていると回答した市町村は、35.8%~59.4%を示し、地域ブロックによるばらつきが見られた。重点項目としてあげる予定については余り差異は見られなかった。重点項目としてあげている市町村の割合が高率な地域は北陸甲信越、九州、東北、低率な地域は、北海道、東海、四国、であった。



人口規模別では(図15)、重点項目としてあげていると回答した市町村は、5千人未満で44.7%、1万-5万人規模で54.5%、10万人以上で63.8%と人口規模に従って上昇する傾向を認めた。



産業構成比別では(図16)、第一次産業の構成比30.4%以上の市町村で、重点項目としてあげている割合は47.6%と最も低率で、構成比5.4%未満の市町村では57.0%と最も高率であった。



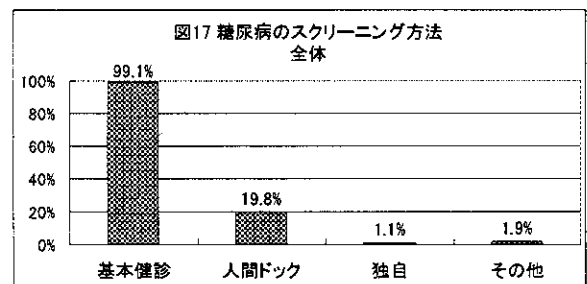
3. 糖尿病の管理体制について

1) スクリーニング体制について

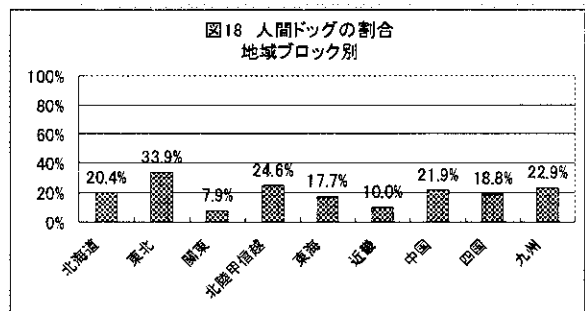
(1) 糖尿病のスクリーニング方法：

全体では(図17)、老人保健法による基本健診をあげている市町村がほぼ100%を示し、次いで人間ドッグの19.8%、独自の方法が1.1%、その他が1.9%を示した。

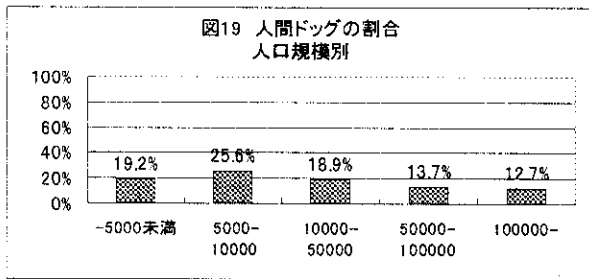
地域ブロック別でもほとんどの地域で基本



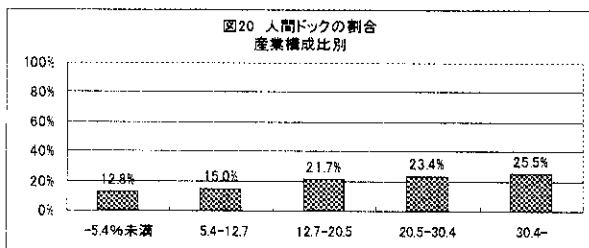
健診がほぼ100%を示した。人間ドッグについては(図18)、東北の33.9%が最も高く、次いで北陸甲信越、九州、中四国の順で、関東が最も低率の7.9%を示した。



また、人口規模別でも基本健診が人口規模に関係なくほぼ100%を示し、人間ドッグは(図19)、5千-1万人規模で25.6%と最も高率で、次いで5千人未満、1万-5万人、5万-10万人、10万人以上の順で低下する傾向が見られた。

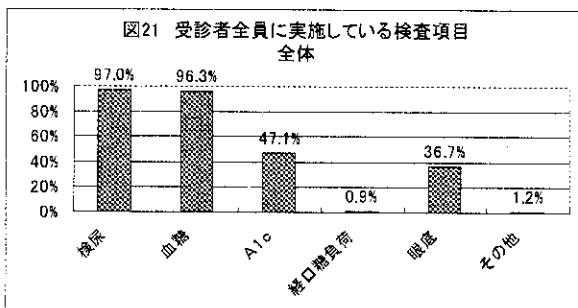


産業構成比別でも、基本健診が構成比に関係なくほぼ100%を示した。構成比5.4%未満で人間ドックを採用している割合は(図20)12.8%と最低で、次いで構成比5.4-12.7%で15.0%、構成比30.4%以上で25.5%と第一次産業の構成比が上昇するに従って、増加する傾向が見られた。

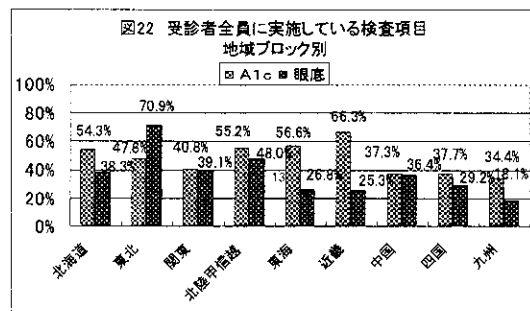


(2) 受診者全員に実施している検査項目：

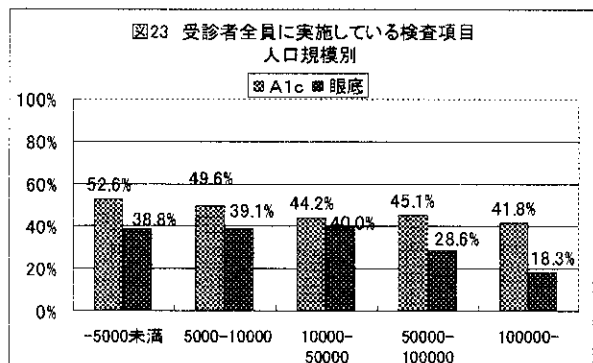
全体では(図21)、検尿と血糖をあげている市町村がほぼ100%を示し、次いでヘモグロビンA_{1c}の47.1%、眼底検査の36.7%であった。経口糖負荷試験およびその他はそれぞれ0.9%、1.2%を示した。



地域ブロック別では(図22)、ほとんどの地域で検尿と血糖がほぼ100%を示し、ヘモグロビンA_{1c}については近畿の66.3%が最も高く、次いで東海、北陸甲信越、北海道の順で九州が最も低率の34.4%を示した。眼底検査については地域による顕著な差異が見られ、東北で最も高く70.9%、次いで北陸甲信越の48.0%で、九州の18.1%が最低であった。

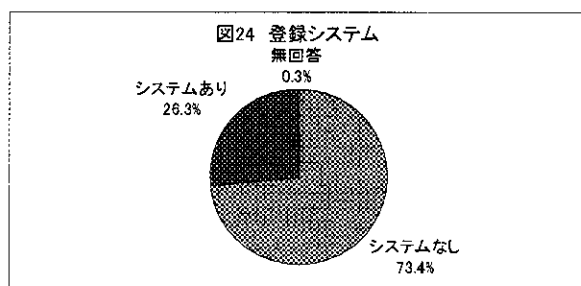


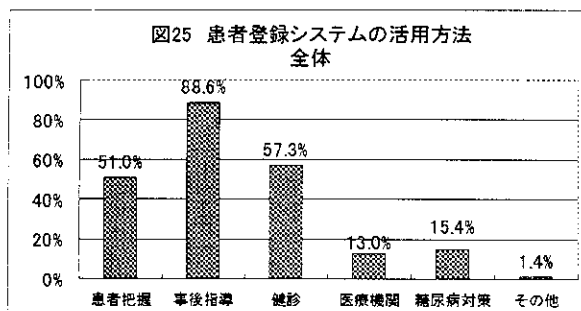
人口規模別では(図23)、検尿と血糖が人口規模に関係なくほぼ100%を示し、ヘモグロビンA_{1c}は5千人未満で52.6%と最も高率であり、人口規模の増加に伴って低下する傾向が見られた。眼底検査については5万人未満の市町村で40%前後、5万-10万人規模で28.6%、10万人以上で18.3%と人口規模に従って低下する傾向が認められた。



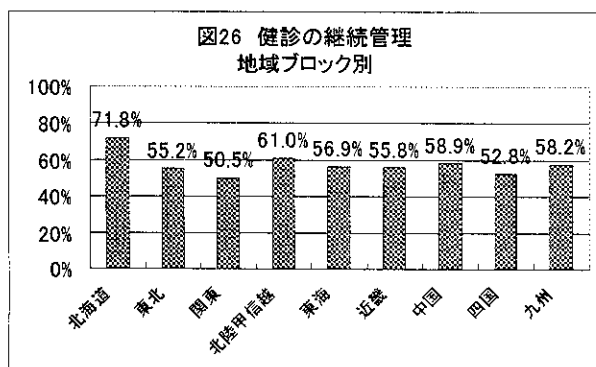
2) 患者登録システムについて

全体では(図24)、糖尿病患者の登録システムがあると回答している市町村は、26.3%と少なかった。登録システムの活用方法については(図25)、健診の事後指導が88.6%、健診の継続管理が57.3%、患者把握が51.0%、医療機関との連携、糖尿病対策、およびその他の利用は僅かであった。

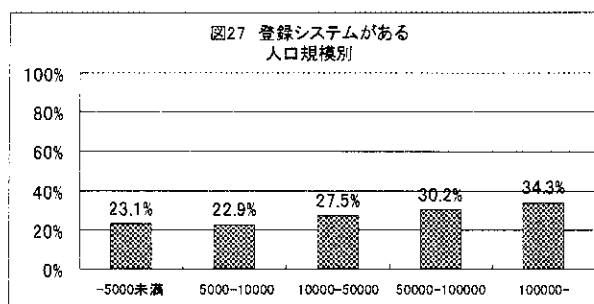




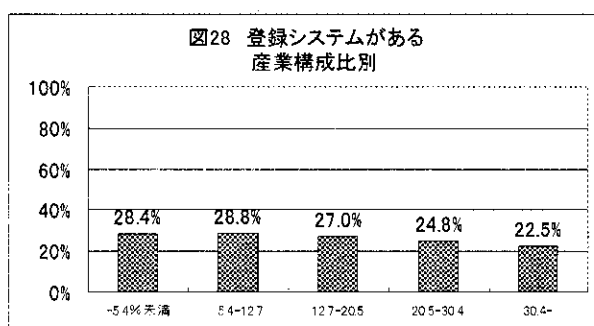
地域ブロック別では、糖尿病患者の登録システムがあると回答している市町村は中国で32.0%と最も高く、近畿、北陸甲信越、関東が29%前後で追従した。登録システムの活用方法として健診の事後指導については、いずれの地域でも80%以上の高率を示し、地域差は見られなかった。健診の継続管理については（図26）、北海道の71.8%が最も高く、最も低いのが関東の50.5%であった。患者把握については、中国で最も高く65.8%、近畿で最も低い35.1%を示した。同様に医療機関との連携や糖尿病対策への活用は、中国で28.8%と顕著に高かった。



人口規模別では（図27）、糖尿病患者の登録システムがあると回答している市町村は10万人未満で23%前後と低く、次いで人口規模の増加に伴って増加する傾向が見られた。登録システムの活用方法として健診の事後指導については、人口規模による差異が見られず、健診の継続管理や患者把握については、人口規模に比例して低下する傾向が見られた。



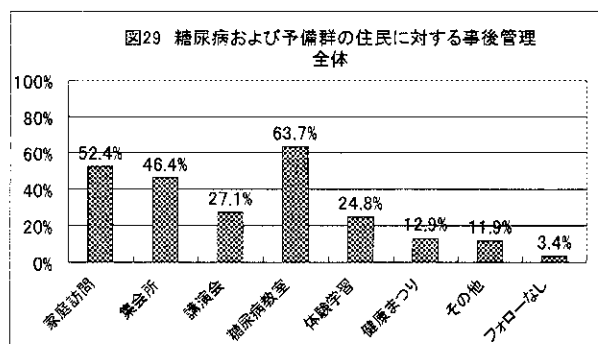
産業構成比別（図28）では、糖尿病患者の登録システムがあると回答している市町村は第一次産業構成比12.7%未満で28.8%と最も高く、次いで構成比の増加に伴って僅かながら低下する傾向が見られた。登録システムの活用方法として、健診の事後指導、継続管理、患者把握および糖尿病対策については、構成比による特徴的な傾向は見られなかった。



3) フォローアップ体制について

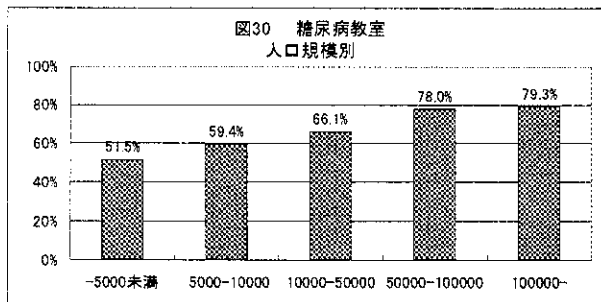
(1) 糖尿病および予備群の住民に対する事後管理：

全体では（図29）、糖尿病教室による個別・集団指導が63.7%と最も高く、次いで家庭訪問指導の52.4%、集会所等での個別指導が46.4%、講演会、体験学習、健康まつり等の順で、フォローアップ体制のない市町村は僅かに3.4%であった。

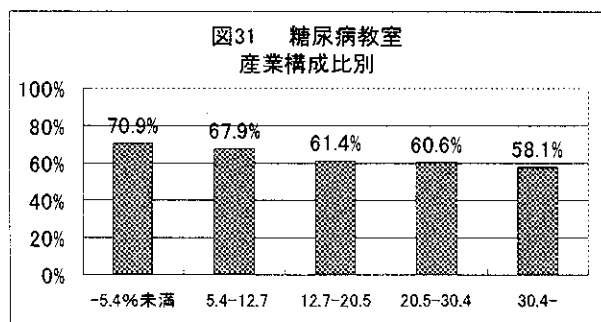


地域ブロック別では、糖尿病教室については北陸甲信越、関東がそれぞれ72.6%、70.5%と最も高く、北海道が最低で45.1%を示した。家庭訪問についても、北陸甲信越が65.5%と最も高く、東海が最低の31.7%であった。集会所等の活用については、同じく四国で最も高く62.3%、関東で最も低い38.8%を示した。講演会は東北で最高、近畿で最低であった。

人口規模別では（図30）、糖尿病教室の開催については5千人未満で51.5%、10万人以上で79.3%と人口規模が大きくなるに従って顕著な増加が見られた。同様の傾向は、講演会、体験学習および健康まつりについても認められた。しかし、家庭訪問および集会所の活用については人口規模の小さい市町村ほど高率となり、人口規模が大きくなるほど低下する傾向が見られた。



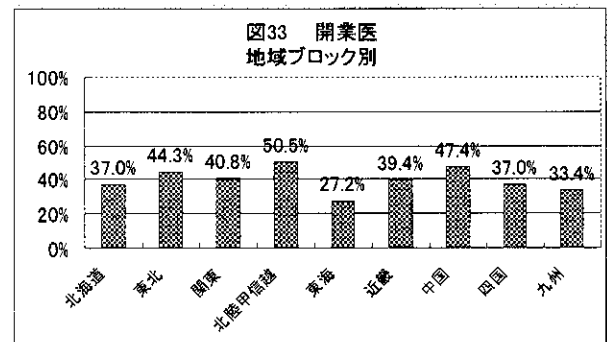
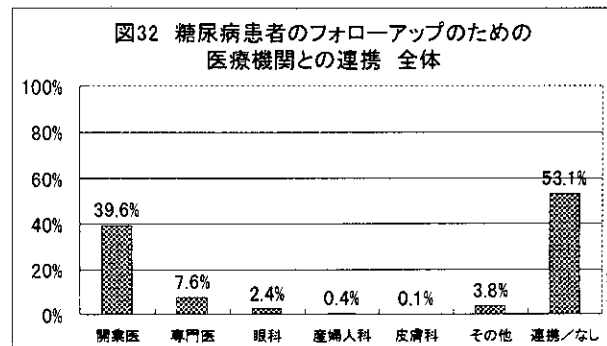
産業構成比別では、糖尿病教室の開催については（図31）第一次産業の構成比が5.4%未満で70.9%、30.4%以上で58.1%と構成比に比例して低下する傾向が見られた。同様の傾向は、講演会、体験学習についても認められた。しかし、家庭訪問および集会所の活用については構成比の小さい市町村ほど低率で、構成比が大きくなるほど増加する傾向が見られた。



(2) 糖尿病患者のフォローアップのための医療機関との連携：

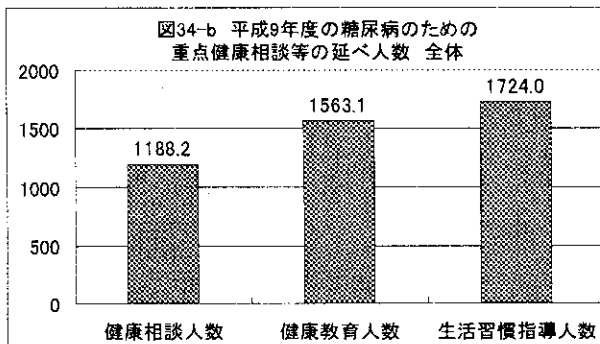
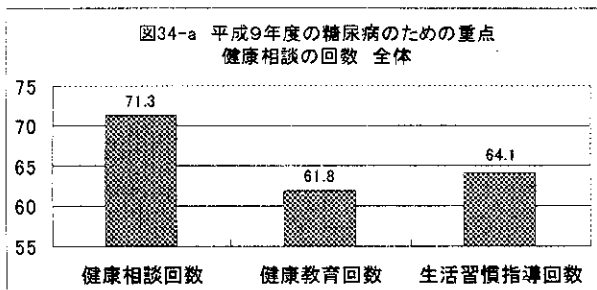
全体では（図32）、連携なしが半数以上で、開業医との連携が39.6%とあるほかは専門医との連携が7.6%、その他が3.8%、眼科が2.4%と僅かで、産婦人科、皮膚科に至ってはほとんどなかった。

地域ブロック別では（図33）、開業医との連携について北陸甲信越で50.5%と最も高く、東海では27.2%と最も低い値を示した。専門医との連携については中国で12.7%と最も高く、同じく東海で1.9%と最低であった。



(3) 平成9年度の糖尿病のための重点健康相談・健康教育・生活習慣改善指導（人口10万対の回数および延べ人数）：

全体では（図34-a）、重点健康相談・健康教育・生活習慣指導回数は、年間平均して人口10万人当たり62-71回で、健康相談回数が最も多く、生活習慣指導回数、健康教育回数の順であった。延べ人数に換算すると（図34-b）年間平均して1200人～1700人となり、その内訳は生活習慣指導人数が最も多く1700人、次いで健康教育人数、健康相談人数の順となった。



地域ブロック別では、健康相談回数については特に東北が最も多く130.1回、少ないところでは関東、近畿など都市部で低率(37.4-39.7回)であった。生活習慣指導回数および健康教育回数でも同様の傾向が認められた。延べ人数についても、回数を反映して同様の傾向が見られた。

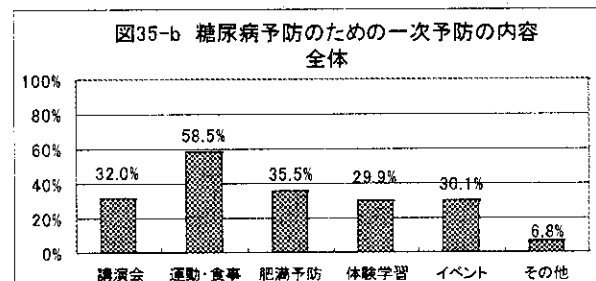
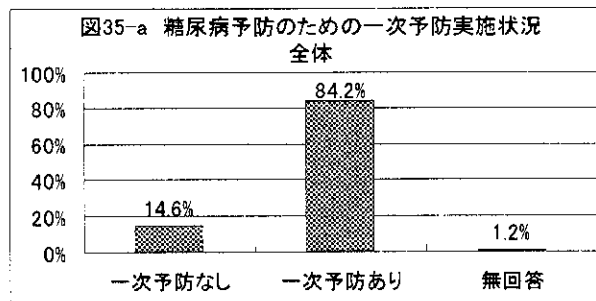
人口規模別では、重点健康相談・教育・生活指導回数および延べ人数とも、人口5千人未満で最も多く人口規模の増加に伴って回数および延べ人数ともに減少する傾向が見られた。

産業構成比別では、構成比の増加に伴い重点健康相談・教育・生活指導回数および延べ人数とも、回数および延べ人数が増加する傾向が見られた。

4. 糖尿病予防と啓発に関する体制について

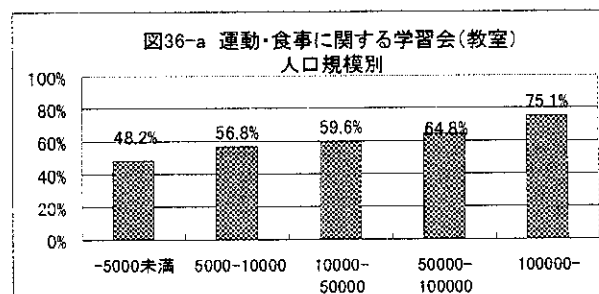
1) 糖尿病予防のための一次予防:

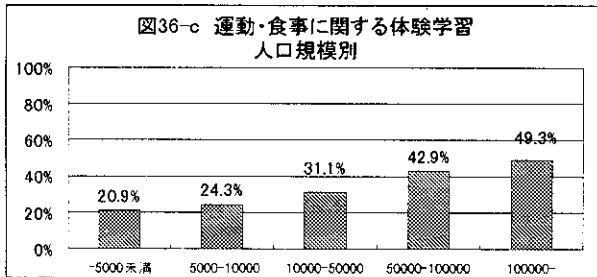
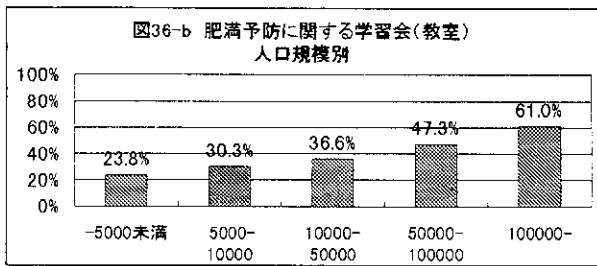
全体では(図35-a.b)、一次予防を実施している市町村は84.2%であった。その内容としては、運動・食事に関する学習会(教室)が58.5%と最も高く、その他の内容としては、ほぼ3割前後の値を示した。



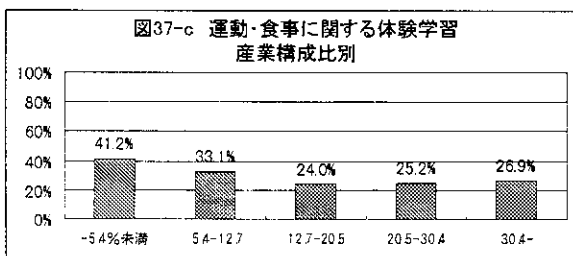
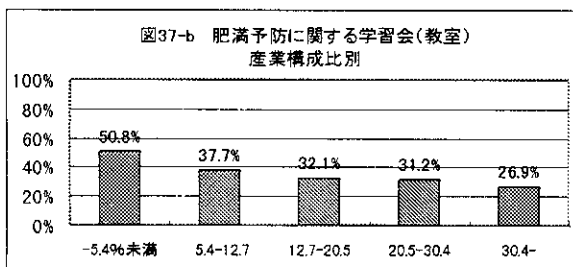
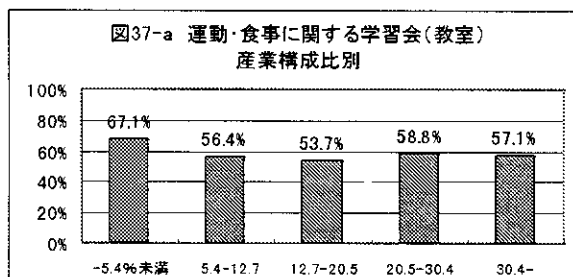
地域ブロック別に見た運動・食事に関する学習会(教室)の実施状況は、ほとんどの地域が75.9~90.7%の高率を示し、その内容についても地域ブロックによる大きな違いは見られなかった。

人口規模別では、一次予防の実施割合が、人口規模の増加に伴って増加した。5千人未満で78.0%、10万人以上で93%であった。その内容についても同様の傾向が見られ(図36-a.b.c)、特に肥満予防については5千人未満で23.8%、10万人以上で約3倍の61.0%を示した。都市部などの人口規模の多いところで、特に運動・食事に関する学習会や肥満予防の重要性が大きな問題となっていることを示唆している。



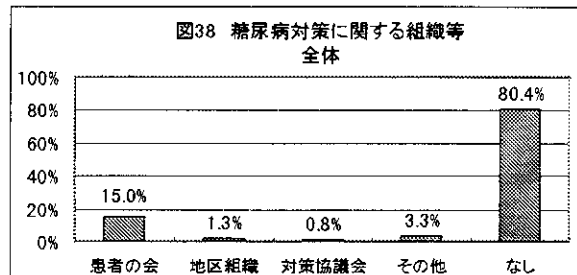


産業構成比別では、一次予防の実施割合および、運動・食事に関する学習会についても大きな差異は見られなかった(図37-a)。しかし、肥満予防および体験学習については(図37-b.c)、構成割合の増加に伴って減少する傾向が見られた。

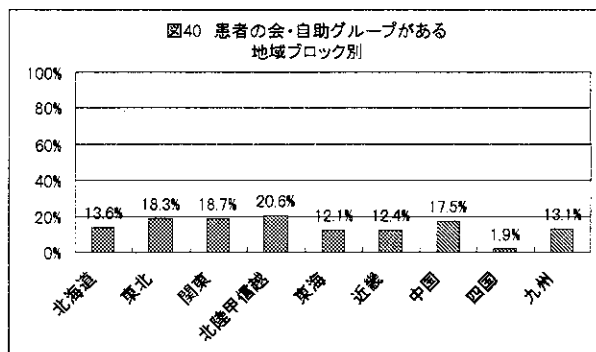
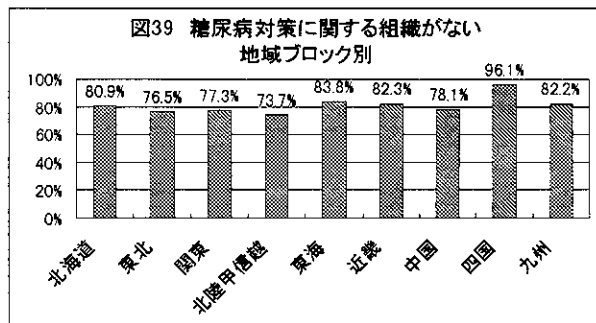


2) 糖尿病対策に関する患者の会・自助グループ・地区組織等:

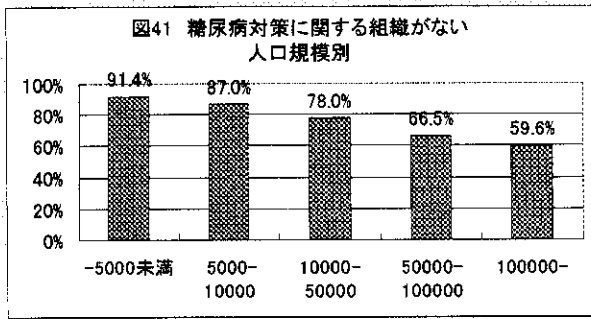
全体では(図38)、80.4%の市町村が糖尿病対策に関する組織がないと回答している。各種組織の内、患者の会・自助グループが15.0%の市町村に見られた。地区組織、糖尿病対策協議会等の組織については、1%前後と低率を示した。



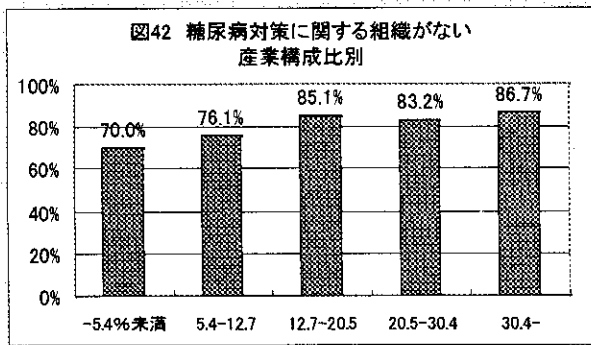
地域ブロック別では(図39)、糖尿病対策に関する組織がないとする市町村は、四国で96.1%と極めて高率で、患者の会・自助グループは(図40)1.9%と低率を示した。



人口規模別では(図41)、糖尿病対策に関する組織がないと回答している市町村の割合は、5千人未満で91.4%、10万人以上で59.6%となり、人口規模が大きくなるに従って減少する傾向が見られた。この事は、人口規模の小さい市町村における組織づくりの困難性を示唆している。



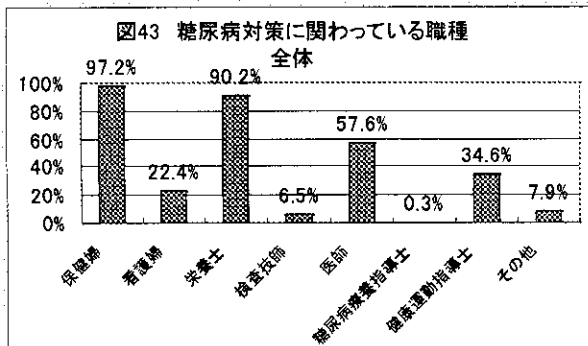
産業構成比別では（図42）、糖尿病対策に関する組織がないと回答している市町村の割合は、第一次産業構成比が高率になるに従って増加する傾向が見られた。このことは、人口規模別の分析と同様に、農漁村などにおいて組織作りの困難性を示唆している。



5. 糖尿病対策に関わる人材の充足状況について

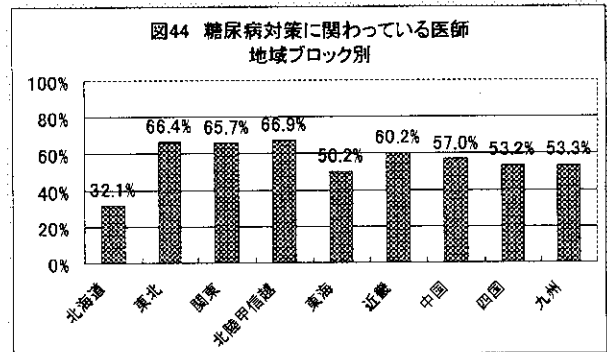
1) 糖尿病対策に関わっている職種：

全体では（図43）、保健婦、栄養士が97.2%、90.2%と特に高率を示し、次いで医師が57.6%、健康運動指導士が34.6%を示した。看護婦、検査技師、糖尿病療養指導士等は低率を示した。

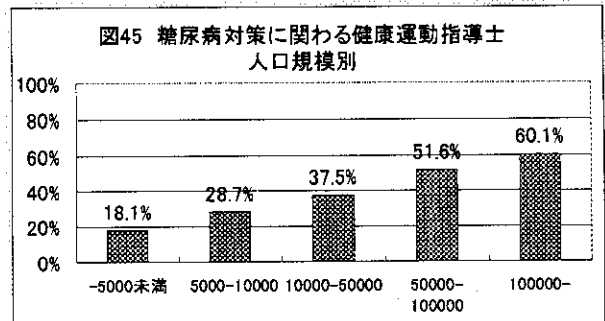


地域ブロック別では保健婦、栄養士ともに地域差は見られず、医師については（図44）北海道が最も低く32.1%、北陸甲信越、東北、関東で66%前後を示した。健康運動指導

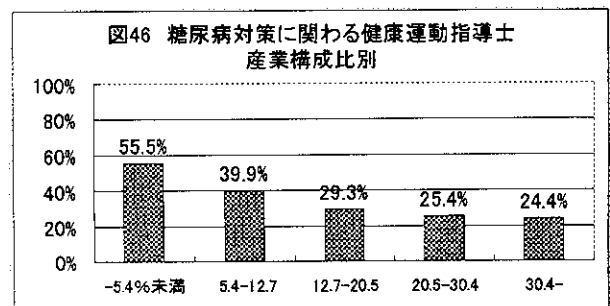
士についても同様に北海道で最も低く14.2%、北陸甲信越、関東で46.2%、41.9%と高率を示した。



人口規模別では、人口規模に比例して各職種の割合の増加する傾向が見られた。特に、医師については、5千人未満で47.8%、10万人以上で80.8%、健康運動指導士については（図45）、同様に18.1%と60.1%、検査技師については3.5%と20.2%を示した。

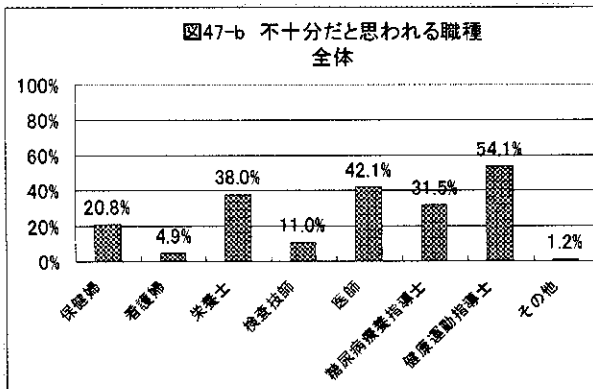
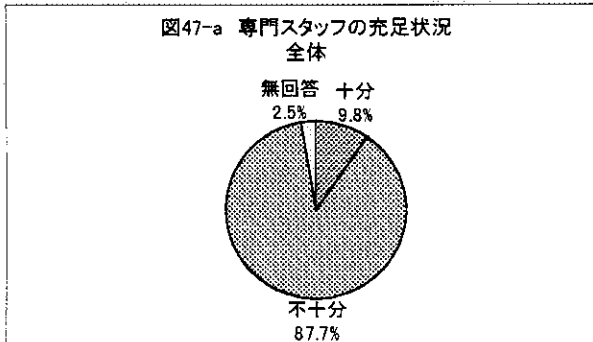


産業構成比別では保健婦、栄養士、医師、看護婦ともに構成比による違いは見られなかった。健康運動指導士については（図46）第一次産業構成比5.4%未満で55.5%、一方構成比30.4%以上で24.4%と半減した。

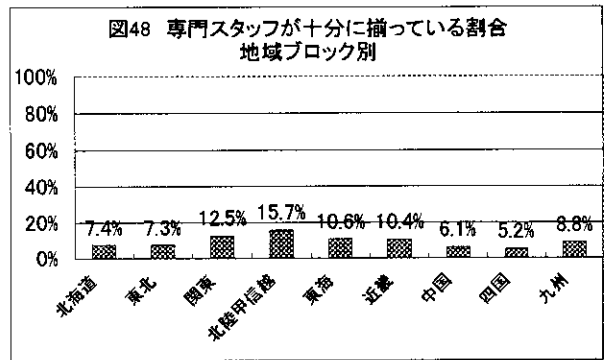


2) 糖尿病対策に関わるスタッフの充足状況：

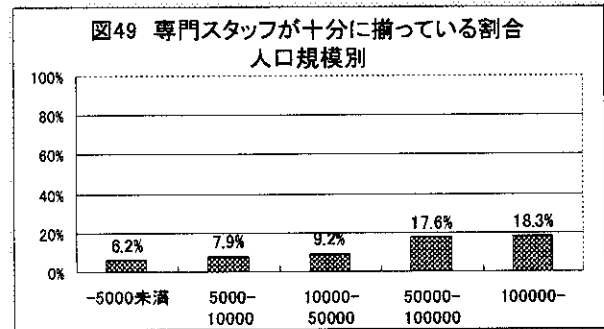
全体では（図47-a）ほとんどの市町村(87.7%)が専門スタッフが不十分であると回答している。専門スタッフが十分に揃っていると回答している市町村は9.8%に過ぎなかった。不十分だと思われる職種としては（図47-b）、健康運動指導士(54.1%)、医師(42.1%)、栄養士(38.0%)等が高率を示した。また糖尿病療養指導士(31.5%)、保健婦(20.8%)等もやや高い値を示した。



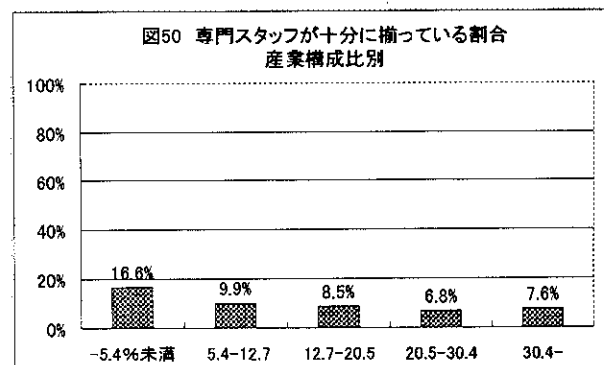
地域ブロック別では（図48）、専門スタッフが十分に揃っていると回答している市町村は、全国的に低率を示したが、北陸甲信越で15.7%と最も高く、中国、四国で5.2%、6.1%とともに低率を示した。不十分だと思われる職種についての地域ブロックの分析では、顕著な地域差は見られなかった。



人口規模別では（図49）、専門スタッフが十分に揃っていると回答している市町村は5千人未満で6.2%、10万人以上で18.3%を示し、人口規模の増加に伴い増加する傾向が見られた。不十分だと思われる職種については、地域ブロック別と同様に明らかな人口規模による差は見られなかった。



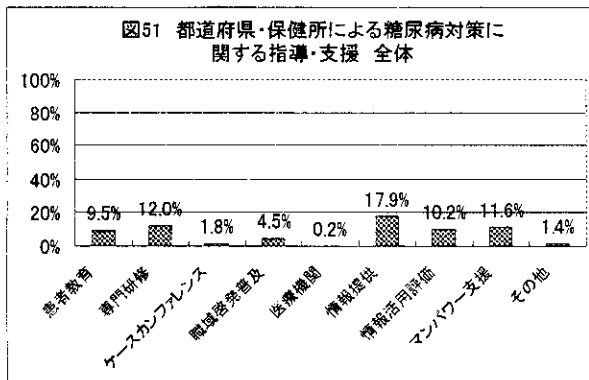
産業構成比別では（図50）、専門スタッフが十分に揃っていると回答している市町村は5.4%未満で16.6%、一方20.5%以上では7%前後と構成比に比例して減少した。不十分だと思われる職種については、いずれも構成比による差は見られなかった。



6. 諸機関との連携について

1) 都道府県・保健所による糖尿病対策に対する指導・支援：

全体では（図51）、ほとんどの市町村において都道府県・保健所による指導・支援があるという回答は全ての項目に関して20%以下の低率を示した。低率ながら情報提供については17.9%と最も高く、次いで専門スタッフの研修が12.0%、マンパワーの支援が11.6%、情報の活用方法については10.2%を示した。その他の項目については10%以下の低率を示した。



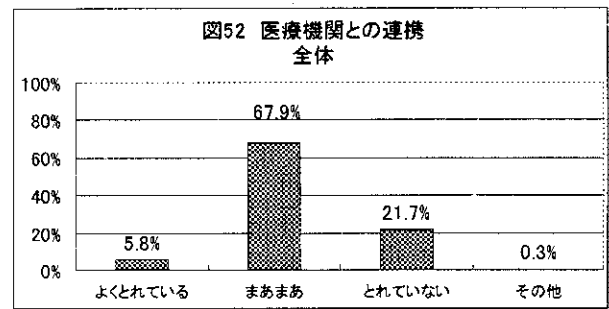
次に、都道府県・保健所の指導・支援があると回答している市町村において各種指導・支援が十分だと回答している市町村の割合は、12.2%～37.2%の範囲にとどまり、特に医療機関とのネットワーク作りや職域における啓発普及については12.2%、13.0%と極めて低率であった。唯一、高い割合を示したのはマンパワーの支援（29.8%）とケースカンファレンスの開催（37.2%）であった。

地域ブロック別では、都道府県・保健所の指導・支援があると回答している市町村は、情報提供、専門のスタッフ研修、マンパワーの支援などすべての項目において北陸甲信越が最も高く、東海ブロックが最も低くなる傾向を示した。また、それら各種指導・支援が十分だと回答している市町村の割合についてはかなりの項目において大きなばらつきが見られた。

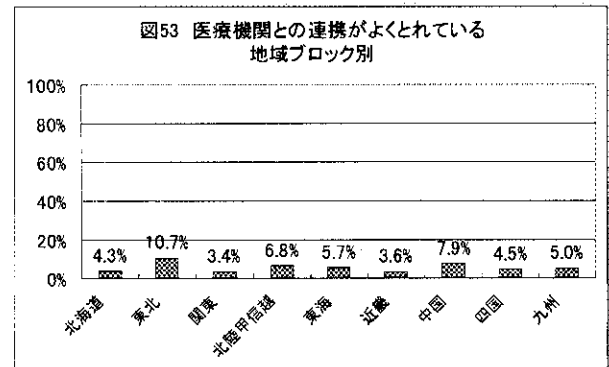
2) 医療機関との連携：

全体では（図52）、よくとれていると回答した市町村は5.8%で、まあまあとれている

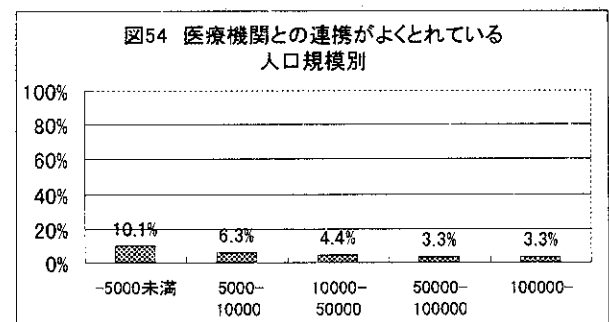
（67.9%）と併せると約7割強（73.7%）が何らかの形で医療機関との連携がとれていることを示した。



地域ブロック別では（図53）、よくとれていると回答した市町村の割合は、関東および近畿で3.4%、3.6%と最も低く、東北で10.7%と最も高い値を示した。まあまあとれていると併せるせるといずれも7割前後で地域差は見られなかった。

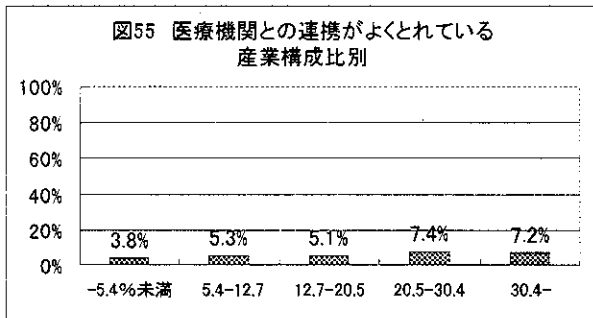


人口規模別では（図54）、よくとれていると回答した市町村は、5千人未満で10.1%と最も高く、5万人以上で3.3%を示し人口規模の増加に伴って医療機関との連携は低下した。まあまあとれていると併せるせると、いずれも7割前後で人口規模による差は見られなかった。



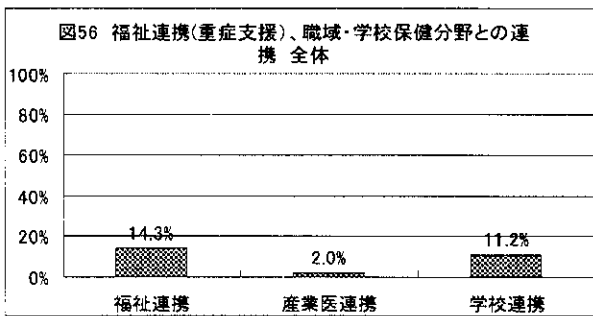
産業構成比別では（図55）、よくとれていると回答した市町村の割合は、第一次産業構

成比に比例して増加する傾向が見られた。まあまあとれていると併せるせると、いずれも7割前後で構成比による差は見られなかった。



3) 福祉分野との連携（糖尿病合併症に対する支援等）：

全体では（図56）、福祉分野との連携ありと回答した市町村の割合は、14.3%に過ぎなかった。



地域ブロック別では、福祉分野との連携ありと回答した市町村は、東海、四国、九州ブロックが7.9%～9.8%と低率を示し、中国および北陸甲信越で24.1%、23.5%と高率を示した。

人口規模別では、福祉分野との連携ありと回答した市町村の割合について、顕著な差は見られなかった。

産業構成比別では、福祉分野との連携ありと回答した市町村の割合は、第一次産業構成比に伴って増加する傾向が見られた。

福祉分野との連携の事例：

糖尿病合併症に対する支援の内容：

- ・交通費支給、送迎サービス、旅費補助
- ・タクシー券助成、福祉タクシー
- ・通院交通費助成、医療費助成

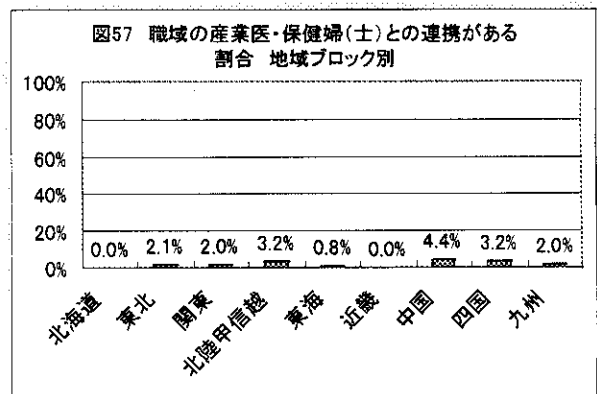
- ・難病等の見舞金（月額3500円など）
- ・難病患者等福祉手当（月額3000円など）
- ・在宅福祉手（月額10000円など）
- ・福祉医療（月額10000円など）
- ・透析者に対し更正医療のみ
- ・福祉年金
- ・身障手帳交付
- ・日常生活用具の支給
- ・車椅子、補装具
- ・65歳以上ならば介護サービス
- ・障害ヘルパー支援サービス事業
- ・デイサービス、ヘルパー派遣、入浴車
- ・訪問指導の提供、保健婦訪問
- ・寝たきり状態となれば併せて保健福祉サービスの提携
- ・社会福祉協議会の在宅支援ボランティアによる通院介助
- ・失明等要援護者に介護手当
- ・ガイドヘルパーによる通院介助
- ・盲導犬給付
- ・朗読奉仕、点訳サービス

7. 職域・学校保健との連携について

1) 糖尿病対策に対して職域の産業医・産業保健婦との連携（連絡会・検討会等）：

全体では、産業医・産業保健婦との連携は2.0%と極めて低率を示した。

地域ブロック別では（図57）、産業医・産業保健婦との連携は、北海道および近畿で0%、中国で4.4%を示した。

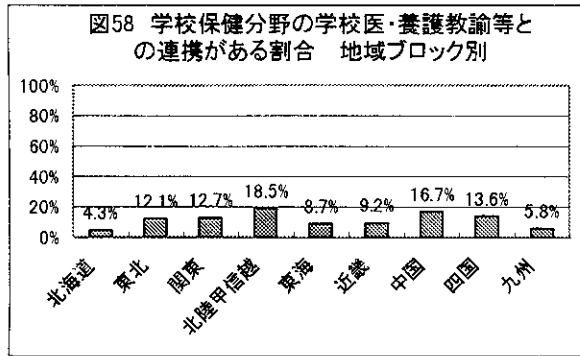


人口規模別および産業構成比別では、産業医・産業保健婦との連携は、余り差は見られなかった。

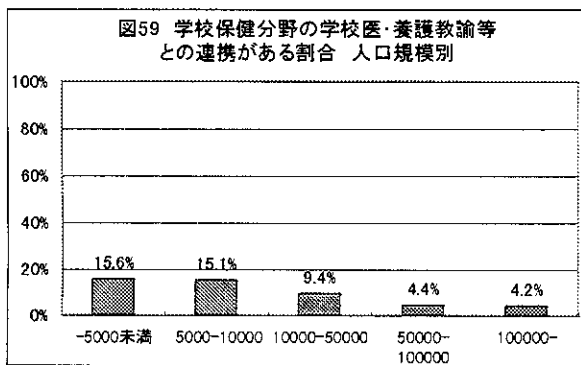
2) 糖尿病対策に対して学校医・養護教諭等との連携（連絡会・検討会等）：

全体では、学校医・養護教諭等との連携は11.2%と低率を示した。

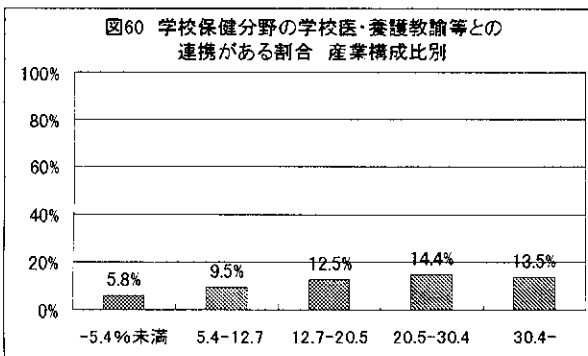
地域ブロック別では（図58）、学校医・養護教諭等との連携は、北海道、九州で4.3%、5.8%と低率を示し、北陸甲信越、中国で18.5%、16.7%と高率を示した。



人口規模別では（図59）、学校医・養護教諭等との連携は5千人未満で15.6%とも最も高率を示し、10万人以上で4.2%と明らかに人口規模に伴って減少する傾向が見られた。



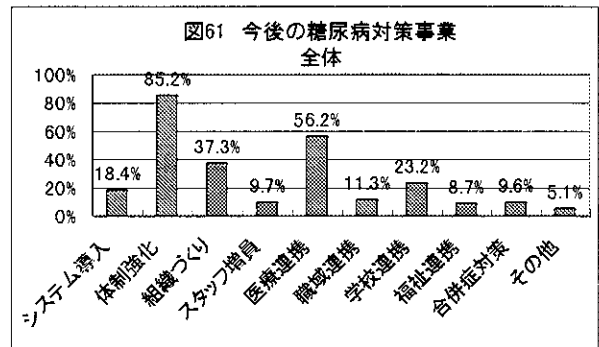
産業構成比別では（図60）、学校医・養護教諭等との連携は構成比に伴って増加する傾向が見られた。



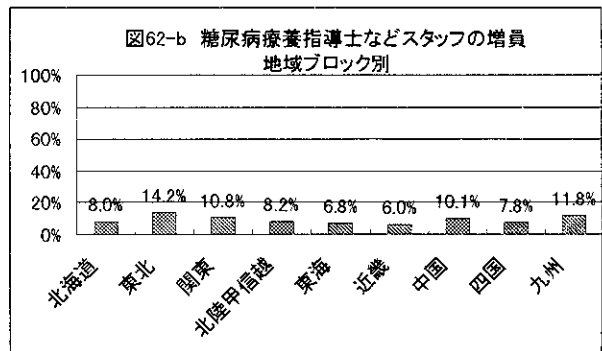
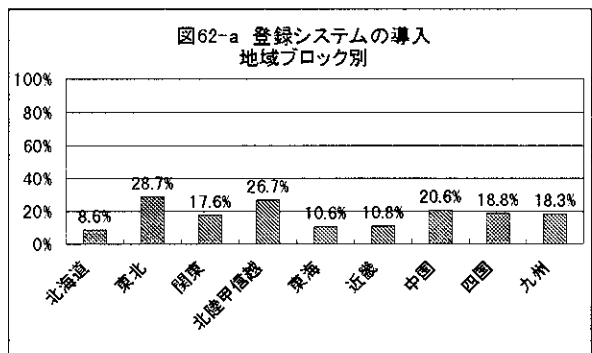
8. 糖尿病対策の将来構想について

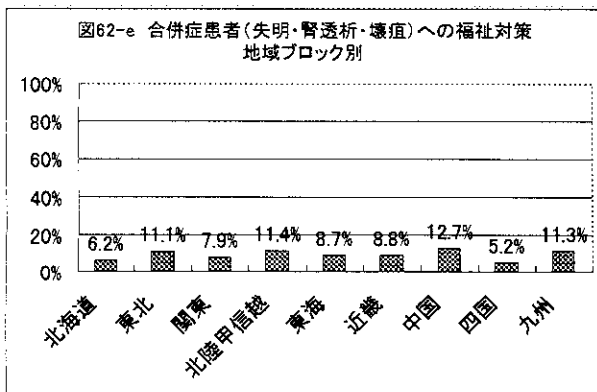
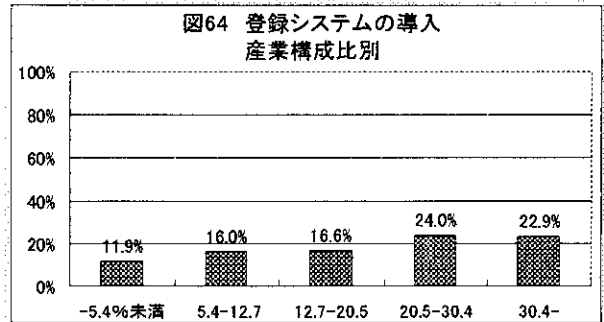
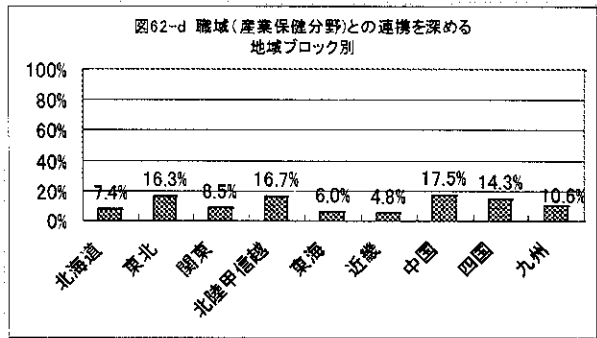
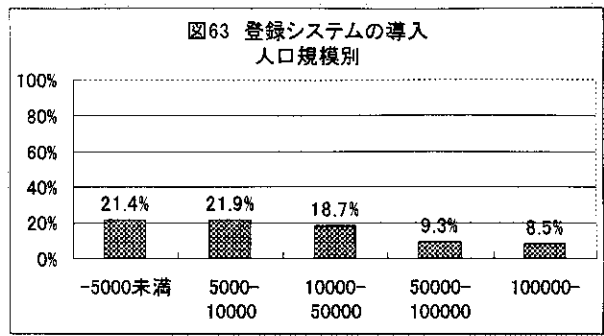
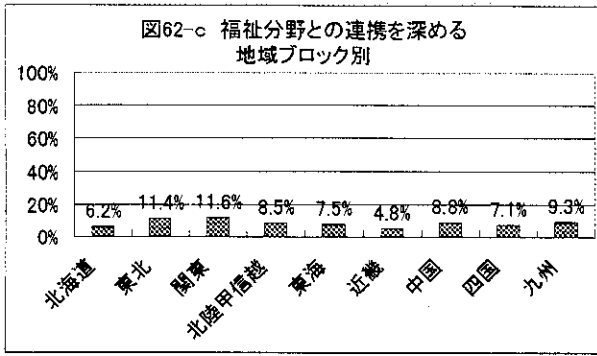
1) 今後の糖尿病対策事業：

全体では（図61）、今後の糖尿病対策事業として事後指導體制の強化を挙げた市町村の割合が85.2%と最も高く、次いで医療機関との連携を深めるが56.2%、患者組織自助グループの組織作りが37.3%、学校保健分野との連携を深めるが23.2%を示した。その他の事業については、20%以下の低率を示した。



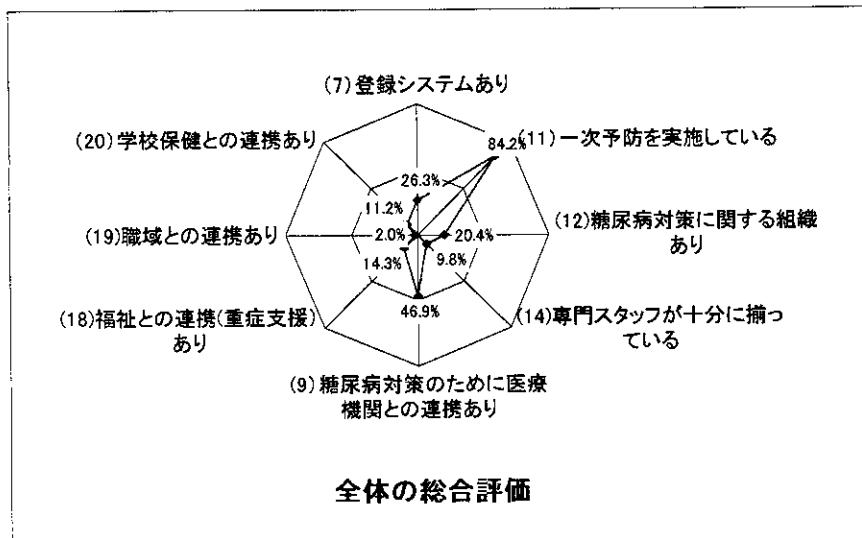
地域ブロック別（図62-a-e）、人口規模別（図63）および産業構成比別（図64）においては、ともに今後の糖尿病対策事業として体制強化、医療機関との連携を深めるなど全ての事業について顕著な差は見られなかった。





9. 全体の総合評価

何らかの形で一次予防を実施している市町村は84.2%と高率を示し、重要な地域の健康課題となっている糖尿病対策に関して一定程度評価できた。しかし、糖尿病対策について医療機関との連携があると回答した市町村は46.9%に過ぎなかった。また、専門スタッフの充足面、登録システムの有無、学校保健や職域等の他分野との連携などに関する項目については非常に低率を示し、全体的なシステムとしては充実すべき課題が山積しているように思われる。



10. 先進地区の事例研究

1) S県の事例

M市の場合：S県は、高齢化の著しい県であり、生活習慣病としての糖尿病の増加は大きな問題となっている。生活の場である地域を起点にした糖尿病対策が重要となってきた。そこで、糖尿病患者に対する治療の充実、重症合併症患者のQOLの向上や糖尿病の一次予防などに重点を置いて活動されている。医師会の中に糖尿病に関する定期的な症例検討会・学習会が実施されており、この中で糖尿病手帳による各医療施設間での情報交換の充実、眼科との連携のための紹介状の統一などを実施している。また、コメディカルを中心とした自主的学習組織の存在などを特徴としている。

Y市の場合：保健所の呼びかけにより1市（Y市）2町と医療機関とで、糖尿病協議会が

設立され活動の中心となっている。第一線の医療機関と中核的な専門医療機関が連携されており、その中で患者会が組織されている。また、地区ごとにある公民館が地域での活動の中心となっている。患者だけでなく、地区の人々も一緒になって料理講習会や糖尿病に関する学習会が実施されている。

2) T県の事例

全県的な糖尿病対策が実施されており、受診率を伸ばす、医療のレベルアップ、一般医・コメディカルの充実、医療経済の改善と患者のQOLの向上などが目的となっている。そしてこの目標を達成するために、地域医療のネットワーク作り、ライフスタイルの改善、健康診断・事後指導・自己管理の推進、患者・家族へのサポートなどを行動目標に掲げている。特徴的な点として保健所と医療機関が連携を取り、情報交換や教育活動を実施している。また、コメディカルに対する教育活動も充実している。

11. 事例研究からまとめた糖尿病対策に関するシステムについて

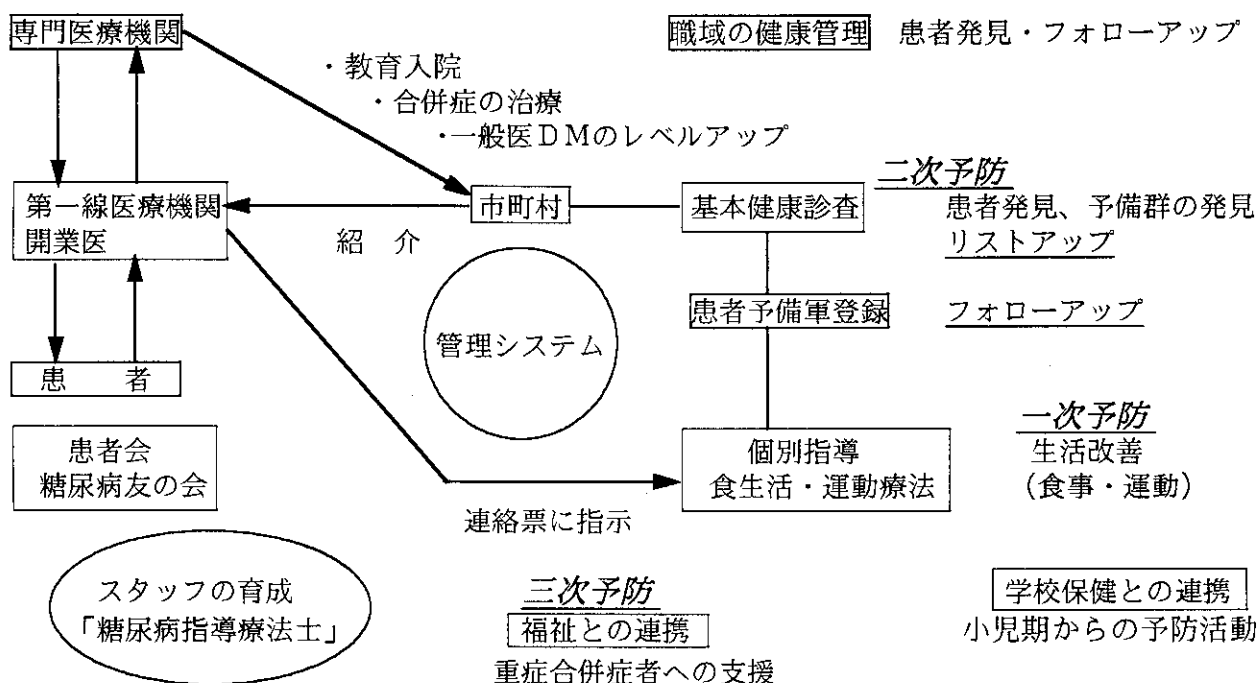


図65 糖尿病対策に関する保健・医療・福祉システム

効率的な糖尿病対策を実施するためには、一次、二次及び三次予防に関する一連の体系だった保健・医療・福祉システムを構築することが不可欠である。そのためには、糖尿病患者と第一線医療機関との密な連携と共に後方支援としての専門医療機関との関係が重要である。また、一次予防を推進するために一般住民に対する生活習慣改善の啓蒙活動、職域での健康管理活動との連携や小児期からの予防活動のため学校保健との連携などの充実が問われている。二次予防のためには地域で実施されている各種健診の受診率を上げると共に患者予備軍も視野に入れた患者登録システムの構築とその活用なども必要である。三次予防のためには教育入院・合併症治療などのため専門医療機関との連携と共に重症合併症者への支援のため福祉分野との関係強化が重要と思われる。

12. 文献

1) 生井一之 他：一次予防. Mebio. 13(3), 70 - 75 1995

- 2) 七里元亮 他：一次予防（合併症予防）. Mebio. 13(3), 76 - 82 1995
- 3) 吉川隆一：三次予防の学際的管理. Mebio. 13(3), 83 - 87 1995
- 4) 堀田饒：糖尿病合併症の予防と治療. 治療学. 32(4), 109 - 115 1998
- 5) 繁田幸男：糖尿病の予防と治療の戦略と将来像. 内分泌・糖尿病科. 2(1), 57 - 64 1995
- 6) 伊藤千賀子：QOLからみた糖尿病発症の一次予防. PRACTICE. 14(6), 588 - 593 1997
- 7) 盛岡佳代 他：わが国の糖尿病の現状と厚生省の取り組み. 臨床成人病. 26(3), 279 - 282 1996
- 8) 藤川真理子：地域社会での予防とケア事業の実践 -富山県糖尿病アタックプランを中心に-. PRACTICE. 14(4), 350-352 1997
- 9) 葛谷英嗣：我が国における糖尿病の現状とこれからの課題 - 糖尿病の予防を目指して -. 岐阜県医師会医学雑誌. 10(1), 85 - 89 1995

--	--	--	--	--	--

地域における糖尿病対策の
新たな保健・医療・福祉システム構築に関する
調査研究事業

--- 質 問 票 ---

返送先／調査に関するお問い合わせ：

〒683-8503 鳥取県米子市西町 8 6
鳥取大学医学部衛生学教室
教授： 岸本拓治
Fax：0859-34-8138
Tel：0859-34-8024