

200928003A

厚生労働科学研究費補助金

糖尿病戦略等研究事業

地域における包括的糖尿病ケアシステムの構築と
その医学的・経済学的評価に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福田 吉治

平成 22 年 (2010) 年 3 月

厚生労働科学研究費補助金

糖尿病戦略等研究事業

地域における包括的糖尿病ケアシステムの構築と
その医学的・経済学的評価に関する研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 福田 吉治

平成 22 年（2010）年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

地域における包括的糖尿病ケアシステムの構築とその医学的・ 経済学的評価に関する研究 _____	1
福田 吉治	

II. 分担研究報告

1. 糖尿病関連の地域連携に関する全国自治体調査 _____	11
守田 孝恵、山崎 秀夫、高橋 郁子、檀原 三七子、小野 順子	
2. 山口県における地域連携パスの運用状況に関する実態調査 _____	25
原田 唯成、福田 吉治	
3. 山口県における特定健診・特定保健指導 と糖尿病地域連携の現状について _____	37
福田 吉治、小野 順子	
4. 山口県周南市における糖尿病地域連携に関する実態調査 _____	49
福田 吉治、原田 唯成	
5. 特定健診・保健指導のアウトカムおよびプロセス評価のための ツール作成 _____	65
福田 吉治	
6. 特定保健指導の標準的教材・資料の作成 _____	79
福田 吉治	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 _____	125
---------------------------	-----

地域における包括的糖尿病ケアシステムの構築とその医学的・経済学的評価に関する研究

研究代表者	福田 吉治	山口大学医学部地域医療学 教授
研究分担者	守田 孝恵	山口大学大学院医学系研究科・地域看護学 教授
	山崎 秀夫	山口大学大学院医学系研究科・地域看護学 教授
	高橋 郁子	山口大学大学院医学系研究科・地域看護学 講師
	原田 唯成	山口大学医学部地域医療学 助教
	檀原 三七子	山口大学大学院医学系研究科・地域看護学 助教
	小野 順子	山口大学大学院医学系研究科・地域看護学 助教

研究要旨

本研究は、第一次予防から療養支援まで、地域の多様な資源を連携させ有効活用した地域における包括的な糖尿病ケアの構築とその運営を行い、医学的（疾病の進展等）・経済的（医療費抑制等）評価が可能な地域糖尿病データベースによって短期評価を行うことを目的とする。

まず、本年度は糖尿病の地域連携の現状についての把握を行った。全国市町村に無記名自記式質問紙調査票を送付し、「糖尿病関連の地域連携に関する調査」を実施した。平成 22 年 2 月 2 日現在（275 市町村、回収率は 15.5%）の分析結果として、糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は少なく、医療機関ではクリティカルパスが広く普及し、地域連携パスへ発展しようとしているが、地域保健には浸透していない現状が予測された。山口県内の郡市医師会を対象にした調査では、すでに糖尿病の地域連携が運営されているのは 4 医師会、導入が検討されているのは 10 医師会で、他の疾病に比較して、糖尿病の地域連携の進展は進んでいた。

個別な対策として、特定保健指導の標準的な教材・資料の作成と評価ツールの作成を行った。これらのツールは研修会等で紹介し、複数の保険者・自治体・医療機関でプレテストを実施した。今後、特定健診・保健指導の効果的・効率的な実施に向けて、プレテストの結果を踏まえて、改訂を行い、普及を図る予定である。

周南市および阿武町を対象地域として、関係者間と連携を開始した。周南市では、今後の地域連携を進め、関係者の理解を深めることを副次的な目的に、市内診療所を対象にした地域連携に関する調査を行った。その結果、課題として、医師以外の専門職の活用不足、地域連携ファイルの認識と活用不足、治療方針を決める HbA1c の目安値のばらつき、特定健診・保健指導への消極的な姿勢等が明らかになった。今後の地域連携を進めるにあたり、こうした課題を克服する必要性が示された。

研究協力者

磯崎 恵里子 周南市保険年金課
原田 梨恵子 阿武町民生課
渋井 優 東京大学大学院医学系研究科
健康科学・看護学専攻
安岡 和昭 山口大学医学部地域医療学

A. 研究目的

生活習慣病、特に糖尿病の罹患・有病者が増加し、医学的のみならず社会経済的にも大きな負担となっている。今年度開始の特定健診・保健指導も、糖尿病予防が主目的で（糖尿病の 25%減）、糖尿病の予防は我が国の保健医療において最重要な課題である。地域医療計画でも糖尿病の地域連携が推進され、先進的な地域での地域連携パスの活用など（山口県では宇部市）、地域における糖尿病対策は新しい局面を迎えている。

島根県浜田圏域・安来市では、多様な関係者・団体が連携した糖尿病ケアシステムが構築されているが、こうした取り組みも全国的な普及は限定され、地域の状況を考慮した体制づくりと普及法を検討する必要がある。第一次予防、第二次予防（特定健診・保健指導含む）、診療（地域連携パス含む）、療養までのそれぞれのレベルで事業が行われているが、これらを連動させた仕組みはない。

また、地域ケアが疾病の進展・予防あるいは医療費削減に対する効果を検証する必要がある。J-DOIT 1,2 などの大規模な実験的研究が行われ、糖尿病予防・管理の効果が検証されつつあるが、実際の事業の中でデータを包括的に収集・分析し、事業を評価・見直しを行う PDCA サイクルを確立するには至っていない。そのためには、健診、保健指導、地域連携、レセプト等のデータを一元的管理する必要がある。

そこで、本研究は、第一次予防から療養支援まで、地域の多様な資源を連携させ有効活用した地域における包括的な糖尿病ケアの構築とその運営を行い、医学的（疾病の進展等）・経済的（医療費抑制等）評価が可能な地域糖尿病データベースによって短期評価を行うことを目的とする。

B. 研究方法

1. 全国における糖尿病地域連携の現状

全国 1798 市町村を対象とし、回答者は糖尿病関連に関する保健事業担当保健師、各 1 名とした。糖尿病関連の地域連携に関する調査票を作成し、保健部門と国保部門担当の市町村保健師各 1 名にプレテストを実施し、完成させた。全国市町村に無記名自記式質問紙調査票「糖尿病関連の地域連携に関する調査」を郵送にて配布し、糖尿病関連の保健事業担当保健師から回答を得た。調査は平成 22 年 1 月 22 日から 2 月 12 日に実施した。

2. 山口県における地域連携パスの導入と運用に関する調査

本研究では、山口県における郡市医師会における地域連携パスの運営状況について、郡市医師会を単位として把握することを目的とした。調査対象は山口県内の全郡市医師会（19）とし、糖尿病、脳卒中、心筋梗塞、がん、大腿骨骨折の 5 疾病について、地域連携パスの運営状況を調査した。

3. 山口県における特定健診・特定保健指導と糖尿病地域連携の現状について

山口県における特定健診・保健指導ならびに糖尿病地域連携について、既存資料の分析と個別市町へのヒアリングを行った。

既存資料の分析として、山口県国民健康保

険団体連合会が作成した「平成 20 年度特定健診・特定保健指導の実施状況及び受診結果」（平成 21 年 12 月）および「平成 20 年度特定健診・特定保健指導の実施状況及び受診結果（その 2）」（平成 22 年 2 月）を用い、平成 20 年度特定健診・特定保健指導の受診率、健診結果、保健指導受診率、保健指導の実施状況及び糖尿病に関連する地域連携の現状から、ケアシステム構築に向けての課題を検討した。個別の市町へのヒアリングとして、人口規模の異なる 3 市町（阿武町、周南市、周防大島町）を選定し、各自治体における特定健診・特定保健指導の実施状況及び糖尿病に関する地域連携の現状について調査した。糖尿病地域連携に関する調査票を作成し、事前に調査対象市町へ調査票を送付した。対象市町の糖尿病に関連する保健事業及び特定健診・特定保健事業の従事者及び管理者に調査項目に対する回答を準備してもらった。その後、研究者が対象市町を訪問し、調査票の調査項目に沿ってヒアリングを実施した。ヒアリングは、平成 21 年 7 月～8 月に行った。

4. 特定保健指導の標準的な教材・資料の作成

本研究は、山口県医師会および山口県栄養士会と協力して、特定保健指導の標準的な教材・資料を作成した。

まず、教材・資料のコンセプト・条件としてとして、(1) 主に積極的支援を対象にした教材・資料である、(2) 初回面談から、継続支援、最終評価まで一連の保健指導に活用できる、(3) 各実施者が、必要に応じて改訂や修正等ができる、(4) 著作権がなく、自由に利用することができる。

作成の手順として、まず、研究者が教材・

資料の草案を作成した。これは、研究者が研究分担者等として関わった研究（JST 大学発ベンチャー創出推進「多角的階層化による疾病管理ナビゲーションシステムの開発」（開発代表者国立保健医療科学院今井博久、国保ヘルスアップ事業）において利用した教材・資料の一部を活用した。作成した教材・資料を山口県医師会・山口県栄養士会の協力によってブラッシュアップを行った。山口県栄養士会の中で、ワーキンググループを作り、研究者と意見交換等を行いながら、改訂を行った。また、山口県医師会・山口県栄養士会とともに、ロールプレイを行い、改善点を見つけて、修正を行った。

5. 特定健診・保健指導の評価ツールの作成

アウトカム評価として評価表（サマリーシート）、プロセス評価としてチェックリストを作成した。

アウトカム評価の評価表原案は、研究者が「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」の内容をもとに、評価指標を設定した。また、情報共有のために、プログラムの概要や評価方法についての記載を追加した。さらに、経済的評価についても追加した。原案は、岩手県および山口県の複数の市町村でプレテストを行い、結果をもとに評価表の改善を行った。

プロセス評価のチェックリストは、まず、特定健診・保健指導の流れを複数の過程に区分した。次に、それぞれの過程について、チェックすべき項目を列挙した。作成したチェックリストは、岩手県および山口県で特定健診・保健指導に従事する専門職（保健師、栄養士）から意見を求め、改訂を行った。

6. 山口県周南市における糖尿病地域連携に関する実態調査

周南市の全診療所（診療科問わず）を調査対象とした。平成 21 年山口県医師会名簿を用いて周南市内（徳山医師会）診療所（111 箇所）を抽出した。

調査票は、全診療所が回答する「調査票 A」、血糖管理を行っている診療所が回答する「調査票 B」、合併症（糖尿病性網膜症・腎症・神経障害等）の診察・治療を行っている診療所が回答する「調査票 C」より構成した。調査票を郵送にて診療所に送付し、郵送にて返信を依頼した。調査票とともに、「糖尿病地域連携ファイル」（新南陽市民病院作成）ならびに当該ファイルの紹介文を同封した。調査期間は、平成 22 年 1 月であった。

7. フィールド調査地の設定

当初の計画通り、人口規模に応じて、比較的人口規模の大きな周南市（人口 152 千人）、中規模の美祢市（人口 29 千人）、小規模の阿武町（人口 4 千人）を対象候補とした（人口はいずれも平成 22 年 1 月現在）。

これらの候補地について、行政（保健所含む）、医師会、中核となる病院の担当者に本研究の主旨を説明し、フィールド調査としての協力を依頼した。

C. 研究結果

1. 全国における糖尿病地域連携の現状

現在調査中であることから、平成 22 年 2 月 2 日までに回収された調査票（275 市町村、回収率は 15.5%）の分析結果を示す。

糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は 12.0%、把握していない市町村は 87.6%であった。

糖尿病の診断・治療のため住民に紹介できる専門医が地域にいるか尋ねたところ、専門医が「いる」と答えた市町村は 56.4%、「いない」と答えた市町村は 19.6%であった。しかし、その専門医と行政との連携はできていない傾向の回答が 8 割を占めていた。また、市町村の住民が糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかについて、「そう思う」市町村は 40.2%、「そう思わない」市町村は 60.3%であり、そう思わない傾向のほうが多かった。

健康手帳の活用では、健康手帳を地域連携パスのツールとして活用している市町村は 9.1%と少ないが、健康手帳を活用している市町村は 61.1%であり、健康手帳は継続した健康管理や自己の健康管理意識の向上に効果があると認識していた。

保健事業では糖尿病に特定した事業を実施している市町村は 27.6%で、糖尿病に特定しないが糖尿病の方が参加できる事業は 66.2%の市町村で実施されており、生活習慣病など糖尿病に特定しない事業を実施している市町村が多かった。保健事業の内容は、教育、相談が主であり、自主グループの育成は少なかった。また、住民組織の活動がある市町村は 26.5%、自主グループの活動がある市町村は 10.5%であった。また、地域連携パスの必要性を 78.2%の市町村が感じていた。

2. 山口県における地域連携パスの導入と運用に関する調査

19 郡市医師会のうち、地域連携パスを運用中は、脳卒中 5、心筋梗塞・糖尿病 4、がん・大腿骨骨折 3 であった。検討中のものを含めると糖尿病 15、脳卒中 14、心筋梗塞 11、大腿骨骨折 9、がん 8 であった。5 疾病いずれも運用の予定の全くない医師会が 4 つあった。

3. 山口県における特定健診・特定保健指導と糖尿病地域連携の現状について

山口県における特定健診・特定保健指導の受診率は全国と比較しても低い状況にあり、特に40代～50代、男性の受診率が低かった。また、特定健診受診者のうち空腹時血糖値が基準値以上の割合は32.9%、HbA1cが基準値以上の割合が59.2%で、糖尿病予備群・罹患者は半数以上にのぼった。特定健診・特定保健指導は1次予防を重視しているが、特定保健指導利用率は20%程度であった。

個別に市町にヒアリングをした結果、平成20年度は特定健診・保健指導制度の導入年度であり、特定健診・保健指導の周知が十分でないことや、特定健診受診から保健指導終了までの一連の体制整備が不十分なことなど共通の課題を抱えていた。

4. 特定保健指導の標準的な教材・資料の作成

教材・資料は、(A) 実施者用（指導者用ファイルに綴じておくもの）、(B) 対象者用（対象者に渡し、記入してもらうもの）、(C) 作業用資料（面談で一緒に使用するもの）、(D) 参考資料（面談に参考にするもの）、(E) その他（補足資料）より構成した。教材・資料は、各保険者で改訂等が可能なように電子ファイルでの提供を行うものとした。山口県栄養士会のワーキンググループでのプレテスト等により改訂を行い、最終版を作成し、同会員への配布、ホームページでの公開を行った。山口県内の保健指導実施機関にてプレテストを開始した。

5. 特定健診・保健指導の評価ツールの作成

アウトカム評価は、4 ページの評価表（サマリーシート）を作成した。1 ページ目には、プログラムの概要として、対象者数、保健指導参加者数、利用者数、完了率などの人数、プログラムの内容の概要を記載する。食事や身体活動のアセスメント・評価法の記載欄も設けた。2 ページ目は、保健指導前後の検査値のまとめと比較を記載する。検査値は保健指導終了時だけでなく、翌年の健診結果とも比較を行う。平均値と標準偏差を計算し、対応のある t 検定で前後の比較を行う。なお、これらはいずれもエクセルで計算することができる。3 ページ目には、体重・腹囲の変化別の人数の分布、階層の変化、生活習慣の変化人数（評価基準含む）、喫煙の変化を記載する。4 ページ目は、経済的な評価とまとめを行う。経済的な評価は、総費用を算出したうえで、参加者一人当たり費用、ポイント当たり費用、さらに、費用対効果分析として、体重1kg（腹囲1cm）減少当たりの費用を算出する。

プロセス評価のチェックリストとして、特定健診・保健指導を、表1に示した6分野19過程に区分し、それぞれの過程において、検討すべきチェック項目を複数設定した。

表1 特定健診・保健指導のプロセス評価のための過程区分

-
1. 健診
 - 1-1. 健診受診勧奨・方法
 - 1-2. 健診受診率
 - 1-3. 結果通知
 - 1-4. 医療受診勧奨者への対応
 2. 保健指導参加
 - 2-1. 保健指導参加勧奨
 - 2-2. 保健指導参加率
 3. 初回面談
-

-
- 3-1. アセスメント（事前評価）
 - 3-2. 減量目標設定
 - 3-3. 行動目標設定
 - 4. 自己モニタリング
 - 4-1. 自己管理機器
 - 4-2. 記録用紙
 - 5. 継続支援
 - 5-1. 個別支援（面談）
 - 5-2. グループ支援
 - 5-3. 電話支援
 - 5-4. レター支援
 - 5-5. 教材・資料
 - 5-6. 支援記録
 - 6. 評価
 - 6-1. 再測定・事後アセスメント
 - 6-2. 評価
-

6. 山口県周南市における糖尿病地域連携に関する実態調査

対象とした 111 の診療のうち、57 の診療所から回答があった（回答率 51.4%）。

特定健診を積極的に勧めているところおよび結果返却の際に全員に生活指導を行っているのはいずれもおよそ 3 分の 1 で、特定保健指導の対象になるかもしれない人への保健指導利用を勧奨しているのは約 60%であった。また、特定健診の委託機関でない診療所では、特定健診はほとんど勧奨されていなかった。

糖尿病地域連携ファイルについて、ファイルを知っていたのは 35%であり、うち 80%が未使用であった。大変使いやすいまたはまあ使いやすいをあわせると約 80%であった。使いにくい点は、サイズが大きすぎる、書く情報が多すぎる、記入しにくいなどが挙げられた。

治療方針を判断する HbA1c の値については、内服治療はしないが経過観察を行う場合の最頻値は 5.8%、内服治療を開始する場合の

最頻値は 6.6%、インスリン投与を開始する場合の最頻値は 8.0%であり、いずれの目安にも大きなばらつきがあった。糖尿病の合併症の診療・管理の間隔について、眼科・神経・腎臓すべてで 6 ヶ月が最も一般的であったが、回答にばらつきが認められた。

7. フィールド調査地の設定

周南市、美祢市、阿武町にフィールド調査地として、調査研究参加の協力を依頼したところ、周南市と阿武町において調査研究への積極的な協力が得られた。周南市は、医師会（徳山医師会）、周南市立新南陽市民病院、市の保険年金課と健康増進課が中心となり、進めることになった。阿武町は市の民生課の協力を得て、今後進めることになった。

D. 考 察

1. 地域連携の現状について

糖尿病に関する地域連携パスに関する取組を実施している市町村は少なく、地域連携パスの導入を推進していく必要がある。その参加機関には、医療機関、行政が挙げられていたが、地域全体で糖尿病対策に取り組んでいくためには、住民組織などにも参加を広げていくことが求められる。地域連携パスに期待することでは栄養指導連携体制の構築、専門医への紹介基準の設定が多く挙げられ、地域連携パスの取組みによりこれらの課題解決が期待されていた。健康手帳を効果的な地域連携パスのツールとして活用するためには、連携体制づくりと健康手帳の有効な活用方法の検討が課題と考える。

保健事業では生活習慣病など糖尿病に特定しない事業が多く実施されていた。保健事業の内容は、教育、相談が主であり、ポピュレ

ーションアプローチへとつながるような自主グループの育成や住民主体の活動が課題と考えられた。

地域連携パスは糖尿病に関する専門医を始めとする関係機関との連携を促進し、糖尿病治療の標準化が期待できるため、保健所が中心的となり地域連携パスの導入について検討することを期待する。

郡市医師会に対する地域連携パスの運用状況調査の結果、地域連携は、まだ運用数は十分ではないが、徐々に浸透していきつつあることが示された。しかしながら、地域による温度差もあり、特に、中核となる医療機関がない医師会での地域連携の困難さが明らかになった。地域連携の促進にあたり、郡市医師会間の連携、保健所や自治体の参画、運用中の地域連携についての情報提供や評価などが必要であると考えられた。

特定健診・保健指導を含めた糖尿病の地域ケアについて、ヒアリングの結果等から、多くの課題が示された。今後これらの課題を解決することで健診受診率、特定保健指導利用率は改善する可能性がある。しかし、共通の課題であっても人口規模や年齢構成、地理、産業構造など地域特性によって、その要因や解決方法は異なっており、地域の現状を捉えることの重要性を再認識する結果であった。いずれの市町においても糖尿病ケアに関する地域連携体制整備の必要性は認識していたが連携体制の整備は不十分であり課題を抱えていた。特定健診・特定保健指導における地域連携体制や糖尿病ケアの地域連携体制の整備については、関係機関が現状や課題、目標について共通認識を持ち、それぞれの機関の特性を生かした役割分担を行う必要がある。

2. 糖尿病の地域連携を進めるためのツールと標準化について

山口県医師会および山口県栄養士会の協力を得て、効果的・効率的な特定保健指導を推進するため、実施者用、対象者用、作業用資料、参考資料、その他から構成される標準的な教材・資料を作成し、公開・配布を行った。本教材・資料は、積極的支援の初回面談から最終評価までの網羅し、電子ファイルの配布によって各保険者で改訂が可能である。利用について多くの希望があり、複数の保険者および指導機関でのプレテストを開始し、今後、さらに改訂を行う予定である。

特定健診・保健指導の評価ツールとして、アウトカム評価のための評価表およびプロセス評価のためのチェックリストを作成した。これらは、単に評価を行うためのものではなく、評価を行うことによって、次年度以降の事業の見直しを行うこと、あるいは、他の保険者・自治体等と情報を共有することを目的としている。作成にあたり、プレテストや意見聴取を行ったが、今後は実際に活用して、その利便性・有用性を検証するとともに、必要に応じて改訂を加えていきたい。

特定健診・保健指導の評価については、いくつかの大きな課題がある。まず、厚労省の「確定版」に評価のフレームワークは示されている。しかし、これらは十分に吟味されているわけではなく実際にこの枠組みを使って評価をした上で提示されたものでもない。今回、「確定版」で示された評価指標をもとに、全体の流れの中でまとめた。このように、再度、評価指標を整理しなおす作業が必要である。第2に、誰が何を評価するかということも整理する必要がある。つまり、国、都道府県、保健所、保険者・市区町村で、評価の目

的・視点や評価方法が異なるであろう。各レベルで行うべき（行うことができる）評価を体系化する必要がある。第3に、保険者・市区町村に対しては、評価の支援を行う必要がある。今後の特定健診・保健指導の研修会においては、評価と事業見直しを中心としたトピックが中心となろう。そして、その評価結果は、平成24年度以降の特定健診・保健指導の事業見直しにも重要な役割を果たすであろう。

生活指導・保健指導については、医師以外の専門家、特に管理栄養士・栄養士の活用が不十分であった。特定保健指導においては、医師に加えて、保健師や管理栄養士等の指導を行うことができる。こうした機会を利用して、多様な職種を有効に活用することが望ましい。行政を行う保健指導については、受診勧奨域へのものを含めて、大半の医療機関が有効であると考えており、今後、行政の保健指導と診療所での連携は円滑に行えると考えられた。

糖尿病予防・治療の標準化については、治療方針の判断となるHbA1cの値、合併症の診療・管理の間隔において、かなりのばらつきが認められた。それぞれの医師の判断も尊重されるべきではあるが、ある程度の標準化を測る必要がある。今後、地域連携を促進させる中で、標準化が図られる必要がある。特に、内服治療にするのか、もしくは生活習慣改善で経過を見るのは各診療所によることがわかった。この範囲がいわゆるグレーゾーンとして、今後どのように管理していくか議論しなければならない。

地域連携のファイルについては、先進的な地域でもいろいろな形の手帳やファイルが使用されている。今回のファイルは、従来から

使用されている糖尿病手帳、糖尿病眼手帳、高血圧手帳などをそのまま使用し、それらをファイリングすることを趣旨としている。したがって総じて、記入事項は少なくなっている。にもかかわらず、回答して、書く情報が多いという点が指摘されており、日常の診療では、こうした記入への医師等への負担が重いことが示された。今後は、これらの意見を踏まえて、必要に応じて改訂を行う必要がある。

特定健診・保健指導についてはあまり積極的に勧奨がなされていないことがわかった。特定健診・保健指導の委託機関でない診療所は今後委託機関になる希望はほとんどなく、診療所の消極的な姿勢がうかがえた。今後、健診受診率、保健指導実施率を上げるため、あるいは、地域連携を進めるためには、特定健診・保健指導への理解を含め、行政（保険者）と医療機関が密に協力して取り組む必要がある。

3. 調査フィールドと今後の展開について

当初の研究計画では、対象地域を、人口規模によって3か所（周南市、美祢市、阿武町）としていた。当該地域の関係者と調査研究を進めるにあたり、周南市と阿武町の協力が得られたが、美祢市については、医師会等からの協力が得られなかった。そのため、他の自治体を追加するため、いくつかの自治体の関係者へ地域連携等に関するヒアリングを行っている。

周南市では周南地区糖尿病診療検討会を強化する形で地域連携の組織化を図ったが、他の地域では組織化までは至っていない。医療機関、医師会、行政等のステークホルダーの理解が得られない場合があった。今後は、連

携を深めるように打ち合わせ等を行う予定である。

また、データベースの構築については、個人情報の扱い、データベースの保存先等について課題があり、まずは、周南市において保健指導データから診療情報までを含むデータベースの設計や課題（個人情報の扱い等）について検討を始めた。

E. 結 論

まず、本年度は糖尿病の地域連携の現状についての把握を行った。全国市町村に無記名自記式質問紙調査票を送付し、「糖尿病関連の地域連携に関する調査」を実施した。平成 22 年 2 月 2 日現在（275 市町村、回収率は 15.5%）の分析結果として、糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は少なく、医療機関ではクリティカルパスが広く普及し、地域連携パスへ発展しようとしているが、地域保健には浸透していない現状が予測された。山口県内の郡市医師会を対象にした調査では、すでに糖尿病の地域連携が運営されているのは 4 医師会、導入が検討されているのは 11 医師会で、他の疾病に比較して、糖尿病の地域連携の進展は進んでいた。

個別な対策として、特定保健指導の標準的な教材・資料の作成と評価ツールの作成を行った。これらのツールは研修会等で紹介し、現在プレテストを実施している。今後、特定健診・保健指導の効果的・効率的な実施に向けて、プレテストの結果を踏まえて、改訂を行い、普及を図る予定である。

周南市および阿武町を対象地域として、関係者間と連携を開始した。周南市では、今後

の地域連携を進め、関係者の理解を深めることを副次的な目的に、市内診療所を対象にした地域連携に関する調査を行った。その結果、課題として、医師以外の専門職の活用不足、地域連携ファイルの認識と活用不足、治療方針を決めるHbA1cの目安値のばらつき、特定健診・保健指導への消極的な姿勢等が明らかになった。今後の地域連携を進めるにあたり、こうした課題を克服する必要性が示された。

次年度以降は、具体的に設定したフィールドにおいて、糖尿病の地域連携を推進し、医療機関や行政組織等が円滑に地域連携を進められるノウハウの蓄積を行い、実際の地域連携を展開していく予定である。

F. 健康危機管理情報

（該当なし）

G. 研究発表

福田吉治. 求められる医療政策への積極的な
関与. 公衆衛生情報 2009; 39 (8) :16-18.
Fukuda Y, Ebina R. Health Communication.
In: Muto T (ed). Asian Perspectives and
Evidence on Health Promotion and
Education. Springer 2010 (in press)

*作成された教材・資料、評価表・チェック
リストは、山口大学医学部地域医療学講座ホ
ームページよりダウンロードできる。

([http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~tiiki/front
.htm](http://ds.cc.yamaguchi-u.ac.jp/~tiiki/front.htm))

H. 知的財産権の出願・登録状況

（該当なし）

地域における包括的糖尿病ケアシステムの構築とその医学的・経済学的評価に関する研究
分担研究報告書

糖尿病関連の地域連携に関する全国自治体調査

研究分担者	守田 孝恵	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域	教授
	山崎 秀夫	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域	教授
	高橋 郁子	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域	講師
	檀原 三七子	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域	助教
	小野 順子	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域	助教

研究要旨

本研究では糖尿病に関わる地域連携の取組状況を把握するとともに、地域連携システムを構築し、統合的な運用が可能になるような地域連携体制の条件整備について検討するため、全国市町村に無記名自記式質問紙調査票を送付し、「糖尿病関連の地域連携に関する調査」を実施した。

糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は 12.0%、把握していない市町村は 87.6%であった。医療機関ではクリティカルパスが広く普及し、地域連携パスへ発展しようとしているが¹⁾、地域保健には浸透していない現状が予測された。

糖尿病の診断・治療のため住民に紹介できる専門医が地域にいるか尋ねたところ、専門医が「いる」と答えた市町村は 56.4%、「いない」と答えた市町村は 19.6%であった。しかし、その専門医と行政との連携はできていない傾向の回答が 8 割を占めていた。また、市町村の住民が糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかについて、「そう思う」市町村は 40.2%、「そう思わない」市町村は 60.3%であり、そう思わない傾向のほうが多かった。地域全体で糖尿病対策を進めていく上では専門医との連携は重要であり、地域連携パスの取組を通して、連携をとっていくこともひとつの方策である。また、地域連携パスは共通のルールにより診断・治療が行われ、医療機関の治療・診断の標準化につながることから、地域連携パスの導入は糖尿病の医療体制を充実させるために有効な手段である。

健康手帳の活用では、健康手帳を地域連携パスのツールとして活用している市町村は 9.1%と少ないが、健康手帳を活用している市町村は 61.1%であり、健康手帳は継続した健康管理や自己の健康管理意識の向上に効果があると認識していた。健康手帳を地域連携パスのツールとして活用できるのではないかと考えており、今後、健康管理が一層強化されるような連携体制づくりと健康手帳の有効な活用方法を検討していくことが課題である。

保健事業では糖尿病に特定した事業を実施している市町村は 27.6%で、糖尿病に特定しないが糖尿病の方が参加できる事業は 66.2%の市町村で実施されており、生活習慣病など

糖尿病に特定しない事業を実施している市町村が多かった。保健事業の内容は、教育、相談が主であり、自主グループの育成は少なかった。また、住民組織の活動がある市町村は26.5%、自主グループの活動がある市町村は10.5%であり、住民主体の活動はまだ十分されておらず、地域全体で糖尿病予防に取り組める体制づくりとしてポピュレーションアプローチへとつながるような自主グループの育成や住民主体の活動が課題と考えられた。

地域連携パスの必要性を78.2%の市町村が感じており、今後、地域全体で糖尿病対策に取り組める地域連携パスの導入に向けて検討する必要があると考える。

研究協力者

磯崎 恵里子 周南市役所保健年金課保健師

原田 梨恵子 阿武町役場民生課保健師

A. 研究目的

糖尿病は放置すると網膜症・腎症・神経障害などの合併症を引き起こす可能性が高く、失明や透析治療が必要な状態に至る場合もある。さらに、脳卒中、虚血性心疾患などの心血管疾患の発症・進展を促進することも知られており、このような合併症や心血管疾患の発症・増悪は、患者の日常生活に大きな影響を与え、QOLを著しく低下させる。また、医学的のみならず社会経済的にも大きな負担となっており、これまでに国の政策として行われてきた健康増進計画や健康日本21計画などの生活習慣病予防対策の中でも重点課題となっている

2002年の厚生労働省糖尿病実態調査報告²⁾によると「糖尿病が強く疑われる人」は約740万人、「糖尿病の可能性を否定できない人」は約880万人で合計1620万人であった。また、厚生労働省が行っている2002年の患者調査の概要によると、継続的に医療を受けている糖尿病患者数は228万人であり³⁾、「糖尿病が強く疑われる人」約740万人の約30%に過ぎない。このことから、我が国に

おいて糖尿病有病者の約7割が糖尿病の診断を受けていない、または糖尿病と知っていて放置・治療を中断している事が示唆される。糖尿病を含め、生活習慣病は自覚症状が無いまま進行し重篤な合併症を発症する。そのため糖尿病対策では、発症予防、早期発見、合併症予防に重点を置いた取組が必要である。

地域医療計画の中では糖尿病患者の増加に対する施策として糖尿病患者の継続的な支援体制の構築が示された。この継続的な支援体制においては、基幹病院と一般診療所の連携によって糖尿病患者を脱落なく継続的に診療していくことが求められている。これまでの地域連携パスは医療機関を中心として患者に対する円滑な医療の提供が重要視されてきた。糖尿病患者の病態の悪化や合併症を予防するためには地域の医療連携体制を整え適切な医療を提供していくことは重要である。田中らは地域連携パスの推進について、地域医療・福祉事情に精通した、郡市医師会や保健所など行政機関が中心となり他職種を巻き込んだ中立的な場を医療圏域ごとに設定することの重要性を述べている⁴⁾。地域で生活する糖尿病患者にとって重要なことは、生活習慣を改善し最終的には必要最低限の医療もしくは医療を必要としない状態へと回復していくことで

あり、医療機関だけでなく行政、関係機関や住民組織が協働できる標準化された糖尿病の地域連携体制の構築が重要である。

糖尿病における地域連携の現状を明らかにすることは、地域保健における糖尿病関連の地域連携体制の整備を図る上で有用である。糖尿病関連の地域連携システムの構築は、生活習慣病や糖尿病のリスクを抱えた人々にとって地域での生活を継続しながら、その疾病の発症を予防しQOLを維持していく為の重要な要素である。そのため、本研究では糖尿病に関わる地域連携の取組状況を把握するとともに、地域連携システムを構築し、総合的な運用が可能になるような地域連携体制の条件整備について検討する。

B. 研究方法

対象：全国 1798 市町村を対象とし、回答者は糖尿病関連に関する保健事業担当保健師、各 1 名とした。

方法：糖尿病関連の地域連携に関する調査票を作成し、保健部門と国保部門担当の市町村保健師各 1 名にプレテストを実施し、完成させた。全国市町村に無記名自記式質問紙調査票「糖尿病関連の地域連携に関する調査」を郵送にて配布し、糖尿病関連の保健事業担当保健師から回答を得た。調査は平成 22 年 1 月 22 日から 2 月 12 日に実施した。

倫理的配慮：本調査は山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得た。対象者への調査依頼は、研究目的と意義および倫理的配慮を記載した依頼文を用いた。また、調査データは統計的処理を行い公表の際には対象が特定さ

れないことを明記した。

C. 研究結果

現在調査中であることから本報告書では、平成 22 年 2 月 2 日までに回収された調査票について集計分析した経過報告とする。

調査票は 275 市町村から返送があり、回収率は 15.5%である（平成 22 年 2 月 2 日現在）。

1. 基本属性

回答のあった市町村の人口規模は 1 万人以上-5 万人未満（43.3%）が最も多く、次いで、5 千人未満（18.9%）、5 千人以上-1 万人未満（14.9%）が多かった（表 1）。

保健事業の担当部署は、糖尿病に関する保健事業は保健部門が 87.6%、特定健診は保健部門（38.9%）と国保部門（42.9%）がほぼ同じ割合で担当し、特定保健指導は保健部門（66.5%）、国保部門（21.1%）であった。各保健事業とも福祉部門が担当している割合は 1%以下で、「その他」は 1 割前後の回答であった。「その他」には、保健、国保、福祉が同一課であるものや 2 部署以上で担当しているものが含まれていた（表 2）。

2. 地域連携パスの実施状況と必要性

糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は、33 ヶ所（12.0%）、把握していない市町村は 241 ヶ所（87.6%）であった。把握していると答えた市町村に地域連携パスに関する取組がうまく機能しているか尋ねたところ、「よく（機能）している」と答えた市町村はなく、「（機能）している」8 ヶ所（24.2%）、「あまり（機能）

していない」14ヶ所(42.4%)、「(機能)していない」7ヶ所(21.2%)であり、市町村は地域連携パスについて把握していない現状ではあるが、その取組は十分機能していなかった。

地域連携パスの必要性については、「とても必要」31ヶ所(11.3%)、「必要」184ヶ所(66.9%)、「あまり必要でない」38ヶ所(13.8%)、「必要でない」1ヶ所(0.4%)であり、地域連携パスが必要であるとの回答が多く、地域連携パスの取り組みは、現在、十分ではないが、その必要性については認識されていることが示された。

地域連携パスに参加している機関と連携が必要と思われる機関は表3に示したように、参加している機関では、かかりつけ医、保健所、地域中核病院、市町村保健センター、眼科等専門医の順に多かった。連携の必要な機関としては、かかりつけ医、市町村保健センター、地域中核病院、眼科等専門医、企業の健康管理部門であった。

現在、地域連携パスに参加している機関と地域連携パスに必要な機関の上位5位を比較すると、地域連携パスに参加している機関では保健所が第2位であるが、地域連携パスに必要な機関では保健所は5位と僅差で第6位となり、企業の健康管理部門が上位5位以内に入っていた。保健所以外の機関は順位の変動はあるものの、上位5位には入っていた。しかし、保健所については、現在参加している割合は、48.5%であるが、連携の必要な機関としては、36.7%に留まっていた。

3. 地域連携パスのツール

地域連携パスを実施している市町村の中

で健康増進法に基づく健康手帳を地域連携パスのツールとして活用を「よくしている」市町村はなく、「(活用)している」3ヶ所(9.1%)、「あまり(活用)していない」11ヶ所(33.3%)、「(活用)していない」22ヶ所(66.7%)でほとんどが、地域連携パスに、健康手帳を活用していない実態であった。健康手帳以外のツールがある市町村は13ヶ所(39.4%)、ない市町村は20ヶ所(60.6%)であった。

健康増進法に基づく健康手帳の活用について尋ねたところ、健康手帳の交付をしている市町村は239ヶ所(86.9%)、交付していない市町村は33ヶ所(12.0%)と8割以上の市町村が交付をしていた。1年間の交付数は0~19520冊であり、100冊以上~500冊未満が最も多く40.6%で、0冊という市町村が15.5%あった。健康手帳の交付数を表4に示した。

健康手帳の内容は市町村で独自に作成したものは16.7%と少なく、多くが既成(78.7%)のものを使用していた。交付対象は「40歳以上の希望者」(68.6%)、「がん検診受診者」(34.3%)と「健康相談者」(34.3%)が多く、交付方法は必要時に直接配布200ヶ所(83.7%)が多かった。健康手帳交付対象者を表5に示した。

健康手帳の活用度は「よくしている」「している」の活用している市町村は61.1%、「あまりしていない」「していない」の活用していない市町村は38.1%であった。活用している市町村にその効果を尋ねたところ、137ヶ所(93.8%)の市町村が「継続した健康管理ができる」、116ヶ所(79.5%)の市町村が「自己の健康管理意識が向上する」、82ヶ所(56.2%)の市町村が「関係機関に

よる情報の共有ができる」、20ヶ所(13.7%)の市町村が「地域の健康づくりや支援につながる」といった効果を感じていた。

活用していない市町村には活用しない理由を尋ねたが「健康手帳活用の啓発が十分でない」が59ヶ所(64.8%)、「健康手帳を忘れることが多い」46ヶ所(50.5%)、「関係機関との連携が十分でない」29ヶ所(31.9%)、「長期にわたってデータを記入できない」27ヶ所(29.7%)であり、「持ち運びに不便なサイズである」は1ヶ所(1.1%)のみであった。

健康手帳を交付していない理由は「他の手帳がある」9ヶ所(27.3%)、「健康手帳を作成する予算がない」8ヶ所(24.2%)、「所内に健康データを管理するシステムがある」5ヶ所(15.2%)であった。

4. 地域連携パスにおける関係機関の現状と期待

糖尿病の地域連携パスにおいて、保健所が現在実施していることでは、病診連携体制の構築(10.2%)、専門医など医療機関の把握と紹介(7.6%)、栄養指導の連携体制の構築(5.5%)、かかりつけ医の把握と紹介(5.1%)、情報提供書様式の作成(4.7%)、栄養指導の実施(4.7%)の順に多く、保健所に期待することでは、病診連携体制の構築(67.3%)、専門医など医療機関の把握と紹介(61.5%)、全国の糖尿病対策に関する情報提供(53.5%)、専門医への紹介基準の設定(50.2%)、栄養指導の連携体制構築(48.7%)であった。

医療機関が現在実施していることでは、糖尿病患者教育の実施(23.6%)、栄養指導の実施(23.6%)、生活指導の実施(21.1%)、

専門医など医療機関の把握と紹介(14.2%)、病診連携体制の構築(12.0%)が多く、医療機関に期待することでは、病診連携体制の構築(66.2%)、糖尿病患者教育の実施(61.1%)、栄養指導の連携体制構築(59.6%)、運動指導の連携体制構築(55.6%)、専門医への紹介基準の設定(55.3%)の順に多かった。

「病診連携体制の構築」「栄養指導の連携体制構築」「専門医への紹介基準の設定」は両機関とも期待することの上位5位以内に入っていた。糖尿病の地域連携パスにおいて、保健所と医療機関の現状と期待することを表6に示した。

5. 糖尿病に関する地域医療体制

糖尿病の診断・治療のため住民に紹介できる専門医が地域にいるか尋ねたところ、専門医が「いる」と答えた市町村は155ヶ所(56.4%)、「いない」と答えた市町村は54ヶ所(19.6%)であった。その専門医と行政との連携は「よくできている」6ヶ所(3.9%)、「できている」24ヶ所(15.5%)、「あまりできていない」102ヶ所(65.8%)、「できていない」25ヶ所(16.1%)であり、「あまりできていない」と「できていない」を合計すると81.9%で、できていない傾向の回答が8割を占めていた。

市町村の住民が、糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかという質問では、「大変そう思う」1ヶ所(0.4%)、「まあまあそう思う」108ヶ所(39.8%)、「あまりそう思わない」153ヶ所(55.6%)、「そう思わない」13ヶ所(4.7%)であった。糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかについて、「大変そう思う」「まあまあそ

う思う」を合計すると 40.2%、「あまりそう思わない」「そう思わない」を合計すると 60.3%であり、住民が、糖尿病の診断・治療を適切に受けられている市町村は、約 4 割であった。

6. 糖尿病に関する保健事業と地域資源

市町村で行われている保健事業では、糖尿病に特定した保健事業がある市町村は 76 ヶ所 (27.6%)、ない市町村は 171 ヶ所 (62.2%)、特定健診・特定保健指導の開始により廃止した市町村は 25 ヶ所 (9.1%) であった。事業内容は教育が 73 事業で最も多く実施され、次いで、相談 41 事業、交流 19 事業、自主グループ育成 9 事業の順であった。

糖尿病に特定しないが糖尿病の方が参加できる保健事業のある市町村は 182 ヶ所 (66.2%) で、ない市町村は 65 ヶ所 (23.6%)、特定健診・特定保健指導の開始により廃止されたところが 17 ヶ所 (6.2%) であった。事業内容は教育が 171 事業で最も多く実施され、次いで、相談 125 事業、交流 40 事業、自主グループ育成 27 事業の順であった。糖尿病に限定せず、対象を広げて保健事業の実施をしている市町村のほうが多い傾向にあった。

糖尿病に関する住民組織活動が「ある」73 ヶ所 (26.5%)、「ない」186 ヶ所 (67.6%)、自主グループ活動は「ある」29 ヶ所 (10.5%)、「ない」200 ヶ所 (72.7%) であった。地域の中で糖尿病対策に取り組む、住民組織や自主グループ活動の存在が明らかになった。

7. 保健所との連携と役割期待

保健所との日常業務の中での連携では、「よくできている」5 ヶ所 (1.8%)、「できている」129 ヶ所 (46.9%)、「あまりできていない」119 ヶ所 (43.3%)、「できていない」18 ヶ所 (6.5%) であった。

保健所の役割・機能として期待することは地域ネットワーク構築のリーダーシップと回答した市町村が 74.9%で最も多く、次いで、管内・市町村の情報提供 (65.5%)、国や県の情報提供 (64.0%) の順に多かった。保健所の役割・機能に期待することを表 7 に示した。

D. 考察

1. 地域連携パスの実施状況と必要性

糖尿病の地域連携パスに関する取組を把握している市町村は 12.0%であり、地域連携パスを把握していない市町村が約 9 割と多かった。「地域連携パスを把握していない」には「地域連携パスの実施状況を把握していない」「地域連携パスがない」「地域連携パスを知らない」という回答が含まれていると考える。医療機関ではクリティカルパスが広く普及し、地域連携パスへ発展しようとしているが¹⁾、地域保健にはまだ浸透していないことが予測された。

島根県浜田保健所では糖尿病の適正管理のために「浜田圏域糖尿病管理マニュアル」を作成し、地域全体で連携できる仕組みづくりを行っている⁵⁾。地域連携パスの必要性では 8 割弱の市町村が必要と回答していたことから、今後、保健所が地域における糖尿病対策の実情を把握した上で、地域連携パスの導入を実現するために検討すべき要因を明らかにし、各市町村が導入できる支援システムを整備していくことが必要と考える。また、現在、地域連携パスを実施

している市町村では地域連携パスがあまり機能していないと思う市町村が多く、これらのことから、現在、地域連携パスが実施されていない市町村にはその実施を進め、実施している市町村では、地域連携パスが地域でうまく機能するように発展をさせていくことが必要な段階であった。

2. 地域連携パスのあり方

地域連携パスを実施する機関としては、かかりつけ医、地域中核病院、眼科等専門医の医療機関と、市町村保健センター、保健所など行政を挙げている市町村が多かった。保健所は地域連携パスを実施している市町村の参加機関であったが、地域連携パスに必要な機関としての認識は低かった。

地域連携パスは医療機関だけでなく、行政と協働で取り組んだものになっていたが、その他の関係機関と協働した糖尿病の地域連携体制の構築には至っていなかった。今後、企業の健康管理部門や国民健康保険団体連合会、住民組織など地域全体で糖尿病の地域連携に取り組む体制が求められる。

糖尿病の地域連携パスにおいて保健所、医療機関に期待することでは、「病診連携体制の構築」「栄養指導の連携体制構築」「専門医への紹介基準の設定」は保健所、医療機関の両方で期待することとして、上位 5 項目の中に入っていた。この 3 項目は市町村が求めている内容であり、糖尿病の地域連携パスにおいて、優先して取り組むべき課題であると考え。病診連携体制の構築は地域連携パスの導入では基盤となるものである。栄養指導の連携体制の構築は、かかりつけ医から「栄養指導の必要性は認識しているもののマンパワーの面から実施で

きない」との声も聞かれていることから、住民が栄養指導を受けられる体制整備が望まれる。また、専門医への紹介基準の設定は、住民が適切に標準化された糖尿病の治療を受けられるために必要な条件であると考える。

3. 地域連携パスのツール

健康増進法に基づく健康手帳の活用と地域連携のためのツールの一つとして健康手帳を活用することが効果的な連携につながるのではないかと考え、本研究では検討している。しかし、健康手帳の活用の効果として「関係機関による情報共有ができる」を挙げた市町村は 5 割程度であり、地域連携パスのために健康手帳は活用されていない現状が明らかになった。

健康手帳を活用している市町村は約 6 割であり、健康手帳は継続した健康管理や自己の健康管理意識の向上に効果があると認識していた。荒井ら⁶⁾による調査では活用率が 4 割強であり若干使用している傾向であった。健康手帳は母子健康手帳の必要性の認識の 9 割以上⁷⁾に比べると定着していないが、活用するメリットは大きいと考える。一方、健康手帳が活用されない理由としては、「健康手帳活用の啓発が十分でない」「健康手帳を忘れる場合が多い」「関係機関との連携が十分でない」の回答が多かった。しかし、健康手帳の活用状況と必要性とには地域差や相関関係が認められている⁸⁾こともあるため、健康手帳の活用の意義や方法、啓発方法など再検討することも必要である。

また、健康手帳の活用の一つとして職域保健と連携させる必要性について、8 割の

者がその必要性を認識している⁹⁾ことや健康手帳を扱っている機関のうち使用している項目は、健康診査(99.0%)、健康相談(93.2%)、受診・受療(89.7%)との報告がある¹⁰⁾。糖尿病の重症化を防ぐためには、地域全体で連携できる仕組みづくりが必要であるため⁵⁾、生涯にわたる健康づくりや健康管理の一環として、制度化されている健康手帳を効果的な地域連携パスのツールとして活用し、健康管理が一層強化されるような連携体制づくりと健康手帳の有効な活用方法の検討が課題と考える。

また、健康診断の結果票の様式は様々であり、健診結果を経年的に把握し、自己管理や関係機関と情報共有に活用できる健康手帳にするためには型式に課題がある。健康手帳の内容を独自に作成している市町村は少なく、使用しやすいものになるよう型式と内容の検討も必要である。

4. 糖尿病に関する地域医療体制

約半数の市町村で専門医が地域に存在していた。その専門医と行政との連携は、できていないと感じている市町村が8割と多かった。

市町村の住民が、糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかについて、適切に受けられていると思う市町村は40.2%、受けられていると思わない市町村は60.3%であった。

地域全体で糖尿病対策を進めていく上では専門医との連携は重要であり、地域連携パスの取組を通して、連携をとっていくこともひとつの方策である。また、地域連携パスは共通のルールにより診断・治療が行われ、医療機関の治療・診断の標準化につ

ながることからも、現在、住民が糖尿病の診断・治療を適切に受けられていないと感じている市町村において地域連携パスの導入は、糖尿病の医療体制を充実するための有効な手段である。

5. 糖尿病に関する保健事業と地域資源

保健事業の担当部署では、糖尿病に関する保健事業は保健部門が担当している市町村が多く、特定健診では保健部門と国保部門がほぼ半数ずつであり、特定保健指導は保健部門が66.5%、国保部門が21.1%で健診後のフォローは糖尿病に関する保健事業の実施をしている保健部門でなされている市町村が多かった。糖尿病に関して保健部門と国保部門が協働して事業を実施していることが考えられ、糖尿病の予防から早期発見、健診後のフォローとそれぞれの部署が連携・協力し、切れ目ない対応が必要であることが示唆された。

保健事業では糖尿病に特定した事業を実施している市町村は27.6%で、糖尿病に特定しないが糖尿病の方が参加できる事業は66.2%の市町村で実施されており、生活習慣病など糖尿病に特定しない事業を実施している市町村が多かった。

糖尿病に特定した事業では9.1%、糖尿病に特定しない事業では6.2%が特定健診・特定保健指導の開始により事業が廃止されていた。また、糖尿病に特定した事業がない市町村は62.2%、糖尿病に特定しない糖尿病の方が参加できる事業がない市町村は23.6%あり、特定保健指導の対象ではないが、糖尿病の予防のために住民が参加できる事業がないことも考えられた。

糖尿病の予防や管理には保健事業と地域