

能に応じて分担、連携し継続的に糖尿病患者を診療<sup>3)</sup>し、治療目標の共有、治療方針の共有、臨床データの共有、患者の意識・行動状況や問題点の共有が包括的になされる必要性から<sup>4)</sup>医療機関を中心に作成・運用され始めている<sup>1) 5) -7)</sup>。一方、平成22年の全国市町村における連携パスの取組に関する実態調査<sup>8)</sup>では、市町村内の連携パスの取組を把握しているのは82市町村であり、そのうち連携パスが機能していると回答のあった市町村は約3割であった。また、行政機関における先駆的な取組として地域連携体制推進のための試みや保健所の役割について事例報告<sup>9) -10)</sup>されつつある。このように全国的にみると連携パスの取組は地域保健を担う行政機関においてはあまり進んでいるとは言えない現状であった。

先の実態調査<sup>8)</sup>において、連携パスの必要性については8割の市町村が必要であると認識していた。連携パスは医療機関だけでなく、地域保健との連携が推進されることでより一層生涯を通じた途切れのない地域医療連携体制が構築されると考える。連携パスの取組が機能している市町村とその管轄する保健所を対象に、連携パスの取組を可能とする要因を帰納的に解明することによって、今後の地域医療連携体制の取組方法の一助につながるものと考ええる。

本研究では行政機関（市町村・保健所）における糖尿病地域医療連携体制の推進要因を明らかにする。

## B. 研究方法

### 1. 研究対象者

#### 1) 対象者

平成22年2月に実施した全国調査の結果、連携パスの取組を把握し、機能していると回答した市町村とその管轄する保健所の糖尿病対策の保健事業担当保健師とした。対象者の地域的偏りがないうよう4か所の市町村とその管轄する4か所の保健所とした。

#### 2) 調査内容

①連携システム取組のために関係職種や関係機関（市町村・保健所・医療機関・医師会・訪問看護ステーションなど）が果たしたそれぞれの役割について

②連携システム取組が機能するために行政機関が工夫や考慮したことについて

③連携システム取組に関する課題について

以上を半構成的面接により調査する。

#### 3) 分析方法

面接により得られたデータを逐語記録し、対象者の語られた連携パス取組の推進要因に注目し、文脈単位でコード化する。その後、類似性・相違性を見ながらコードを分類して、そのまとまりをコード化する。さらに、共通した内容をサブカテゴリー、カテゴリーと抽象度を高め、連携システムの推進要因として抽出する。

分析の過程では、インタビューの逐語記録との照合と意味内容が損なわれていないか研究者間で確認を繰り返し行い、信頼性と妥当性を確保するように努めた。

### 3. 調査期間

平成 23 年 7 月～12 月

### 4. 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。

## C. 研究結果

### 1. 対象の行政機関の概要

A 事例の市町村とその管轄保健所における連携システムの対象者は、はじめて糖尿病と診断された者、糖尿病患者でコントロール不良の者、治療中断者であった。実績として登録患者数は平成 19 年度で 30 件、翌年が 36 件であり、診療情報提供数はそれぞれ 8 件、10 件であった。B 事例の市町村とその管轄保健所の対象者は、特定健康診査による HbA1c6.1 以上でかかりつけ医のいない未治療の人へ支援を行っていた。実績は平成 21 年度 5 件、翌年 4 件であった。C 事例の市町村とその管轄保健所の対象者は、特定健康診査結果を利用した糖尿病対策に取り組んでおり、HbA1c 値や空腹時血糖値の判定基準を統一し、早期段階からの保健指導を目指していた。精密検査受診者のうち、境界型と糖尿病型を対象にすべてに保健指導を実施していた。D 事例の市町村とその管轄保健所の対象者は、糖尿病患者の重症化の防止と糖尿病性腎症による透析患者等の発生予防を図ることを目的に保健と医療の連携に取り組んでいた。糖尿病患者を医療機関や診療所へ紹介しているか実態調査を行い、4 割が紹介しそのうちの 4 分の 1 が連携システムを利用していた。その内容は眼科への紹介が最も多かった。

各市町村の連携システムの取組のきっかけは異なり方法や進み方もさまざまに地域の特性に合わせて推進されていた。

### 2. 糖尿病地域連携システムの取組

分析の結果、得られたカテゴリーの一覧を表 1 に示す。地域連携システムの取組として 117 のコードが抽出され、25 のサブカテゴリーにまとめられ、さらに 6 のカテゴリー【地域の健康課題への対策】【関係機関（団体）・関係職種との協働】【連携システムの構築】【医療従事者の資質の向上】【保健師による連携システムの推進】【連携システムの課題】を抽出した。

以下に、明らかになったカテゴリーがデータに基づいた結果であることを実証するために、対象者の代表的な発言内容を挙げて述べる。カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは《 》、コードは〈 〉、データは「 」を用いて表記する。発言内容で理解しにくい箇所は前後の文脈から（ ）中に言葉を補っている。

#### 1) 【地域の健康課題への対策】

##### 《地域の健康課題の明確化》

糖尿病地域医療連携システムの取組は、「短命県であり連携(システム)を立ち上げた方がいい」「平成 5 年から糖尿病による死亡率が全国ワースト 1 位」「全国、県と比較し市内の糖尿病患者数が多く、透析患者数が増加している」「透析患者増加の原因は糖尿病腎症が第 1 位、4 割以上の透析導入患者がいる現状で、医療費も高騰している」「糖尿病の精密検査該当者の血糖負荷検査の結果、半数は境界型か糖尿病型に入る。これをやらないと境界型が糖尿病型になり、糖尿病型が受診勧奨領域に入っ

てることが分かった」「特定健康診査の結果、管内市町村の国保被保険者のHbA1c6.1以上の受診勧奨者3割、HbA1c6.5以上の要治療者は4割である」「年々人工透析の方が増加し、その中で糖尿病腎症による方が約5割という実態がわかった」「人工透析の患者さんの調査を保健所と一緒に実施した」「市も人工透析の患者さん、糖尿病によって人工透析に移行した人への調査をして背景をつかんだりした」「穀類・糖質の摂取が多く、歩行が少ない」「医療が必要な方でも医療にかかっていない」「(治療)中断者が多い」「糖尿病医療資源はどうなっているのか、各病院の中でどういう検査が可能で、どのような指導がされているのか、どのような人材がいるのか医療資源調査をやった」という(短命県である)(平成5年から糖尿病による死亡率が全国1位である)(全国や県と比較し市内は糖尿病患者数が多く、透析患者数が増加)(国保医療費の中で透析患者の占める割合が高く、医療費が高騰化している)(特定健康診査の結果、精密検査該当(HbA1c5.6~6.0)の半数が境界型か糖尿病型に入る)(特定健康診査の結果、管内市町村の国保被保険者のHbA1c6.1以上の受診勧奨者3割、HbA1c6.5以上の要治療者4割)(人工透析患者の増加とそのうちの糖尿病腎症は約5割)(保健所と市による人工透析患者への(生活習慣など)実態調査)(糖尿病患者の日常生活実態調査)(糖尿病医療資源について、各病院での検査の種類や指導、人材などの医療資源調査を実施)など地域の健康課題を明確にすることを実践していた。

#### 《国の対策事業》

「平成19年、医療計画策定時、地域の医療連携として4疾病5事業で糖尿病医療連携がうたわれた」という(平成19年、医療計画策定時、地域の医療連携として4疾病5事業で糖尿病医療連携が明示された)ことから、国の対策事業として取組はじめたことが語られた。

#### 《県の対策事業》

「本県は、県が糖尿病対策をしている。生活習慣病は市町村が主体であるが、平成8年に糖尿病アタックプランを作成した。糖尿病の予防から治療も含めて一貫性のある関係機関が連携していくアタックプランを作成しました」「平成19年、20年度のモデル事業として、糖尿病保健医療連携システム構築事業としてスタートする」「行政は県医師会と一緒に、平成16年に糖尿病対策班を医師会に立ち上げた」「平成17年に行政と県医師会とが、糖尿病緊急事態宣言し県民総ぐるみで糖尿病対策を推進していくことになった」「管内全体で特定健診・保健指導で、糖尿病に着目して早期段階からの保健指導を実施する仕組みをつくり制度を上げていきましょう」「4疾病5事業に対して、大切な疾患ということで、5つの部会を立ち上げ、その中の1つが糖尿病部会ということです」という(平成8年、糖尿病予防から治療まで重症化予防の視点で関係機関が連携した一貫性のある糖尿病アタックプランを作成)(保健所はモデル事業として糖尿病保健医療連携システム構築事業を開始する)(平成16年、県の委託事業として県医師会と行政による糖尿病対策班設置)(平成17年、糖尿病緊急事態宣言し県民総ぐるみによる医療連携システム構築)(管内全

体で特定健診・保健指導の糖尿病に着目し早期段階からの保健指導を実施する仕組みをつくる）〈4疾病5事業のうち糖尿病部会を立ち上げた）など県の対策事業として位置づけ取組んでいることが語られた。

## 2) 【関係機関（団体）・関係職種との協働】

### 《保健所による医療機関への協力依頼》

「当時の所長が、連携（システム）というのを立ち上げた方がいいという（思い）ことがあって、所長自ら医療機関に出向いた」「（保健所は）医療関係者との打ち合わせには、根回しをして、巡回して、お医者さんにも看護師さんにもお話をして周知を図って登録医療機関になってもらった」「糖尿病の専門医、開業医が集まり、県の糖尿病対策について推進会議をしている」という〈保健所長は登録医療機関へ協力依頼のため出向いている〉や〈保健所は医療機関を巡回し医師・看護師等へ登録医療機関としての事業説明をする〉〈糖尿病専門医、開業医の参加による県の糖尿病対策に関する推進会議の開催〉など、医療機関へ直接出向いて顔を見ながら協力依頼を行っていたことを語っていた。

### 《市町村による医療機関への協力依頼》

「各市町村（保健師）では糖尿病認定医へ直接会いに行き挨拶をする」という〈市町村保健師は糖尿病認定医へ協力依頼の挨拶に出向いている〉ことも語られていた。

### 《保健所による市への協力依頼》

「モデルの市町村を〇〇市として（選定）実施している」「（保健所は）市にモデルになってもらうための説明を行った」「（保健所は）事業説明や研修会など段階

を踏んでスタートしている」「組織的に取組むために市町村と一体的に進めよう」など〈管内 6 市町中からモデル市町村を設定する〉〈保健所は市へモデル事業の説明を行っている〉〈保健所と市による事業説明や研修会など段階を踏んでスタートさせた〉〈医療連携を圏域で組織的に取組むために市町村と一体的に進めていく〉ことが語られた。

### 《関係団体・関係職種との地域の健康課題の共有と事業説明》

「医師・歯科医師・薬剤師・行政代表者・学識経験者によるネットワーク会議を開催し、地域の健康課題の共有と事業説明を行っていった」「医師会・歯科医師会・食生活改善推進員・保健協力員・地区の相談員など代表者による市民保健協議会総会で事業説明をして周知した」「国保連の保健師が市町村の声を集めて対策班の委員として発言してくれた」「市・医師会・歯科医師会・薬剤師会は保健協議会へ補助金を出していることから、市のために使う組織の予算なので、この事業をみんなで連携してやってみよう」「人工透析者数を調べ人工透析に移行する人の資料を作成し見える形で医師会へ伝えないといけない」という〈医師・歯科医師・薬剤師・行政代表者・学識経験者によるネットワーク会議を開催し、地域の健康課題の共有と事業説明を周知する〉〈医師会・歯科医師会・食生活改善推進員・保健協力員・地区の相談員など代表者による市民保健協議会総会で事業説明を周知する〉〈国保連の保健師が対策班の委員として市町村保健師が捉えた現状を発言〉〈市・医師会・歯科医師会・薬剤師会が保健協議会へ補助金を拠出し

た事業として位置づけている）〈医師会へ管内の人工透析者数、人工透析に移行する患者の資料を作成し共有を図る）など多くの関係機関・関係職種が集まり地域の健康課題を共有し、事業を理解したうえでの取組であることが語られていた。

#### 《保健所と大学との連携》

「所長・保健師・医療企画・健康増進担当者・医療連携室・看護師・ソーシャルワーカー、難病の窓口、不妊治療の窓口の人などによる大学病院との連携会議により情報の共有を図っている」「大学と協働して健康体操をつくっている」という〈所長・保健師・医療企画・健康増進担当者・医療連携室・看護師・ソーシャルワーカー・難病・不妊治療担当者などによる大学病院との連携会議による情報の共有を図る〉〈大学との協働による体操の開発〉が語られた。

### 3) 【連携システムの構築】

#### 《糖尿病地域医療連携システムの共通認識》

「先進地の様式を少し改良し、22年から運用開始、翌年に紹介とシステムの利用のアンケートを行いました」「医師会に諮る前の基準づくりは、医師会から専門医代表5名、地域の開業専門医、大学病院の専門医で作成した」「市の保健師が糖尿病保健医療連携システムの要綱の案を作成し課内で協議した後、保健所長・次長を入れた協議を行った」という〈平成21年、先進地の連携システムをモデルに様式を作成、22年に運用し、23年は活用アンケート調査を実施〉〈医師会の専門医代表5名、地域の開業専門医、大学病院の専門医

による基準づくり〉〈市と保健所による要綱の検討〉が語られた。

#### 《同意書・情報提供書等様式作成》

「同意書の様式や情報提供書では、キーパーソンはだれかという看護的、保健師的などところを入れ込んだ」「患者登録票とか、診療情報提供書の様式を定めた」という〈同意書・情報提供書の様式に看護的視点を取り入れる〉〈患者登録票、診療情報提供書の様式作成〉について語られた。

#### 《PR活動》

「糖尿病の患者さん、コントロールが悪い人、途中でやめた人、初めて糖尿病となった人へ、チラシを作成（配布）し登録を普及してきた」「患者登録制度により指導や治療ルートに乗せていくことがスタートだった」という〈登録普及のためのPRチラシ作成〉〈患者登録制度による指導や治療へつなげることから始める〉などPRや普及について語られていた。

#### 《糖尿病連携手帳の活用》

「糖尿病協会作成の手帳を医療機関、行政で記載するようにして、お互いが検査データを見ることができるようになっている」「病院は検査結果を市では教室参加時や面接時に（内容を）記録している」「糖尿病は連携パスが必要という話があったが、糖尿病協会の手帳が役に立っており、浸透しているのでそれをパスの代わりに使用している」「医師会の医師は一所懸命で眼科や歯科医師会の先生へも連絡が取りやすい」「必ず歯医者を受診し口腔保健をしっかりとしなさいと勧められる」「眼科医も何ヶ月後にまた来てくださいますと勧められる」という〈糖尿病連携手帳は医療機関・行政で記載し検査データを共有する〉

〈糖尿病連携手帳は医療機関による検査結果、行政による教室参加・面接内容を記載している〉〈糖尿病協会の糖尿病連携手帳が浸透しているのでパスとして活用〉

〈医師会の協力で眼科や歯科医との連絡が取りやすい〉〈歯科受診を必ず勧められる〉〈眼科では次回受診日を記載してくれる〉など関係医療機関においても糖尿病連携手帳への記載がなされ活用されているという関係者間の情報共有を語っていた。

#### 《栄養士との連携》

「保健所栄養士は健康診査の全体図を理解していないので、事業の補助金、負担金の仕組みなど事業全体が理解できる仕組みを作った」「栄養士は教育課程として地域に出向き、保健指導の質を高めるという学習がないので、保健指導の質を高めるために保健師と一緒に両輪で活動することが必要です」「初回の面接は、保健師と管理栄養士とペアになって入っている」という〈保健所栄養士が健康診査の全体像を理解する仕組みづくり〉〈栄養士と保健師の両輪で患者支援をする〉〈初回面接は保健師と栄養士で実施する〉など栄養士との連携の必要性が語られた。

#### 《レセプトの活用》

「レセプトを見て、コントロールの悪い人へ保健師や栄養士が家庭訪問している」という〈レセプト情報から糖尿病のコントロール不良の人を把握し保健師や栄養士が家庭訪問を実施〉が語られ、効果的なレセプトの活用が図られていた。

#### 《患者（住民）の意思による連携システムへの参加》

「市役所と登録医療機関同士がつなが

っていると患者が安心感を持ち、安心してシステムを受け入れられる」「本人の自由意思で止めたい時に止められる」「本人の自由意思でないと怖くて始めたくない」

「『糖尿病には合併症があり、私は診てもらわなくてもいいですか』と言える関係性ができてくるといい。患者の意識を高め、患者がシステムを活用できたらいい」という〈患者（住民）は市とかかりつけ医・専門医のつながりで安心感を持ちシステムを受け入れる〉〈システムは止めたい時に止められる〉〈システムは自由意思でないと始めたくない〉〈病気への意識を高め自らシステムを活用できるような支援〉など連携システムへの参加は自由意思であることが語られた。

#### 《医療資源の情報提供》

「地域医療資源調査を実施し、その結果をホームページへアップしている」「県のホームページに市町村が実施している糖尿病に関する事業を一覧にして載せている」「県医療計画の中で糖尿病の専門治療を担う医療機関をホームページにアップしている」という〈地域医療資源調査結果をホームページで情報提供する〉〈保健所、市町村の糖尿病に関する保健事業一覧の情報提供〉〈糖尿病の専門治療を担う医療機関をホームページで情報提供する〉など医療資源の情報提供をホームページ上で情報提供し周知していることが語られた。

#### 【医療従事者の資質の向上】

#### 《医療従事者を対象とした研修会の開催》

「糖尿病の疾患や治療のポイントを絞った形での研修会も同時に行った」「医師会はコ・メディカルへの研修会を開催」「医

師会は糖尿病認定医制度を作りスキルアップを図っている」「県の医師会は平成20年から糖尿病認定医の研修会や糖尿病対策班推進講習会を開催している」「糖尿病療養士の研修の情報は保健所から聞いた」「開業医さん同士が糖尿病専門医による勉強会をしているから、保健師も来ないかと誘われる」「勉強会へ参加すると専門外の先生でも糖尿病に関心を持たれている先生を知る機会にもなる」「糖尿病に関心を持たれている先生と先生の顔つなぎになる」という（医療従事者への糖尿病理解のための研修会開催）〈医師会によるコ・メディカルを対象とした研修会開催〉〈医師会は糖尿病認定医のスキルアップを図る〉〈県医師会による糖尿病認定医の研修会の開催〉〈保健所による糖尿病療養指導士の研修の情報提供〉〈保健師は糖尿病専門医と医師による勉強会へ誘われる〉〈市保健師は勉強会へ参加することで糖尿病に関心のある医師を把握できる〉〈勉強会を通じた顔の見える関係づくり〉など医療従事者同士が主体的に勉強する機会を設け、参加することにより、人と人とのつながりへと発展していることが語られた。

#### 《事例検討の実施》

「検討会は医師会、薬剤師会、栄養士会、看護職、運動指導士などが入り、ケース検討もその中で実施した」「（登録患者に対して）医療機関と保健所、市町村が同じ情報を個別指導で活かすような形でやってきた」「主治医のところへ出向き、主治医と行政（市保健師）、患者さんの3者で合同ケース検討を年度末にやっている」「専門医が不在のところの看護師長や栄養士

が、登録医療機関の中の糖尿病専門医と話したいという（希望があり）ことで、そういう機会があったら質問したいことがあるので保健師さん企画して」という〈診療情報提供のケースは医師会・薬剤師会・栄養士会・看護職・運動指導士による事例検討ができる〉〈診療情報提供のケースは医療機関・保健所・市町村それぞれで情報の共有ができる〉〈主治医・行政・患者の3者による検討会（年度末）を開催している〉〈市保健師による医療機関の看護師・栄養士のための糖尿病専門医との合同ケース検討会の企画〉など事例検討の実施を語っていた。

#### 【保健師による連携システムの推進】

##### 《保健所と市町村の共同作業》

「糖尿病によらず、市町村と一緒に動く、動くときは保健所と市町村の合意が必要。何をを目指すのか、保健所の役割を明確にし、お互いの協力が不可欠であることを合意した上で進める」「初めて病院へ説明に行く時も心配っていう態度をしていたら、一緒に行こうかと保健所が支援してくれた」「モデル事業の時、システム作りが保健所、指導は市町村という分担ではなく、ケースを分担しました」「家庭訪問や（相談）対応しているので、保健所が支援を続けていく」「不安・心配とか言うと一緒に行くよって…」「糖尿病に限らず連携を図る事業に関与している」という〈糖尿病に限らず、事業を進める時は必ず保健所、市町村の合意を得る〉〈保健所は初回の病院への説明に同行してくれた〉〈モデル事業開始時、保健所と市町村でケースを分担した〉〈保健所は市が対応しているケースを継

続的に支援)〈保健所は日常的に市町村の求めに応じ相談や対応、家庭訪問などに行ってくれる)〈保健所は糖尿病に限らず連携を図る市町村の事業へ関与している)など連携システムの取組以外においても日頃から保健所が関与していることが語られた。

### 《保健所保健師のリーダーシップ》

「保健所の独自の事業として進めたいので、お金ありませんとはっきり申し上げている」「市町村の保健師たちと同じ方向見て進んでいくためには、リーダーシップが必要です」「保健所は基準づくりやまとめなど条件整備をした上で進めていきます。それは鉄則にしている」「誰のために活動するか。地域の皆さん・住民のために行う。医師会のためにやっているのではない。地域の方が受けやすい対応にするためには市町村自らがねじり鉢巻きをする。しかし、市町村の問題でしょうということは、絶対しません。保健所がやれることは、絶対します。それは私たちのスタンスです」

「人材の見極めはいろいろやりながら(事業)人を固めていく」「地域のまとまりの程度を見る。まとめるには何を入り口に事業したら、市町村がまとまるかを考えるようにしている。異動後2~3か月で(見極める)。職員はどんな感じか」「保健所として市町村を支援していく、質をアップする力量が問われていると思う。成果を出すために私たち自身が高めないと、高まらない」「基盤づくりが保健所の大事なところ、一緒に勉強会に行ったり、国保連合会の指導者とも連携して、指導してもらったりしている。それが自分自身の質を高くしていくことになる」「特定健診の個人データや

検査リストを保健所へ渡すと分析し資料を作成してくれる」「保健所は一緒にやるよと言ってくれさった」という〈保健所独自の事業のため予算がないことを伝える)〈保健所は市町村保健師と同じ方向を見て進むためのリーダーシップが必要である)〈保健所は基準作り、まとめなど条件整備した上で進めていくことを鉄則にしている)〈保健事業は地域住民が受けやすい体制づくりのために市町村自らねじり鉢巻きをする必要があるが、保健所も汗をかく、やれることは絶対する)〈日々の業務をしながら窓口の人材を見極める)〈異動後2~3か月で職員の様子、地域のまとまりの程度を見る)〈保健所として市町村を支援していく、質をアップする力量が問われている)〈基盤づくりが保健所の大事なところ、勉強会へ参加し国保連合会の指導者と連携し保健師の質を高くしていく)〈保健所は市町村の特定健診の個人データや検査結果を分析し資料を作成してくれる)〈保健所は市町村と一緒に取組もうと声を掛けてくれた)など保健所保健師がリーダーシップを取りながら連携システムが推進されるよう支援していたことが語られた。

### 《連携システムの中での保健師の役割》

「市へ診療情報提供書が病院の先生から提供書と本人の同意書がきます(届く)」

「情報提供書が届いた後、本人へ連絡し、面接日を決める」「本人はどのようにになりたいか、糖尿病についてどのぐらい知っているか、気持ちを聞く」「例えば体重を何キロ落としたいか、そのために何が実践できそうかを聞き目標を決める」「食事記録表のお願いや食べた物を3日間写真に撮



ってもらっている」「食事内容などの結果を遅くとも2~3週間ぐらいで先生に御返事している」「住民（患者や予備軍の方）を対象にした連携パスの必要性の広報や研修（糖尿病手帳の活用）をした」「保健指導は、結果説明会に来ない問題の人に優先順位を決めて、成果が出るまで関わらないといけない」「糖尿病の疾患や治療のポイントを絞った形での研修会や地域に広めていくための研修会も行った」という〈登録医療機関から市の糖尿病支援事業担当保健師へ本人の同意書と診療情報提供書が届く〉〈本人との電話による面接日の調整〉〈本人の気持ちや難しく思っていることを確認する〉〈本人と一緒に具体的な目標を決める〉〈正確な食事量の把握のため3日間の食事内容を写真に撮ってもらう〉〈面接内容や食事記録の結果を2~3週間の間に医師へ返却する〉〈糖尿病患者や予備軍を対象とした連携パスに関する研修会開催〉〈保健指導は、必要な人へ優先順位を決めて成果が出るまで関わる〉〈地域へ広げていくための研修会の開催〉など保健師の連携システムの中での役割が語られた。

### 【連携システムの課題】

#### 《医療機関相互の関係》

「かかりつけ医が紹介すると患者さんが戻ってこない」「専門医に受診するメリットがあるのか」「専門医は記録が面倒で負担が大きい」「専門医は開業医へ循環型で返していこうという思いが強く、進めていこうと言っている」「専門医の先生は開業医の先生へ戻って欲しいと思っているが、しがみつかれているようです」「専門

医に雇われたいという人もいるが、専門医は基幹病院が回らなくなるから、循環型を患者に了解して欲しいと思っている。主治医が2人居るという感覚を持ってもらうことも大事」という〈開業医は専門医へ紹介すると患者が戻らないと危機感を持っている〉〈専門医受診によるメリットを感じない〉〈連携システムにすることで経過記録の負担が大きい〉〈専門医は開業医へ循環型で返していこうと思っている〉〈専門医は患者にしがみつかれているようで困っている〉〈専門医は基幹病院が機能しなくなると困るので循環型を患者に理解してほしい〉など医療機関相互の関係に戸惑いや気遣いが語られた。

#### 《早期段階からの保健指導》

「受診勧奨域はHbA1c6.1以上、その方たちには医療機関へ行くように勧めているが、先生から問題がないと言われるとなかなか進まない」「説明は先生にもよるが、境界型ぐらいだったら大したことはないと言われて聞いてもらえない」という〈HbA1c6.1以上は受診勧奨しているが、医師に問題ないと言われると進まない〉〈境界型は大したことはないと説明され保健指導を聞いてもらえない〉など早期段階から保健指導を行っていく必要性が語られた。

#### 《糖尿病専門医への受診》

「2か所も受診したくない」「かかりつけ医が一番近い存在、専門医を紹介されるとかかりつけ医の先生がいるから・・・とためらう声を聞く」「専門医がいるならかかってみる」「開業医へ（患者を）返したくても、先生、こっちがいい（病院）。体調が良くなればここに来ればいいという患

者さんの思いがある」という〈2か所受診への抵抗〉〈専門医を紹介するとかかりつけ医への遠慮がありためらう〉〈糖尿病専門医がいるなら受診したい〉〈患者は専門医の診療で体調がよくなり専門医を希望する〉など患者の本音が糖尿病専門医へ受診する際の気持ちを保健師らが把握しており、それらが語られた。

#### 《取組の評価》

「透析患者の調査を保健所と一緒にやったとき、17事例位だったので、1例でも、2例でもきちっと意欲のある人を支援する」「人工透析の患者を見る機会になり、腎疾患や人工透析は、お金の絡まる場所であり、評価の視点を持って見ていくことが重要である」「国保連の保健師も（市町村保健師はデータを）まとめることが難しいことをわかって援助してくれる」「個別に事例の検査データをグラフにまとめ先生に示している」「1事例でも改善が見られると、先生方も（指導の効果に）理解を示してくれる」「少しずつ紹介者が増え、改善が現れると紹介者が増える可能性がある」「受診時間がバラバラのため検査データの評価がしづらいのが悩みだと先生に問題提起する」という〈1事例でも意欲的な患者を支援することで医療費削減へつながる〉〈人工透析患者の医療費を評価視点とする〉〈国保連保健師は経過や取りまとめの資料づくりをし見える形にしてくれた〉〈市は事例ごとに検査データの経過をグラフ化し主治医へ報告している〉〈データの改善から連携システムの効果を理解する〉〈データの改善により連携システムへの紹介者が増える〉〈保健師が医師に対して受診者の採血時間の統一を提

案する〉など1事例へ丁寧に関わることやそれが医療費の削減へつながっていること、取組の評価が見える形にすることの重要性を語っていた。さらに個別支援による効果がみられたことが語られていた。

#### D. 考察

糖尿病の地域医療連携体制の取組内容として得られた6のカテゴリーから、糖尿病地域医療連携体制の推進要因として、（1）地域の健康課題を的確にアセスメントする地域診断力、（2）関係機関（団体）・関係職種との協働を実現するための関係づくり、（3）関係者協働による連携システムの構築、（4）医療従事者の資質の向上、（5）保健師による連携システムの推進の5つが捉えられた。

日常の保健活動において関係者や関係機関との顔の見える体制づくりを行いながら、連携システムを構築していた。そして医療従事者間の資質の向上を図る研修などを企画し、保健所保健師がリーダーシップを取ることで連携システムが推進していたと考えられた。

#### 1. 地域の健康課題を的確にアセスメントする地域診断力

保健師の地域活動の出発として、地域の状況や実態を把握し、現在の健康や生活問題についての健康課題は何かを地域診断することから始まる<sup>11)</sup>。糖尿病地域医療連携体制の推進要因として、地域医療連携体制を構築するために、保健統計データから死亡率、医療費、人工透析患者数を把握することや健康診査結果データから現状や課題を捉え、そして地域住民の生活実

態の調査結果から地域の健康課題を明確にする地域診断を行い、それを共有するために地域診断結果を資料化していることが明らかになった。また、国の対策事業がきっかけとなり、保健所がモデル事業として糖尿病保健医療連携システムの構築事業を開始したり、県医師会と行政による糖尿病対策班を設置することや、糖尿病緊急事態宣言を行い県民総ぐるみによる医療連携システムを構築し課題解決を図るため、県の対策事業として位置付けて事業が実施されていたと考えられた。

日常の保健活動の原点として、実施している事業の実施根拠を明確にし分析したことを言葉で表現していくことが地域診断の基本<sup>12)</sup>であることが再確認できた。

このように国や県の対策事業を地域の健康課題として取組むために、さまざまな情報を的確にアセスメントし、地域診断を行い、地域の健康課題として位置付け地域保健活動を展開していたと考えられた。

## 2. 関係機関(団体)・関係職種との連携・協働を実現するための関係づくり

糖尿病地域医療連携の推進のためには、関係機関や団体、そして関係職種との連携や協働の関係づくりを図りながら取り組んでいた。公衆衛生活動において、関係機関との連携は必須である<sup>13)</sup>。保健医療福祉分野の連携が叫ばれて久しいが、前田<sup>14)</sup>は、連携の定義を「異なる分野が一つの目的に向かって一緒に仕事をする」と述べている。協働について古謝<sup>15)</sup>は、「多様な関係者が共通の目標に向けて連携することであ

る。」と定義づけている。また、連携が強化され発展していくと、業務一本化に加えて、異なる組織や分野の一体化がなされる<sup>14)</sup>と指摘している。このように共通の目的・目標に向かって関係者が一緒に活動することは、連携システムを一体的に推進していく上で不可欠である。

地域のすべての医療機関が参加し統一化された連携パスの作成により標準化された糖尿病管理を可能にするために、行政の介入と地域の医師会の全面的な協力が必要<sup>3)</sup>であると指摘されている。特に医療機関への協力依頼では、保健所長が自ら協力医療機関へ依頼のために出向き、関係する医師や看護師等へ事業説明を実施していた。保健行政を指揮する立場である所長自らが依頼に出向くということは、課題解決への緊急性や重要性の判断に基づくものと捉えられる。また、市町村においても保健師が糖尿病認定医へ協力依頼の挨拶に出向いていた。協力依頼への挨拶に出向くという行動は、保健師の本来の活動である地域活動である。直接相手の顔を見ながら、その反応をも捉えることができる活動方法であり、この活動によって効果的な連携の一步が踏み出せたといえよう。

一方で保健所は、管内の市町村をモデルとして設定し、協力依頼や事業説明、事業化のために段階を踏みながら関係づくりを行っていた。また、関係機関(団体)・関係職種との地域の健康課題の共有と事業説明として、医療関係者や行政機関に留まらず、地域住民の代表者を交えて地域の健康課題を共有し、事業説明を実施してい

た。さらに、日常的にも地域の現状を医師と話し合う機会を設けることで機関と機関、人と人との関係づくりをする地域活動によって加速され、この事業の推進要因になったものとする。

保健所は医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会や医療機関相互の調整を行うなど積極的な役割を果たすこと<sup>1)</sup>、都道府県保健所保健師は、保健所内の他職種と協働して、また、管内市町村や関係機関などの協力を得て、広域的な健康課題を把握し、その解決に取り組む<sup>16)</sup>ことが明文化されている。保健所が市町村の求めに応じた支援はもちろん実施しているが、保健所は糖尿病の連携システムに関する支援だけでなく、日常的に市町村の求めに応じた相談や対応、家庭訪問などに同行し支援していることから、日頃から顔の見える関係づくりがあれば、新規の保健事業の企画に関しても、不安や困難なことが生じればいつでもタイムリーに対応してもらえるという信頼関係が構築されていたと考えられた。これらを日常的に実施していることが推進要因としても裏付けられたといえよう。このような医療機関・医師会・行政・住民などの関係機関（団体）や関係職種との連携や協働は不可欠であり、事業の推進には大きな力になることが、再認識された。

### 3. 関係者との共通認識による糖尿病地域医療連携システムの構築

連携システムが運用されるためには、円滑に遂行できるための基準づくりや要綱、同意書、情報提供書、患者登録票、診療状況などの様式等の検討と作成が

必要である。それを普及するためのチラシづくりやPR活動などの準備も必要となる。これらは関係者や関係機関による共通認識の基に、医療機関の専門医や行政などそれぞれの役割機能に応じた視点を重視しながら作成、提供されなければならない。

また、日本糖尿病協会が発行している糖尿病連携手帳を利用している施設が多くみられた。この手帳は糖尿病専門医と眼科や歯科医との医療機関同士の連携や医療機関と行政との連携として活用されていた。

糖尿病の予防や治療には食事内容や量、食べ方を中心とした食事療法や栄養指導が不可欠である。そのため栄養士（管理栄養士）と保健師による両輪で住民への支援を実施していた。また、市町村においては、レセプトを活用し、糖尿病のコントロール不良の人を把握し、ターゲットを絞り保健師や栄養士が家庭訪問していることから、優先順位を考慮した支援が提供されていた。

医療資源の情報提供として、地域の医療資源調査の結果や糖尿病の専門治療を行う医療機関をホームページ上で情報提供することや保健所や市町村で実施される糖尿病に関する保健事業一覧を提供するなど、情報を公開しアクセスしやすい環境づくりを実施していた。

患者（住民）の意思による連携システムへの参加として、行政、かかりつけ医、専門医とのつながりで安心感を持ちシステムを受け入れることやシステムは自由意思により開始し辞めるという方法を取り入れていた。糖尿病地域連携パ

スの構成要素の一つとして、最終的にその連携パスによって診療を受ける患者の了解<sup>5)</sup>について述べられていた。連携パスは地域の患者の療養生活を支えるものであり、患者（住民）自身の自己決定を支え、セルフケア能力を高めることが、最終的な目的であることを再認識したい。

#### 4. 医療従事者の資質の向上

糖尿病地域医療連携を推進していく上で、医師、コ・メディカルとして保健師などが、糖尿病疾病や治療に関する研修会を開催し、医療従事者の資質向上を図っていた。そこへ参加する医師との顔見知りの関係を築くことができる場としても機能していた。

糖尿病患者を専門診療施設だけで継続的に診察するのは困難である。糖尿病診療技術の標準化のために症例検討会、講演会、コ・メディカル向け勉強会など開催している<sup>17)</sup>との報告もあり、連携システムが機能するためには、研修会や勉強会による知識や技術の習得が不可欠である。

また、保健所は糖尿病療養指導士になるための研修会への情報提供を行い、糖尿病専門の支援者を育成する機会を提供していた。研修会へ参加したり、参加を呼び掛けることにより、糖尿病に関心のある非専門医を把握できる機会ともなり、医師間の関係づくりが拡大される場としても機能させていた。

地域の糖尿病診療において、医療資源（医師、コ・メディカルの人材資源）を効率的に活用すること<sup>3)</sup>や糖尿病専門医は糖尿病患者数からみて少ないことから、か

かりつけ医の資質向上を目指した研修会を開催し、診療所における健診指導能力、患者の心理状態を把握し行動変容を促すスキルアップを図ること、自治体や企業などと連携し管理栄養士や保健師、糖尿病療養指導士と地域でチームをつくるスキル<sup>7)</sup>が今後さらに求められよう。

一方、関係職種と患者参加による事例検討も行われ、患者（住民）の病状の改善や維持を目指し、連携システムが継続するよう検討されていた。糖尿病は良性疾患であり、患者自身も医療者の情報を共有するのに問題がないこと、むしろ共有する方が治療にも積極的になること<sup>3)</sup>を述べている。このように患者・医療機関・行政が情報共有することは、患者の病状改善とともに、医療従事者の資質の向上にもつながっていた。

#### 5. 保健師による連携システムの推進

保健所と市町村の共同作業として、保健所は糖尿病に限らず、事業を進める時には必ず市町村の合意を得ることや、日常的に市町村の求めに応じ相談や家庭訪問の同行などに対応していた。日常的に保健所と市町村との合意や連携があることは、新規事業の協働も容易に遂行できることが考えられる。したがって、モデル事業開始時には、保健所と市町村でケースを分担するという、共同作業の姿勢を選んだと考える。

また、保健所保健師のリーダーシップとして、市町村と同じ方向を見て進むことや、事業の条件整備という基盤づくりを行ったうえで進めていくことを鉄則にしているなど保健所の役割機能を認識したうえで、保健所保健師としての誇りを持って活

動していることが伺えた。さらに、地域住民のための体制づくりは、市町村自らがねじり鉢巻きをする必要があるが、保健所も汗をかく、やれることは絶対するという発言の中に、地域を動かす保健師の熱意を感じ取れた。

保健所保健師の管理者としての人材の見極めは、どの機関どの職種、どの担当者を選定し窓口として働きかけたら一番効果的かを的確に見極めて事業を進めていた。人材の見極めには、日々の業務をしながら、異動後 2~3 か月の期間で職員や地域のまとめり程度から判断していた。

一方、市町村保健師から保健所保健師をみると、分析や資料の作成などを行うと同時に、一緒に取組もうと声掛けを行い、管内市町村保健師の資質向上を含めた支援が提供されていた。市町村を支援していくためには保健所保健所自ら資質の向上のための力量アップを図っていた。

連携システムの中での保健師の役割としては、医師からの診療情報提供書と本人の同意書が市町村へ届けられると、本人へ連絡し面接日が決定する。面接から支援が開始されるが、糖尿病をどのように受け止め、理解しているか、どのようになりたいかなど、聴き取っていく。食事内容は客観的に把握するために写真に撮ってもらうことで、正確なカロリー量を知ることができ、適切な食事指導ができるよう工夫していた。また、本人の希望する理想体重になるために、日常生活に取り入れられる実践可能な目標を自己決定できるように支えるなど具体的な支援が実施されていた。

一方、住民を対象にした連携パスの必要性の広報や研修会を開催し、ポピュレーシ

ョンアプローチを行うと同時に結果説明会に参加しない問題のある人に対して優先順位を決めて関わっていくハイリスクアプローチも行っていった。

## 6. 連携システムの課題

連携システムの課題として、1つ目は開業医と専門医である医療機関相互の関係である。地域医療体制は、医療機関相互の信頼関係を基盤として構築される<sup>17)</sup>。そのため糖尿病専門施設と一般診療所(かかりつけ医)のそれぞれの診療機能として、中島<sup>18)</sup>は、糖尿病専門医は高リスク群に集中して徹底管理する、非専門医がかかりつけ医として低リスク群を担当するという役割分担を確立しなければならないと述べている。

連携システムが機能するためには、医療機関がそれぞれの診療機能を再確認し、連携することの必要性を認識し、はじめて糖尿病患者の治療が包括的になされ、QOLの向上につながると考える。医療機関相互の関係については、地域の医師会単位での取組<sup>19)</sup>と保健所が中心的役割を担い調整していくことが求められる。

二つ目は、医師に境界型ぐらいだったらたいしたことはないと言われることや、問題がないと言われることにより、住民に対して早期段階からの保健指導のしにくさが課題となっている。糖尿病診療の標準化は急務であり、それに基づいた保健指導や糖尿病管理体制の整備が必要である。

三つ目は、糖尿病専門医へ受診することに対して、かかりつけ医がいる人は、専門医へ罹ることになり 2 か所も受診したくないと訴え、専門医へ受診し体調が良くな

った患者はかかりつけ医へ戻されることに抵抗を示すなど糖尿病専門医への受診における課題である。これらは糖尿病専門医とかかりつけ医との連携と協働により解決が期待できる。

最後は連携システムの取組の評価として、

1 事例へ丁寧に関わることで、個別支援の効果として医療費の削減につながることで、取組の結果を客観的に見える形に提示することで評価の重要性が捉えられた。慢性疾患である糖尿病は、治療終了という概念がない<sup>19)</sup> ため、個別支援で丁寧に関わり、体調やデータの改善が認められるような支援が必要である。その事例にデータの改善が認められることで、新しい対象者を連携システムへつなげていける原動力にもなる。対象者と医療従事者がデータの改善を客観的に把握することができる取組の評価は不可欠である。

## E. 結論

糖尿病地域医療連携体制の取組内容として【地域の健康課題への対策】【関係機関（団体）・関係職種との協働】【連携システムの構築】【医療従事者の資質の向上】【保健師による連携システムの推進】【連携システムの課題】の6カテゴリーを抽出した。

これらのカテゴリーより糖尿病地域医療連携体制の推進要因として、(1) **地域の健康課題を的確にアセスメントする地域診断力**が必要であり、地域診断による地域の健康課題を明らかに、その解決を関係する機関や団体と組織的に行うための方法として、(2) **関係機関（団体）・関係**

**職種との協働を実現するための関係づくり**を行っていた。その中で(3) **関係者協働による連携システムの構築**をし、(4) **医療従事者の資質の向上**を図るために、研修会を企画開催することで、知識や技術の獲得の他に、糖尿病に関心のある関係者と顔見知りの関係を築くことができる場としても機能させていた。そして(5) **保健師による連携システムの推進**として、保健所保健師がリーダーシップの機能を発揮しながら、保健所保健師と市町村保健師が共同作業しながら一緒に取り組んでいた。

糖尿病地域医療連携体制を取組における課題として、開業医と専門医である医療機関相互の関係や糖尿病診療の標準化されたものがないことによる早期段階からの保健指導のしにくさ、連携システム取組の評価の重要性が明らかになった。

## 引用文献・参考文献

- 1) 厚生労働省医政局長：医療計画について、医政発第0720003号，2007.
- 2) 厚生労働省医政局指導課長通知：疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針，糖尿病の医療体制構築に係る指針，医政指発第0720001号，2007.
- 3) 宇治原誠：患者携帯型・医療者用/患者用パス一体型糖尿病地域連携クリティカルパス，治療増刊号，90，p1081-1085，2008.
- 4) 松島照彦：糖尿病地域連携クリティカルパスの試み，日本医療マネジメント学会雑誌，7(4)，p536-541，2007.
- 5) 高橋義彦：改正医療法と糖尿病地域連携パス，プラクティス，27(4)，p384-390，

- 2010.
- 6) 松岡健平: クリニカルパスと地域連携, 肥満と糖尿病, 9 (1), p5-8, 2010.
- 7) 宮川高一: 地域における糖尿病対策 (2), 医学のあゆみ, 220(13), p1287-1291, 2007.
- 8) 福田吉治: 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, p 21-38, 2011.
- 9) 力徳広子・内田勝彦: 地域医療連携の推進における保健所の役割ー糖尿病地域連携クリティカルパスの試みー日本公衆衛生雑誌, 55(10), p345, 2008.
- 10) 石井直美・長野みさ子・五十里一秋他: 糖尿病医療連携における保健所の役割ー事業の継続と広域普及のためにー日本公衆衛生雑誌, 57(10), p515, 2010.
- 11) 宮本ふみ: 保健師業務要覧 p77-78, 日本看護協会出版会, 東京都, 2006.
- 12) 上野春代・富井美穂: 保健所が持つべき地域診断機能とは, 保健婦雑誌 57 (8), p596-601, 2010.
- 13) 上木隆人: 福祉のための公衆衛生, p18-19, 万葉舎, 東京都, 2001.
- 14) 前田信雄: 保健医療福祉の統合, pp. 13-14, 勁草書房, 東京都, 1990.
- 15) 古謝安子: 在宅看護論 pp. 151-152, 医歯薬出版株式会社, 東京都, 2009.
- 16) 国民衛生の動向: 財団法人厚生統計協会, p22-23, 2010/2011.
- 17) 宇治原誠: 糖尿病における現状と課題, IRY0, 62(9), p495-499, 2008.
- 18) 中島直樹: デイジーズマネジメントによる糖尿病地域連携, 治療, 90 (12), p 3029-3033, 2008.
- 19) 宮川高一: 西東京臨床糖尿病研究会の糖尿病地域連携ーとくにコ・メディカル連携ー, 治療増刊号, 90, p1056-1061, 2008.



表1. 糖尿病地域医療連携体制の取組内容

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
地域の健康課題への対策	地域の健康課題の明確化	短命県である
		平成5年から糖尿病による死亡率が全国1位である
		全国や県と比較し市内は糖尿病患者数が多く、透析患者数が増加
		国保医療費の中で透析患者の占める割合が高く、医療費が高騰化している
		特定健康診査の結果、精密検査該当（HbA1c5.6～6.0）の半数が境界型か糖尿病型に入る
		特定健康診査の結果、管内市町村の国保被保険者のHbA1c6.1以上の受診勧奨者3割、HbA1c6.5以上の要治療者4割
		人工透析患者の増加とそのうちの糖尿病腎症は約5割
		保健所と市による人工透析患者への（生活習慣など）実態調査
		糖尿病患者の日常生活実態調査
	糖尿病医療資源について、各病院での検査の種類や指導、人材などの医療資源調査を実施	
	国の対策事業	平成19年、医療計画策定時、地域医療連携として4疾病5事業で糖尿病医療連携が明示された
	県の対策事業	平成8年、糖尿病予防から治療まで重症化予防の視点で関係機関が連携した一貫性のある糖尿病アタックプランを作成
		保健所はモデル事業として糖尿病保健医療連携システム構築事業を開始する
		平成16年、県の委託事業として県医師会と行政による糖尿病対策班設置
		平成17年、糖尿病緊急事態宣言し県民総ぐるみによる医療連携システム構築
		管内全体で特定健診・保健指導の糖尿病に着目し早期段階からの保健指導を実施する仕組みをつくる
		4疾病5事業のうち糖尿病部会を立ち上げた

関係機関 (団体)・関係職種との 協働	保健所による医療機関への協力依頼	保健所長は登録医療機関へ協力依頼のため出向いている
		保健所は医療機関を巡回し医師・看護師等へ登録医療機関としての事業説明をする
		糖尿病専門医、開業医の参加による県の糖尿病対策に関する推進会議の開催
	市町村による医療機関への協力依頼	市町村保健師は糖尿病認定医へ協力依頼の挨拶に出向いている
	保健所による市への協力依頼	管内6市町中からモデル市町村を設定する
		保健所は市へモデル事業の説明を行っている
		保健所と市による事業説明や研修会など段階を踏んでスタートさせた
		医療連携を圏域で組織的に取組むために市町村と一体的に進めていく
	関係団体・関係職種との地域の健康課題の共有と事業説明	医師・歯科医師・薬剤師・行政代表者・学識経験者によるネットワーク会議を開催し、地域の健康課題の共有と事業説明を周知する
		医師会・歯科医師会・食生活改善推進員・保健協力員・地区の相談員など代表者による市民保健協議会総会で事業説明を周知する
		医師・歯科医師・薬剤師・栄養士・看護職等による糖尿病保健医療連携システム構築会議で健康課題・糖尿病対策・研修計画・事業実施要領・会議設置要領等説明をする
		栄養士会・医療機関の栄養部門担当者・食生活改善推進協議会・市町村代表者・保健関係者・管理栄養士による糖尿病対策地域支援体制整備事業検討会の開催
		国保連の保健師が対策班の委員として市町村保健師が捉えた現状を発言
		保健所は日常的に随時医師と話合っている
		市・医師会・歯科医師会・薬剤師会が保健協議会へ補助金を拠出した事業として位置づけている
		郡市医師会、基幹病院、保健・医療関係者による連絡会を実施
医師会へ管内の人工透析者数、人工透析に移行する患者の資料を作成し共有を図る		
医師会主催の糖尿病療養士など育成の「糖尿病〇〇会」へ参加し、地域の実態と糖尿病医療連携の必要性を提案した		
保健所と大学との連携	所長・保健師・医療企画・健康増進担当者・医療連携室・看護師・ソーシャルワーカー・難病・不妊治療担当者などによる大学病院との連携会議による情報の共有を図る	
	大学との協働による体操の開発	

連携システムの構築	糖尿病保健医療連携システムの共通認識	先進地の連携システムをモデルに様式を作成、22年運用し、23年は活用のアンケート調査を実施
		医師会の専門医代表5名、地域の開業専門医、大学病院の専門医による基準づくり
		市と保健所による要綱の検討
	同意書・情報提供書等様式作成	同意書・情報提供書の様式に看護的視点を取り入れる
		患者登録票、診療情報提供書の様式作成
	PR活動	登録普及のためのPRチラシ作成
		患者登録制度による指導や治療へつなげることから始める
	糖尿病連携手帳の活用	糖尿病連携手帳は医療機関・行政で記載し検査データを共有する
		糖尿病患者手帳は医療機関による検査結果、行政による教室参加・面接内容を記載している
		糖尿病協会の糖尿病連携手帳が浸透しているのでパスとして活用
		医師会の協力で眼科や歯科医との連絡が取りやすい
		歯科受診を必ず勧めてくれる
		眼科では次回受診日を記載してくれる
	栄養士との連携	保健所栄養士が健康診査の全体像を理解する仕組みづくり
		栄養士と保健師の両輪で患者支援をする
		初回面接は保健師と栄養士で実施する
	レセプトの活用	レセプト情報から糖尿病のコントロール不良の人を把握し保健師や栄養士が家庭訪問を実施
	患者（住民）の意思による連携システムへの参加	患者（住民）は市とかかりつけ医・専門医のつながりで安心感を持ちシステムを受け入れる
		システムは止めたい時に止められる
		システムは自由意思でないと始めたくない
病気への意識を高め自らシステムを活用できるような支援		
医療資源の情報提供	地域医療資源調査結果をホームページで情報提供する	
	保健所、市町村の糖尿病に関する保健事業一覧の情報提供	
	糖尿病の専門治療を担う医療機関をホームページで情報提供する	

医療従事者の資質の向上	医療従事者を対象とした研修会の開催	医療従事者への糖尿病理解のための研修会開催
		医師会によるコメディカルを対象とした研修会開催
		医師会は糖尿病認定医のスキルアップを図る
		県医師会による糖尿病認定医の研修会の開催
		保健所による糖尿病療養指導士の研修の情報提供
		保健師が糖尿病専門医と医師による勉強会へ誘われる
		市保健師は勉強会へ参加することで糖尿病に関心のある医師を把握できる
		勉強会を通じた顔の見える関係づくり
	事例検討の実施	診療情報提供のケースは医師会・薬剤師会・栄養士会・看護職・運動指導士による事例検討ができる
		診療情報提供のケースは医療機関・保健所・市町村それぞれで情報の共有ができる
		主治医・行政・患者の3者による検討会（年度末）を開催している
		市保健師による医療機関の看護師・栄養士のための糖尿病専門医との合同ケース検討会の企画