

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。カテゴリーは【 】,サブカテゴリーは《 》、コードは〈 〉を用いて以下に述べる。

【地域の健康課題への対策】

糖尿病地域医療連携体制の取組として、短命県であり連携(システム)が必要であったこと、平成5年から糖尿病による死亡率が全国ワースト1位であったこと、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こと、糖尿病腎症が第1位、4割以上の透析導入患者による医療費が高騰していること、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割であること、人工透析患者調査を保健所と一緒に実施したこと、穀類・糖質の摂取が多く、歩行が少ない実態や治療中断者が多いことを語り〈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、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〉〈保健所と市による人工透析患者への実態調査〉〈糖尿病患者の日常生活実態調査〉のコードをもとに《地域の健康課題の明確化》、平成19年の医療計画策定時、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

れたことから〈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〉のコードより《国の対策事業》、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の開始、行政が県医師会と平成16年に糖尿病対策班を医師会に立ち上げたこと、平成17年に行政と県医師会により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経緯が語られた。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保健指導を実施する仕組みと制度を上げていくことを語り〈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〉のコードをもとに《県の対策事業》の3つのサブカテゴリーを抽出した。

【関係機関（団体）・関係職種との協働】

当時の保健所長が、連携の必要性から、所長自ら医療機関に出向いて依頼したこと、(保健所は)医療関係者との打ち合わせには、根回しをして医師、看護師に話をして周知を図り登録医療機関になってもらったこと、糖尿病専門医、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ことを語り〈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)のコードから《保健所による医療機関への協力依頼》のサブカテゴリーを抽出した。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ことを語り(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)のコードより《市町村による医療機関への協力依頼》、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こと、組織的に取組むために市町村と一体的に進めることを語り(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)のコードから《保健所による市への協力依頼》を抽出した。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たことや医師会・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ていったこと、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ことを語り(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)のコードより《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》をサブカテゴリーとした。保健所長はじめ保健所専門職による大学病院との連携会議により情報の共有を図ること、大学と協働して健康体操を開発していることを語り(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)のコードをもとに《保健所と大学との連携》が抽出され、カテゴリー【関係機関(団体)・関係職種との協働】は5つのサブカテゴリーで構成された。

【連携システムの構築】

先進地をモデルにして運用開始、翌年には紹介とシステムの利用の実態調査、医師会に諮る前の基準づくりとして、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基準を作成したこと、市の糖尿病保健医療連携システムの要綱作成をしたこと、市保健師が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ことを語り(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)(市による糖尿病保健医療連携システムの要綱づくりの検討)(市と保健所による要綱の検討)のコードからサブカテゴリー《糖尿病地域医療連携システムの共通認識》が抽出された。また、同意書の様式や診療情

報提供書では、キーパーソンの記載を看護的、保健師的などところを入れ込んで作成、患者登録票や診療情報提供書の様式を作成したことを語り〈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〉のコードから《同意書・情報提供書等様式作成》、糖尿病患者、コントロール不良の者、途中でやめた者、初めて糖尿病となった者を対象にチラシを作成（配布）し登録を普及してきたこと、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をスタートにしたことを語り〈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〉のコードから《PR活動》、糖尿病予防協会作成の手帳を医療機関、行政で記載し、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こと、病院は検査結果を市では教室参加時や面接時に（内容を）記録していること、糖尿病予防協会の手帳が役立ち浸透していることからそれをパスの代わりに使用していること、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こと、必ず歯医者を受診すること、糖尿病専門医は眼科受診も積極的に勧めているので、患者は受診しやすくなったことが語られた。これらは、〈糖尿病患者手帳は医療機関・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〉〈糖尿病予防協会の糖尿病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〉

のコードにまとめられ《糖尿病患者手帳の活用》をサブカテゴリーとして抽出した。保健所栄養士は教育課程として健康診査の全体図や、地域に出向き保健指導の質を高めるという学習をしていないため、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こと、栄養士と保健師と一緒に両輪で活動することが必要なこと、初回の面接は、保健師と管理栄養士とペアで行うことを語った。これらは、〈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〉のコードにまとめられサブカテゴリー《栄養士との連携》を抽出した。また、レセプトからコントロール不良者を把握し指導することを語り〈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〉のコードから《レセプトの活用》、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システムを受け入れてもらえること、本人の自由意思で止めたい時に止められること、糖尿病の合併症に対して『私は診てもらわなくてもいいですか』と言える関係性、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語り〈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〉のコードから《患者（住民）の意思による連携システムへの参加》のサブカテゴリーを抽出した。地域医療資源調査の結果をホームページへ

アップしていること、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掲載していること、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へアップしていることを語り〈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〉のコードをもとにサブカテゴリー《医療資源の情報提供》を抽出した。【連携システムの構築】のカテゴリーは8つのサブカテゴリーで構成された。

【医療従事者の資質の向上】

糖尿病疾患や治療のポイントを絞った研修会の同時開催、医師会によるコ・メディカルへの研修会を開催していること、医師会は糖尿病認定医制度によるスキルアップを図っていること、県医師会は平成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こと、保健所による糖尿病療養指導士の研修情報の提供、開業医の糖尿病専門医による勉強会へ保健師が誘われること、勉強会への参加は糖尿病に関心がある医師を知る機会になること、糖尿病に関心のある医師との顔つなぎになることを語り〈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

通した顔の見える関係づくり〉のコードからサブカテゴリー《医療従事者を対象とした研修会の開催》を抽出した。登録後の検討会は医師会、薬剤師会、栄養士会、看護職、運動指導士などが入り実施していること、（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こと、主治医のところへ出向き、主治医と行政（市保健師）患者の3者で合同ケース検討を年度末にやっていること、専門医不在の医療機関の看護師長や栄養士が、糖尿病専門医から学びたい希望があり保健師へ（検討会）企画の依頼があることを語り〈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〉〈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〉〈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〉のコードをもとに《事例検討の実施》のサブカテゴリーが抽出され【医療従事者の資質の向上】のカテゴリーは2つのサブカテゴリーで構成された。

【保健師による連携システムの推進】

糖尿病に限らず保健所は市町村と一緒に動く、動くときは合意が必要であること、何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こと、初めて病院（登録医療機関として）へ説明に行く時、心配そうにしていたら保健所保健師が一緒に行ってくれたこと、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たことを語り〈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時同行してくれた〉〈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〉のコードからサブカテゴリー《保健所と市町村の共同作業》が抽出された。保健所独自の事業として進めていくためには、お金がないことをはっきり伝えること、市町村保健師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あること、保健所は基準づくりや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こと、地域の皆さん・住民のために活動していること、医師会のためではないこと、そのために市町村自らがねじり鉢巻きをすること、保健所がやれることは絶対しますというスタンスで活動していること、人材の見極めは異動後 2～3 か月で事業を実施しながら行っていることを語り〈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〉〈保健所は基準づくり、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〉のコードからサブカテゴリー《保健所保健師のリーダーシップ》が抽出された。また、市へ診療情報提供書が病院の医師から届くこと、診療情報提供書が届いた後本人へ連絡し、面接日を決めること、糖尿病についてどのぐらい知っているか、気持ちを聞くこと、何が実践できそうかを聞き目標を決めること、食事記録を 3 日間写真に撮ってもらい、2～3 週間で主治医へ返事していること、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）を行ったこと、保健指導は結果説明会に出来ない問題の人に優先順位を決めて関わること、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ことを語り〈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〉のコード

ードからサブカテゴリー《連携システムの中での保健師の役割》が抽出された。カテゴリー【保健師による連携システムの推進】は2つのサブカテゴリーで構成された。

【連携システムの課題】

かかりつけ医が紹介すると患者さんが戻ってこないこと、専門医に受診するメリットがあるのかという疑問、専門医は記録が面倒で負担が大きいこと、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こと、専門医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こと、専門医に罹り続け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言っていることを語り〈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〉のコードからサブカテゴリー《医療機関相互の関係》が抽出された。また、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こと、説明は医師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ことを語り〈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言われ保健指導を聞いてもらえない〉のコード

から《早期段階からの保健指導》のサブカテゴリーが抽出された。2か所も受診したくないこと、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こと、開業医へ患者を返したくても患者の体調が良くなれば病院がいいという患者さんがいることを語り〈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〉のコードから《糖尿病専門医への受診》、保健所と一緒に透析患者調査を実施した時、17事例位だったら1例でも、2例でもきちっと意欲のある人を支援すること、人工透析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こと、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こと、個別に事例の検査データをグラフにまとめ医師に示していること、1事例でも改善が認められると先生方も（指導の効果に）理解を示してくれること、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ことが悩みだと先生に問題提起していることを語り〈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〉のコードをもとに《取組の評価》のサブカテゴリーが抽出され、カテゴリー【連携システムの課題】は4つのサブカテゴリーで構成された。

3. 考察

1) 全国市町村における糖尿病地域医療連携クリティカルパスの取組の現状と課題

糖尿病の連携パスの取組を把握している市町村は少なく、連携パスの導入を積極的に推進していく必要がある。連携パスへの期待では保健所や医療機関ともに「病診連携体制の構築」に関する共通認識が明らかになった。またそれぞれの機関の役割や機能として、保健所は全国・都道府県・管内レベルの専門的な情報提供や基準の作成と地域組織や自主グループの取組の把握と紹介など育成支援が期待され、医療機関においては患者教育の実施、栄養指導の連携体制の構築、生活指導の実施など患者の自己管理能力を高める支援が期待されていた。それぞれの機関が持つ専門性を活かした役割や機能を明確にし、今後の地域医療連携体制の実現化に向けて検討する必要がある。

連携パスの参加機関には、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、自主グループの育成や住民組織などの参加を視野に入れたポピュレーションアプローチを広げていくことが求められる。

地域住民は糖尿病の診断・治療を適切に受けられているかの質問では、適切でないと判断している市町村が6割弱であることから、連携パスの取組を通して医療機関の

治療・診断の標準化に資することができる連携システムを構築していくことの必要性が指摘された。

健康手帳を効果的な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再検討が課題と考える。

2) 糖尿病地域医療連携システムのニーズ

地域で生活する糖尿病患者の「糖尿病地域医療連携システムに関する考えや気持ち」として【病院・診療所の機能】【医療機関への不信感】【糖尿病に関する知識の提供】【食事療法のサポート】【糖尿病教室の開催】【糖尿病患者との交流】【糖尿病患者が広げる地域の健康づくり】の7つのカテゴリーが抽出された。糖尿病地域医療連携システムのニーズとしては、①連携パスの意義や効果の啓発、②医療機関の役割・機能を活かした診療、③健康づくりの視点を重視した地域ぐるみの取組が考えられた。

1つ目の連携パスの意義や効果の啓発では、グループインタビュー対象者は連携パスが導入されていない基幹病院で治療を受けている患者であったことから、主治医との信頼関係が構築されており、検査データの情報や検査結果の迅速性においては基幹病院が支持されていた。しかし、診療所も親身になってくれる医師が存在すると、土曜日の受診や待ち時間の短縮を期待する基幹病院にはない機能を望む者もいた。保健所は管轄する圏域の医療機関を把握し連携パスの意義や効果を医療機関と地域住民へ積極的に啓発していくことが重要である。

2つ目は、医療機関の役割・機能を活か

した診療では、患者の中には、病院と診療所にはそれぞれの機能があることを認識しており、病気や治療には段階があるが、より専門の先生に診て欲しいという意識があり、多くの患者は大きい病院へ受診するといった医療機関全体に問題があることを発言していた。患者側には、大きい病院に行けば安心という感覚がある³⁾。医療計画の中で求められている地域完結型医療の提供体制は、住民にとってより良質かつ適切な医療を効率的⁴⁾に受けられるようにすることである。前述の全国市町村のアンケート調査において、医療機関が実施していることと期待することについて、糖尿病患者教育の実施や栄養指導の実施はおよそ3割であり、期待はそれぞれ6割以上を占めていた。これらは患者の自己管理能力を高める支援であり、退院後あるいは地域の中で療養生活を継続するうえで、糖尿病のコントロールには欠かせないことである。より専門的な知識を必要とする糖尿病に関する事業は病院での開催が望ましいと考える。現在、糖尿病に関する専門職として、日本看護協会の糖尿病看護認定看護師(2000)、日本糖尿病療養指導士認定機構の日本糖尿病療養指導士(2000)、厚生労働省による糖尿病に強い看護師(2006)などの人材育成が進められている。これらの人材は、大学病院や専門病院などの施設で療養者への支援を行っている。連携パスの利用者は、コ・メディカルからの療養生活について適切な指導を期待していることや、コ・メディカルとの連携の必要性^{5) 6) 7)}も報告されている。今後は医療機関に所属している糖尿病に関する専門職の療養生活への指導が徹底できる体制づくりが不可欠であると考

える。

最後の健康づくりの視点を重視した地域ぐるみの取組では、地域で生活する糖尿病患者は自身の健康課題の解決に終始せず、ボランティア活動を通して、地域づくりを広げていこうとする住民の力が明らかになった。市町村保健師は、地域ぐるみや町ぐるみで健康づくりの活動をしたいと考えている住民の力を把握する必要がある。健康づくりはすべての住民が対象である。清掃活動や里山づくりをしながら、地域ぐるみで健康づくりを実践することはポピュレーションアプローチに位置づけられる。糖尿病を持ちながらも地域の中ではひとりの生活者であることを認識し、ボランティア活動をとおして住民が自己実現できるよう、行政側の積極的な支援が必要であると考えられる。

3) 糖尿病地域医療連携体制における推進要因

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カテゴリーが抽出された。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、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関係者協働による糖尿病地域医療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つが考えられた。

まず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では、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を保健統計データである死亡率、医療費、人工透析患者数から把握、健康診査結果データからは現状や課題を捉え、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。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、地域診断したうえで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）・関係職種との協働を実現するための関係づくりにおいては、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⁸⁾であると指摘されている。保健所長自ら協力医療機関へ依頼の挨拶に出向き、医師や看護師へ事業説明を行い顔の見える関係づくりを築いていた。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。

③関係者協働による糖尿病地域医療連携システムの構築では、連携システムが円滑

に運用されるために、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、そして普及啓発のためのチラシづくりやPR活動などの準備が必要である。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、提供していた。

④医療従事者の資質の向上では、医師、コ・メディカルなどが、糖尿病の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。参加することにより医師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。糖尿病診療技術の標準化のために症例検討会、講演会、コ・メディカル向けの勉強会などは不可欠である。今後も医療関係者は自らが医療資源として活用されるような力量が求められる。

⑤保健師による連携システムの推進では、保健所保健師のリーダーシップとして、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た。地域住民のための体制づくりのために、市町村自らがねじり鉢巻きをするが、保健所も汗をかき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。また連携システムの中での保健師の役割としては、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。さらに住民を対象にした連携システムの必要性を広報するなどの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た。

糖尿病地域医療連携体制の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困難性、連携システム取組の評価の重要性が明らかになった。

4. 結論

全国市町村における連携パスの取組は少ないことが明らかになった。また、基幹病院の外来通院患者からみた連携システムのニーズとして、糖尿病に関する専門職の療養生活への指導が徹底された体制づくりの必要性が示唆された。一方で、地域で生活する糖尿病患者には自身の健康課題の解決に終始せず、地域づくりを広げていこうとする力を持つことが明らかになり、行政による積極的なポピュレーションアプローチが求められていた。

連携システムの推進要因は、地域の健康課題を的確にアセスメントする地域診断力を持ち、関係機関・関係職種との協働を実現するための関係づくりを積極的に行うことによって、連携システムを構築していた。同時に医療従事者の資質の向上を図りながら、保健所保健師のリーダーシップのもとに連携システムを推進していたことが明らかになった。

引用文献

- 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、医政発第0720001号、2007.

- 3) 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、Vol. 27 No. 4 2010.
- 4) 厚生労働省医政局長、「医療計画について」医政発第 0720003 号、2007.
- 5) 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、Vol. 90, p1081-1085, 2008.
- 6) 飯田さよみ、嶺尾郁夫、藤崎公達；糖尿病地域連携パスと栄養管理、栄養－評価と治療 Vol. 25 No. 5 p 423-435, 2008.
- 7) 宮川高一；西東京臨床糖尿病研究会の糖尿病地域連携－とくにコ・メディカル連携－治療増刊号、Vol. 90 p1056-1061 2008.
- 8) 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、Vol. 90, p1081-1085, 2008.

糖尿病地域ケアシステムのためのツール作成

研究代表者 福田 吉治 山口大学医学部地域医療推進学 教授

研究分担者 原田 唯成 山口大学医学部附属病院医療人育成センター 講師

研究要旨

地域における糖尿病ケアシステムを行うために必要なツールを作成し、試験的に活用した。(1) 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。教材・資料は、実施者用（指導者用ファイルに綴じておくもの）、対象者用（対象者に渡し、記入してもらうもの）、作業用資料（指導時に対象者と一緒に使用するもの）、参考資料（指導時に参考にするもの）、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、研修会での紹介を行った。(2) 山口県内の保険者を対象にして、特定健診・保健指導に使用している資料を収集・整理し、ライブラリー化を行った。12 の保険者より資料が収集でき、収集した資料は電子ファイル化を行い、印刷物とともに県内の保険者に配布した。(3) 山口県美祢市の住民を対象に、各種資料、複数の手帳等をファイリングする「なんでも健康ファイル」を作成・配布し、その活用状況等を調査した。その結果、40%程度がファイルを通院時に活用していた。使用しない理由としては、持ち運びにくい、必要性を感じないなどの意見が多く、ファイルの大きさ等について課題もあった。通院状況では、重複受診は比較的少なく、おくすり手帳もうまく活用されている様子がかがわれた。糖尿病の予防から治療にいたる地域ケアを効果的に運営するにあたっては、効果的なツールの作成と運営が必要である。

A. 研究目的

地域における糖尿病ケアには、健康増進による一次予防、健康診断による早期発見と早期治療、疾病管理、合併症の予防や対処など、多くの段階がある。また、糖尿病ケアに関わる多くの関係者間での情報共有も大切である。

こうした糖尿病ケアや情報管理を円滑に行うためのツールを作成するが求められる。

例えば、特定健診・保健指導は、保険者が責任を持ち、メタボリックシンドローム該当者および予備群に対して、そのリスクに応じた保健指導（積極的支援と動機づけ支援）が

行われる。保健指導実施者の負担が軽減し、結果的に効果的・効率的な保健指導を実施するためには、実際の保健指導の現場にすぐに活用できる実用的な保健指導教材が必要となる。

一方、糖尿病の情報管理には、糖尿病療養手帳や糖尿病連携手帳が使用されるが、高齢者など、複数の疾病を併せ持つ者にはこうした手帳のみでは十分ではない。また、おくすり手帳、医療機関での検査結果や健康診断結果なども、診療に当たって必要となることがある。

そこで、本研究は、地域における糖尿病ケアを効果的に行うためのツールとして、特定健診・保健指導に関連して(1)特定健診・保健指導の標準的教材の開発および(2)特定健診・保健指導教材ライブラリーの作成、糖尿病の情報管理に関連して(3)健康ファイルの作成を行い、その効果について検討した。

B. 研究方法

1. 特定健診・保健指導の標準的教材の作成

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。

2. 特定健診・保健指導教材ライブラリーの作成

関連する研修会において、調査研究の趣旨を説明し、協力可能な保険者を募った。また、市町国民健康保険に対しては、依頼文を送付した。協力可能な保険者には、訪問を行い、再度趣旨の説明を行うとともに、資料・教材の収集と行った。資料の整理ができていない場合は、後日郵送で収集した。また、可能な限り、電子ファイルを収集した。

資料は、用途等にしながら分類を行った。電子化されていないものは、スキャンをして電子ファイル化した。印刷物と電子ファイルを資料一式としてまとめ、県内の保険者、関連団体に配布した。

3. 健康ファイルの作成

医療機関等の連携を図るためには、検査結果、処方薬剤などの診療情報を共有することが重要である。そこで、山口県美祢市の住民(主に通院中の者)を対象(約500名)に、各種資料、複数の手帳等をファイリングする「なんでも健康ファイル」を作成し、実際に活用し、その利便性や課題を評価することを

目的とした。ファイルは、A4版とA5版の2種類とした。配布4か月後に、ファイルの使用状況とともに、通院状況や地域医療の意識等について調査を行った。



C. 研究結果

1. 特定健診・保健指導の標準的教材の作成

教材・資料は、実施者用（指導者用ファイルに綴じておくもの）、対象者用（対象者に渡し、記入してもらうもの）、作業用資料（面談で一緒に使用するもの）、参考資料（面談に参考にするもの）、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。

2. 特定健診・保健指導教材ライブラリーの作成

県内の12保険者より資料が収集できた。収集した資料は電子ファイル化を行い、印刷物とともに県内の保険者に配布した。

各保険者の資料数は、8～58種類と、保険者間で多気な差があった。また、資料している教材のうち、多くを市販の物に頼っている保険者から、ほとんどを自分で作成している

保険者までさまざまであった。

3. 健康ファイルの作成

364名より回答があった（回答率78.1%）。分析の結果、40%程度がファイルを通院時に活用していた。使用しない理由としては、持ち運びにくい、必要性を感じないなどの意見が多く、ファイルの大きさ等について課題もあった。通院状況では、重複受診は比較的少なく、おくすり手帳もうまく活用されている様子が見えてきた。

D. 考察

1. 特定健診・保健指導の標準的教材の作成

本教材は、いくつかの利点を持っている。まず、コンセプトが明確なことである。本教材・資料は、そのまま一般的な積極的支援に活用できる教材・資料一式とした。これは、特定保健指導に十分に慣れていない指導者にとって非常に重要な点であろう。次に、本教材・資料は、指導者や指導機関によって自由に改変できるものとした。既存の資料は多々あるが、指導者や指導機関の個別の好みには応じきれない。そこで、本教材・資料は、それぞれの好みや経験によって、改変が自由にできるように、ワード、エクセル、パワーポイントという一般的なソフトを用いて作成し、そのまま公開した。さらに、作成にあたっては、草案を作成した後、実際の保健指導を行っている栄養士によるワーキングやロールプレイにてブラッシュアップを行った。その結果、より実用的な教材・資料となった。

本教材・資料は、山口県栄養士会の会員へ配布するとともに、研究者が講師を務めた研修会等でも配布や使用説明を行った。受講生からも高い評価を得ており、多くの現場で使用

が検討され、実際に使用されている。

2. 特定健診・保健指導教材ライブラリーの作成

効果的で効率的な保健指導には、標準化とともに、対象者や指導者の状況に応じたバリエーションの必要である。今回資料・教材の収集を行ったことで、関連する課題がわかった。主な課題として、(1) 各保険者で、使用する教材・資料の数と内容がかなり異なる、(2) 保険者内でも教材・資料の整理ができておらず、特に複数の担当者間での共有ができていない、(3) 協力の得られなかった保険者が国民健康保険で半数程度あり、原因は不明であるが、教材・資料が十分に活用されていない、整理されていないなどの理由が考えられる、(4) 教材・資料を作る上での担当者のスキルに少なからずばらつきがあり、特にソフトを使用するスキルの向上させることが必要、(5) 今回は研究の一環として行ったが、本来は、保険者をまとめる県等が、こうした活動を行うのが好ましい、などが挙げられる。

今後は、教材・資料の共有化を継続的に体系的に行えるような体制づくりが必要である。それによって、各保険者における特定健診・保健指導がさらに効果的かつ効率的に行われることになるだろう。

3. 健康ファイルの作成

山口県美祢市の住民（主に通院中の者）を対象に、さまざまな健康情報の資料を管理できる「なんでも健康ファイル」を配布し、その使用状況を調査した。その結果、40%程度がファイルを通院時に活用していた。ファイルの大きさ等について課題もあった。通院状況についても調査をし、重複受診は比較的少

なく、おくすり手帳もうまく活用されている様子がうかがわれた。今回の調査を参考に、より利便性の高いツールを作成し、運用することが、医療連携の推進に寄与できるであろう。

E. 結論

特定健診・保健指導の標準的教材の作成では、山口県医師会および山口県栄養士会の協力を得て、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となり、ある一定水準で、かつそれぞれの状況に応じた改訂ができることで、利便性の高い教材となった。

教材ライブラリーの作成では、山口県内の12保険者より教材・資料が収集でき、電子ファイル化を行い、印刷物とともに県内の保険者に配布した。資料・教材の活用や作成能力等についての保険者間の格差などが問題点として明らかになった。今回の試みにより、県内の保険者間での教材・資料についての情報交換・共有化を図ることができた。

健康ファイルの作成では、山口県美祢市の住民（主に通院中の者）を対象に、さまざまな健康情報の資料を管理できる「なんでも健康ファイル」を配布し、その使用状況を調査した。その結果、40%程度がファイルを通院時に活用していた。ファイルの大きさ等について課題もあった。通院状況についても調査をし、重複受診は比較的少なく、おくすり手帳もうまく活用されている様子がうかがわれた。

このように、糖尿病予防ならびに地域連携

に関わるさまざまな過程において、より利便性の高いツールを作成し、運用することが、地域における糖尿病ケアの推進に寄与できるであろう。地域の特性を考慮しながら、また、それぞれの地域等で活用されているものを共有し、効果的なツールの作成と普及を図っていくことが肝要である。

G. 研究発表

福田吉治. 特定健診・保健指導の評価 (1) 評価の枠組みを整理する. 公衆衛生情報 2010 ; 40 (6) : 20-23.

福田吉治. 特定健診・保健指導の評価 (2) “見える化” のためのアウトカム評価. 公衆衛生情報 2010 ; 40 (7) : 20-24.

福田吉治. 特定健診・保健指導の評価 (3) カイゼンのためのプロセス評価. 公衆衛生情報 2010 ; 40 (8) : 46-49.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(該当なし)

糖尿病地域ケアにおけるポピュレーションアプローチ

研究代表者 福田 吉治 山口大学医学部地域医療推進学 教授

研究分担者 原田 唯成 山口大学医学部附属病院卒後臨床研修センター 講師

研究要旨

地域において糖尿病のケアを効果的に行うためには、その入口として健診が重要となるが、特定健診等、住民を対象とした健診の受診率は低調なのが現実である。そこで、健診受診率向上を目的としてポピュレーションアプローチの方法について、山口県内の二つの地域をフィールドに、行政等の関係者と共同で検討した。ひとつは、がん検診を含めて、健診・検診を受けるとスタンプがもらえる「ケンシン・スタンプラリー・カード」である。もうひとつは、健診・検診についての普及啓発を目的としたキャラクター「ケンシンファイブ」「ケンシンキング」で、これは、特定健診と 5 つのがん検診（胃、肺、大腸、子宮、乳）を PR するもので、ポスター、チラシ、アニメ、各種イベントを使って、健康診断の普及啓発を行った。受診率への影響は今後の動向をみる必要があり、また、活動にあたっての課題はあるが、これらによって、住民への周知とともに、メディア等を巻き込んだポピュレーションアプローチにより、健診の啓発を通じて受診率の上昇が期待できる。

A. 研究目的

糖尿病を地域で予防するには、早期発見と早期治療が重要である。そこで、平成 20 年度より、糖尿病およびメタボリックシンドロームの予防を目的とした特定健診・保健指導が開始された。しかし、特定健診では受診率が伸び悩んでいる。その原因や背景はいろいろと考えられる。これまでと異なる提供体制（保険者が提供）、受診項目の減少によるお徳感のなさ、腹囲測定への抵抗感、がん検診との分

離などが考えられる。

受診率向上のためには、さまざまな手段が考えられる。対象者への啓蒙、日数や時間などのアクセスの向上、費用などである。また、がん検診との同時実施や健診項目の追加なども効果的であるとされる。受診率の向上には、対象者全員を対象とした啓蒙活動、いわゆるポピュレーションアプローチを行うことが必要である。そこで、本調査は、特定健診の受診率向上を目的としたポピュレーションアプ

ローチとして、ケンシン・スタンプラリー・カードと啓発キャラクター（ケンシンファイブとケンシンキング）を作成し、モデル的に実施した。

B. 研究方法

1) ケンシン・スタンプラリー・カード

山口健康福祉センター管内（山口市と防府市を含む）での受診率向上を目的とした対策について、行政（県健康福祉センター、市の健康づくりおよび国民健康保険担当課）、関連保険者（協会けんぽ、組合健保）の地域職域連携協議会の場を活用して、職域を巻き込んだポピュレーションアプローチの方法を検討した。

その結果、考案されたがケンシン・スタンプラリー・カードである。これは、特定健診等循環器健診、5つのがん検診（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん）を受けるごとにスタンプを押印するカードである。行政（県健康福祉センター、市の健康づくりおよび国民健康保険担当課）、関連保険者（協会けんぽ、組合健保）の地域職域連携協議会の協力を得て、スタンプラリーカードの配布を行った。また、スタンプがすべてたまった者（修了者）に対して記念品等を配布する仕組みも作った。カードの利用状況調査及び修了者へのアンケートを用いて評価した。

2) 啓発キャラクター

まず、健康づくりにおいて、働き盛り世代を対象とした活動を計画立案する会議、行政（健康づくり担当課）および商工会議所青年部とともに2回開催した。

第1回は、働き盛り世代の健康問題について、(1) 著者による講演、(2) 小グループに

よるグループディスカッションによって討議し、課題の洗い出しを行った。

第2回目は、第1回目で出された課題の解決のための手段を、グループワークにて討議した。

山口県下松市をフィールドに、オリジナルキャラクターを用いた健康診断受診向上の普及啓発を行った。キャラクターは、行政（健康づくり担当課）、商工会議所青年部、徳山大学知財倶楽部等と共同で作成した。作成したキャラクターを用いて、さまざまな普及啓発活動を行った。

C. 研究結果

1) ケンシン・スタンプラリー・カード

スタンプラリーカードは、名刺サイズの半折で、表には表紙と氏名等を記載する。裏には5つの健診・検診の表を掲載し、受診時に医療機関・検診機関等で押印する欄を設けた。

なお、スタンプラリーカードは、保険証を入れるフォルダのあるものかないものに二種類を作成した。カードタイプの保険証を使用している保険者は保険証入れタイプを利用することができる。

カード30,000枚を、保健センターの窓口、健康保険組合、協会けんぽ、医療機関等と通じて配布した。

修了者のカード回収は156あった。性別は男性64名、女性92名、年齢は、40歳代27名、50歳代35名、60歳代66名、70歳代28名であった。カードがあることによって、健康診断が受けやすくなると回答したものは47.4%、健康診断に誘いやすくなると回答したものは55.8%であった。修了者の多くが、スタンプを押してもらうこと、スタンプをためることで記念品等があることで、県個診断

を受ける動機が高まるという意見があった。

2) 啓発キャラクター

第1回目では、「特定健診」「がん検診」「運動」「心の健康」「食生活・栄養」の中から、各グループ2つをテーマにして話し合いが行われた。その中で、「特定健診」と「がん検診」で課題として挙げられた中から、普及啓発に当たり特注目したのは、「健診の数が多い」と「どんな検査があるのかわからない」。つまり、一般住民にとっては、健診・検診の種類が多く（提供機関含む）、どの健診・検診を受けなければわからなくなっているということである。

第2回目では、第1回目の議論の中で出された課題をもとに、表2に示した具体的な事業案が提案された。その中でさらに検討を重ね、今回、ケンシンファイブ・ケンシンキング事業の実施となった。

これは、第1回目で注目した課題である「健診が多すぎる」「どんな検査があるのかわかり」を解決することを目的としたものである。現在、国が推奨しているがん検診は5種類（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん）であること、これらに加えて特定健診があることをもとにしたキャラクターである。

キャラクターは、「ケンシンファイブ」と「ケンシンキング」とし、キャラクターの名前として、胃がん検診＝マーゲン、肺がん検診＝ラング、大腸がん検診＝コロソ、乳がん検診＝マンモ、子宮がん検診＝ケイ、特定健診＝ケンシンキングとした。

下松市は、その由来から“星降る町”として有名であるため、これらのキャラクターは、「健康惑星」から健康診断の受診率向上を目的にやってきた宇宙人という設定とした。市

長から任命式を経て活動を開始した。（図2）

キャラクターを用いて、ポスター、チラシ作成、各種イベントへの出演、保育園等での出前講座、アニメの作成、4コマ漫画の作成、健康診断案内を行った。これらはテレビや新聞などのメディアにも取り上げられた。

D. 考 察

予防活動には、大きく「ハイリスクアプローチ」と「ポピュレーションアプローチ」がある。前者は、リスクの高い人に対して重点的に行う予防活動で、例えば、健診後の保健指導、あるいは、降圧剤などの内服治療がそれにあたる。一方、後者であるポピュレーションアプローチは、集団全体を対象にしたもので、地域をあげた減塩活動、あるいは、普及啓蒙活動が含まれる。

今回の特徴は、行政の担当課だけでなく、関係する団体等が参加して、企画立案したことである。山口・防府地域では、自治体の健康づくり担当課のみでなく、国民健康保険、協会けんぽ、健保組合などが参加した。下松市では、商工会議所と協働して問題の共有化と企画立案を行った。

ケンシン・スタンプラリー・カードは、特定健診等循環器健診、5つのがん検診（胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がん）を受けるごとにスタンプを押印するカードである。このメリットとして、(1) 受診すべき健診・検診の種類がわかりやすい、(2) すでに受けた健診・検診と受けていない健診・検診が自分で理解できる、(3) 受けていない健診・検診がわかるため、医療機関等で受診勧奨が行いやすい、(4) 回収することで、受診状況が把握でき、受診率が算出できるなどが挙げられる。

ただし、行政担当者、医療機関や健診機関等の理解が十分でなかったこともあり、今年度での普及は十分ではなかった。今後、関係者が、その主旨を理解し、普及と利用に協力してもらう必要がある。また、今回の試みが、健康診断受診率にどの程度寄与したのかは不明瞭である。受診率の推移に注目したい。

キャラクターは、昨年度行った商工会議所青年部等とのワークショップの中で生まれたアイデアである。その際、「健診の数が多い」と「どんな検査があるのかわからない」という意見があった。一般住民にとっては、健診・検診の種類が多く（提供機関含む）、どの健診・検診を受けなければわからなくなっているということである。したがって、国がすすめている5つのがん検診と特定健診に絞った普及啓発のキャラクターを作成した。

なお、当初、いわゆる“戦隊モノ”でのキャラクターを予定していたが、著作権などの関係で、キャラクターの変更を行った。新しいキャラクターの作成には、徳山大学知財倶楽部（学生含む）が、キャラクターのコンセプト、デザインなどの助言を得るとともに、アニメの作成等を担当した。本キャラクターは、コンセプト、デザイン等でのユニークさから、メディアでも取り上げられ注目をされた。市民が参加する行事、出前講座での普及啓発活動でも人気となっている。健診受診率の向上への貢献の期待も高まるため、受診率の推移を観察していきたい。

E. 結 論

健診受診率向上を目的としてポピュレーションアプローチの方法について、山口県内の二つの地域をフィールドに、行政等の関係者と共同で検討し、(1)がん検診を含めて、健診・検診を受けるとスタンプがもらえる「ケンシン・スタンプラリー・カード」、(2)「ケンシンファイブ」「ケンシンキング」という啓発キャラクターによる健診・検診の広報を考案した。受診率への影響はこれからで、活動にあたっての課題はあるが、これまでにないユニークな取り組みとして注目され、今後の受診率向上が期待される。

G. 研究発表

1. 論文発表

福田吉治, 田原浩子. ケンシンファイブ物語

1. 公衆衛生情報 2012. (印刷中)

福田吉治, 田原浩子. ケンシンファイブ物語

2. 公衆衛生情報 2012. (印刷中)

福田吉治, 田原浩子. ケンシンファイブ物語

3. 公衆衛生情報 2012. (印刷中)

2. 学会発表

福田吉治, 田原浩子. 健康診断の受診率向上を目的にした普及啓発活動の参加型開発. 第70回日本公衆衛生学会. 2011年10月. 秋田.

H. 知的財産権の出願・登録状況

商標登録（山口大学と下松市での共同出願）：
ケンシンファイブ、ケンシンキング

糖尿病地域ケアに関するデータベースの作成とデータ分析

研究代表者 福田 吉治 山口大学医学部地域医療推進学 教授

研究分担者 原田 唯成 山口大学医学部附属病院医療人育成センター 講師

研究要旨

本研究は、糖尿病の予防から治療まで、地域にある資源を活用して、糖尿病の包括的なケアシステムのモデルを構築し、関連するデータを一元的に管理するデータベースの構築を試み、そこから得られたデータを用いて、短期的な効果を検証することにある。本研究では、山口県の国保保険者のデータ（20 年度、21 年度、22 年度）を用いて、(1) 積極的支援と動機づけ支援の保健指導の効果の比較、(2) 準実験デザインにより保健指導群とコントロール群の比較、(3) 判定区分の経年変化の観察を行った。その結果、積極的支援も動機づけ支援もさほど効果に変わりがないことがわかった。準実験デザインによる分析では、保健指導の効果は純粋な効果は、変化の半分程度であることがわかった。具体的には、保健指導の効果は、体重 -1.1kg 、腹囲 -1.1cm 、中性脂肪 -6.7mg/dl 、HDL コレステロール $+1.0\text{mg/dl}$ 、LDL コレステロール -2.4mg/dl 、GPT -1.3IU/dl 、 γ GTP -2.5IU/dl であり、集団全体の平均値での血圧と血糖に与える効果は認められなかった。継続受診や保健指導によって、メタボリックシンドロームや保健指導のレベルは改善するが、その効果は限定的であり、指導がより必要なものが経年受診をしていないこと、経年的にはメタボリックシンドロームの割合が減少していないこともわかった。受診率や利用率の向上とともに、今後の事業のあり方について議論の必要があろう。

A. 研究目的

本研究は、糖尿病の予防から治療まで、地域にある資源を活用して、糖尿病の包括的なケアシステムのモデルを構築することにある。

そして、そのシステムが糖尿病の予防や治療にどのように効果があるのかを検証するためのデータ集めるデータベースの構築を試み、実際に収集できたデータを分析することで、