

魚沼圏域重点取組方針進行管理表

重点課題	糖尿病
------	-----

I 施策の展開

目標	数値目標 (ベースライン)	目標(値) 【年度】	実績数値又は施策の進捗 状況(実績)【年度】
1 魚沼地域医療連携ネットワーク(愛称「うおぬま・米(まい)ねっと」)の患者データを活用して、患者も医療者も同じ目標で地域の健康を守るため、ヘモグロビンA1c8%(HbA1c、国際標準値)以上の患者数の減少を目標とします。	① 受療中患者(病院に通院又は入院中の40~64歳)のうちHbA1c値8%以上者の割合の減少 H28:11.7%	【H32】 半減させる	【H28】 11.7%
	② 健診受診者(75歳未満者)のうちHbA1c8%以上者の割合の減少 ・ 国保特定健診受診者及び住民健診受診者 H28:0.8% ・ 職域健診受診者 H28:0.8%	【H32】 0.1ポイント減	《国保・住民健診》 【H28】 0.8% 《職域健診》 【H28】 0.8%

施策 (県・市町村)	<p>【施策展開の方向性:プロジェクト8の推進】</p> <p>○ 糖尿病患者が普通の生活を送れるようにするためには、合併症発症率を下げる必要があることから、ヘモグロビンA1cを合併症リスクの分岐点となる8%を下回るようにすることを目標とした「プロジェクト8」を、下記の4点を柱に総合的に推進した。</p>
	<p>【年度中に行った取組】</p> <p>1 医療者プロジェクト8(ヘモグロビンA1c値8%の患者を放っておかない)</p> <p>○ 病院は、糖尿病の合併症・重症化予防のための個別指導や集団指導、教育入院を実施した。また、糖尿病療養指導士を配置し、糖尿病の合併症・重症化予防の専門的な指導を行った。</p> <p>2 連携プロジェクト8(ヘモグロビンA1c値8%が続いたら病院で精密検査)</p> <p>○ 病院と診療所は、糖尿病患者を紹介・逆紹介し、治療の機能分担と連携を行った。</p> <p>○ 魚沼・南魚沼・十日町の3健康福祉(環境)部(以下「3健康福祉(環境)部」という。)は、地域の現状や課題、事業の進め方に関して関係者が協議をする場を設けるため、各種の協議会等を開催した(十日町地域糖尿病対策連携協議会、健康づくり連絡協議会など)。</p> <p>3 患者プロジェクト8(ヘモグロビンA1c8%の自分や家族を放っておかない)</p> <p>○ 3健康福祉(環境)部は、圏域内のヘモグロビンA1c8%以上者の現状を把握するため、病院、健診機関、市町、魚沼地域医療連携ネットワークの協力を得て実態調査を実施し、結果をとりまとめた。</p> <p>○ 魚沼健康福祉部は、プロジェクト8を一般住民等に普及するため、「プロジェクト8のつどい」を2月に開催した。</p> <p>○ 十日町地域では、糖尿病予防ワークショップ事業として、十日町産業フェスタ2016、津南町健康まつり等の地域イベントでの普及啓発や11月の世界糖尿病デー啓発のぼり旗を病院、医科・歯科診療所、運動施設等の各所に掲示した。また、糖尿病教室や相談場所の一覧を作成し周知を行った(関係機関101か所)。</p> <p>○ 県立十日町病院と十日町市は、地域住民を対象とした糖尿病公開講座を共催で開催した。</p> <p>○ 南魚沼市は、世界糖尿病デーの啓発事業として、南魚沼市図書館に糖尿病関連ブースや相談コーナーを設け、リーフレットの配布や栄養相談を実施した。</p>

	<p>4 健診プロジェクト8(地域・職域保健の取組)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 労働衛生医学協会小出検診センターは、自施設での健診受診者のうちヘモグロビンA1c8.0以上者に対して、受診勧奨を行うとともに、適切に医療につながるよう医療機関宛での紹介状を送付した。また、その後の受診の有無について確認した。 ○ 労働衛生医学協会は、新潟県全域で取り組んでいる「ネクスト10(あなたの10年後の健康を守るプロジェクト)」の一環として、健診受診者のうち心血管病高リスクとされた者から無作為抽出し、結果通知に医療機関宛での紹介状を同封して送付した。また、その後の受診の有無について確認した。 ○ 市町は、健診の結果ヘモグロビンA1cが高値の者に対して、健診受診後の保健指導として以下の事業を実施した(市町ごとに取組内容の詳細には差異がある)。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療保険者の立場での特定保健指導 ・ 個別相談 ・ 要医療者の生活状況の把握 ・ 訪問指導 ・ 糖尿病予防勉強会・教室の開催 ○ 市町は、ヘモグロビンA1cが高値で治療を要する者に対して、適切な医療につながるよう、手紙、電話、訪問などにより医療機関への受診勧奨を行った。また、未受診者には受診確認を行った。
--	---

II 評価等

<p>施策に対する 分析・評価</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成28年度に圏域で実施した糖尿病実態調査により、以下の状況を把握した。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院で受療している患者のうち、ヘモグロビンA1c8%以上者の割合は、40歳未満と40歳代が高い。 ・ 健診受診者のうちヘモグロビンA1c8%以上者の割合は、健診の実施主体(国保/職域)及び地域の違いによる大きなばらつきは見られなかった。 ・ 市町に対する調査では、糖尿病に関する健診体制、保健指導及び受診勧奨を行う上での課題として、「医療機関とのより密接な連携」が3市町から挙げられた。 ○ 上記の調査結果から、圏域における関係機関の共通目標として、取り組む数値目標を設定した。(「I 施策の展開」欄のとおり。) ○ 当圏域では糖尿病対策に関連する各種施策(事業)が行われているが、これらの施策を数値目標達成のために地域としてどのように連携して一体的に施策を推進するかを検討し、まとめるところまでには至らなかった。
-------------------------	---

<p>課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 数値目標を設定したが、その内容は「取組の成果として生じた状態(アウトカム)」である。アウトカムを達成するためには、「圏域で実施する各種施策の実施量・実施内容(アウトプット)」が、目標達成にどのように作用するのかの関連づけを明らかにする検討や、施策の実践が目標達成に有効に作用しているかの確認又は進捗不調の場合の原因探求に活用するために継続して観測できる指標の増加が必要である。 ○ 健診対象者に対しては、数値の推移だけでなく、対象者や家族へのアプローチの仕方などの方策の検討も重要である。 ○ 数値目標の達成に向けて、医療機関・行政(県・市町)・患者に目標値の意義を理解させるとともに、医療・施策提供者が目標値達成という観点から事業に取り組むことへのモチベーションを喚起・維持・向上させる仕組みが必要である。
-----------	--

<p>今後の対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 実態調査の結果を踏まえ、医療・地域保健及び職域保健の関係者に対して、取組の必要性及び重要性の周知を図る。 ○ 医療連絡協議会での意見を踏まえ、特に働き盛り世代(受療中の患者にあつては40～64歳、健診受診者にあつては75歳未満)への取組の強化を図る。 ○ 医療・地域保健及び職域保健が連携した糖尿病等の生活習慣病重症化予防対策について検討を進め、体制整備を図る。 ○ 引き続き、圏域におけるヘモグロビンA1c、栄養指導等の実施状況及び健診後の保健指導・医療機関受診勧奨実施状況などを把握し、進行状況を確認する。
--------------	--