

糖尿病対策ガイドライン(第3期)実施結果【平成30年度～令和2年度】

4つの柱	市民の目標	重点施策	平成30年度	平成31年度(令和元年度)	令和2年度
健康増進・発症予防	糖尿病について正しく知ることができる	全年代の市民へ健康増進・発症予防の啓発活動の実施	健康啓発推進事業 (健康啓発イベント・食育の推進・健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の活用等) 2歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布 3歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布 かかりつけ医等普及促進事業での糖尿病啓発 出前講座・健康教育 糖尿病予防啓発(広報・糖尿病予防講演会の開催等) 「高齢者をささえるしくみ」での啓発 認知症サポーター養成講座での啓発 健康のまち草津モデル事業 各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けた取組の推進 特定健康診査・プレ特定健康診査等における情報提供用リーフレット配布 保育所・幼稚園・子ども園における糖尿病予防啓発(健康だより等の発行・給食の展示・保健指導) 学校における糖尿病予防啓発(食育の推進・健康診断事業等) 健康推進員の活動での糖尿病啓発		
早期発見	健診を受診することで自らの状態を知ることができる	健診受診率の向上	特定健康診査・後期高齢者健康診査 メタボ予防健康診査 特定健康診査未受診者通知・電話勧奨 メタボ予防健康診査未受診者勧奨 すこやか訪問での母の健康状態の把握 健康推進員への研修会の実施と受診勧奨		
早期対応	生活習慣を見直し、改善することができる	糖尿病予防に向けた生活習慣改善のための保健指導の徹底	生活習慣病相談 特定保健指導 特定保健指導参加者勧奨 プレ特定健康診査後の事後指導の実施 2歳6か月健康診査における肥満児への指導 3歳6か月健康診査における肥満児への指導 妊娠届出時のハイリスク妊婦の悪化予防 健康推進員への糖尿病予防の研修会の実施		
重症化治療・予防	適正な治療を受け、重症化を防ぐための行動に移せる	関係機関との連携による継続治療の勧奨・支援	介護サービス計画ケアプランチェック 在宅療養手帳活用 糖尿病性腎症重症化予防対策者への受診勧奨 特定健康診査要受診者への受診勧奨		

	評価と課題
健康増進・発症予防	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の予防につながる食生活と運動習慣について考えるきっかけとなるような啓発イベントや健康づくりのきっかけとなる健康推進アプリ「BIWA-TEKU」の周知、市民に身近なところで健康づくりに取り組んでもらえるような様々な施設と連携した食育の推進など、働く世代をはじめ様々なライフステージへの健康増進につなげることができた。 ・2歳6か月健康診査、3歳6か月健康診査にて肥満予防のポイントを記載したリーフレットを用いて、乳幼児からの生活習慣病の予防をすることができた。保護者への働きかけや保健指導時の明確な目標設定を実施することが大切である。 ・糖尿病予防やフレイル予防(介護予防)等のテーマに沿い、地域の方が医師と話をする機会を設けられたが、周知方法について検討する必要がある。 ・世界糖尿病デー(毎年11月14日)に合わせて継続した糖尿病予防についての啓発を実施することができた。多くの市民が情報を捉えることができるよう様々な機会を捉えた啓発を実施する必要がある。 ・認知症サポーター養成講座内に、生活習慣病予防にむけての情報を含めて伝え、啓発することができた。市内全域の学校や企業に充分周知していく必要がある。 ・データを活用し、各学区ごとに地域の特性に応じた健康づくりを進めることができた。地域と協働して計画的に健康づくりの取り組みを進めていく必要がある。 ・保育所・幼稚園認定こども園等への、健康だよりや食育だよりを通じた糖尿病等の情報提供や、給食等の展示によりバランスのとれた献立や正しい栄養バランスなどの伝達、健康指導の実施により、糖尿病等生活習慣病の予防につなげることができた。 ・各小中学校の授業において、生活習慣病について学習し、糖尿病予防をはじめとした生活習慣病予防の学習の機会を設けることができた。 ・健康推進員の地域活動において、糖尿病予防のためのパネル実演やレシピ作成を実施し、健康増進・糖尿病発症予防の啓発を実施することができた。地域活動に活かす内容について検討していくことが大切である。
早期発見	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査の無料化や健診項目の追加を行ったり、被用者保険と集団健診の同時実施を行うなど受診しやすい環境づくりを実施し、健診受診率の向上に向けた働きかけを実施することができた。 ・特定健康診査未受診者に対し、電話による勧奨や、受診歴等の情報を精査した上で効果的な者に対し通知を送付するなど、受診勧奨の方法を工夫し、実施することができたが、40～50歳代や医療機関へ定期的に受診している者に対する受診勧奨の工夫が必要である。 ・妊娠糖尿病等のリスクの高い母に対し、受診勧奨や健診の継続受診の必要性について啓発を行ったが、出産後は母の健診受診が後回しになりやすいため、すこやか訪問等の機会に啓発を継続することが大切である。 ・19～39歳の者に対して、がん検診のクーポン発送時などの機会を利用し、プレ特定健康診査の受診勧奨を個別に実施することができた。様々な契機を捉えて啓発を継続する必要がある。 ・健康推進員に対して糖尿病予防等の講演会やけん診についてのアンケートを実施し、受診の大切さについて伝えることができた。けん診受診率向上に向けた具体的な取組を検討していく必要がある。
早期対応	<ul style="list-style-type: none"> ・特定保健指導の実施率向上のため、健診時の特定保健指導の分割実施や健診の結果返し会の実施、電話による個別勧奨や特定保健指導の土日の実施など、対象者に対して様々な取組を行い、利用率の向上を図った。 ・40歳代の血液検査結果が保健指導域の者(特定健診対象者は省く)に対して、生活習慣病相談の案内や情報提供リーフレットを送付し、生活習慣の改善に向けた啓発を実施したが、年齢的に就労している人が多く、多忙であり相談に繋がらない現状がある。参加できない人にも行動変容を促すような工夫が必要である。 ・乳幼児健診において、肥満度15～19%児には6か月後の電話フォロー、肥満度20%以上児には保健指導の実施、30%以上児には肥満外来の受診の勧奨を実施し、幼児の生活改善に向けた取組を実施することができた。 ・糖尿病の既往歴や妊娠糖尿病のハイリスク妊婦に対し、体重コントロールや妊娠中の食生活について確認し、定期受診につなげることができた。 ・健康推進員に対して糖尿病予防・重症化予防に関する講演会を実施し、生活習慣を改善する方法について知識を深めることができた。
適正治療・重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランチェックにより主治医等との医療連携について聞き取りを行い、必要に応じアドバイス等をおこなうことができたが、ケアプランに本人の病状が十分に反映されていない事例があるため、医師との連携を密にし、計画の作成や見直しが求められる。 ・私の在宅療養手帳を活用し、患者情報を共有する等周知をおこなった。適切な情報連携により体調管理を促す必要がある。 ・特定健康診査の結果、受診勧奨域の者に対し医療機関への受診勧奨を電話や通知にて実施し、対象者を明確にした取組を実施した。また、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、設定した対象者に対し、訪問による受診勧奨を実施し、重点的な働きかけを行うことができた。対象者が早期に現状を把握し、医療機関へ受診できるよう継続的に関わっていく必要がある。