

# 活動成果報告書

平成27年度（第19回）「チヨダ地域保健推進賞」

## 活動テーマ

糖尿病患者並びに糖尿病予備群に対するセルフケア改善への取り組み

応募グループ名称及び氏名（グループの場合は代表者名）

南大東村保健センター

代表者：向山千賀子

勤務先：南大東村役場

所 属：福祉民生課 保健センター

所在地：〒901-3804

沖縄県島尻郡南大東村字南144-1

TEL：09802-2-2116

FAX：09802-2-2813



## ◇活動方針

南大東村は沖縄本島の東方海上約360kmに位置する一島一村の孤島で、農業と水産業を中心に人々の生活が営まれている小規模な島です。島の人口は1,305人です（平成27年4月）。島の風景は、公共機関や民家が集合する一部の地域を除けば、広大なさとうきび畑と島の固有種であるダイトウビロウ、防風林となってくれるリュウキュウマツやフクギなどによる豊かな緑の広がりです。島の外周は珊瑚礁の堆積によって出来た岩場に囲まれ、その一歩先に深碧の美しい海が広がります。島と沖縄本島を結ぶ交通手段は小型機もしくは長距離船です。本島までは飛行機で約1時間、船で約12時間を要します。

南大東村にある医療機関は島の診療所のみで、県立病院から派遣された医師1人と看護師1人が常駐しています。また村役場には役場保健師1人が常駐しています。成人の疾病予防事業は、保健師が中心となって診療所医師の助言を得ながら行っています。

南大東村は、沖縄県の離島に多くみられる飲酒過多の傾向や、車利用率が高く運動不足であることにより、血糖コントロール不良者（糖尿病患者と糖尿病予備群）が多くいます。平成25年度の住民健診の結果では、村の糖尿病有病率は20.1%（全国平均18.6%）、予備群となるメタボリックシンドローム該当者は30.8%（全国平均16.4%）でした。糖尿病患者は60代から増え、その予備群は30代から50代までの働き盛り世代の、特に男性に、多くいます。患者の多くは島の診療所に定期受診して服薬するなど長期にわたり治療を続けています。これまで診療所医師と保健師で糖尿病対策について考え、集

## 活動成果報告書

団での保健指導や個別健康相談などを行い、生活習慣の改善やセルフケアの向上など糖尿病の改善や予防のための働きかけを行ってきました。しかし年に数回の、希望者を対象とした保健指導や健康相談では、ターゲット層への効果的な介入につながらず、診療所と保健センターは、少ないマンパワーで効果的に介入できる方法についてこれまで何度も検討を重ねてきました。

慢性疾患の患者をケアするにあたり、Chronic care model (CCM) という地域全体が協力し患者の疾患に対応するシステムの適用は、患者の自己管理能力を向上させ、疾患コントロールも改善するとの先行研究があります。慢性疾患の一つである糖尿病に関しては CCM の一環として HbA1c の値を患者に伝え、正常値と比較する機会を与えることによって疾患のコントロールが改善する可能性が示唆されています。

また離島という環境下では島民間でのライバル意識が強い傾向にあり、平成 25 年に本村（診療所）で行った研究においては、お互いに比較することによって疾患に対する態度が変化する可能性が示唆されているとの結果も得られました。一方で、糖尿病患者間で検査値の比較による疾患コントロールに対する効果に関して十分に検討された文献はありません。

そこで、診療所と保健センターでは、平成 26 年度から、糖尿病患者とその予備群に対して HbA1c の値を用いて患者間で比較できるヒストグラム（グラフ）を提示し、定期的な保健指導を受けてもらうことで、自分自身の疾患に対する行動を見直すきっかけとしてもらう取り組みを始めました。

### ◇活動内容とその成果

#### 【活動内容】

この事業は、糖尿病の患者とその予備群を対象に、医師と保健師が定期的（4ヶ月に1回）に面談し、HbA1c のヒストグラムの提示を行い、同時に採血（血糖値の測定）、体重測定、保健指導を行うことで、糖尿病の改善や予防に向けた積極的な介入を行うものです。対象者は、診療所を受診している患者と、村の集団健診の結果で血糖値が「要指導」と判定された方（予備群）です。患者さんには年単位で継続して介入、予備群の方には、その年の集団健診から翌年の集団健診までの1年間を実施期間として介入し、1年後に再度の健康診断を受けられ、血糖値が改善されなかったグループや新しく対象となったグループには、新たに1年間介入するという方法で、事業が開始しました。このサイクルを通して、糖尿病患者および予備群の減少を狙います。

医師は、患者に対し島全体の HbA1c のヒストグラムを提示し、HbA1c 8%を基準として、患者が島内で良い群にいるのか悪い群にいるのかを示します。保健師は、糖尿病の改善や予防のための生活習慣やセルフケアに関する保健指導を行います。また、本人の社会生活（運動、食事、睡眠）と糖尿病合併症に関する知識や、血糖値のコントロールに関する必要性を伝えます。

この介入で、対象となる方は、医療者とともに生活習慣改善とセルフケア能力の向上に取り組んでいただきました。医師や保健師が定期的に面談し、採血や体重測定を行うことで、対象者の方が緊張感やモチベーションを維持できるようにしました。

## 活動成果報告書

この取り組みは、平成 26 年度の住民健診（平成 26 年 10 月実施）後に 130 人の対象者を選別して、平成 26 年 12 月に開始しました。4 ヶ月後、8 ヶ月後、12 ヶ月後に採血とセルフケア調査票（SCAQ）を施行し、その結果を比較することで最終的な効果判定を行う予定で開始しました。また sf36 を用いて介入前後の対象者の QOL も測定しています。

### 【成果】

この事業で、今までの保健指導や健康相談では介入できなかった糖尿病患者および予備群の方々に、4 ヶ月ごとに必ず介入することができるようになりました。対象者は、定期的に医師や保健師と面談し、HbA1c のヒストグラムを見ながら自分が島内で良い群にいるのか悪い群にいるのかを確認することができ、栄養指導や保健指導を受けるため、緊張感やモチベーションが維持され、介入の効果が表れています。現在、第 3 クールまでの面談が終了し、12 ヶ月目の第 4 クールにはいますが、糖尿病の 90 人と予備群 40 人のうち多くの方の HbA1c の値が下がり、食事や運動など自分がどこに意識を向ければ良いのかが分かるようになってきている様子が分かります。定期的に血糖をはかり島内の患者同士と比較したヒストグラムを医師が患者に説明することで、患者は自分の血糖値がよい群にいるか悪い群にいるかということに関心を寄せるようにもなりました。二次的な効果として体重が減った人や、血糖コントロールに関する知識が増えた方も多くいます。この方法が定着すれば、将来的には、合併症の予防、国保医療費の抑制、介護予防への成果が期待できます。

成果の検討は、第 4 クール全ての面接が終了後、最優先評価項目をセルフケア調査票（SCAQ の利用）の評価項目の変化とし、二次的評価項目として HbA1c、糖尿病合併症（神経症、網膜症、腎症）、脂質異常症（LDL）、血圧、BMI、喫煙状態、飲酒状態、QOL の変化を介入前後で統計的に比較します。

### ◇今後の計画

まだ統計処理は終わっていませんが、今回のトライアルにより、糖尿病の患者とその予備群に対して、医師と保健師が定期的に個別に関わり、採血や体重測定、面談等を行うことが、糖尿病の改善や予防に効果的であることが現時点でほぼ判明しました。今後、予備群については毎年の集団健診から対象者を抽出して翌年の集団健診までの 1 年間を実施期間としての介入を、糖尿病患者や 1 年間で改善されなかった予備群にはさらに 1 年間の介入を、今回のトライアルと同様の内容で継続する予定です。この介入は、村役場保健センターと県立病院附属診療所が協働して行う、これまでの本村にはなかった新しい試みであり、開始当初は解決しなければならない課題もいくつかありました。しかし、糖尿病患者に対して効果的な介入を実施したいという同じ目的を持つ医療職や他職種の協力者が、課題を乗り越え、所属機関や職種を超えて当初の目的を達成したグッドプラクティスであると考えます。