

H28年度実施事業の評価

錦町

事業	目標(目標値)	実践内容	H28年度評価				課題	H29年度計画への反映事項
			アウトプット(事業実施量)	アウトカム(結果)	ストラクチャー(構造)	プロセス		
特定健診実施率向上対策事業	40代、50代の受診率向上 ◆H28年度目標値 40代 42% 50代 49%	①40-50代の申込みがなかった者への受診勧奨。 秋には、再度健診未受診者と医療未受診者へ訪問し、受診勧奨。 ②消防団や地域を対象に、会合時に町の医療費や介護・健診の状況を示し実態を知ってもらう。簡易測定の実施。 ③区長や健康推進員を活用した受診勧奨(チラシ配布や声かけ・地区担当保健師と同行訪問)	①対象者188名、40歳到達者11名、健診も医療も未受診335名のうち、のべ413名に受診勧奨を行い、うち94名(22.8%)の受診があった。40歳到達者の受診勧奨率は100%。 ②消防団・地区単位の会合時に簡易測定会を実施。測定会4回、104人参加。 ③健康推進員へは住民へのチラシ配布を春と秋に2回配布してもらい、健診受診勧奨をおこなった。	H28年度受診率(全体61.1%) *H25年度51.3% 40代受診率 47.5% (男性45.51%、女性50%) 50代受診率57.0% (男性53.2%、女性60.8%)	①受診勧奨には、国保・増進係の合計10名程度で地区割して訪問。 ②簡易測定会スタッフ:国保・保健師・栄養士の3名。公民館・消防詰所などで実施。 ③健康推進員は分館総会時や家庭訪問で声かけ。	①未受診者リストを作成し、受診勧奨を実施。健診も医療も未受診者には重症化対象者もいると予想し、受診勧奨した。 ②測定会参加者で血圧や血糖が高い人が数名おり、個別に保健指導を行った。 ③分館ごとの受診率のランキングを出して、チラシに張り付けて受診を促した。受診率の低い地域は地区担当保健師が同行訪問した。	消防団の簡易測定会では実施した平均年齢が38歳で国保加入者は1割弱いたので、健診の必要性を伝える機会にはよかったが、未受診者対策には効果的ではなかった。血圧や食後血糖値が高い人の割合が2割程度いて、町の現状と合わせて自分の生活を振り返る機会にはなかった。健診も医療も未受診の者の受診勧奨は拒否が強い方もいて難しかった。	40-50代の受診勧奨は引き続き同じ体制で実施していく。医療も健診も未受診者への働きかけについては、今後検討していく。ただ、重症化して医療にかかった方を見ると健診未受診者が多いため必要な受診勧奨ではあるため、方法を検討していく。 簡易測定会は直接未受診者対策へはつながらないが、町のデータヘルス計画ダイジェスト版の活用により、町の実態を知らせる上でも継続して行っていく。他保険者との連携。
特定保健指導事業	H29年度までの目標値 60%	・積極的支援(個別支援) ・動機付け支援(個別支援・一部グループ支援) どちらも町直営で実施。 ☆対象者で希望する者に75gOGTT検査を実施し、個別に結果説明を行った。	動機付け支援対象者数 89人 修了者数 81人(91%) 積極的支援対象者数 27人 修了者数 22名(81.5%) ☆対象者のうち、75gOGTT検査を紹介し、受診した者34人(受診率29.3%)	特定保健指導実施率 88.8%(103人) H28法定報告値	・町直営(保健師5名、管理栄養士2名) グループ支援については、受診勧奨判定値がない人で2-5人程度の少人数で実施。 75gOGTT検査については、検査を健診センターコスモに委託し、説明会は後日町の保健師・栄養士で8名で実施。	動機づけ支援で個別指導を実施する対象者はリスクが高い方を実施した。 グループ支援は経年表やメタボの構造図を用いて説明。目標については、最後に記入して帰ってもらった。 最終評価すべて個別で評価した。評価時期になかなか会えず、脱落となるケースもあった。 75gOGTT検査を受けた方には個別に説明会を実施。	動機づけ支援のグループ支援を初めて実施したが、個別のリスクを確認することもできず、画一的な話で終わってしまい十分に話を伝えられなかった。対象者の中には、毎年同じメンバーで改善が顕著に見られない人もいて保健指導の力量が不十分である。 75gOGTT検査を受けた方には個別に説明することで食事や運動の具体的な話をする事ができた。	全て直営で実施。 動機付け支援対象で重症化の値がない人についてもグループ支援は中止し、個別にて実施していく。生活実態が見えないので、できるだけ来所ではなく訪問で結果を返していく。 今後も改善できるように2次検査を入れて、継続支援をできるだけ行っていく。
重症化予防事業	虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる高血圧・脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていく。 重症化予防対象者への個別対応の徹底 実施率97~100%	重症化予防対象者への個別対応:面談・訪問等 ・血圧Ⅱ度以上 ・HbA1c6.5以上 (治療中は7.0以上) ・尿蛋白2+以上(CKD対象者) ・LDL180以上 ・心房細動の所見あり	高血圧者:実施者48人・100% 高血糖者:73人・98.6% 腎機能低下者: 40人・97.6% 脂質異常者: 17人・100% 心房細動:7人・100%	◆特定健診結果での有所見率の変化(H25→H28) 重症化予防対象者(率) H25 327人(28.8%) H28 361人(28.9%)↑ 血圧Ⅱ度以上 4.6%→5.6%↑ HbA1c6.5以上 6.8%→7.9%↑ ◆改善率(H27・28比較) 血圧Ⅱ度以上 66.7% HbA1c7.0以上 49.1% LDL180以上 68.2%	町スタッフ(保健師5名、管理栄養士2名)	健診結果をもとに、町での優先順位で対象者を振り分けて、保健指導を実施。 対象者によっては、その後も継続して保健指導を実施していく。必要に応じて、かかりつけ医との連携を図っていく。	初回指導後は、必要に応じて継続してフォローするようにしているが、支援が不十分である。 評価で、HbA1c7.0以上の改善率目標をH29年度までに40%としていたが、達成できていた。血圧とLDLに関しては目標値まで届いていなかったため、治療の必要な方には受診勧奨をしていく。	初回は100%を目指して実施し、継続支援ができるように支援管理台帳を作成。月ごとに実施状況を確認できるように、データは見える化しておく。
		・尿蛋白(+),(±)の者を対象に、心血管系リスク評価のため、尿蛋白定量検査を実施する。 ・糖尿病性腎症予防の観点から、HbA1c6.5以上または空腹時血糖126以上の糖尿病未治療者を対象に微量アルブミン尿検査を実施	・尿たんぱく定量検査(一部医療機関で全員実施あり)蛋白(±+)25人提出し、顕性蛋白尿2人。 蛋白(-)75人中、顕性蛋白尿1人。 ・微量アルブミン尿検査34人提出し、微量アルブミン尿4人。 *結果は別紙参照	結果は別紙参照 (H28尿再検結果まとめCKD分類表)	検査委託機関:集団健診・・・熊本市内の健診機関に委託。当日の尿検査で蛋白(±+)の者に尿たんぱく定量を実施。(外部委託) 施設検診・・・管内の健診機関2か所に委託。健診当日全員実施と別日に尿検査で蛋白(±+)の者に実施する方法で実施。別日に実施する場合は検体提出日を2日間設けて保健センターへ提出してもらう方法をとっている。 結果返却は、CKD重症度分類表に結果を記入し、悪化した人に個別返却。異常なし(A1)者は郵送。	集団健診と一部の施設検診では当日の尿を使ってたんぱく定量検査してもらったので実施者の負担も少なかった。 結果の返し方として、本人へ検査の見方や今後の改善点などがうまく伝わったか不明。わかりやすく本人に伝える方法を検討していく必要がある。	H28年度と同様に実施。 ・尿蛋白定量検査 集団健診において尿蛋白(±),(+)者の尿蛋白定量検査を同日実施(委託先の健診センターから外部検査機関へ依頼)、施設健診はH28年度と同様。 ・微量アルブミン尿検査 集団も施設もH28年度と同様実施。	
		頸部エコー検査実施。 40~74歳以下で、特定健診や基本健診を受けた方で、血圧・血糖・脂質・腹囲の基準に該当する方。血圧・脂質・血糖の3疾患治療中の者。	受診者は31名。 対象者96人/1248人中、該当率7.6%。健診申し込み数は33名(申込み率34%)であった。	紹介状あり者数 0人。 ブランクで緊急性のある方はいなかったが、狭窄率が50%程度の方や肥厚の方がいた。正常範囲者は 11人(35.5%)。	対象者には、10月に申込みを送り、受診希望のあった方へ問診票と案内を送り、1月末に検診車にて検査実施。 健診委託先:熊本市内の健診センター 健診結果説明会は今年度から個別に町のスタッフが実施。結果については健診機関の様式を使用した。	結果説明は個別に実施したが、結果の見方などうまく伝えられなかった部分があった。写真などの映像があるともっとわかりやすいと思われる。健診結果をイメージしやすく、生活改善につなげられるような説明が必要である。	結果説明が、個別に実施するのは初年度ということもあり、実施して難しかった。生活改善につなげるためにもわかりやすい結果表が必要であり、健診機関へ結果表の改善や工夫(写真や画像がもらえないか)について交渉していく。	