

令和元年度の取組と課題 全体評価表

課題・目標	評価				⑤残っている課題
	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	
<b>目標</b>	全体				
<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす。</li> <li>●脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による透析の医療費の伸びを抑制する。</li> <li>●脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす。</li> </ul>	◎目標管理一覧表より ・R元年の医療費のうち、慢性腎不全（透析あり）が占める割合は11.4%で、県（9.5%）、同規模（7.2%）、国（8.5%）と比較して高い。 ・R元年の糖尿病の有病率は22.1%で、県（21.7%）、同規模（21.9%）、国（23.0%）と比較して県と同規模より高い。 ・R元年はがんによる死亡率が52.1%で県（46.3%）、同規模（45.6%）、国（49.9%）と比較して高い。	◎特定健診受診率（%） H28 48.5% H29 55.0% H30 57.0% R1 52.4%  ◎特定保健指導実施率（%） H28 71.6% H29 79.2% H30 75.2% R1 77.3%	●R元年度の健診受診率が低下し目標に達していないため、受診勧奨を継続して受診率向上に繋げる。 ●脳血管疾患や虚血性心疾患の有病率が、同規模、県、国と比較して割合が高くなっている。 ●糖尿病、高血圧、脂質異常症すべて同規模、県、国と比較して有病率が高い。 ●がん健診の受診率は低く、目標値に達していない。		
<b>全体</b>	●保健活動をPDCAサイクルに基づいて計画実施する。				
<b>未受診者対策の課題</b>	未受診者対策				
<ul style="list-style-type: none"> <li>●受診率が伸びていたがR元年度に下がり、目標に達していない。</li> <li>●特定保健指導対象者の減少率が目標に達していない。</li> </ul>	H29年度、H30年度の特定健診未受診者でR元年度申込みのない方への訪問を実施した。 <b>【除外】</b> ○R元年度に75歳になる人 ○R元年度の健診申込みをした人又は受診しない理由書を提出した人 ○施設入所等で明らかに受診の困難な人	対象者380名 健康づくり推進員と町職員の訪問による受診勧奨	健診受診に繋がった者 39名 達成率 10.3%  ●訪問による受診勧奨を継続する。 ●訪問でも受診に繋ぐことができなかった人への対応を検討する。		
<b>重症化予防対策の課題</b>	重症化予防対策				
<ul style="list-style-type: none"> <li>●保健指導内容の検討。</li> <li>●住民一人一人の健康問題やそれに対する目標や注意点などを保健師・栄養士も把握し、医療機関と共通認識を持った上で支援していく。</li> </ul>	・糖尿病管理台帳名簿の追加と整理をする。 ・健診結果説明時から担当を決めておく。 ・R元年度健診受診者で重症化予防対象者のうち医療機関受診の確認ができない者への手紙、資料、アンケートを郵送した。	H30年糖尿病管理台帳125名 町内医療機関：52名 町外医療機関：58名 未受診：15名 R元年糖尿病管理台帳132名 町内医療機関：58名 町外医療機関：61名 未受診：13名 R元年健診受診者重症化予防対象者のうち医療機関受診の確認ができない者13名 内訳：LDL5名、血圧8名	アンケート返信有 4名 回収率 31% うち医療機関受診に繋がった者 2名 達成率 15%  ●健診受診者の医療機関未受診者や治療中断者を医療機関へ繋ぐ場合は、健診結果とともに精密依頼書を持参して受診してもらい、結果報告書を返送してもらい連携を図る。 ●糖尿病管理台帳名簿で医療機関未受診者への受診勧奨。 ●治療中の人の糖尿病連携手帳等での医療機関との連携。 ●アンケートの返信がない者は、重症化予防のための医療機関受診勧奨を電話や訪問で進め、把握する。 ●重症化予防対象者の把握と追跡を継続する。		
<b>医療との連携に関する課題</b>	医療との連携				
<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関との連携としてより良い連携方法はないか再度見直す。</li> <li>●医療機関での指導事項のみの記載の方への指導や、糖以外の重症化予防対象者への保健指導の内容を検討する。</li> <li>●医療機関との連携法と報告方法を検討する。</li> </ul>	・H30、R元年度特定健診受診者のうちHbA1c6.5以上の者に、かかりつけ医との連携についての同意が得られた者に対して保健指導指示書を渡し、医療機関受診後に指示書の返信があった者に保健指導を継続する。 ・特定健診の二次検査として、H30、R元年度健診受診者でHbA1c6.5以上の人に微量アルブミン尿検査を実施し、結果をかかりつけ医に診てもらうよう説明して返した。	H30年度健診受診者915名 HbA1c6.5以上68名（生保2名含） アルブミン尿検査受診者52名 R元年度健診受診者822名 HbA1c6.5以上69名（生保1名含） アルブミン尿検査受診者50名	指示書返信有 H30年度25名（生保2名、後期1名含） 回収率 36.8% R元年度18名 回収率 26.1% 計43名のうち生保、後期を除く40名は支援済 支援率100%  ●かかりつけ医との連携に同意を得られた人に保健指導指示書を渡し、医療機関受診後に指示書の返信がある人へ保健指導。 ●糖尿病性腎症第2期を逃さず早期介入するため微量アルブミン尿検査を実施し、医療機関と連携して支援した。 ●医療機関とのより良い連携方法はないか再度検討する。		