

参考2 取組の評価と課題：全体評価表

1. 特定健診受診率及び特定保健指導終了率の向上 (1) 検査結果提供用紙提出促進事業																																																			
目標	評価				次年度に つなげる課題																																														
	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)																																															
長期目標 ABCD 短期目標 ①	【背景】 未受診者の約6割が治療中である。 【概要】 病院等の検査結果から、特定健診の必須項目の情報提供を受けることで、特定健診を受診したとみなすことができる。 【情報提供を推進するしくみ】 概要を分かりやすく説明し、情報提供を推進する取組の検討	【検査結果提供用紙の作成】 提供の方法を、マンガで説明した専用の用紙を作成。 【配布】 特定健診受診券の送付の際に、提供用紙の送付。 【情報提供者へのインセンティブ創出】 提供者には、粗品(市指定ゴミ袋)の贈呈	【配布数】 受診券送付時 約500 随時勧奨 約300 【個別勧奨】 約1,000人 【返信数】 424 受診率に換算 424/17,367人 * 100 = 2.4%	【特定健診受診率】 <table border="1"> <tr><td></td><td>H29</td><td>H30</td><td>R1</td></tr> <tr><td>受診率</td><td>38.9%</td><td>39.2%</td><td>37.6%</td></tr> <tr><td>受診者数</td><td>7,014人</td><td>6,971人</td><td>6,529人</td></tr> <tr><td>県内順位</td><td>17位</td><td>27位</td><td>34位</td></tr> </table> 【保健指導終了率】 <table border="1"> <tr><td></td><td>H29</td><td>H30</td><td>R1</td></tr> <tr><td>受診率</td><td>79.4%</td><td>74.1%</td><td>73.2%</td></tr> <tr><td>終了数</td><td>707人</td><td>646人</td><td>540人</td></tr> <tr><td>県内順位</td><td>10位</td><td>16位</td><td>16位</td></tr> </table>		H29	H30	R1	受診率	38.9%	39.2%	37.6%	受診者数	7,014人	6,971人	6,529人	県内順位	17位	27位	34位		H29	H30	R1	受診率	79.4%	74.1%	73.2%	終了数	707人	646人	540人	県内順位	10位	16位	16位	受診率の低下と県内順位の低下 保健指導終了率の低下														
	H29	H30	R1																																																
受診率	38.9%	39.2%	37.6%																																																
受診者数	7,014人	6,971人	6,529人																																																
県内順位	17位	27位	34位																																																
	H29	H30	R1																																																
受診率	79.4%	74.1%	73.2%																																																
終了数	707人	646人	540人																																																
県内順位	10位	16位	16位																																																
2. 生活習慣病重症化予防の取組 (1) 受診者のフォローアップ事業																																																			
目標	評価				次年度に つなげる課題																																														
	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)																																															
長期目標 ABCD 短期目標 ①②	○国保年金課 被保険者証発送の際、受診勧奨のチラシを同封。 窓口を訪れた被保険者の受診状況を確認、未受診者に対し受診勧奨を行い健康づくり課に案内。 ○健康づくり課 受診の必要性を説明、申込みの手続き ○国保年金課・健康づくり課 情報共有、取組の検討を目的に、会議の開催。	【国保年金課で未受診者の把握】 国保年金課で受診の有無の確認ができない状況にあったため、確認ができるようPCの改修を行った。 【対応職員への説明】 確認方法と案内方法について、説明を実施。	対応職員への説明会の開催 1回 定期的な会議の実施 3回	上記(1)検査結果提供用紙提出促進事業のアウトカム(結果)参照	個別の事業評価を実施するために、勧奨チラシの配布数等評価する指標の検討																																														
2. 生活習慣病重症化予防の取組 (2) 糖尿病性腎症重症化予防事業																																																			
目標	評価				次年度に つなげる課題																																														
	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)																																															
長期目標 ABCD 短期目標 ③④⑤	【連絡票の作成】 市独自で、受診勧奨値にある人を確実な受診につなげる目的で連絡票を作成。 【運用のしくみの構築】 主に、市内の医療機関に周知し、受診後の適切な治療につながるよう依頼	【対象者の設定】 受診勧奨値を超えている者 【方法】 下記該当者に、連絡票を結果に同封 <table border="1"> <thead> <tr><th>項目</th><th>数値</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 血圧</td><td>Ⅱ度以上</td></tr> <tr><td>2 HbA1c</td><td>6.5%以上</td></tr> <tr><td>3 中性脂肪</td><td>1,000mg/dl以上</td></tr> <tr><td>4 LDL</td><td>180mg/dl以上</td></tr> <tr><td>5 尿蛋白</td><td>プラス以上</td></tr> <tr><td>6 e-GFR</td><td>45未満</td></tr> <tr><td>7 心電図</td><td>DE判定</td></tr> </tbody> </table>	項目	数値	1 血圧	Ⅱ度以上	2 HbA1c	6.5%以上	3 中性脂肪	1,000mg/dl以上	4 LDL	180mg/dl以上	5 尿蛋白	プラス以上	6 e-GFR	45未満	7 心電図	DE判定	【実施内容】 1・2・3) 内服なしの場合は訪問 4) 郵送 5・6) 経過を確認して判断 7) 訪問 <table border="1"> <thead> <tr><th>項目</th><th>該当数(人)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 血圧</td><td>16</td></tr> <tr><td>2 HbA1c</td><td>256</td></tr> <tr><td>3 中性脂肪</td><td>2</td></tr> <tr><td>4 LDL</td><td>230</td></tr> <tr><td>5 尿蛋白</td><td>79</td></tr> <tr><td>6 e-GFR</td><td>110</td></tr> <tr><td>7 心電図</td><td>23</td></tr> </tbody> </table>	項目	該当数(人)	1 血圧	16	2 HbA1c	256	3 中性脂肪	2	4 LDL	230	5 尿蛋白	79	6 e-GFR	110	7 心電図	23	【返信状況】 発行数 606 返信数 315 返信率 52% 【指標】 高血圧の者(Ⅱ度以上)の割合の減少 4.1%(平成30年度 4.1%) LDLコレステロール160mg/dlの割合の減少 13.4%(平成30年度 14.1%) LDLコレステロール180mg/dl以上の未治療の割合 93.5%(平成30年度 92.8%)	返信に加え、レセプトでの受診状況を確認、未受診者に対するの再々勧奨の検討。 経年的な評価の実施(経年的に受診につながっていない人等) LDLコレステロール未治療者割合の高さ														
項目	数値																																																		
1 血圧	Ⅱ度以上																																																		
2 HbA1c	6.5%以上																																																		
3 中性脂肪	1,000mg/dl以上																																																		
4 LDL	180mg/dl以上																																																		
5 尿蛋白	プラス以上																																																		
6 e-GFR	45未満																																																		
7 心電図	DE判定																																																		
項目	該当数(人)																																																		
1 血圧	16																																																		
2 HbA1c	256																																																		
3 中性脂肪	2																																																		
4 LDL	230																																																		
5 尿蛋白	79																																																		
6 e-GFR	110																																																		
7 心電図	23																																																		
目標	評価				次年度に つなげる課題																																														
	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)																																															
長期目標 D 短期目標 ⑤	【糖尿病体制整備】 5者(糸島医師会、糸島歯科医師会、糸島薬剤師会、糸島市保健福祉事務所、糸島市)協定による連携事業 【糖尿病連携実務者会議】 糖尿病専門医、腎専門医等で構成する会議。課題を検討し対策を協議する。 3回/年 実施 【糖尿病医療連携シート】 ①確実な受診につなげる②かかりつけ医と専門医の連携を図る③かかりつけ医と市が連携した保健指導の実施を目的に平成30年度から運用を開始している。	【対象者の設定】 特定健診受診者のうち、HbA1c 6.0%以上 【方法】 下記該当者に、チラシまたは「糖尿病医療連携シート」を結果に同封 ○連携シート該当者 <table border="1"> <thead> <tr><th></th><th>健診形態</th><th>HbA1c数値等</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>啓発チラシ</td><td>集団・個別</td><td>6.0~6.4%</td></tr> <tr><td>連携シート①</td><td>集団</td><td>6.5%以上の未治療者</td></tr> <tr><td>連携シート②</td><td>集団</td><td>7.0%以上の治療中の者</td></tr> <tr><td>連携シート③</td><td>個別</td><td>6.5%以上</td></tr> </tbody> </table>		健診形態	HbA1c数値等	啓発チラシ	集団・個別	6.0~6.4%	連携シート①	集団	6.5%以上の未治療者	連携シート②	集団	7.0%以上の治療中の者	連携シート③	個別	6.5%以上	【実施内容①】 啓発チラシ 郵送 連携シート①② 訪問し説明・指導 連携シート③ 医師から説明・指導 <table border="1"> <thead> <tr><th>内容</th><th>実施数(人)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>郵送</td><td>1,902</td></tr> <tr><td>市訪問・説明指導</td><td>404</td></tr> <tr><td>医師説明指導</td><td>227</td></tr> </tbody> </table> 【実施内容②】 かかりつけ医から市に保健指導・栄養指導の依頼を受け、指導を実施。指導結果は、かかりつけ医に書面で報告。	内容	実施数(人)	郵送	1,902	市訪問・説明指導	404	医師説明指導	227	【返信状況】 <table border="1"> <thead> <tr><th rowspan="2"></th><th colspan="3">R1年度</th></tr> <tr><th>発行数(枚)</th><th>返信数(枚)</th><th>返信率(%)</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>連携シート①</td><td>256</td><td>115</td><td>44.9</td></tr> <tr><td>連携シート②</td><td>148</td><td>61</td><td>41.2</td></tr> <tr><td>連携シート③</td><td>227</td><td>180</td><td>79.3</td></tr> <tr><td>計</td><td>631</td><td>356</td><td>56.4</td></tr> </tbody> </table> 【指導依頼数】 54人 うち47人終了 終了率 87% 【指標】 ヘモグロビンA1c 6.5%以上の割合 40.4%(平成30年度 40.0%) ヘモグロビンA1c 7.0%以上の割合 58.6%(平成30年度 52.5%)		R1年度			発行数(枚)	返信数(枚)	返信率(%)	連携シート①	256	115	44.9	連携シート②	148	61	41.2	連携シート③	227	180	79.3	計	631	356	56.4	返信に加え、レセプトでの受診状況を確認、未受診者に対するの再々勧奨の検討。
	健診形態	HbA1c数値等																																																	
啓発チラシ	集団・個別	6.0~6.4%																																																	
連携シート①	集団	6.5%以上の未治療者																																																	
連携シート②	集団	7.0%以上の治療中の者																																																	
連携シート③	個別	6.5%以上																																																	
内容	実施数(人)																																																		
郵送	1,902																																																		
市訪問・説明指導	404																																																		
医師説明指導	227																																																		
	R1年度																																																		
	発行数(枚)	返信数(枚)	返信率(%)																																																
連携シート①	256	115	44.9																																																
連携シート②	148	61	41.2																																																
連携シート③	227	180	79.3																																																
計	631	356	56.4																																																
3. ポピュレーションアプローチ																																																			
目標	評価				次年度に つなげる課題																																														
	ストラクチャー (構造)	プロセス (実践の過程)	アウトプット (事業実施量)	アウトカム (結果)																																															
長期目標 ABCD 短期目標 ①②③④⑤	【小学校区単位の健康づくり推進事業】 各小学校区毎、保健師、看護師、管理栄養士の担当をおき、各種団体との協力や様々な機会を活用し、保健事業を展開する。 【広報、HP、SNSを活用した周知】 広報、HPに加え、情報メールいとしまを活用した健康情報の発信。	【各校区の事業計画作成】 15校区/15校区 【各種団体と協議し取組の決定】 各コミュニティセンター、区長会、食生活推進協議会等団体との協議 【取組の実践】 課題の共有、正しい情報、知識の周知、生活習慣の改善、疾病の早期発見のための特定健診、がん検診の受診率向上の取組の実施	【講座の実施】 ○コミュニティセンターとの共同事業 14事業 延べ439人 ○各種団体の支援事業 4団体 延べ133人 【受診勧奨】 訪問、ポスティング 1,398人 【介護との連携】 地域ケア会議への参加 19回	中間評価 短期目標の評価参照	令和元年、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な事業の開始により、事業効果、マンパワー等を考慮し、取組の優先度の検討。																																														

