

高浜町 A 健診だけを受ける健康な人を増やす取り組み＝ A2. 長期的な効果を目指した生活習慣改善講座

	アウトカム 【アウトカム指標】	介入策 【アウトプット指標】	アウトカム 【アウトカム指標】	介入策 【アウトプット指標】	
第1次計画 D	最終アウトカム 講座受講者の生活習慣が改善し、長続きする 【受講者の生活習慣が長期間改善している】	1. 生活習慣の変化を長期に把握できる仕組みを作る H27 生活習慣改善講座の評価指標を決める 【追加問診項目の決定】 H28 【集団健診に問診項目を追加する】 H29 【個別健診にも追加する】	最終アウトカム 健診だけを受ける健康な人が増える 【医療を受けていない健診受診者（要医療者を除く）の増加】 【リスクに応じた対策（生活習慣）を実践する人が増える】 H29 をベースラインとする	1. 継続	第2次計画 P
	中間アウトカム 糖尿病予防、減塩、減量プログラム受講者の生活習慣が改善する 【受講後の生活習慣改善自信度 7/10 点以上】 【1年後の生活習慣改善継続率】 【1年後のデータ改善】	2. 糖尿病予防講座を実施する H27 改善意欲のある人向けの参加型・通信型講座を広く案内する 【それぞれ1クール】【案内数】【参加者数】【テキスト化】 H28 血糖悪化予測該当者向けに講座を実施する（個別支援）。 【悪化予測を行ったか】【案内数】【参加者数】【テキストの改良】 フォロー講座の必要性を検討する 【案内数】【参加者数】 H29 血糖悪化予測該当者向け講座およびフォロー講座を実施する 【実施したか】【案内数】【参加者数】	中間アウトカム 検討中	2. 継続 ・血糖悪化予測者と HbA1c6.3、6.4 の人向け講座およびフォロー講座を実施する ・血糖高値者には、講座用テキストを簡略した媒体により、結果返し時に指導する 【媒体作成したか】【指導者数】 ・スタッフ向けに指導者研修会を行う 【参加者数】	

第1次 C 評価	<p>○実施評価（実施結果。計画したことをどこまでできたのか？実施方法や内容の適切性は？）</p> <ol style="list-style-type: none"> H27 【追加問診項目を決定】、H28 【集団健診用問診票に10項目を追加】、H29 【個別健診に追加】【データ化した】 H27 参加型講座【1クール実施】【案内数 242名】【参加者数 22名】【テキスト作成した】。 通信型講座 - 食事診断タイプ【案内数 213名、参加者数 22名】通信型講座 - 食事診断無タイプ【テキスト送付のみ 198名】 H28 【血糖悪化予測】を行い、該当者には恐怖訴求型案内【通知 21名】【参加者数 10名】【H27 テキスト改良し】を使用した。 指導 1 か月後に希望者に対し個別相談を実施した【9名】。H27 受講者向けフォロー講座は【必要性を検討】【実施せず】 H29 血糖悪化予測該当者に案内【通知 23名】【参加者数 13名】【テキストは完成し出版】。 HbA1c6.3、6.4 の該当者にも案内【通知 3名】【参加者数 1名】。1 か月後フォローをアンケートで実施予定。 H28 受講者向けフォロー講座【案内 9名】【参加 2名】 H30 以降、町内スタッフが実施できるよう【スタッフ研修会開催 2回】【参加者数延べ 30名】【講師個別支援見学 10名】 H28 【テキストを媒体作成した】【減塩講座実施せず】 H28 減量講座【実施せず】。減量アプリを試行したが課題が多く導入は取りやめた。他の代替策も決まらず。 <p>○結果評価（目的、目標の達成度。実施前後の状態の変化を評価しましょう）</p> <p>糖尿病予防講座：H27 参加型講座では【終了時自信度 7/10 点以上】。 もともと生活習慣が良好な人が多く、HbA1c は参加 2 年後までほぼ悪化なし。 通信型（食診断有）も同様。参加率は 18% で、健康意識の高い人に偏った。 H28 から講座内容の変更に合わせて自信度 5 段階に変更【終了時自信度 4.3/5】、 講座参加率は 47.6%。【1 年後のデータ改善】あり。長期改善は今後評価。 【生活習慣改善継続】主食の計量等は 1 年後も確認された H29 参加率 53.8% 減塩講座：実施せず。より多くの対象者に介入できる策が好ましいと判断し、健診当日および結果返し時の高血圧指導に切り替えた。 減量講座：実施せず。</p> <p>○企画評価（計画の目的や目標、実施計画、評価指標等の適切性はどうか？）</p> <p>目標：目標を「生活習慣の改善が長続きすること」としたのは、疾病の発症・重症化を予防するために適切であった。 実施計画：1. 健診票に問診項目を追加して、介入群と対照群の生活習慣変化を長期追跡できるようになり、介入効果の検証に有効であった。 2. H27 年の糖尿病予防講座は効果が見られなかったが、ヘルスアップ事業を活用して食後血糖の測定や食事診断ができ、貴重なデータが得られた。H28 以降は、悪化予測の導入による対象者の絞り込み、参加意欲を高める通知、参加者への支援内容の充実を組み合わせ、効果のあるプログラムとなった。 4. 減量講座に関しては、計画修正できず PDCA サイクルが回らなかった。</p> <p>評価指標：【受講後の自信度】は、参加者の意欲と改善目標の適切性の判断も兼ねることができ適切。10 段階を 5 段階に変えたことで明確となった。【生活習慣改善継続率】は、指標としてあいまいで改善必要。</p>	<p>H28 糖尿病予防講座評価（1 年後）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">HbA1c 平均値</th> <th colspan="2">HbA1c6.5 以上</th> </tr> <tr> <th>H28</th> <th>H29</th> <th>H28</th> <th>H29</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>介入群</td> <td>6.2</td> <td>6.1</td> <td>0/9 人</td> <td>1/9 人</td> </tr> <tr> <td>対照群</td> <td>6.3</td> <td>6.5</td> <td>0/10 人</td> <td>4/9 人</td> </tr> </tbody> </table>		HbA1c 平均値		HbA1c6.5 以上		H28	H29	H28	H29	介入群	6.2	6.1	0/9 人	1/9 人	対照群	6.3	6.5	0/10 人	4/9 人
		HbA1c 平均値		HbA1c6.5 以上																	
H28		H29	H28	H29																	
介入群	6.2	6.1	0/9 人	1/9 人																	
対照群	6.3	6.5	0/10 人	4/9 人																	
	<p>○企画評価（計画の目的や目標、実施計画、評価指標等の適切性はどうか？）</p> <p>目標：目標を「生活習慣の改善が長続きすること」としたのは、疾病の発症・重症化を予防するために適切であった。 実施計画：1. 健診票に問診項目を追加して、介入群と対照群の生活習慣変化を長期追跡できるようになり、介入効果の検証に有効であった。 2. H27 年の糖尿病予防講座は効果が見られなかったが、ヘルスアップ事業を活用して食後血糖の測定や食事診断ができ、貴重なデータが得られた。H28 以降は、悪化予測の導入による対象者の絞り込み、参加意欲を高める通知、参加者への支援内容の充実を組み合わせ、効果のあるプログラムとなった。 4. 減量講座に関しては、計画修正できず PDCA サイクルが回らなかった。</p> <p>評価指標：【受講後の自信度】は、参加者の意欲と改善目標の適切性の判断も兼ねることができ適切。10 段階を 5 段階に変えたことで明確となった。【生活習慣改善継続率】は、指標としてあいまいで改善必要。</p>																				

第1次 A 改善	<p>（評価から改善策を考えましょう）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第1次計画で糖尿病予防対策用テキスト・個別支援用プログラムがほぼ完成した。 ・前年受講者向けフォロー講座への参加率が低かった。データが改善して安心したのか、実施方法や時期に課題があるのか原因は不明。今年度中に調査する。毎年1名ずつフォロー者が増えても実施可能な改善策とする。 ・スタッフの支援力向上が必要→ 和田診療所とも連携し研修会を計画的に実施する ・血糖悪化予測者と HbA1c6.3、6.4 というハイリスク者の参加率は高いが、人数に限られる。個別支援用プログラムを簡略化し、健診結果返し時に高血糖者全員を支援することで、対象人数を増やす。 ・健診当日と結果説明会で高血圧指導を行い、家庭血圧測定と減塩知識の普及を図る。 ・肥満者の人数は多く、適切な介入策を早急に検討する必要がある。 	第1次 A 改善
	<p>③うまくいかなかった点は評価に基づいて改善する</p> <p>第1次計画では、【健診結果返し】→【各種講座の実施】としていたが、第2次計画では、各疾患に適切であると思われるタイミングでの介入策へと切り替え、A1 と A2 の対策を一体化していく。これに伴い、最終アウトカム評価指標は、健診だけを受ける健康な人の割合の増加に変更する。H29 をベースラインとする。</p> <p>【生活習慣改善継続率】は、問診項目でリスクに応じた対策がいくつ実践されているかで評価する（たとえば DM なら 5 つ中何個実践）</p>	

①アウトプット指標で実施評価する

②アウトカム指標で結果評価する

④改善した点だけ計画に反映させる

③うまくいかなかった点は評価に基づいて改善する