

# 活動成果報告書

令和元年度（第23回）「チヨダ地域保健推進賞」

活動テーマ 糖尿病重症化予防のための保健師による訪問活動 ～6か月間の継続的な支援～	
グループ名称・氏名(グループの場合は代表者名) 大和市役所 健康福祉部 健康づくり推進課 代表者：竹中 弥和	 <p>訪問の様子</p>
勤務先：大和市役所 所 属：健康福祉部 健康づくり推進課 所在地：〒242-8601 神奈川県大和市鶴間1-31-7 TEL：046-260-5663 FAX：046-260-1156	

## 1. 活動方針

大和市は人口約23.5万人(人口密度8,706人/㎢・県内2位)、高齢化率23.7%(平成30年10月1日現在)である。平成28年度の国民健康保険被保険者の糖尿病有所見率は0.5%であり、県内の同規模市と同等である。一方で、慢性腎臓病(透析)における医療費の割合は、同規模市が10.1%であるのに対し、大和市は14.4%と、人工透析患者が有意に多い。糖尿病は合併症を併発することによって、生活の質ならびに社会経済的活力と社会保障資源に多大な影響を及ぼすため、糖尿病重症化予防は国においても喫緊の課題として取り組みを推進している。本市では、国が糖尿病重症化予防事業を打ち出す以前より、生活習慣病対策の一環として保健師による訪問活動を平成25年からモデル的に開始し、平成28年度には市内全地区(11地区)に拡大した。今回は平成29年度の結果と今後の計画を報告する。

## 2. 活動内容とその成果

対象者：平成29年度、国民健康保険被保険者の特定健康診査の結果、 $HbA1c \geq 7.0\%$ かつ $eGFR > 50$ に該当する者（ $HbA1c \geq 7.0\%$ かつ $eGFR \leq 50$ に該当する者は管理栄養士による訪問活動を実施）

介入期間：平成29年10月から平成30年9月のうち6か月間

訪問の流れ：①特定健康診査の結果から対象者を抽出し、個別通知

②経年の特定健康診査結果と保健指導履歴などの記録、家族情報やレセプト情報を収集し、事前アセスメントを実施

③初回訪問：医師の説明や通院・服薬状況、対象者の理解度の確認を経て、健診の結果を基に生活習慣の振り返りと改善に向けて保健指導を実施。継続支援の必要性を伝え目標を立案

④中間評価：初回訪問から3か月後に訪問または電話等で生活習慣の改善・維持を支援

⑤最終評価：初回訪問から6か月後に訪問または電話等で生活習慣の改善・維持を支援

# 活動成果報告書

平成 29 年度の対象者は 456 人(特定健診受診者の 3.7%)であり、保健指導完了者は 138 人(対象者の 30%)であった。保健指導完了者の内訳は男性 74 名、女性 64 名であり、年齢は 42~75 歳(平均 70.5 歳)であった。保健指導未実施者の内訳は、不在 164 人(36%)、拒否 102 人(22%)であった。中断者は 52 人(11%)であった。

保健師が聞き取りを行い把握した保健指導完了者の生活習慣の課題を図 1 に示す(複数回答)。多かったのは食事(117 人)であり、次に活動・運動(102 人)、飲酒(16 人)、服薬中断(8 人)であった。

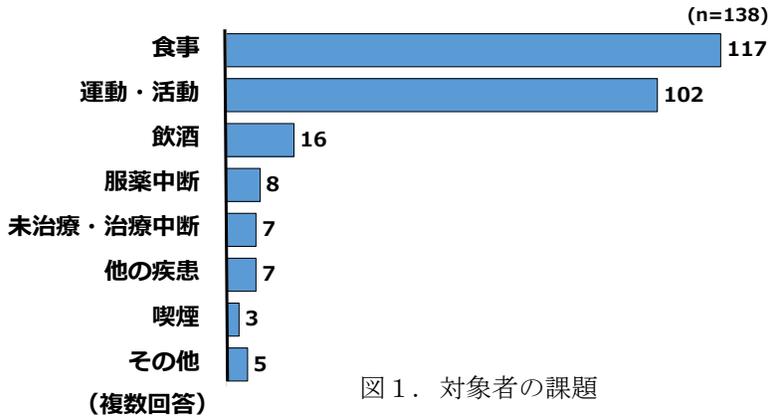


図 1. 対象者の課題

保健指導完了者のうち、行動変容あり・一部ありの者は 90 人(65%)であり、「維持・なし・悪化」の者は 48 人(35%)であった。保健指導における生活習慣改善の例を図 2 に示す。

平成 29 年度保健指導実施者のうち翌年の結果が把握できたのは 132 人であった。把握した HbA1c 値を階層別に分析し図 3 に示す。改善が 71 人(53.8%)、維持が 45 人(34.1%)悪化が 16 人(12.1%)であり、特に 7%未満に改善した人は 49 人(37%)であった。



図 2. 保健指導における生活習慣改善の例

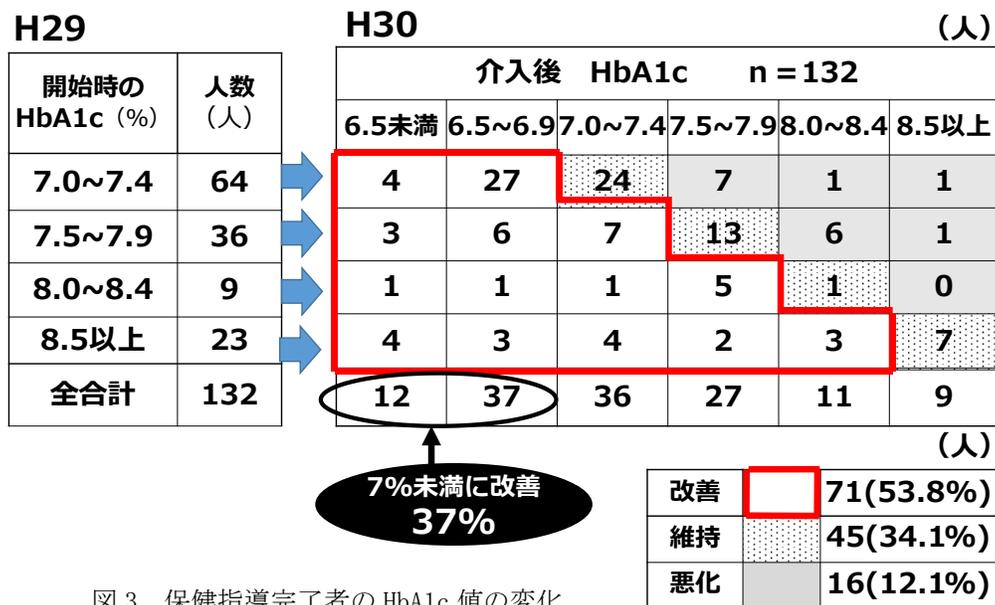


図 3. 保健指導完了者の HbA1c 値の変化

# 活動成果報告書

平成 29 年度保健指導未実施者で翌年の健康診査結果が把握できたのは 203 人であった。HbA1c 値の前年との差の平均を図 4 に示す。保健指導完了者は前年と比較し HbA1c 値が平均 0.55%減少した。

翌年の特定健康診査結果のうち、HbA1c 値が 8%以上に悪化した人数を図 5 に示す。保健指導未実施者は 14.3 (29 人)、保健指導完了者は 9 人 (6.8%) であった。

保健指導完了者における、保健指導を受けた感想を図 6 に示す。

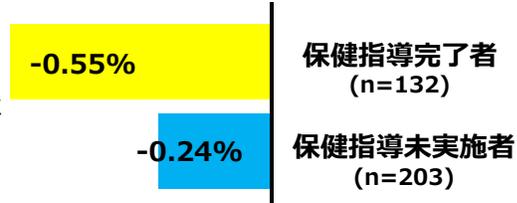


図 4. HbA1c 値の平均(前年との比較)

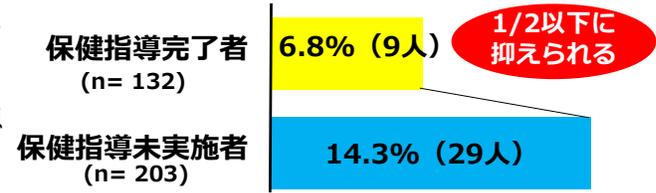


図 5. HbA1c 値 8%以上の者の比較

- ・自宅まで来てくれるのが良い。無料で丁寧に話を聞いたので良かった。
- ・一人だと自分に甘くて達成できないが、保健師さんが定期的に訪問してくれたので頑張れた。
- ・心配してくれているということが分かり、生活習慣改善に取り組んでみようかなと思った。
- ・「どうして高血糖になっているのか」という話は、初めて聞いた。
- ・治療を始めるきっかけとなって良かった。
- ・シリウスで健康講座を行っている聞き、受講してみたら勉強になった。

図 6. 保健指導を受けた感想

## 3. 今後の計画

### ○特にPRしたいこと

- ・保健師による糖尿病重症化予防のための訪問活動によって、保健指導完了者の 53.8%は HbA1c 値が改善し、悪化した人 (HbA1c 値が 8%以上) は保健指導未実施者と比べて 1/2 以下に抑えられた。
- ・地区の保健師が訪問を行うことで、生活の様子を深く理解し、より生活に根差した具体的な実践方法を提案できた。また、対象者を通して地区の課題も把握できたことで、地区での事業や市全体の事業に反映することができた。
- ・保健師による糖尿病重症化予防のための訪問活動を切り口に、認知症や精神疾患、生活に困窮している対象者やその家族を公的なサービスにつなげることができた。

### ○今後の計画(平成 30 年度から実施していること)

- ・利便性の向上：対象者が利用しやすいように開庁時間以外(平日夜間、土日)も訪問を実施している。また、自宅来訪への抵抗感がある方のために、自宅以外に、市の公共施設等でも面談を実施可能とした。
- ・訪問活動終了者への支援：シリウス(図書館等の複合施設:保健師等専門職を配置し健康相談や健康測定が可能)や、やまとウォーキングピック(市のウォーキングイベント、年 2 回)、健康普及員等、市では楽しく気軽に健康づくりが継続できる出来る仕組みを整備し、対象者が積極的に活用できるよう支援している。