

令和3年度 の取組みと課題整理 (令和3年度進捗状況)

徳島市 様式1

令和3年度の課題・目標 (令和2年度からの継続)	評価(良くなったところ)				⑤残っている課題 ↓ 令和4年度へ																																																								
	①取組みの計画・実践(プロセス)	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)																																																									
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健康診査受診率が低い ◆若い世代の受診率が低い ◆未受診者の対策 対象者の整理 未受診者対策の中でも、保健指導を受けたことのない者は受診率は低い ◆治療中の健診受診者が少ない ◆みなし健診の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨の広報のため、健診のポスターを掲示する。 「保健指導係 各店舗で健診実施ポスターを掲示する。 マルナカ・キヨー・エイオンでポスターを来客用に掲示する。 ●若い世代の受診率は低く、若年層割合が高い。生活習慣病の発症と重症化を予防するため、また40歳からの特定健診に繋がる様に今年度39歳以上の者に健診案内をする。希望者に6月中旬～8月末までに受診してもいい保健指導を行う。 ●AIによる未受診者の受診勧奨通知を始める。 ●未受診者へ通知で受診勧奨。(前年度は電話で受診勧奨していたが、コロナワクチン推進実施で実施が困難なため)また、一度も保健指導を受けていない未受診者はアプローチ後の受診率が低い。R3年度開始による未受診者通知(年2回)に変更する。過去保健指導を受けたことのある未受診者、前年度保健指導を受けた者のアプローチ後の受診率は高いため通知で対策していく。 ●治療中の者はすでに医療にかかっていることで健診受診が難しい。治療中の限定検査とは異なるため、健診やみなし健診をかりつけ医から勧めてもらう体制づくりを引き続き行う。(重症化予防連携医療機関へPR) ●健診データとPRデータの突合し対象者を抽出する。医療機関に依頼し、本人同意を得た上でかかりつけ医の検査データを健診データとして利用していく。(7～8月) ●健診受診行動を促す取り組みを実施(保険年金課と協同実施) ＜参加型＞・・・保険年金課 ＜今年度の特定健診及びがん検診を受診し、且つ健康づくりの取組みを行っている健康増進カードを贈り、100円の商品券を、抽選で100人に贈呈する。(応募用紙は、受診券に同封して対象者全員に送付。) ＜成果型＞・・・健康長寿課 ・・・既往の健康指導実施者で、昨年の健診結果に改善がみられた者に、1000円の商品券と賞状を贈呈。 	<ul style="list-style-type: none"> ●R3年度受診率(R4.126現在) 31.2% (R2年度 31.9%) ●39歳健診・受診後保健指導済93名 (申込者119、受診率78.8%) ●未受診者対策→コロナワクチン業務のため、通知に変更する。 <p>未受診者対策 (R3年4月1日)で徳島県国民健康保険に加入している74歳以下(者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①R1年度特定保健指導実施者でR2年度健診未受診者 ②R1年度HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR2年度健診未受診者 ③R2年度HbA1c6.5以上の糖尿病未治療者でR3年4月1日時点の糖尿病未治療者 ④R2年度39歳健診査(国保ヘルスアップ事業)の保健指導実施者 	<ul style="list-style-type: none"> ●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。 ●アプローチ結果を入力。未アプローチ者に色付けをし、従来にアプローチできる体制を整える。 ●アプローチ方法をフローチャートで示し、地区担当でアプローチ方法に備わらないように、ルールを作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍のため、対策項目を縮小し通知による受診勧奨となつたが、今後受診勧奨対象者とアプローチ方法を検討していく。 ●また、医療機関の協力も不可欠であり、住民と医療機関双方に健診への理解を促せる働きかけしていく。また、引き続き主治医から治療中の方に受診勧奨やみなし健診を依頼していく。 																																																									
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備者が男女ともに高い ●教室への参加者が少ない ●心電図所見の分析をし、虚血性心疾患対策に取り組む。 ●各疾患ごとの評価指標の検討 ●未治療者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区担当者による全数アプローチを目標としており、できる限り対象者と会い、保健指導を実施する。自分の体を毎年観察すること、健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらう必要がある。健診受診率の向上に向け取り組みも重要である。そのため保健指導を実施する際には各疾患別に理解してほしい内容を職員間で話し合い、保健指導用教材を選定し、指導にあたる。 ●重症化予防対象者へ通知勧誘を行い、さらに効率的に実施するための訪問勧誘を行う。 ●健診にて「心臓機能」の心電図検査結果は重症化予防対象者とし、管理台帳を作成する。心電図所見(ST低下、異常Q波、異常Q波、左室P/Qの)の者で健診後検査を受けていない場合は訪問、状況を確認する。必要に応じて専門医受診を勧める。心臓を守るための保健指導を通じ、自己管理する重要性を伝える。 ●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。 ●重症化予防対策が重要であることから、未受診や中断状況の確認を必ず行い、治療の重要性を伝えるいく。 ●CKDの診療ガイドライン(確定)により、尿蛋白より二次検査対象者としていたが、結果データを検討し、今年度から尿蛋白+以上及びeGFR60未満者に二次検査として尿蛋白定量検査を勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> ●R2年度みなし健診:70人 ●R3年度初めて受診対象者:987人(R3.1月) ●参加型:R3年度当選者695人 (R2:566人) ●成果型:R3年度対象者: 人(R2年度:121人) 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区別・対象別別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。 ●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を踏襲し作成した。夏の稼働には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や健診内容などを伝わり、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化できた。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。 ●二次検査の尿蛋白定量検査を受けた後、生活改善による変化が見えるように作成した「あなたの腎臓のための検査カード」を活用してもらった。検査時に推定1日食塩摂取量も算出し、食事記録とともにより個別な栄養指導を実施できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備者が男女ともに高いため、メタボ改善対策を継続して検討していく。 ●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。 ●心臓機能台帳を作成し、他の心電図異常所見者も経過観察していくことで、地域の医療機関に徳島市の現状を伝えていく。 ●重症化予防において未治療の者が多く、自分の体を毎年観察・大切にしていく旨を伝える。そのサポートとして健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらい保健指導もしていくことが重要である。 ●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要になってくる。今後継続し密着した医療機関への働きかけが課題であり、「跡が見える連携」を継続していく。 																																																									
<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者対策・重症化予防対策両方に共通している課題 	<ul style="list-style-type: none"> ●未受診者対策及び重症化予防対策についての協力依頼のため、医療機関を訪問した際、健診受診者数の地区別状況や、尿蛋白定量検査や心電図検査の状況等、本市の実態についての資料を作成し持参し、地区について情報共有する予定であったが、コロナ禍のため資料等を郵送する。 ●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要になってくる。今後継続し密着した医療機関への働きかけが課題であり、「跡が見える連携」を継続していく。 	<p>重症化予防教室</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ストップ！ザ動脈硬化教室</td> <td>124(11)</td> <td>70(9)</td> <td>21(4)</td> <td>43(9)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>ストップ！ザ動脈硬化教室</td> <td>27(3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>腎臓を守るための減塩教室</td> <td>45(5)</td> <td>28(3)</td> <td>20(2)</td> <td>27(3)</td> <td>12(2)</td> </tr> <tr> <td>糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室</td> <td>28(2)</td> <td>12(4)</td> <td>2(1)</td> <td>(6)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>R3月別健診率(%)は教室数</p>		H29	H30	R1	R2	R3	ストップ！ザ動脈硬化教室	124(11)	70(9)	21(4)	43(9)	(9)	ストップ！ザ動脈硬化教室	27(3)					腎臓を守るための減塩教室	45(5)	28(3)	20(2)	27(3)	12(2)	糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室	28(2)	12(4)	2(1)	(6)		<p>二次検査(R4.1)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>運動器科</th> <th>尿蛋白検査70歳以上</th> <th>尿蛋白検査</th> <th>脂質科</th> <th>尿蛋白検査70歳以上</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診者</td> <td>52</td> <td>3</td> <td>54</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>検査済</td> <td>47</td> <td>3</td> <td>36</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>尿蛋白検査70歳以上</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>尿蛋白検査70歳以上</th> <th>尿蛋白検査</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>受診者</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>検査済</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		運動器科	尿蛋白検査70歳以上	尿蛋白検査	脂質科	尿蛋白検査70歳以上	受診者	52	3	54	1	1	検査済	47	3	36	1	1		尿蛋白検査70歳以上	尿蛋白検査	受診者	1	1	検査済	1	1	<ul style="list-style-type: none"> ●地区別・対象別別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。 ●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を踏襲し作成した。夏の稼働には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や健診内容などを伝わり、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化できた。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。 ●二次検査の尿蛋白定量検査を受けた後、生活改善による変化が見えるように作成した「あなたの腎臓のための検査カード」や「CKDの連携手帳」を活用してもらった。検査時に推定1日食塩摂取量も算出し、食事記録とともにより個別な栄養指導を実施できる。
	H29	H30	R1	R2	R3																																																								
ストップ！ザ動脈硬化教室	124(11)	70(9)	21(4)	43(9)	(9)																																																								
ストップ！ザ動脈硬化教室	27(3)																																																												
腎臓を守るための減塩教室	45(5)	28(3)	20(2)	27(3)	12(2)																																																								
糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室	28(2)	12(4)	2(1)	(6)																																																									
	運動器科	尿蛋白検査70歳以上	尿蛋白検査	脂質科	尿蛋白検査70歳以上																																																								
受診者	52	3	54	1	1																																																								
検査済	47	3	36	1	1																																																								
	尿蛋白検査70歳以上	尿蛋白検査																																																											
受診者	1	1																																																											
検査済	1	1																																																											

令和4年度の取組みと課題整理 (令和4年度進捗状況)

徳島市 様式1

令和4年度の課題・目標 (令和3年度からの継続)	評価				⑤残っている課題 ↓ 令和5年度へ																																																																																																									
	①令和4年度の課題をふまえた、 取組みの計画・内容 (プロセス)	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)																																																																																																										
<p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆特定健康診査受診率が低い ◆若い世代の受診率が低い ◆未受診者の対策 対象者の整理 未受診者対策の中でも、保健指導を受けたことのない者は受診率は低い ◆治療中の健診受診者が少ない ◆みなし健診の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ●受診勧奨の広報のため、健診のポスターを掲示する。 「保健指導係 各店舗で健診実施ポスターを掲示する。 マルナカ・キヨー・エイオンでポスターを来客用に掲示する。 ●若い世代の受診率は低く、若年層割合が高い。生活習慣病の発症と重症化を予防するため、また40歳からの特定健診に繋がる様に今年度39歳以上の者に健診案内をする。希望者に6月中旬～8月末までに受診してもいい保健指導を行う。 ●AIによる未受診者の受診勧奨通知を年2回行う。 ●過去保健指導を受けたことのある未受診者、前年度保健指導を受けた者のアプローチ後の受診率は高い。今後通知も引き続き行い、受診勧奨していく。 ●治療中の者はすでに医療にかかっていることで健診受診が難しい。治療中の限定検査とは異なるため、健診やみなし健診をかりつけ医から勧めてもらう体制づくりを引き続き行う。(重症化予防連携医療機関へPR) ●健診データとPRシステムを活用し対象者を抽出する。医療機関に依頼し、本人同意を得た上でかかりつけ医の検査データを健診データとして利用していく。(7～8月) ●健診受診行動を促す取り組みを実施(保険年金課と協同実施) ＜参加型＞・・・保険年金課 ＜今年度の特定健診及びがん検診を受診し、且つ健康づくりの取組みを行っている健康増進カードを贈り、1000円の商品券を、抽選で100人に贈呈する。(応募用紙は、受診券に同封して対象者全員に送付。) ＜成果型＞・・・健康長寿課 ・・・既往の健康指導実施者で、昨年の健診結果に改善がみられた者に、1000円の商品券と賞状を贈呈。 	<ul style="list-style-type: none"> ●R3年度受診率 32.2%(R4.3現在) 受診者12,372人/38,444人 ●未受診者対策 <p>未受診者対策</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>計画</th> <th>実績</th> <th>達成率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通知</td> <td>23,561</td> <td>19,739</td> <td>84.0現在</td> </tr> </tbody> </table> <p>R4.3現在</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>R1年度</th> <th>R2年度</th> <th>R3年度</th> <th>R4年度</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>通知済</td> <td>23,561</td> <td>23,561</td> <td>23,561</td> <td>23,561</td> </tr> <tr> <td>未受診者</td> <td>181人</td> <td>62人</td> <td>79人</td> <td>77人</td> </tr> <tr> <td>受診者</td> <td>62人</td> <td>30人</td> <td>62人</td> <td>34人</td> </tr> <tr> <td>受診率</td> <td>33.5%</td> <td>48.4%</td> <td>78.5%</td> <td>44.2%</td> </tr> </tbody> </table>	項目	計画	実績	達成率	通知	23,561	19,739	84.0現在	項目	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	通知済	23,561	23,561	23,561	23,561	未受診者	181人	62人	79人	77人	受診者	62人	30人	62人	34人	受診率	33.5%	48.4%	78.5%	44.2%	<ul style="list-style-type: none"> ●各対象者を地区別に分けた台帳を整備し、各地区での未受診の状況を把握する。 ●アプローチ結果を入力。未アプローチ者に色付けをし、従来にアプローチできる体制を整える。 ●アプローチ方法をフローチャートで示し、地区担当でアプローチ方法に備わらないように、ルールを作成する。 	<ul style="list-style-type: none"> ●コロナ禍のため、対策項目を縮小し通知による受診勧奨となつたが、今後受診勧奨対象者とアプローチ方法を検討していく。 ●また、医療機関の協力も不可欠であり、住民と医療機関双方に健診への理解を促せる働きかけしていく。また、引き続き主治医から治療中の方に受診勧奨やみなし健診を依頼していく。 																																																																									
項目	計画	実績	達成率																																																																																																											
通知	23,561	19,739	84.0現在																																																																																																											
項目	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度																																																																																																										
通知済	23,561	23,561	23,561	23,561																																																																																																										
未受診者	181人	62人	79人	77人																																																																																																										
受診者	62人	30人	62人	34人																																																																																																										
受診率	33.5%	48.4%	78.5%	44.2%																																																																																																										
<p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備者が男女ともに高い ●教室への参加者が少ない ●心電図所見の分析をし、虚血性心疾患対策に取り組む。 ●各疾患ごとの評価指標の検討 ●未治療者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区担当者による全数アプローチを目標としており、できる限り対象者と会い、保健指導を実施する。自分の体を毎年観察すること、健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらう必要がある。健診受診率の向上に向け取り組みも重要である。そのため保健指導を実施する際には各疾患別に理解してほしい内容を職員間で話し合い、保健指導用教材を選定し、指導にあたる。 ●重症化予防対象者へ通知勧誘を行い、さらに効率的に実施するための訪問勧誘を行う。 ●健診にて「心臓機能」の心電図検査結果は重症化予防対象者とし、管理台帳を作成する。心電図所見(ST低下、異常Q波、異常Q波、左室P/Qの)の者で健診後検査を受けていない場合は訪問、状況を確認する。必要に応じて専門医受診を勧める。心臓を守るための保健指導を通じ、自己管理する重要性を伝える。 ●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。 ●重症化予防対策が重要であることから、未受診や中断状況の確認(アプローチ手帳、3～6月のフォロー)を必ず行い、治療の重要性を伝えるいく。 ●CKDの診療ガイドライン(確定)により、尿蛋白より二次検査対象者としていたが、結果データを検討し、今年度から尿蛋白+以上及びeGFR60未満者に二次検査として尿蛋白定量検査を勧める。 	<ul style="list-style-type: none"> ●R2年度みなし健診70人 ●R3年度39歳健診100人 ●R3年度初めて受診通知対象者:1171人(R4.3現在) ●参加型:R3年度当選者695人 (R2:566人) ●成果型:R2年度対象者:121人(R1年度:185人) 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区別・対象別別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。 ●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を踏襲し作成した。夏の稼働には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や健診内容などを伝わり、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化できた。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。 ●二次検査の尿蛋白定量検査を受けた後、生活改善による変化が見えるように作成した「あなたの腎臓のための検査カード」や「CKDの連携手帳」を活用してもらった。検査時に推定1日食塩摂取量も算出し、食事記録とともにより個別な栄養指導を実施できる。 	<ul style="list-style-type: none"> ●徳島市はメタボリックシンドローム該当者・予備者が男女ともに高いため、メタボ改善対策を継続して検討していく。 ●行政地区ごとの実態や健康課題について把握し、個別・集団の両面から健康づくりに取り組む。そして住民が自らの健康課題を理解し解決していくことに努める。 ●心臓機能台帳を作成し、他の心電図異常所見者も経過観察していくことで、地域の医療機関に徳島市の現状を伝えていく。 ●重症化予防において未治療の者が多く、自分の体を毎年観察・大切にしていく旨を伝える。そのサポートとして健診(検査)・通院・治療の重要性を理解してもらい保健指導もしていくことが重要である。 ●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要になってくる。今後継続し密着した医療機関への働きかけが課題であり、「跡が見える連携」を継続していく。 																																																																																																										
<p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆未受診者対策・重症化予防対策両方に共通している課題 	<ul style="list-style-type: none"> ●未受診者対策及び重症化予防対策についての協力依頼のため、医療機関に対し、特定保健指導対象者や事業内容、健診受診者数の地区別状況、二次検査や心電図検査の状況等、本市の実態についての資料を作成し、送付または訪問、地区について情報共有する。また、治療中の者への健診の継続受診を依頼する。 ●地域住民の色々な理解や協力を得るためには、地域の中で活動してきた地域の病院の協力が重要になってくる。今後継続し密着した医療機関への働きかけが課題であり、「跡が見える連携」を継続していく。 	<p>重症化予防教室</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>H29</th> <th>H30</th> <th>R1</th> <th>R2</th> <th>R3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ストップ！ザ動脈硬化教室</td> <td>124(11)</td> <td>70(9)</td> <td>21(4)</td> <td>43(9)</td> <td>34(6)</td> </tr> <tr> <td>ストップ！ザ動脈硬化教室</td> <td>27(3)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>腎臓を守るための減塩教室</td> <td>45(5)</td> <td>28(3)</td> <td>20(2)</td> <td>27(3)</td> <td>12(2)</td> </tr> <tr> <td>糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室</td> <td>28(2)</td> <td>12(4)</td> <td>2(1)</td> <td>5(3)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>R1年度保健指導実施者のR2年度受診結果割合</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">対象疾患</th> <th colspan="3">R2年度</th> <th colspan="3">R1年度保健指導実施者から、R2年度健診受診者の内訳</th> </tr> <tr> <th>健診未受診率</th> <th>改善</th> <th>維持</th> <th>悪化</th> <th>治療</th> <th>未治療</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>糖尿病Ⅱ</td> <td>33.9</td> <td>44.2</td> <td>32.7</td> <td>23.1</td> <td>62.8</td> <td>37.2</td> </tr> <tr> <td>糖尿病Ⅰ</td> <td>29.3</td> <td>60.3</td> <td>14.7</td> <td>25</td> <td>0</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>高血圧Ⅱ</td> <td>22.2</td> <td>73.8</td> <td>26.2</td> <td>4.8</td> <td>95.2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDLⅠ</td> <td>25.3</td> <td>44.3</td> <td>55.7</td> <td>60</td> <td>40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LDLⅡ</td> <td>31.9</td> <td>37.4</td> <td>62.6</td> <td>32.7</td> <td>67.3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CKDⅠ</td> <td>32</td> <td>70.5</td> <td>26</td> <td>3.5</td> <td>11.5</td> <td>88.5</td> </tr> <tr> <td>CKDⅡ</td> <td>37.3</td> <td>53.2</td> <td>38.7</td> <td>8.1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中性脂肪</td> <td>29.2</td> <td>5.9</td> <td>94.1</td> <td>17.6</td> <td>82.4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿酸</td> <td>33.3</td> <td>50</td> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H29	H30	R1	R2	R3	ストップ！ザ動脈硬化教室	124(11)	70(9)	21(4)	43(9)	34(6)	ストップ！ザ動脈硬化教室	27(3)					腎臓を守るための減塩教室	45(5)	28(3)	20(2)	27(3)	12(2)	糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室	28(2)	12(4)	2(1)	5(3)		対象疾患	R2年度			R1年度保健指導実施者から、R2年度健診受診者の内訳			健診未受診率	改善	維持	悪化	治療	未治療	糖尿病Ⅱ	33.9	44.2	32.7	23.1	62.8	37.2	糖尿病Ⅰ	29.3	60.3	14.7	25	0	100	高血圧Ⅱ	22.2	73.8	26.2	4.8	95.2		LDLⅠ	25.3	44.3	55.7	60	40		LDLⅡ	31.9	37.4	62.6	32.7	67.3		CKDⅠ	32	70.5	26	3.5	11.5	88.5	CKDⅡ	37.3	53.2	38.7	8.1			中性脂肪	29.2	5.9	94.1	17.6	82.4		尿酸	33.3	50	50				<ul style="list-style-type: none"> ●R2年度みなし健診70人 ●R3年度39歳健診100人 ●R3年度初めて受診通知対象者:1171人(R4.3現在) ●参加型:R3年度当選者695人 (R2:566人) ●成果型:R2年度対象者:121人(R1年度:185人) 	<ul style="list-style-type: none"> ●地区別・対象別別に台帳を管理し、評価指標を各対象疾患別に設けることで、評価の視点を標準化でき、比較できている。 ●評価指標は、ガイドライン等の評価指標を踏襲し作成した。夏の稼働には、評価指標だけでなく、評価の時期や保健指導で理解してもらいたいこと、次年度に向けて受診勧奨の方法や健診内容などを伝わり、各疾患別で、何に重点を置くべきかを標準化できた。この一覧表によって、保健指導の目的が明確化できている。 ●二次検査の尿蛋白定量検査を受けた後、生活改善による変化が見えるように作成した「あなたの腎臓のための検査カード」や「CKDの連携手帳」を活用してもらった。検査時に推定1日食塩摂取量も算出し、食事記録とともにより個別な栄養指導を実施できる。
	H29	H30	R1	R2	R3																																																																																																									
ストップ！ザ動脈硬化教室	124(11)	70(9)	21(4)	43(9)	34(6)																																																																																																									
ストップ！ザ動脈硬化教室	27(3)																																																																																																													
腎臓を守るための減塩教室	45(5)	28(3)	20(2)	27(3)	12(2)																																																																																																									
糖尿病予防重症化予防70歳～79歳教室	28(2)	12(4)	2(1)	5(3)																																																																																																										
対象疾患	R2年度			R1年度保健指導実施者から、R2年度健診受診者の内訳																																																																																																										
	健診未受診率	改善	維持	悪化	治療	未治療																																																																																																								
糖尿病Ⅱ	33.9	44.2	32.7	23.1	62.8	37.2																																																																																																								
糖尿病Ⅰ	29.3	60.3	14.7	25	0	100																																																																																																								
高血圧Ⅱ	22.2	73.8	26.2	4.8	95.2																																																																																																									
LDLⅠ	25.3	44.3	55.7	60	40																																																																																																									
LDLⅡ	31.9	37.4	62.6	32.7	67.3																																																																																																									
CKDⅠ	32	70.5	26	3.5	11.5	88.5																																																																																																								
CKDⅡ	37.3	53.2	38.7	8.1																																																																																																										
中性脂肪	29.2	5.9	94.1	17.6	82.4																																																																																																									
尿酸	33.3	50	50																																																																																																											