

# 熊本市国民健康保険保健事業実施計画 (第2期データヘルス計画)

<概要版>

第1章 本計画の概要

第2章 医療・健康情報の分析

第3章 第1期データヘルス計画評価

第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

平成30年3月

熊本市国保年金課

# 第1章 本計画の概要

## 計画策定の趣旨（目的）

国の「保健事業の実施等に関する指針」に基づき、熊本市国民健康保険において、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化を図ることを目的とする。

## 計画の位置づけ・計画期間

データヘルス計画は、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用する。

### <他の法定計画等との調和>

本計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針（※）」を踏まえるとともに「第3期特定健康診査等実施計画」（以下「第3期計画」という。）、他計画（右表）との整合性を図る。

※現行方針は、平成25年度から同34年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本21（第二次）」を推進するものであり、健康寿命の延伸と健康格差の縮小等を基本的な方向としている。

### <計画期間>

計画期間は第3期計画に合わせ、平成30年度から平成35年度までとし、その計画期間が一致するため、本計画と第3期計画を一体的に策定する。

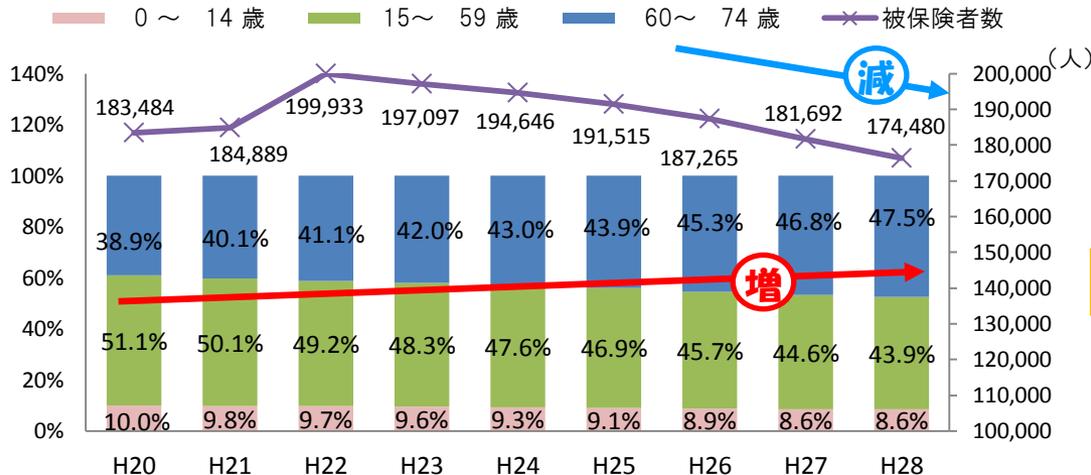
### <関連する他計画>

	H30	H31	H32	H33	H34	H35
国保	熊本市国民健康保険「第2期保健事業実施計画（第2期データヘルス計画）」 (H30~H35)					
	第3期特定健康診査等実施計画 (H30~H35)					
市	熊本市第7次総合計画 (H28~H35)					
	熊本市健康増進計画「第2次健康くまもと21基本計画」 (H25~H34)					
	第7期熊本市高齢者保健福祉計画・ 介護保険事業計画 「くまもとはつらっプラン」 (H30~H32)					
県	第4次熊本県健康増進計画（第4次くまもと21ヘルスプラン） (H30~H35)					
	第7次熊本・上益城地域保健医療計画 (H30~H35)					

# 第2章 医療・健康情報の分析

## (1) 被保険者数・総医療費の推移

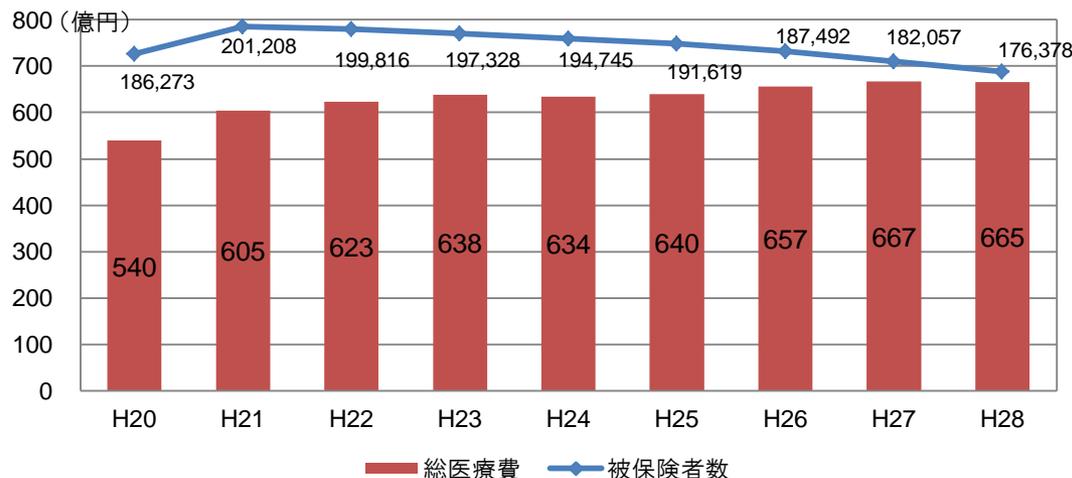
### ①被保険者構成



【データ】 くまもとの国保「年齢層別被保険者数」 年齢層別状況 H20～28（各年度の9月末時点）

・被保険者は平成22年の合併後減少傾向にある。  
 ・被保険者全体のうち、60歳以上が48%を占めている。  
 →平成25年度は44%であり、割合は増加している。

### ②被保険者数・総医療費の推移



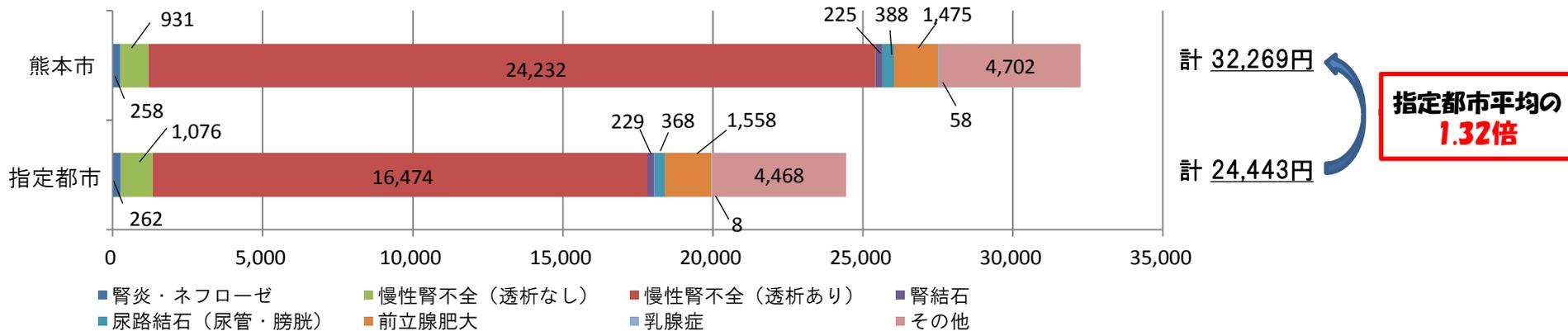
【データ】 総医療費：くまもとの国保「Ⅲ保険給付被保険者数：くまもとの国保「Ⅱ被保険者

被保険者数は減少しているが、総医療費は増加傾向にある。  
 ※H28年度は震災の影響もあり、前年度と比較し総医療費が減少。

# 第2章 医療・健康情報の分析

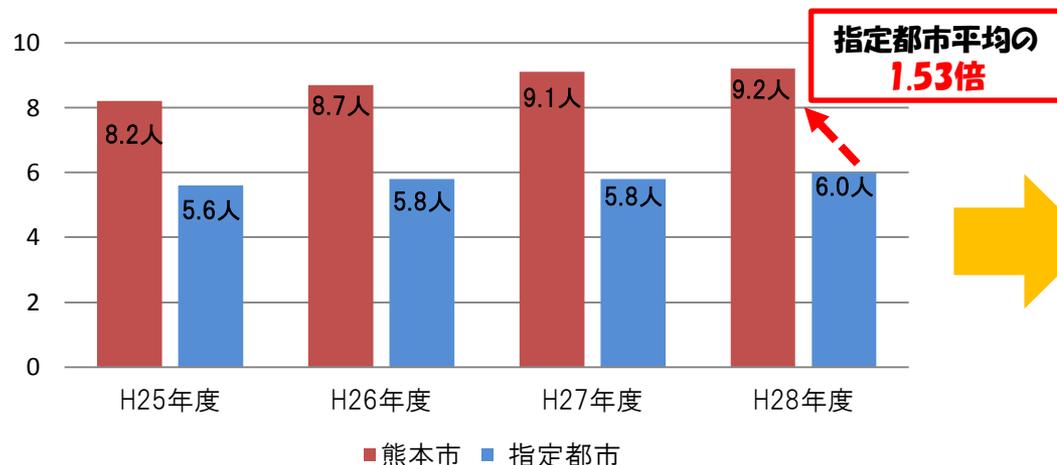
## (2) 医療情報の分析

### ① 尿路性器系疾患（腎不全等）に係る1人あたり医療費



【データ】KDB「疾患別医療費分析（細小（82）分類）」H28年度（H29.6抽出）

### ② 30万円以上レセプト人工透析患者数（患者千人当たり）



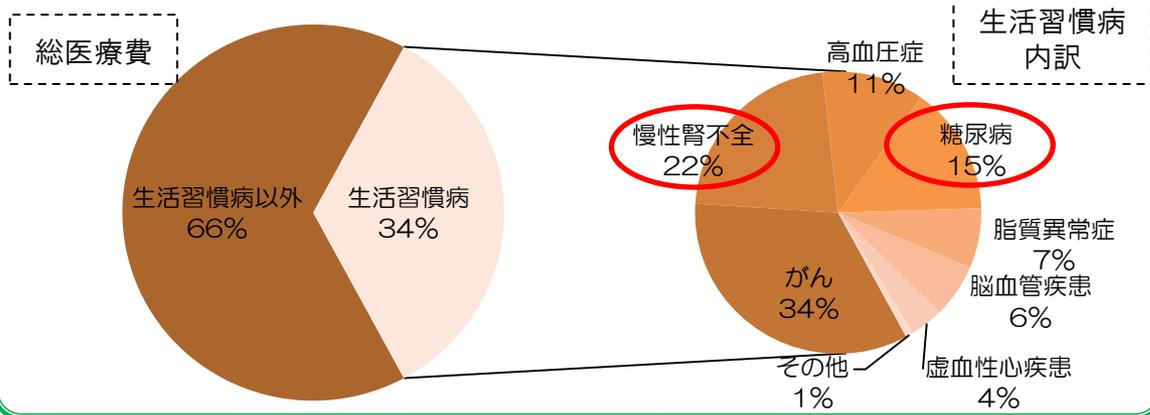
- ① 腎不全等に係る年間1人あたり医療費
  - 指定都市平均を大きく上回る（1.32倍）
  - 尿路性器系疾患のうち75%が人工透析
- ② 人工透析患者数
  - 指定都市平均を大きく上回る（1.53倍）
  - 平成25年度と比較し +1.0人増加

【データ】KDB「医療費分析（1）細小分類」 H28年度累計（H29.6抽出）

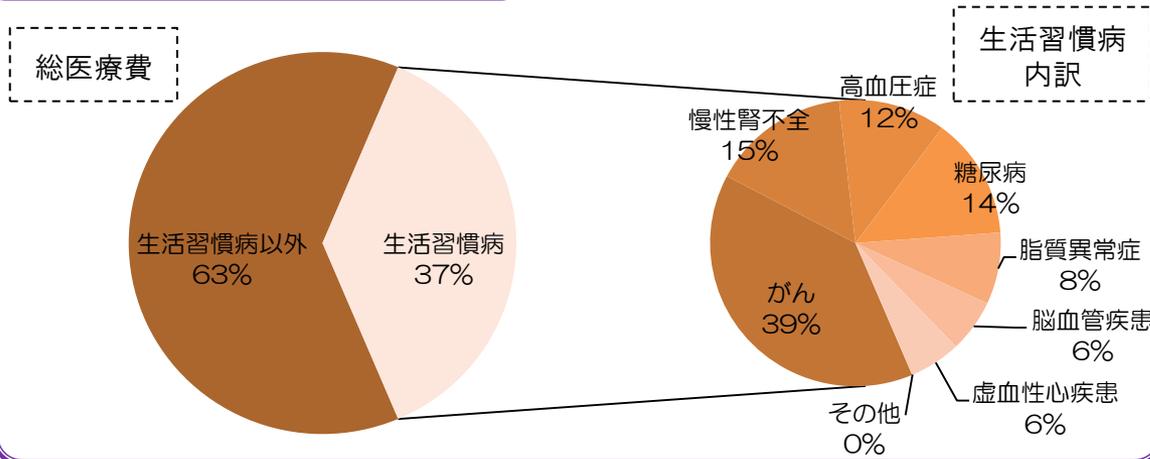
## 第2章 医療・健康情報の分析

### ③総医療費の内訳（指定都市平均比較）

#### 熊本市（平成28年度）



#### 指定都市平均（平成28年度）



③指定都市平均と比較し、生活習慣病に係る医療費の割合は下回るものの、慢性腎不全、糖尿病の割合は上回っている。

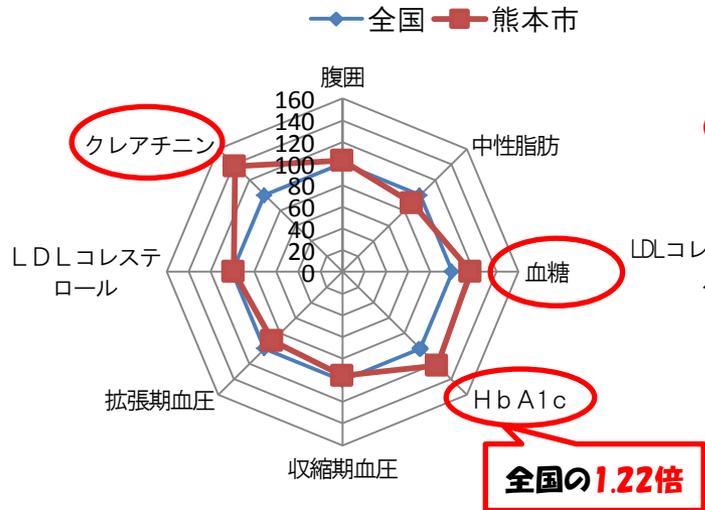
⇒特に、慢性腎不全は+7%と大きく上回る

【データ】 KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」H28年度（H29.6抽出）

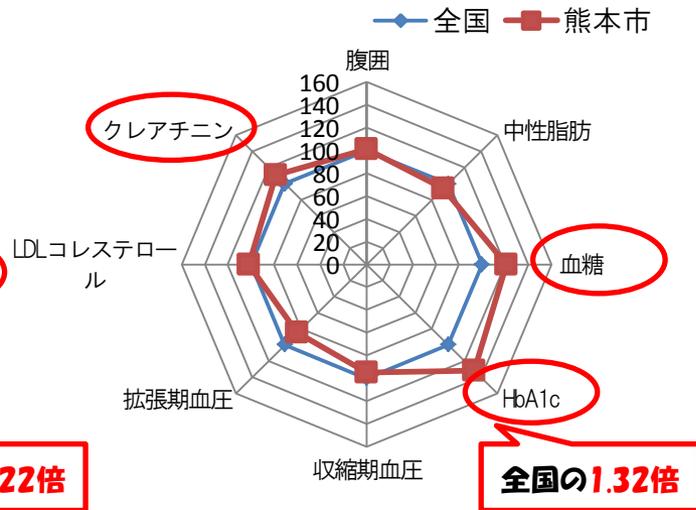
# 第2章 医療・健康情報の分析

## ④ 健診有所見者率（全国平均比較）

【H25年度】



【H28年度】



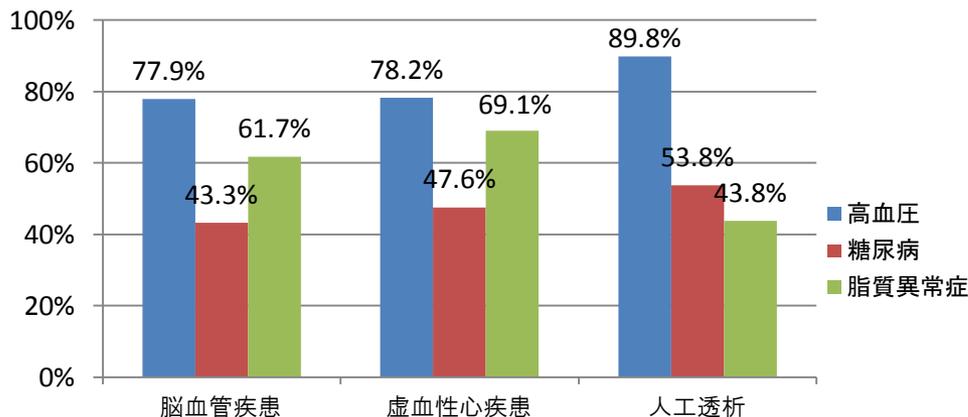
※健診有所見者率とは、以下の保健指導判定値以上の者の割合。

<保健指導判定値>

- ・腹囲 男性 $\geq 85$ cm、女性 $\geq 90$ cm
- ・中性脂肪 $\geq 150$ mg/dl
- ・空腹時血糖 $\geq 100$ mg/dl
- ・HbA1c $\geq 5.6$ mg/dl
- ・血圧 $\geq 130$ mmHgかつ/または $\geq 85$ mmHg
- ・LDL-C $\geq 120$ mg/dl
- ・クレアチニン  
男性 $> 1.0$ mg/dl、女性 $> 0.7$ mg/dl

【データ】 KDB厚生労働省様式（様式6-2~7）健診有所見者状況（男女別・年代別）H28年度（H29.6抽出）

## ⑤ 重症化疾患における基礎疾患治療割合



【データ】 脳血管疾患・虚血性心疾患：KDB「集団の疾患特徴の把握」 H28年度（H29.6抽出）  
人工透析：厚生労働省様式（様式3-7）人工透析のレセプト分析

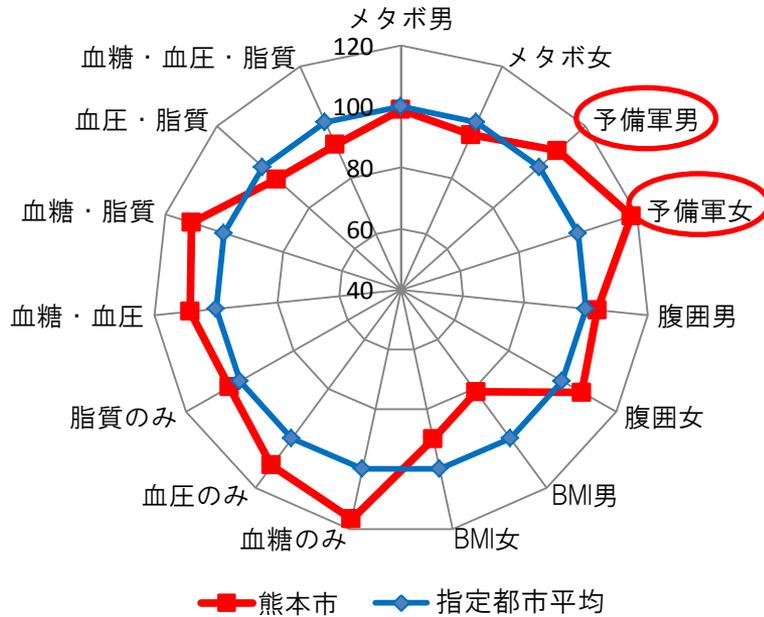
④ 特定保健指導判定値以上の割合を全国と比較すると、クレアチニン・HbA1c・血糖の値が高い。

⇒ HbA1c は特に高く、H25年度と比較しても増加している。

⑤ 生活習慣病重症化疾患（脳血管疾患・虚血性心疾患・腎不全（人工透析））では、**高血圧・糖尿病・脂質異常症**を持っている割合が高い。

# 第2章 医療・健康情報の分析

## ⑥ 健診メタボリックシンドローム状況



### 【参考】メタボリックシンドローム判定値

- ・ 腹囲 男性 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 90\text{cm}$
- ・ BMI $\geq 25\text{kg}/\text{m}^2$
- ・ 中性脂肪 $\geq 150\text{mg}/\text{dl}$ かつ/またはHDL-C $< 40\text{mg}/\text{dl}$
- ・ 血圧 $\geq 130\text{mmHg}$ かつ/または $\geq 85\text{mmHg}$
- ・ 空腹時血糖 $\geq 110\text{mg}/\text{dl}$ 、HbA1c $\geq 6.0\%$

		平成28年度	熊本市 (%)	指定都市平均 (%)
メタボ	該当者		16.2	16.8
	男		27.7	28.0
	女		8.4	8.8
	予備軍		11.5	10.5
	男		18.9	17.5
	女		6.5	5.5
メタボ該当・予備群レベル	腹囲	総数	31.8	30.7
		男	52.8	50.9
		女	17.6	16.4
	BMI	総数	3.7	4.1
		男	1.3	1.6
		女	5.4	6.0
	血糖のみ	0.7	0.6	
	血圧のみ	8.1	7.3	
	脂質のみ	2.7	2.6	
	血糖・血圧	2.6	2.4	
血糖・脂質	1.0	0.9		
血圧・脂質	7.9	8.4		
血糖・血圧・脂質	4.6	5.0		

【データ】KDB「健診・医療・介護データからみる地域の健康課題」H28年度累計 (H29.7.3抽出)

⑥指定都市と比較しメタボ予備軍が多い。

BMIは低いものの腹囲が基準値以上で内臓脂肪の蓄積があり、リスクの数は1つまでの者の割合が高い。

# 第3章 第1期データヘルス計画評価

## (1) 第1期データヘルス計画の課題・目標・達成度

課題	目標 (短期・中長期)	事業	主な評価指標	目標値	H25年度 熊本市	H28年度 熊本市	達成度
生活習慣病の 重症化	短期目標 高血圧症・糖尿病・脂質異常症 等の減少 中期目標 虚血性心疾患・脳血管疾患・ 慢性腎不全の減少 長期目標 健康格差の縮小	特定健康診査受診率 向上対策	特定健診受診率	60.0%	26.8%	26.4%	×
		特定保健指導利用率 向上対策	特定保健指導利用率	60.0%	15.7%	16.0%	△
		生活習慣病重症化 予防対策	人工透析新規導入者数 (人口千人対)	0.22人	0.42人	0.53人	×
			虚血性心疾患新規患者数 (人口千人対)	14.38人	19.42人	18.88人	△
医療費の伸び	中期目標 虚血性心疾患・脳血管疾患・ 慢性腎不全の減少 重複頻回受診の減少 ジェネリック医薬品の普及 長期目標 医療費の伸びの抑制	重複受診対策 頻回受診対策	脳血管疾患新規患者数 (人口千人対)	13.06人	14.74人	14.84人	△ (*1)
			受診行動改善率	80.0%	77.8%	42.9%	比較 不可 (*2)
		ジェネリック医薬品 普及啓発の取組	受診行動改善率	80.0%	70.0%	68.8%	比較 不可 (*2)
			ジェネリック普及率	60.0%	47.5%	64.7%	○
			医療給付費伸び率	2.5%	3.1% (H26年度)	2.8%	△

平成25年度と平成28年度の経年比較より

【○目標達成】

ジェネリック普及率

【△目標達成はしないが数値改善したもの】

特定保健指導利用率、虚血性心疾患新規患者数、  
脳血管疾患新規患者数

【×目標達成せず改善困難なもの】

特定健診受診率、人工透析新規導入者数

\*1 脳血管疾患新規患者数は、H24→H27にかけて年々減少していたが、H28は地震の影響もあり上昇していると考えられる。H24→H28を全体的にみると減少しているため、達成度は△と評価した。

\*2 重複頻回受診者の行動改善率は、対象者抽出の条件等を毎年見直してきたため、比較評価できないが、H28年度以降は、同じ条件で抽出・評価を実施している。

# 第3章 第1期データヘルス計画評価

## (2) 第1期データヘルス計画において目標達成できなかった要因

### 1. 特定健診受診率が低いため、生活習慣病の早期発見ができない。

<特定健診受診率向上対策の振り返り>

- 平成28年度は、熊本地震の影響が受診率低下の大きな要因と考えられる。(診療機関の被災・受診券の紛失等)
- 平成28年度の受診率は26.4%で、指定都市20市中12位であり、平均よりやや低い水準。(H28指定都市平均：27.6%)
- 「通院中」「多忙」「体調が悪くない」等の理由での未受診者が多く、それらの層への効果的なアプローチが不十分であった。

⇒ (第2期計画) 未受診者層へのアプローチを強化する取組の実施等により、受診率の底上げを図り、重症化予備軍の早期発見に繋げる。

### 2. 特定保健指導の利用率が低く、健診受診後に生活習慣の改善が必要な者が改善できていない。

⇒ HbA1c有所見者が増加しているにもかかわらず、保健指導利用率が低いため、生活習慣の改善が必要な者が改善できていない。

<特定保健指導利用率向上対策の振り返り>

- 平成28年度の利用率は16.0%で、指定都市では9位であり、平均とほぼ同じ水準。(H28指定都市平均：15.9%)
- 「通院・治療中」「自分で生活習慣改善する」「多忙・時間がない」等の理由による未利用者が多い。
- 途中脱落者→被保険者が必要性や効果を感じていない。
- 健診受診から利用券発券までに時間を要するために、利用意欲が低下。

⇒ (第2期計画) 直営での保健指導の実施など、取組易い体制作りの強化等により、利用率向上を図り、生活習慣の改善を促進する。

### 3. 生活習慣病の治療が必要な者が治療していない。または、治療を中断している。

<生活習慣病重症化予防対策の振り返り>

- 受診勧奨後、約9割が治療開始しているが、特定健診結果のHbA1c改善率は61.3%と低い。→治療中断者やコントロール不良者が存在
- 通院せず健診も受けない健康状態不明者の存在 →重症化してから受診しているケースが見受けられる

⇒ (第2期計画) 糖尿病の治療中断対策の強化等により、重症化した生活習慣病の発症を減らす。

## 総括

- 虚血性心疾患、脳血管疾患の新規患者数は減少傾向にあり、適切な医療受診により重症化予防につながっているが、人工透析新規導入者は増加しており、今後も重症化予防を継続・強化し、人工透析新規導入者を減少させることが重点課題である。
- 人工透析新規導入者を減らすためには、人工透析の原疾患第1位が糖尿病性腎症であることから、糖尿病の重症化予防が必要。そのため、血糖のコントロールを適切に行うことが必要である。特定健診受診率を向上させるとともに、健診受診後に個別性を重視した適正な保健指導、医療受診勧奨を行う取組が重要である。

# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (1) 現状分析・第1期計画評価に基づく課題・目標

**【課題】** これまでの健康・医療情報の分析の結果、本市の健康課題を以下の2つとする。

### 【課題1】 生活習慣病の重症化

高血糖 (HbA1c)が全国の1.32倍であり、糖尿病を中心とした生活習慣病の悪化が、生活習慣病が重症化した疾患である慢性腎不全、虚血性心疾患、脳血管疾患を引き起こしていると考えられる。

### 【課題2】 医療費の伸び

- 人工透析患者数は指定都市平均の1.53倍。生活習慣病に係る医療費のうち、慢性腎不全に係る医療費の割合は、指定都市平均の+7%である。
- 重症化した生活習慣病と関連の高い循環器系疾患（脳梗塞、虚血性心疾患等）が入院医療費の上位にある。これらの状況が全体の医療費を引き上げる要因となっている。

**【目標】** 本市の2つの課題から目的を達成するために必要となる目標を短期・中期・長期に分けて設定する。

### 【短期目標】

糖尿病性腎症、脳血管疾患、虚血性心疾患の共通のリスクとなる高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病 (CKD) 等の減少。

### 【中期目標】

- 人工透析につながる糖尿病性腎症の減少。
- 脳血管疾患、虚血性心疾患、特に本市の重要課題である人工透析新規患者数の減少。
- 医療費適正化につながる重複頻回受診者の行動改善率とジェネリック医薬品の普及向上。

### 【長期目標】

- 健康寿命の延伸
- 医療費の伸びの抑制



**【目指す姿 (目的)】** 保健事業により、数年後に実現しているべき「改善された状態」、被保険者に期待する変化を示す。

### 【目的1】

被保険者自らが生活習慣病の予防の必要性を理解し、健康の保持増進を図ることで、QOLを維持向上する。

### 【目的2】

要治療者が適正に医療を利用するとともに、人工透析や入院につながる重症化した生活習慣病の発症を減らすことができる。



# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (1) 特定健康診査受診率向上対策

### <概要>

特定健診受診率向上に向けた各種取組の実施により、重症化のリスクが高い者や要治療者をより多く捕捉し、保健指導、重症化予防の促進へ繋げることで、生活習慣病の発症、医療費の伸びの抑制を図る。

### <目標(特定健診受診率)>

年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
熊本市 目標受診率	32.0%	38.0%	44.0%	50.0%	55.0%	60.0%

### <取り組み内容>

#### ■インセンティブ事業【新規】

既存の受診者群に加え、未受診者群へのアプローチを強化するため、特定健診受診等の健康づくりへの取組を実施した者へ特典を与える事業を実施。

#### ■医療情報データの収集【新規】

未受診者の多くが通院中であることから、通院中の者で特定健診と同等の検査を行っている者の医療情報データ収集の実施に向け、関係機関との協議等を進めていく。

#### ■職場等での健診結果の提供促進【新規】

- ・受診券一斉発送時の同封文書にて周知
- ・提供者へ特典を付与する等のキャンペーンの実施

#### ■特定健診受診勧奨

健診対象者及び未受診者にハガキや電話による勧奨を行い受診を促す。毎年度の結果に応じ、次年度の実施方法を見直す。

#### ■受診しやすい体制づくり

健診実施機関数は26年度から横ばいであるが、生活圏が近隣市町村の者の利便性を向上させるため、市外の実施機関拡充を図る。また、がん検診と同日実施の集団健診を継続して推進する。

#### ■医療機関との連携強化

第1期計画と同様に、通院中の健診対象者への受診勧奨や、診療と健診の同日実施について文書での依頼を継続して実施。加えて、受診者が少ない医療機関、通院中の未受診者が多い医療機関に対する働きかけを強化する。

#### ■区役所との連携・PR場所の確保

校区単位の健康まちづくりの一環として各区地域保健担当課と連携し、イベント等での啓発を継続して実施する。また、地域回覧板を地域のニーズ等に応じて実施し、受診率向上を図る。

# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (2) 特定保健指導利用率向上対策

### <概要>

特定保健指導を行うことで、対象者が自らの生活習慣における課題を認識し、行動変容と自己管理を行うことで、健康的な生活を維持し、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。

特定保健指導の利用率を上げることで、健診有所見率を目標値に近づけることを目指す。

### <目標(保健指導利用率)>

年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
熊本市 目標受診率	25.0%	32.0%	39.0%	46.0%	53.0%	60.0%

### <目標(健診有所見率)>

	28年度(実績)	35年度(目標)
腹囲	31.7%	30.9%
空腹時血糖	26.1%	20.6%
HbA1c	73.2%	50.5%
クレアチニン	1.0%	0.7%

### <取り組み内容>

#### ■国保直営による特定保健指導【新規】

特定保健指導未利用者で生活習慣病重症化予防の対象者に対して、訪問時に対象者の了承を得ることができた場合、特定保健指導を実施する。

#### ■動機づけ支援の実施機関拡充【新規】

特定健診の結果説明を対面で行っている医療機関を中心に、結果説明と同時に動機づけ支援を実施できる医療機関を拡充する。

#### ■特定保健指導の期間短縮【新規】

平成30年度以降、国基準の改正に伴い、特定保健指導の実施期間が短縮可能となるため、実施機関へ働きかける等、可能な限り短縮できるよう努めていく。

#### ■電話での利用勧奨・途中脱落防止の徹底

- ・評価されず終了していない対象者を抽出し、実施機関に評価を促す。
- ・実施機関が途中脱落と判断する前に、電話勧奨等のアプローチを実施する。

#### ■利用しやすい体制作り

- ・集団健診全ての会場で結果説明会を実施する。
- ・特定健診実施機関に該当する医療機関に対し、保健指導利用に関する情報の周知を徹底する。

#### ■保健指導の質の担保

- ・実施機関の研修、意見交換の場を設ける。

# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (3) 生活習慣病重症化予防対策

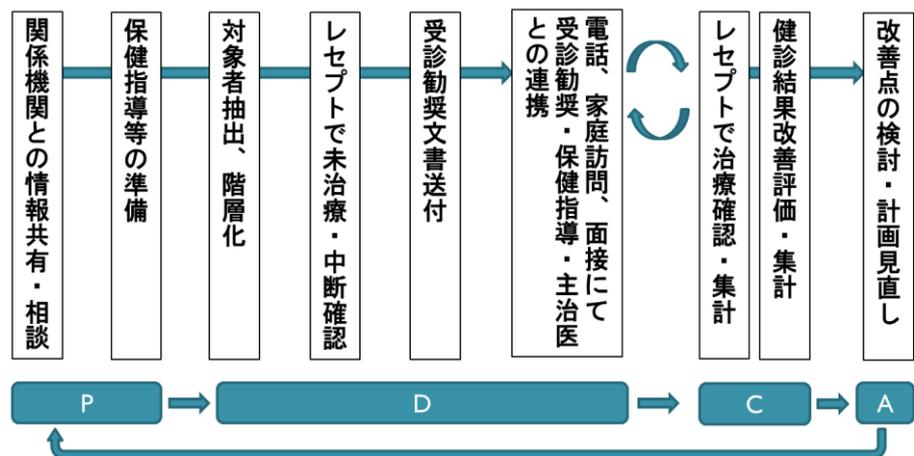
### <概要>

被保険者の生活の質の維持及び向上、医療費の伸びを抑制するため、健診データやレセプトデータ等から治療が必要な方に対して、区役所・関係機関と連携し、受診勧奨・保健指導を行うことで、高血圧・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の重症化を予防し、脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全（人工透析）を減少させる。

### <目標>

- ・ 受診勧奨・保健指導による医療機関受診率の向上
- ・ HbA1cの改善、高血圧の改善、腎機能の維持改善

### <取り組みの流れ>



### <取り組みの内容>

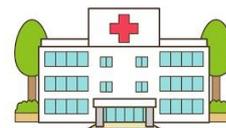
- P 計画・準備
  - ・ 関係機関との情報共有、相談。
  - ・ 尿蛋白定量検査の導入をはじめ、対策の充実に向けた関係機関との協議。
  - ・ 対象者選定基準の検討。
  - ・ 保健指導の準備、手順書の作成。
- D 受診勧奨・保健指導の実施
  - ・ 糖尿病性腎症重症化予防プログラムによる治療中断対策の強化。【新規】
  - ・ DM熊友パスや糖尿病連携手帳を活用した対象者を取り巻く関係機関との連携強化。【新規】
  - ・ 特定健診結果から対象者を基準に沿って抽出。
  - ・ CKD重症度分類、血糖、血圧により階層化しレセプトにて受診状況把握。
  - ・ 重症度によって各区地域保健担当課と国保担当課で分担し受診勧奨・保健指導・主治医との連携。
- C 評価・報告
  - ・ レセプト、健診結果による評価、集計。
  - ・ 関係機関への事業報告。
- A 改善
  - ・ 改善点の検討、計画見直し。
  - ・ 通知文、保健指導、医療機関との連携内容、実施体制等の見直し、整備。

# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (4) 重複・頻回受診、重複服薬者対策

### <概要>

- ・ 重複受診者（3ヶ月間継続して同一診療科目で月3件以上の複数医療機関に受診している者）
- ・ 頻回受診者（3ヶ月間継続して、一医療機関で月15日以上受診している者）
- ・ 重複服薬者（3ヶ月間継続して、麻薬・向精神薬を5回以上処方されている者）  
に対し家庭訪問による保健指導を実施し、適正な受診に繋げる。



## (5) ジェネリック医薬品(後発品)普及促進対策

### <概要>

被保険者に対し、先発品と同等の効果で安価である後発品（ジェネリック医薬品）の使用を促進し、医療費適正化を図る。

### <目標・取組内容>

年度	30年度	31年度	32年度	33年度	34年度	35年度
熊本市目標シェア率	73.0%	76.5%	80.0%	82%	84%	86%

## (6) 地域包括ケア

重度の要介護状態となる原因として、脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。これら生活習慣病に起因するものは予防可能であり、国保加入者の生活習慣病重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、健康寿命の延伸になると考えられる。

ハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する重症化予防対策は、介護予防、自立支援の取組へ繋がる。「生活習慣病重症化予防」を積極的に推進しながら、元気な高齢者の割合を維持するための取組を関係機関と連携していく。今後、各区地域包括ケアシステム推進会議等の会議に参加し、国保の特定健診・重症化予防等についての情報提供を行うと共に、被保険者を支えるまちづくり、仕組づくりについて情報共有していく。

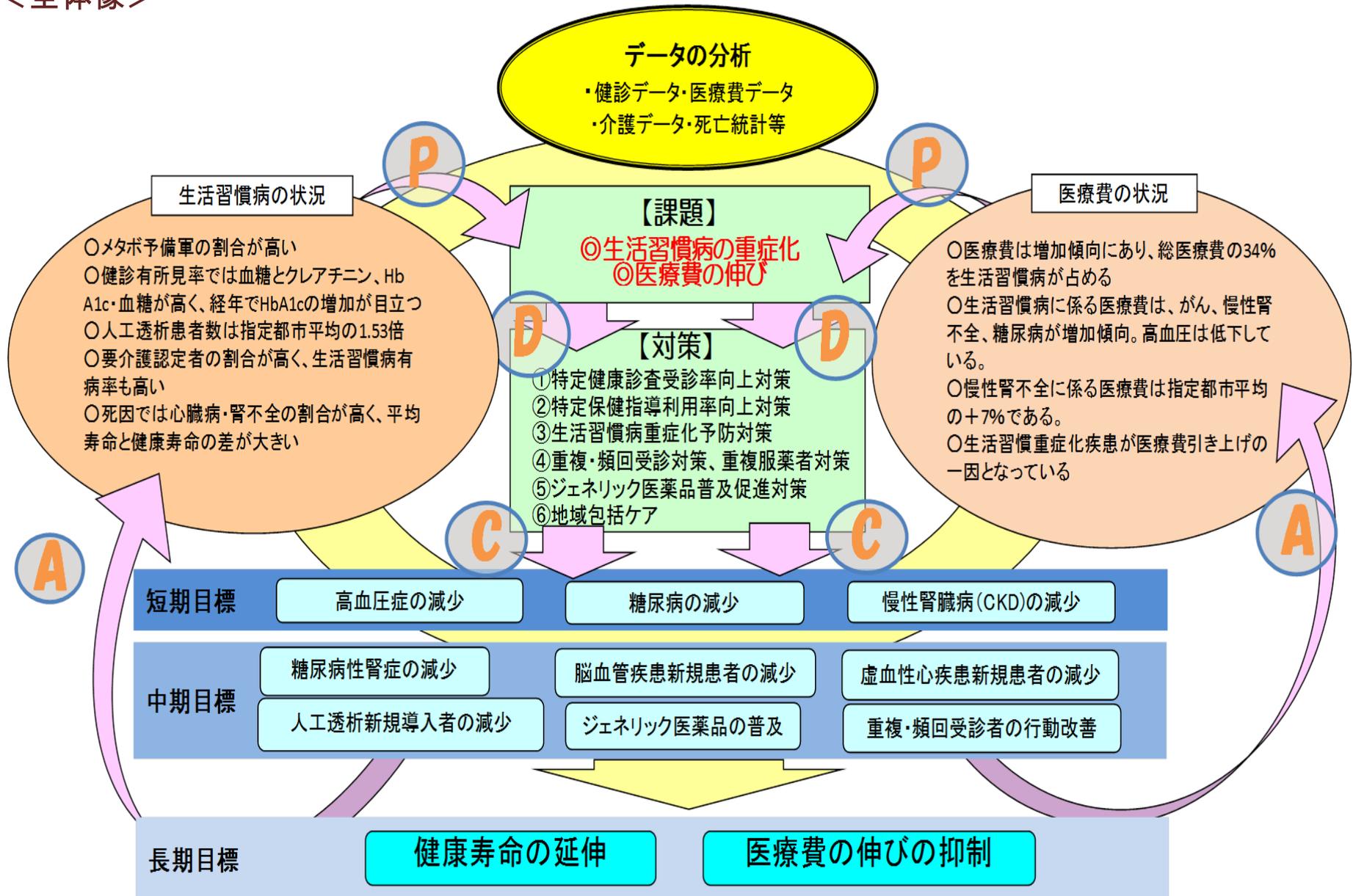
# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## (1) 計画の評価・見直し

課題	目標（短期・中期・長期）	対策	評価指標	評価時期
生活習慣病の重症化	<u>短期目標</u> 高血圧症・糖尿病・慢性腎臓病（CKD）の減少  <u>中期目標</u> 糖尿病性腎症の減少 脳血管疾患新規患者数・虚血性心疾患新規患者数・人工透析新規導入者数の減少 重複・頻回受診者、重複服薬者の行動改善 ジェネリック医薬品の普及	(1) 特定健康診査受診率向上対策	<u>短期目標</u> ・特定健診受診率	毎年
		(2) 特定保健指導利用率向上対策	<u>短期目標</u> ・特定保健指導利用率 ・健診有所見率	毎年
		(3) 生活習慣病重症化予防対策	<u>短期目標</u> ・健診結果改善率（血圧・血糖・腎機能）	毎年
			<u>中期目標</u> ・人工透析新規導入者数 ・虚血性心疾患新規患者数 ・脳血管疾患新規患者数 ・人工透析新規導入者数（糖尿病性腎症）	<u>中期目標</u> H35年度
		医療費の伸び	<u>長期目標</u> 健康寿命の延伸 医療費の伸びの抑制	(4) 重複受診対策 頻回受診対策 重複服薬者対策
(5) ジェネリック医薬品普及促進対策	<u>中期目標</u> ・ジェネリック普及率			<u>中期目標</u> H35年度
上記（1）～（5）の対策	<u>長期目標</u> ・健康寿命の延伸 ・医療給付費伸び率			<u>長期目標</u> 第3期計画 最終年度

# 第4章 第2期データヘルス計画における保健事業

## <全体像>



# 参考資料(用語集)

あ行	インセンティブ	意欲向上や目標達成のための刺激策。「やる気を起こさせる・目的を達成させるための刺激」
か行	拡張期血圧	心臓が拡張したときの血圧。全身を循環する血液が肺静脈から心臓へ戻った状態で、血圧が最も低くなるため、最低血圧とも呼ばれる。
	眼底検査	眼球の網膜とその血管を検査することにより、眼の疾患、高血圧症、動脈硬化症、糖尿病の病状などを判定する。
	高齢化率	65歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合。
	血糖	血液内のブドウ糖の濃度。食前・食後で変動する。低すぎると低血糖、高すぎると高血糖を引き起こす。
	血色素量	ヘモグロビンともいい、酸素を体内に運ぶ役割をする。貧血などを調べる検査。
	血清クレアチニン	不要物として腎臓から尿中へ排泄される。腎機能が低下すると、体内から排泄されず高値を示す。
さ行	収縮期血圧	心臓が収縮したときに動脈にかかる圧。血圧が高いと動脈硬化が進行し、脳卒中や心筋梗塞、腎障害の原因になる。
	ジェネリック医薬品 (後発医薬品)	先発医薬品と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品をいう。
	受診勧奨	生活習慣病が重症化する危険性が高い人に医師の診察を勧めること。
	心電図	心臓の電気的変化を記録し、不整脈、狭心症、心筋梗塞、心肥大などの心疾患の有無を調べる。
	生活習慣病	高血圧、糖尿病、脂質異常症、脳血管疾患、心臓病、肥満等で生活習慣が発症原因に深く関与していると考えられている疾患の総称。食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣がその発症・進行に関与する疾患のこと。
た行	中性脂肪	主にエネルギーとして利用され、余った分は脂肪として蓄えられる。増えすぎると、脳梗塞や心筋梗塞の原因になる。
な行	尿酸	プリン体代謝の際に生じ、飲酒や肉食、腎機能障害時に上昇する。高い状態が続くと、痛風発作と呼ばれる関節痛を起こす。
	尿潜血	尿中に血液が出ていないか調べる検査。陽性の場合、腎臓病や尿路系の炎症が疑われる。
	尿蛋白	尿中に排泄されるたんぱく質の量を調べる検査。尿中のたんぱく質が増加していると、腎機能の低下が疑われる。

# 参考資料(用語集)

は行	腹囲	内臓脂肪の蓄積の目安とされ、メタボリックシンドロームを診断する指標のひとつ。
	ヘマトクリット	血液に占める赤血球の割合(%)を表し、低い場合は貧血の疑いがある。
	法定報告	高齢者の医療の確保に関する法律第百四十二条に基づき、特定健康診査・特定保健指導の結果について報告すること。
ま行	メタボリックシンドローム	「メタボリックシンドローム」は、「内臓脂肪症候群」とも呼ばれ、複数の病気や異常が重なっている状態を表わす。「内臓脂肪の蓄積」によって、高血圧や糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病の重なりが起きていることを示し、心筋梗塞や脳梗塞の原因となる動脈硬化を急速に進行させていく。2つ3つと複数重なっている場合は、動脈硬化の進行予防という観点から“すでに手を打たなければならない状態”として捉えることが必要。
	AST(GOT) ALT(GPT)	主に肝臓に分布している酵素で、AST/ALTの両方が急激に上昇する場合は、肝疾患や心疾患が疑われることがある。
	BMI	肥満度を表す指標として用いられている体格指数で〔体重(Kg)〕÷〔身長(m)の2乗〕で求める。
	eGFR	推定腎糸球体ろ過量の略。年齢、性別、血清クレアチニン値から算出される推算値で、腎機能障害の指標となる。
	KDBシステム	国保データベース(KDB)システム。国保中央会が「特定健診・特定保健指導」「医療」「介護保険」等に係る情報を利活用し、統計情報等を保険者向けに情報提供することで、保険者の効率かつ効果的な保健事業の実施をサポートすることを目的として構築した全国規模のシステムである。特定健診及びレセプトの統計情報を国・県・同規模保険者等と比較しながら確認することが可能。
	HbA1c	過去1~2ヶ月程度の血糖の平均状態を表す。
	HDLコレステロール	別名「善玉コレステロール」。数値が低いと、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を誘発する。
	LDLコレステロール	別名「悪玉コレステロール」。数値が高いと、心筋梗塞や脳梗塞などの病気を誘発する。
	PDCAサイクル	Plan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Action(改善)を繰り返すことで、業務を改善していく手法。
	γ-GT(γGPT)	たんぱく質を分解する酵素の一種。飲酒量が多いときや胆道系疾患などで値が上昇し、肝機能の指標とされる。