

草津市糖尿病対策ガイドライン (第3期) 案

平成30年度～平成32年度

草津市

平成30年3月

目次

第1章 策定にあたって	- 1 -
1. 草津市糖尿病対策の取組について	- 1 -
(1) 取組までの経緯	- 1 -
(2) 第2期（平成27～29年度）における取組について	- 1 -
(3) 取組の成果と課題	- 2 -
(4) 目標数値と評価	- 5 -
第2章 対策の基本的な考え方	- 6 -
1. 草津市糖尿病対策ガイドライン（第3期）の策定について	- 6 -
2. 糖尿病対策の位置づけ	- 6 -
3. 目指す姿と取組の柱	- 8 -
(1) 目指す姿	- 8 -
(2) 取組の4つの柱	- 8 -
4. 糖尿病対策事業の展開	- 9 -
(1) 健康増進・発症予防	- 9 -
(2) 早期発見	- 11 -
(3) 早期対応	- 12 -
(4) 適正治療・重症化予防	- 14 -
5. 推進体制	- 15 -
資 料	- 17 -
1. 第2期計画における取組の評価	- 18 -
2. 滋賀県糖尿病地域医療連携指針（参考）	- 20 -
3. ライフステージにおける市事業	- 22 -
4. 生活習慣病・糖尿病・糖尿病合併症の進行	- 22 -
5. 用語解説	- 23 -

第1章 策定にあたって

1. 草津市糖尿病対策の取組について

(1) 取組までの経緯

当市では、平成22年度に滋賀県国民健康保険団体連合会による「保険医療・介護等総合診断事業」を受けました。その結果、草津市においては「医療費適正化対策として、特に脳卒中予防と糖尿病重症化予防対策を重点的に取り組む必要がある」との提言を受けました。

そこで当市の健康増進計画である「健康くさつ21」における、生活習慣病対策として、脳卒中予防にもつながる糖尿病対策について取り組むこととし、関係課で連携して効果的に推進するために、平成24年度から糖尿病対策ガイドラインを作成し取り組むこととなりました。

(2) 第2期（平成27～29年度）における取組について

ガイドラインでは、発症予防から重症化予防まで、また全ライフサイクルに即した対策として、取り組みの柱、それぞれの重点施策を定め、様々な事業を推進してきました。しかし、平成27年度「滋賀の健康・栄養マップ」の結果では、野菜摂取の目標量やバランスの良い食生活の実施等、改善に結びついていない現状が見受けられ、男性の肥満者の割合も増加しています。また、特定健康診査の受診率、特定保健指導実施率についても更なる向上が必要です。さらに糖尿病関連疾患による医療費について、入院は減少していますが、入院外の医療費は横ばいの状況です。

このような状況の中、「健康くさつ21（第2次）」の中間評価を行った結果、引き続き重点施策に、「糖尿病の発症予防と重症化予防の推進」を位置付けることとなりました。これを踏まえ、全年代において糖尿病対策の取り組みをより促進していけるよう現状に即したガイドラインに見直し、推進していきます。

糖尿病予防啓発キャッチコピー

糖尿病 なんともないと 見すごすな

～糖尿病は無症状で進行します 生活習慣を見直しましょう～

平成24年に健康推進員を対象に糖尿病の研修会を実施し、キャッチコピーを募集し、啓発に活用しています。あわせて、草津市のキャラクターのたび丸には、糖尿病啓発用『ドクターたび丸』に変身してもらいました。



ドクターたび丸

(3) 取組の成果と課題

第2期計画期間においては、以下のとおり取り組みの柱、市民の目標、重点施策を定め取り組みを推進してきました。取り組みの成果とそこから見える今後の方向性を取り組みの柱ごとに整理しました。

取組の柱	市民の目標	重点施策
健康増進・ 発症予防	糖尿病について正しく知ることができる	啓発活動（予防） 地域ぐるみの糖尿病予防活動への支援
早期発見	健診を受診することで自らの状態を知ることができる	健診受診率の向上
早期対応	生活習慣を見直し、改善することができる	健診事後指導の徹底 啓発活動（対応）
適正治療・ 重症化予防	適正な治療を受け、これ以上進行しないための行動に移せる	継続治療に向けた保健・医療・福祉・介護の連携 生活習慣の改善指導

1) 健康増進・発症予防

主な取組①

・糖尿病について正しく知ることができるよう、様々なイベントや事業の機会を捉え、糖尿病について啓発を行った。

具体的な取組①

- ・特定健康診査受診者や2歳6か月児の保護者に糖尿病やHbA1cについての情報提供用リーフレットを配布した。
- ・商業施設における啓発イベントで、糖尿病予防パネル展示と糖尿病予防メニューを配布した。
- ・出前講座や健康教育、広報紙の特集での啓発を行った。
- ・糖尿病予防月間（11月）に合わせ、乳幼児、保護者の予防を進めるため、乳幼児健診待合でのDVD放映による啓発、2歳6か月児と3歳6か月児への生活習慣に関する啓発を新たに実施した。

主な取組②

・地域での糖尿病予防活動のための人材育成や地域での取り組みへの支援を行った。

具体的な取組②

- ・健康推進員の糖尿病予防啓発媒体の活用による啓発や、健康づくりを切り口にしたまちづくりの支援（健康のまち草津モデル事業）、かかりつけ医普及促進事業による糖尿病の啓発により、地域での予防活動の支援を実施した。

現状から見える課題

- ・ライフサイクルの中で保幼小中高における実態把握ができていないことがわかった。
- ・「滋賀の健康・栄養マップ」の生活習慣や健康状態についての結果では、平成21年度と比較してバランスの取れた食事に気を付けている人の割合が減少している。また、20～69歳男性の肥満者の割合が高くなっている。女性では年齢が高くなるにつれ肥満の割合が高くなっている。

今後の方向性

- ・今後も生活習慣病改善への関心が高まるよう、様々な手段や機会を捉え、全市民を対象にした糖尿病・HbA1c等に関する啓発をしていく必要がある。
- ・健康増進・発症予防のためには、ライフステージごとに関連した関係課等が連携して糖尿病対策を進めていくことが必要である。
- ・様々な切り口での、地域の糖尿病予防活動への支援の継続が必要である。

2) 早期発見

主な取組

- ・自らの状態を知ることができるよう、健診受診の必要性の啓発や受診しやすい環境づくりを行うとともに、様々な機会を捉え、ハイリスク者の把握に努めた。

具体的な取組

- ・特定健康診査未受診者対策として、電話による勧奨や再勧奨通知を行った。特定健康診査の受診率向上のため、受診料の無料化を実施した。
- ・糖尿病予防の観点から、腎機能の検査項目として、eGFRを追加した。
- ・妊産婦の健康状態を把握できるよう、妊娠届出時に産後糖尿病の発症リスク確認を実施した。
- ・妊娠糖尿病など母親の健康の状態も把握し、産後のすこやか訪問で妊娠糖尿病の人にはチラシを渡し、リスク説明と継続的な健診の受診を勧奨した。
- ・乳幼児健診において、肥満度15%以上の児をハイリスク者として把握した。

現状から見える課題

- ・特定健康診査の受診率は横ばいで推移している。

**今後の方向性**

- ・様々なライフステージごとの健診受診等の機会を捉え、ハイリスク者を把握していく必要がある。
- ・糖尿病の早期発見の機会となる特定健康診査の受診率向上を目指す取り組みを継続していく必要がある。
- ・早期発見の必要性を啓発していくことも必要である。

3) 早期対応

主な取組

- ・生活習慣を見直し改善することにより、糖尿病の予防ができるようハイリスク者へ対応した。

具体的な取組

- ・特定保健指導の積極的支援では、利用者が自分の身体の危険度がわかるような帳票を用い、生活習慣を見直すことができるよう保健指導を実施し、生活習慣の改善を促した。
- ・特定保健指導への参加を促すために、訪問や電話による参加勧奨を実施した。
- ・産後糖尿病の発症リスクの高い人に対し体調管理、生活習慣の見直しに向けての指導や実態把握を実施した。
- ・乳幼児健診において把握した肥満度15%以上の児の保護者に対し、生活習慣を見直し改善するための指導と健診後フォローなどを実施した。

現状から見える課題

- ・特定保健指導実施率は横ばいとなっている。

**今後の方向性**

- ・妊娠糖尿病患者は産後の継続受診が難しいという実態を踏まえた対応や子どもの肥満への効果的な取り組みについて検討が必要である。
- ・特定保健指導の実施率向上や産後糖尿病や子どもの肥満への対応に関する取り組みについて強化・継続していく必要がある。

4) 適正治療・重症化予防

主な取組

- ・適正な治療を受け、重症化を防ぐため、保健・医療・福祉・介護とが連携し、様々な事業を通じ働きかけを行った。

具体的な取組

- ・妊娠届出時などに糖尿病合併妊娠の人に治療継続を勧めた。
- ・特定健康診査を受診した結果、医療受診が必要にもかかわらず、未受診になっている人に対し医療受診の勧奨を行った。
- ・圏域地域包括支援センターが直営で担当している介護予防支援サービス利用者について、医療受診や内服治療につなげた。
- ・「私の在宅療養手帳」についての周知や、手帳の手引き（マニュアル）について、医師や介護保険サービス事業所担当者等と多職種で協議し見直しを図った。



今後の方向性

- ・継続治療に向けた保健・医療・福祉・介護の関係機関の連携を強化する取り組みが必要である。

(4) 目標数値と評価

成果指標

	指標内容	目標値	平成27年度 (H26年度実績)	平成28年度 (H27年度実績)	平成29年度 (H28年度実績)	H26～H28年度評価と課題
健診受診率・ 特定保健指導 実施率の向上	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率 ③プレ特定健診受診率	平成23年度を 基準として各 10%の向上	①6,704/ 17,652 38.0% ②77/764 10.1% ③261/9,509 2.7%	①6,404/ 17,462 36.7% ②105/687 15.3% ③341/9,309 3.7%	①6,507/ 17,164 37.9% ②121/723 16.7% ③296/9,234 3.2%	特定保健指導実施率は、国・県に比べ低いものの訪問や電話による参加勧奨を行うことにより、実施率が向上している。プレ特定健診は、生活習慣を見直す機会となったという声はあるが、事後指導が必要な場合、仕事や家庭等で多忙との理由で参加されないことが多く、事後指導の介入が難しい。 糖尿病啓発リーフレット(子宮頸がん検診クーポンに同封)および勸奨ハガキ(前年度子宮頸がん検診未受診者勸奨)により、プレ特定健診の受診者の増加が見られ一定の効果があった。 特定健診では、未受診者通知、電話勧奨のほか、平成28年度から受診料無料化を図っている。 健診受診者を増やし、必要な人を保健指導につなげ、健康に関する意識の向上を目指す。
糖尿病有病者の 増加抑制	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5以上の者または糖尿病治療薬内服中の者の割合	増加抑制 健康くさつ21 (第2次)	779/7,273 10.7%	838/7,064 11.9%	825/7,092 11.6% (暫定値)	糖尿病有病者はここ数年ほぼ横ばいであるが、健康くさつ(第2次)策定時点(9.9%)と比較すると微増し増加抑制できていない。
糖尿病治療 継続者の増加	特定健診受診者のうち、HbA1c6.5以上の者で糖尿病治療薬内服中の者の割合	61%(H34) 健康くさつ21 (第2次)	308/596 51.7%	349/675 51.7%	353/644 54.8% (暫定値)	糖尿病継続治療者は50%台を推移し、健康くさつ21(第2次)の目標値までに至っていない。要受診者への受診勧奨が重要である。
ケアプラン チェックによる 医療連携指導 率の減少	医療情報の把握方法で医療機関以外から把握している割合年度末の値とする 指導対象 主治医意見書+本人家族/全体(主治医意見書+本人家族+書面聴き取り+聴き取り+アプローチ失敗)	30.0%以下	29.8%	31.6%		ケアプランチェックによる医療連携指導率は横ばいである。 ケアプランの作成において正確な医療情報の把握ができていない場合があるため、糖尿病を含め原因疾患に対してのアプローチを検討できるような情報収集の必要性について、ケアプランチェックの中で確認していく。
糖尿病関連疾患 による医療 費の減少	糖尿病1件あたり費用額 ①入院 ②入院外 40～74歳における総医療費のうち糖尿病医療費と構成割合 ③入院 ④入院外	減少	①277,405円 ②22,417円 ③4,225,680円 (構成割合1.9%) ④21,423,360円 (構成割合7.4%) H26.5診療分 データ	①341,495円 ②21,641円 ③3,596,610円 (構成割合1.5%) ④20,323,400円 (構成割合7.1%) H27.5診療分 データ	①462,144円 ②25,040円 ③3,235,010円 (構成割合1.5%) ④22,645,070円 (構成割合7.5%) H28.5診療分 データ	40～74歳における糖尿病医療費(入院)については減少しているが、入院外の医療費はほぼ横ばいである。 4つの柱全ての段階において取り組みを進め、糖尿病での医療開始を予防する必要がある。
国保被保険者の 透析の特定 疾病認定者数 (腹膜透析者 を除く)の減少	国保被保険者で人工透析(腹膜透析を除く)を受けている人数	平成25年4月 1日基準日85 人から減少	(H27年3月末 基準日) 国保被保険者 26,495人中 96人	(H28年3月末 基準日) 国保被保険者 25,858人中 97人	(H29年3月末 基準日) 国保被保険者 25,212人中 117人	対象者は増加傾向であり、医療費に大きな影響を及ぼしている。重症化予防の対策を講じる必要がある。

第2章 対策の基本的な考え方

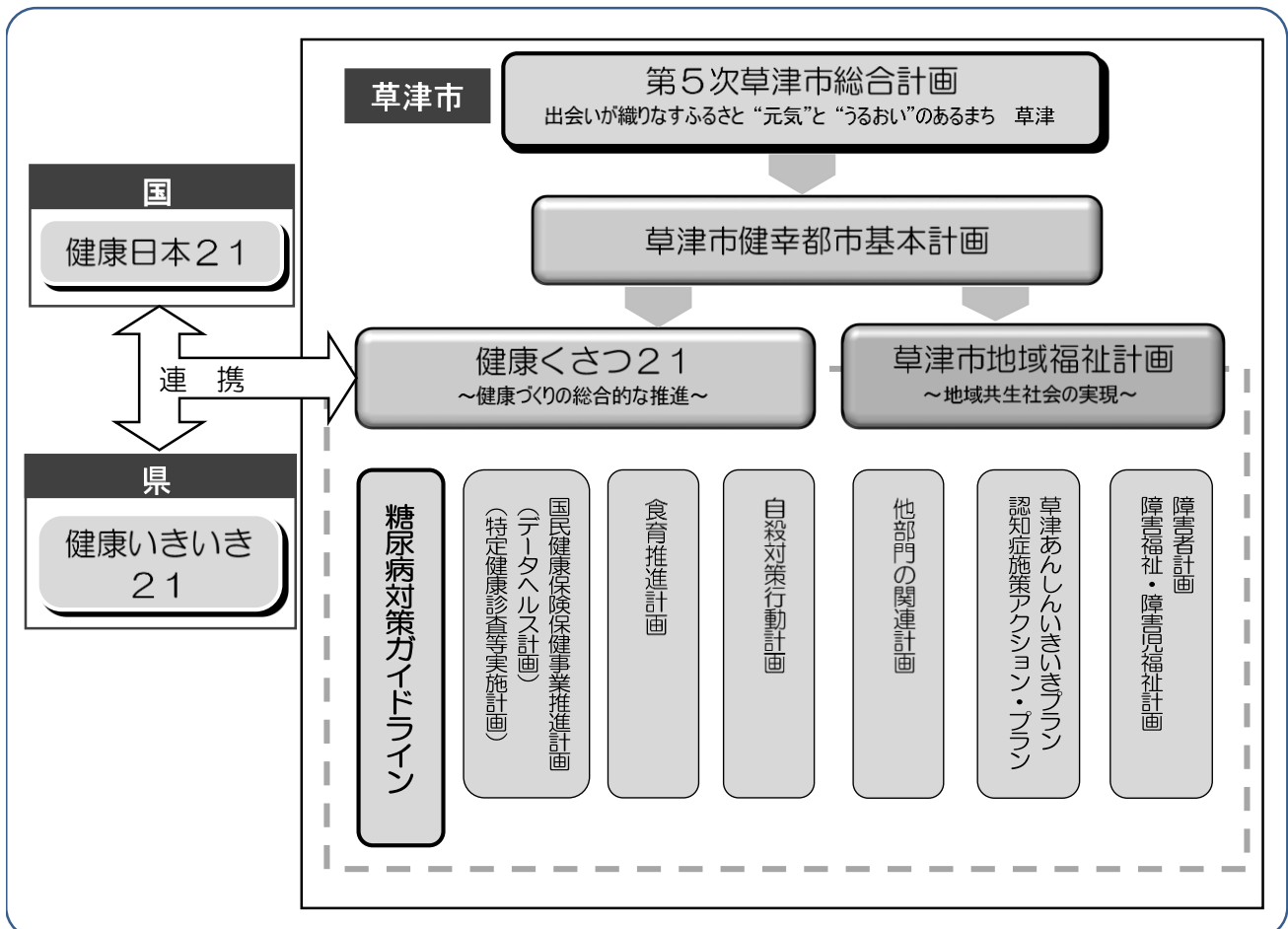
1. 草津市糖尿病対策ガイドライン（第3期）の策定について

第1期、2期の取り組みと糖尿病の現状を踏まえ、全庁横断的に効果的な取り組みと連携を進め、さらに糖尿病対策を推進するため、草津市糖尿病対策ガイドライン（第3期）を策定します。第3期の期間は、平成30年度から平成32年度までの3年間とします。

2. 糖尿病対策の位置づけ

糖尿病対策については、「健康くさつ21」計画の本文中で、『基本的な方向2 生活習慣病の発症予防と重症化予防』の中の「施策分野（2）循環器疾患・糖尿病」として位置づけ、その中で、「糖尿病対策の推進を図り、糖尿病や糖尿病合併症を患う人の減少を目指し」取り組むこととしています。（参考：次項図）

具体的な行政の取り組みは「糖尿病対策ガイドライン」に基づき、健康増進・発症予防、早期発見、早期対応、適正治療・重症化予防に取り組むとしており、本ガイドラインが糖尿病対策をすすめる指針と位置づけています。さらに、「健康くさつ21（第2次）」において、重点施策として、「糖尿病の発症予防と重症化予防の推進」を位置づけ、『糖尿病対策』と健康増進計画を進めるうえで重点的に取り組むこととしています。



健康くさつ21（第2次）の体系図

誰もが健康で長生きできるまち草津

～健康寿命の延伸と健康格差の縮小～

基本的な方向 2

生活習慣病の
発症予防と重症化予防

施策分野(1)がん
75歳未満のがん死亡者の減少、
がん検診受診率の向上

施策分野(2)循環器疾患・糖尿病
脳血管疾患・虚血性心疾患死亡者の減少、
特定健康診査・特定保健指導実施率の向上、
メタボリックシンドローム該当者
および予備群の減少、
糖尿病有病者の増加抑制、
糖尿病治療継続者の増加、
高血圧の改善、脂質異常症の減少

基本的な方向 3

社会生活を営むための
心身機能の維持・向上

施策分野(1)こころの健康
自殺者の減少
施策分野(2)次世代の健康
低出生体重児の減少、肥満傾向にある子どもの減少、
朝食を食べない子どもの減少、
運動やスポーツを習慣的にしている子どもの増加
施策分野(3)高齢者の健康
要介護認定者の増加抑制、
低栄養傾向の高齢者の増加抑制、
ロコモティブシンドローム認知度の向上、
足腰に痛みのある高齢者の減少、
高齢者の社会参加の促進、
認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上

基本的な方向 1

生活習慣の改善

施策分野(1)栄養・食生活
適正体重を維持している人の増加、適切な量と質の食事をとっている人の増加、共食の増加
施策分野(2)身体活動・運動
歩数の増加、運動習慣者の増加
施策分野(3)休養
十分に睡眠をとれていない人の減少、ストレスや悩みを感じている人の減少
施策分野(4)飲酒
生活習慣病リスクを高める量を飲酒している人の減少、未成年者の飲酒をなくす、妊娠中の飲酒をなくす
施策分野(5)喫煙
成人喫煙率の減少、未成年者の喫煙をなくす、妊娠中の喫煙をなくす、COPDの認知度の向上
施策分野(6)歯・口腔の健康
むし歯のない乳幼児の増加、小中学生のむし歯数の減少、歯周病を有する人の減少、歯の喪失防止、
咀嚼良好者の増加、定期的に歯科健診を受ける人の増加

基本的な方向 4

健康を支え守るための地域の絆による社会づくり

施策分野(1)健康づくりに取り組む人とチームを増やす
地域のつながりの強化、健康推進員数の増加、認知症サポーター養成講座受講者数の増加、
市民が運動しやすいまちづくりや環境整備の増加、受動喫煙のない店の増加、
食品中の食塩や脂肪低減に取り組む飲食店の増加

重点施策

重点施策1 糖尿病の発症予防と重症化予防の推進

重点施策2 子どもの頃からの健全な生活習慣の確立

重点施策3 働く世代の健康づくり

重点施策4 地域で取り組む健康づくり

重点施策5 企業、団体、大学等との多種多様な協働による健康づくり

3. 目指す姿と取組の柱

(1) 目指す姿

市民が糖尿病について正しく知り、病気の発症を予防し、また糖尿病になっても病気の悪化や合併症を予防し、できるだけ在宅で自立した生活を続けることができる

本目標をかかげ、糖尿病対策を推進することで、健康くさつ21計画の基本理念である「子どもから高齢者まで、男性も女性も、全ての市民が（＝誰もが）」、「病気等に悩まされず健康を維持したまま長い期間いきいき元気に過ごせる（＝健康で長生きできる）」まちづくりを目指します。

(2) 取組の4つの柱

糖尿病を知らない人だけでなく、健康に関心がない市民、個人も健康づくりに取り組むこと、またそのきっかけや継続につながるよう、仲間や地域ぐるみで健康づくりに取り組み健康増進をすすめることは、糖尿病だけでなく様々な病気の発症予防につながります。また、個人が健診受診等において自身の健康状態を把握し、生活習慣を見直す機会としたり、生活習慣を見直し改善する支援を受けることで、治療の開始や継続につながります。

また、糖尿病と診断された場合には、これ以上糖尿病が進行しないための行動がとれるような施策展開をしていく必要があります。

以上のことより、市民が「目指す姿」となることができるよう、糖尿病対策を進める上で重要となる「健康増進・発症予防」、「早期発見」、「早期対応」、「適正治療・重症化予防」の4つを取り組みの柱とし、柱ごとに、以下のように「目標」を定め、今後さらに取り組みを強化し糖尿病対策を継続し、推進していきます。

1) 健康増進・発症予防

市民が健康に関心を持ち、子どもの頃から健康づくりに取り組むとともに、糖尿病について正しく知ることが、糖尿病予防を意識した健康増進と糖尿病の発症予防の行動につながることから、以下の目標を設定し、行政はこの目標が達成できるような取り組みを実施していきます。

目標 市民が糖尿病について正しく知ることができる

2) 早期発見

市民が健診を受診し、自身の健康状態を知ることは、健康増進や糖尿病のリスクを軽減するために、健康づくりを始める動機や健康づくりを継続する力、早期受診のきっかけとなることから、以下の目標を設定し、行政はこの目標が達成できるような取り組みを実施していきます。

目標 市民が健診を受診することで自らの健康状態を知ることができる

3) 早期対応

市民が健診等の結果により自身の健康状態を知り、糖尿病発症のリスクが高い場合には、早期に必要な生活習慣の見直しと改善に取り組むことが、糖尿病予防の行動となることから、以下の目標を設定し、行政はこの目標が達成できるような取り組みを実施していきます。

目標 市民が生活習慣を見直し、改善することができる

4) 適正治療・重症化予防

糖尿病の発症後は、適正な治療を継続的に受けるとともに、自らの健康状態の維持向上を目指しながら、症状の重症化を防ぐための行動をすることが合併症発症を予防することにつながります。以下の目標を設定し、行政はこの目標が達成できるような取り組みを実施していきます。

目標 市民(糖尿病発症者)が適正な治療を受け、重症化を防ぐための行動に移せる

4. 糖尿病対策事業の展開

本ガイドラインは、糖尿病対策の基本指針として位置づけます。関係部署が基本計画に基づき、進捗管理している各部門別計画に掲げている施策のうち、健康増進、健康寿命の延伸や生活習慣病予防等を目指す施策、事業においては糖尿病対策が重要になることから本ガイドラインを指針とし、各事業を展開します。

各ライフステージにおいて市民一人ひとりが、自身の健康状態を確認し生活習慣を振り返るために健診受診や定期受診を行い、健康的な生活習慣を選択、獲得できるように、関係部署で所管する施策や事業を通じて、方策を講じます。そのためにも柱ごとに重点施策を定め、柱ごとの目標が達成できるよう取り組みます。

また、県や医療機関等関係機関とも連携して糖尿病対策事業を進めます。

(1)健康増進・発症予防

1) 目 標

市民が糖尿病について正しく知ることができる

2) 重点施策

全年代の市民へ健康増進・発症予防の啓発活動の実施

【課題】

様々な機会を捉え、広く糖尿病について啓発を行うとともに、地域での取り組みの支援を行ってきましたが、まだまだ啓発が十分ではなく、啓発対象を全年代へ広げ、子どもの頃から糖尿病予防のための健康づくりが実践できるよう糖尿病の正しい知識についての啓発活動をさらに推進することが必要です。

【取組】

○市民が糖尿病について正しく知り、健康増進と発症予防ができるように啓発します。

◆対策の基本的な考え方◆

○地域ぐるみでの糖尿病予防活動が広がり進むよう、地域の人や団体等への支援を行います。
 ○全年代に対しての糖尿病対策を進めるため、第3期からは乳幼児期～青年期における取り組みを進めている幼児課・スポーツ保健課を新たに関係課として加え、その取り組みを糖尿病対策に位置づけて進めます。

【取組目標1】 健康増進の取り組みを支援します

【取組目標2】 糖尿病予防に関する知識の普及、啓発を行います

3) 主な取組

主な取り組み事業	事業概要	担当課
<p>【拡充】 くさつヘルスアッププロジェクト</p>	<p>健康くさつ21（第2次）・第3次草津市食育推進計画の重点事業として、「食と運動のヘルスチェックデー」、「食育料理教室」、「くさつ健幸ポイント制度」等、糖尿病予防につながる生活習慣の見直しや改善のきっかけとなるような事業を実施します。HbA1cや糖尿病についてのリーフレットを配布します。</p> <p>【拡充】 「食育料理教室」の地域での展開や、「くさつ健幸ポイント制度」にアプリ活用を併用し、健康づくりを始める人の増加を目指します。</p>	健康増進課
乳幼児健康診査での啓発	乳幼児健康診査で肥満予防のポイントを掲載したリーフレットを配布します。また、2歳6か月健康診査では、保護者にHbA1cや糖尿病についてのリーフレットを配布します。	健康増進課
国民健康保険特定健康診査結果での啓発	HbA1cや糖尿病についての解説を盛り込んだ情報提供用リーフレットを作成し、特定健康診査受診者に配布します。	健康増進課
出前講座・健康教育	糖尿病予防の健康教育を実施します。また、食育等のテーマの健康教育においても、糖尿病予防についての内容を織り交ぜて実施します。	健康増進課
かかりつけ医等普及促進事業（おでかけドクター）	かかりつけ医等普及促進事業『おでかけドクターとお気軽トーク』において、糖尿病の啓発を行います。	健康増進課
健康推進員活動での糖尿病予防啓発	イベントや各学区での活動において糖尿病予防啓発媒体を活用し、啓発を行います。	健康増進課
糖尿病予防についての啓発	<p>【健康増進課】封筒や広報特集ページ・ホームページへの掲載、世界糖尿病デー（毎年11月14日）にあわせた懸垂幕掲出等にて啓発を行います。各種イベントや被用者保険健診の機会にHbA1cや糖尿病についてのリーフレットを配布します。</p> <p>【保険年金課】未受診者勧奨はがき内で糖尿病の生活習慣病予防にかかる啓発を行います。</p> <p>【長寿いきがい課】認知症サポーター養成講座等の出前講座の際に、生活習慣や糖尿病予防の必要性について啓発します。</p>	健康増進課 保険年金課 長寿いきがい課
「高齢者をささえるしくみ」での啓発	<p>【健康増進課】糖尿病に関して掲載する記事内容を関係課とともに検討します。</p> <p>【長寿いきがい課】糖尿病予防に関する記事を掲載した「高齢者をささえるしくみ」を窓口等で配布します。</p> <p>【介護保険課】糖尿病予防に関する記事を掲載した「高齢者をささえるしくみ」を介護認定申請時に配布します。</p>	健康増進課 長寿いきがい課 介護保険課

新規 各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けた取組の推進	各まちづくり協議会の健康宣言実現に向けて、データを活用した学区ごとの健康状態の見える化や、保健師による支援等により各まちづくり協議会と市が協働して健康づくりに取り組む仕組みづくりを進めます。	地域保健課 保険年金課
健康のまち草津モデル事業	各まちづくり協議会が、地域の課題や特色に応じて行う健康づくりの取組を支援するため、補助金を交付します（平成30年度事業終了）。	地域保健課
健康だよりや食育だよりの発行	保育所・幼稚園・認定こども園等へ健康だよりや食育だよりを発行し、糖尿病をはじめとした生活習慣病予防などに関する情報提供を行います。	幼児課
給食の展示	保育所・認定こども園等で毎日の給食やおやつを展示し、食事への関心を深め、バランスのとれた献立や旬の食材、正しい栄養バランスなどを伝え、糖尿病など生活習慣病予防につなげます。	幼児課
保育所・幼稚園・認定こども園における保健指導	園児に対し健康指導（歯磨き指導、栄養指導、生活習慣病予防指導など）を、実施します。また、園児の実態に合わせて必要に応じ糖尿病予防・生活習慣病予防等の保健指導を行います。	幼児課
学校における食育の推進	各小中学校における食育月間、食育の日の取り組みの集約や指導助言を行います。栄養教諭と連携し、栄養素や食に関する指導を行い、糖尿病予防をはじめとした生活習慣病予防につなげます。	スポーツ保健課
学校保健統計事業	本市の児童生徒の健康状態の傾向を把握し、糖尿病予防を含む生活習慣病予防など児童生徒の健康教育の課題を探るため、各種健康診断結果について市内全体の統計を行います。	スポーツ保健課
児童・生徒等健康診断事業	児童・生徒の健康状態の把握と糖尿病を含む各種疾病等の早期発見を図るため健康診断を実施し、必要に応じて治療勧告等を行います。	スポーツ保健課

…新たに糖尿病対策として位置づけた事業

(2) 早期発見

1) 目標

市民が健診を受診することで自らの健康状態を知ることができる

2) 重点施策

健診受診率の向上

【課題】

健康づくりのきっかけとなる自身の健康状態を知ること、また、糖尿病の早期発見の機会となるよう、健診受診者を増やすための受診勧奨等の取り組みを、工夫を重ねて行ってきましたが、より多くの人に健診を受診してもらうことが必要です。

【取組】

○市民が自らの健康状態を知ることができるよう、健診の受診勧奨を行うとともに、様々なライフステージごとにある健診受診の機会を捉え、ハイリスク者を把握します。

○糖尿病の早期発見の重要性を啓発します。

【取組目標】 健診受診率の向上を目指します

3) 主な取組

主な取組事業	事業概要	担当課
健康推進員への研修会	現任研修において、糖尿病予防の講話、調理実習を行います。歯周病と全身疾患の関係について講演会を実施し、理解を深め、健診の受診について、健康推進員の活動の中で地域の方へ勧めていきます。	健康増進課
メタボ予防健康診査	糖尿病等生活習慣病を早期に発見し、生活習慣の改善を考える機会とするため特定健康診査に準ずる項目で、受診機会のない19～39歳の人と生活保護受給者に対し、健診を行います。	健康増進課
メタボ予防健康診査個別受診勧奨	39歳以下の子宮頸がん検診個別勧奨や生活保護受給者への個別通知等にあわせてメタボ予防健康診査の受診勧奨を行います。	健康増進課
妊娠糖尿病であった母への受診勧奨	すこやか訪問時に妊娠糖尿病の母に対し、出産後も継続して自らの健康状態を確認するよう、リーフレットを配布して健診受診等の啓発を行います。	健康増進課
〔拡充〕 特定健康診査	糖尿病予防や腎機能などを調べる追加健診項目を継続実施します。 〔拡充〕 被用者保険と集団健診を同時実施し、受診環境を整えます。	保険年金課
〔拡充〕 特定健康診査未受診者通知・受診勧奨電話	未受診者通知については、通知内容等を見直して実施します。電話勧奨を行います。 〔拡充〕 受診率等の実績を性別・年代・受診履歴等により分析して、効率的・効果的な受診勧奨を行います。	保険年金課

(3) 早期対応

1) 目 標

市民が生活習慣を見直し、改善することができる

2) 重点施策

糖尿病予防に向けた生活習慣改善のための保健指導の徹底

【課題】

様々な年代において、糖尿病のハイリスク状態が明らかになった後に、早期に生活習慣を振り返り必要な改善策を検討、実践することで、糖尿病の発症を防ぐことが必要です。

【取組】

○糖尿病のハイリスク者が生活習慣を見直し改善することができるよう、徹底した保健指導や健診機会等を捉えての生活習慣改善のための啓発の取り組み等を行います。

【取組目標 1】 生活習慣改善・早期対応のための情報提供を行います

【取組目標 2】 生活習慣改善のための保健指導を徹底します

3) 主な取組

主な取り組み事業	事業概要	担当課
拡充 国民健康保険特定保健指導未参加者電話勧奨・訪問勧奨、再勧奨	参加率向上のため時間帯や曜日を広げた電話勧奨や不通者・不在者に対する再勧奨通知を行います。	健康増進課
拡充 国民健康保険特定健康診査情報提供者への生活習慣病予防	特定健康診査の情報提供者の中でHbA1c・中性脂肪・LDLコレステロール・血圧のいずれかが保健指導判定値の40歳代を抽出し、生活習慣病相談の案内と生活習慣病予防啓発リーフレットを送付し、生活習慣病相談につなげます。	健康増進課
拡充 特定保健指導	積極的支援の委託や委託先事業所の拡充、また現在、保健センターのみで実施している指導を市内施設や健康イベント会場等で実施し、指導環境を整えます。また、健診当日の指導実施や3か月の集中実施、また終了後のICTの活用等を行い、実施率向上と指導効果の継続を目指します。	健康増進課
生活習慣病相談	生活習慣病相談はメタボ予防健康診査後の事後指導や、特定健康診査受診者でHbA1c等が保健指導判定値の人への保健指導として参加勧奨を行う。生活習慣病相談への参加を促すために、個人宛のメッセージを通知文に加える等、勧奨通知を工夫します。	健康増進課
メタボ予防健康診査後の事後指導	メタボ予防健康診査（ブレ特定健康診査）受診者の中で、血糖・脂質・血圧・腹囲のいずれか一つでも、特定保健指導の基準値に該当する人に対して、薬剤師会と連携して生活指導を実施します。	健康増進課
乳幼児健康診査における肥満等の児への指導	2歳6か月健康診査、3歳6か月健康診査にてリーフレットを用いて啓発し、肥満度15～19%の児には6か月後の電話フォロー、肥満度20%以上の児には、生活習慣の聞き取りをし、生活習慣の改善点について、生活目標立案の保健指導を行います。また、肥満度30%以上の児には、肥満外来受診を勧奨します。	健康増進課
ハイリスク妊婦の把握、悪化予防	妊娠届時に糖尿病・妊娠糖尿病の診断・治療歴等がある方を把握し、今後の経過確認や妊娠中の過ごし方、定期受診の必要性等の啓発を行います。	健康増進課
健康推進員への研修会	現任研修において、糖尿病予防の講話、調理実習を行います。歯周病と全身疾患の関係について講演会を実施し、理解を深め、健診の受診について、健康推進員の活動の中で地域の方へ勧めていきます。	健康増進課

(4)適正治療・重症化予防

1) 目 標

市民(糖尿病発症者)が適正な治療を受け、重症化を防ぐための行動に移せる

2) 重点施策

関係機関との連携による継続治療の勧奨・支援

【課題】

糖尿病を発症した人が、進行を防ぎ、合併症、重症化を予防できるよう、保健・医療・福祉・介護等の関係機関との連携により適正な治療を継続して受けられるよう環境を整える必要があります。

【取組】

○糖尿病についての適正な治療を受け、糖尿病が進行しないための継続治療や生活習慣の改善を行うことができるよう、保健・医療・福祉・介護等関係機関と連携し、糖尿病の重症化予防に向けての取り組みを行います。

【取組目標】 適正治療の受診支援、継続治療の勧奨支援を行います

3) 主な取組

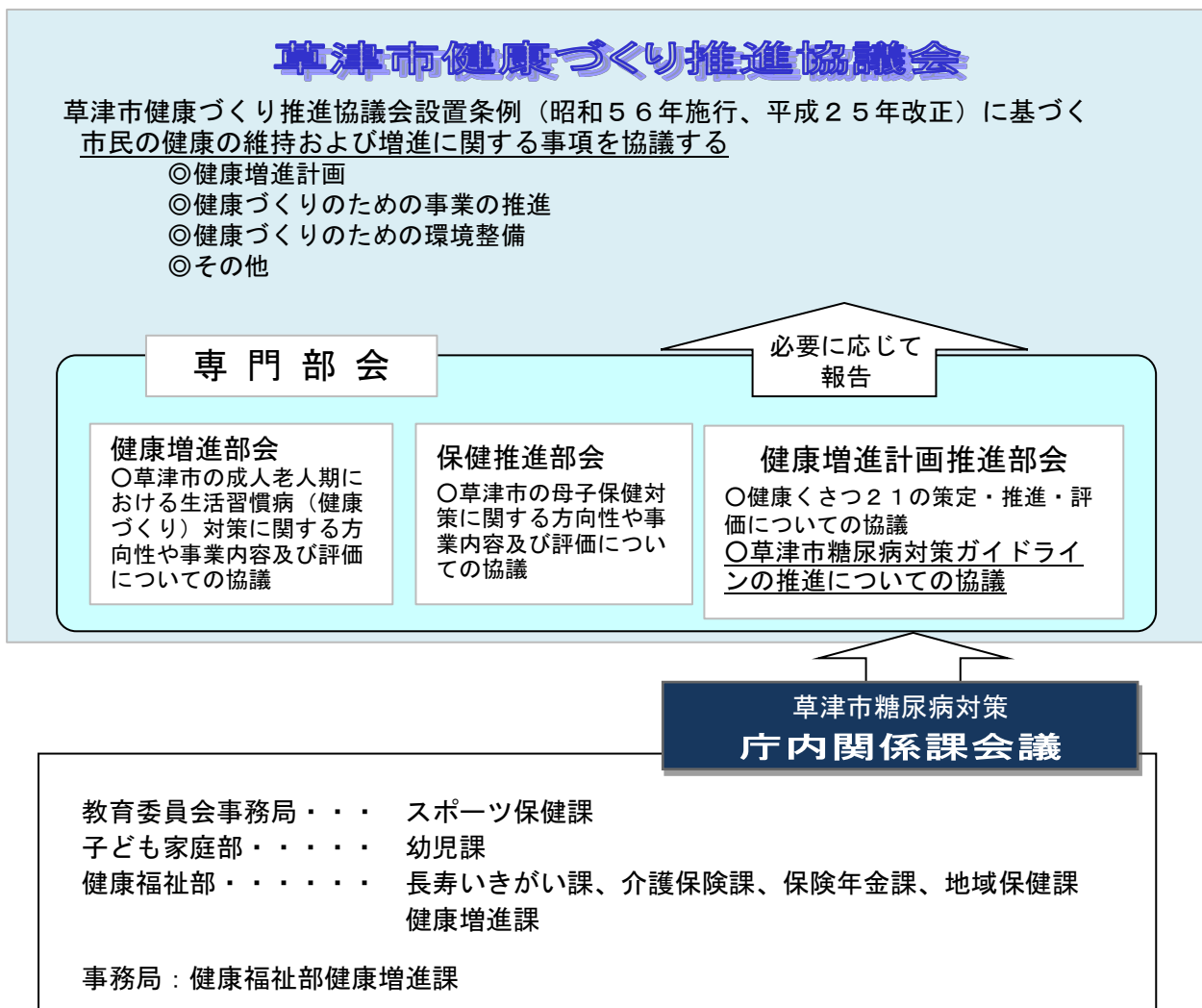
主な取組事業	事業概要	担当課
体調管理・連携のための手帳等の活用	「私の在宅療養手帳」について多職種に周知徹底を図りながら、より一層活用を促進していきます。	長寿いきがい課
介護サービス利用者のケアプランチェック	ケアマネジャーに対するケアプラン点検の中で、主治医等との医療連携について聞き取りを行い、必要に応じてアドバイスを行います。	介護保険課
特定健康診査要受診者の受診勧奨	特定健康診査の結果、受診勧奨判定値の人に対して、医療機関への受診勧奨を行います。	保険年金課
糖尿病性腎症重症化予防対象者への受診勧奨	糖尿病性腎症重症化予防を目的に医療機関への受診勧奨を行います。	保険年金課

5. 推進体制

糖尿病対策に関する事業実績と次年度の計画については、年度ごとに「糖尿病対策関係課会議」でとりまとめ、「草津市健康づくり推進協議会」に報告し、そこでの意見を踏まえて、より効果的な事業となるよう再構築します。

事業や施策の評価は、成果指標の推移による評価、事業過程は適切であったか等の評価視点も踏まえて行います。

「糖尿病対策関係課会議」は、各部署の連携を密にするため定期的に実施し、効率的・効果的な施策立案・実施に結び付けます。



◆対策の基本的な考え方◆

資 料

1. 第2期計画における取組の評価

平成27年度～29年度糖尿病対策実施結果

	市民の目標	重点施策	平成27年度	平成28年度	平成29年度
健康増進・発症予防	糖尿病について正しく知ることができる	啓発活動(予防)地域ぐるみの糖尿病予防活動への支援	メタボ予防健康診査・特定健康診査における情報提供用リーフレット配布 糖尿病啓発教材の作成・啓発 広報特集号掲載 キャッチコピーを用いた啓発 出前講座・健康教育 ホームページ掲載 糖尿病・脳卒中啓発リーフレット等配布 懸垂幕による啓発 「高齢者をささえるしくみ」での啓発 HbA1c啓発リーフレット配布 関係課従事者職員の研修会 くさつヘルスアッププロジェクト 2歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布 かかりつけ医等普及促進事業での糖尿病啓発 健康推進員活動の中での糖尿病啓発 健康のまち草津モデル事業	3歳6か月健康診査における肥満予防リーフレット配布	
早期発見	健診を受診することで自らの状態を知ることができる	健診受診率の向上	健康推進員への糖尿病予防の研修会参加、講義、受診勧奨 プレ特定健康診査・特定健康診査・後期高齢者健康診査 特定健康診査の健診項目の追加 特定健康診査未受診者通知・電話勧奨 【再掲】メタボ予防健康診査・特定健康診査における情報提供用リーフレット配布	妊娠届出時のハイリスク妊婦の把握	
早期対応	生活習慣を見直し、改善することができる	健診事後指導の徹底啓発活動(対応)	生活習慣病相談・栄養相談 特定保健指導 特定保健指導動機付け支援全面委託 特定健康診査情報提供リーフレットの見直し メタボ予防健康診査後の事後指導の検討 2歳6か月健康診査における肥満児への指導	3歳6か月健康診査における肥満児への指導 妊娠届出時のハイリスク妊婦の悪化予防	
適正治療・重症化予防	症状を知り、これ以上進行しないための行動に移せる	継続治療に向けた保健・医療・福祉・介護の連携生活習慣の改善指導	介護サービス計画ケアプランチェック 私の在宅療養手帳活用 要支援者の治療未継続者の実態把握・治療勧奨 特定健康診査要受診者への受診勧奨 関係課従事者職員の研修会	妊娠届出時の糖尿病合併妊婦の継続受診勧奨	

	評価と課題
健康増進・ 発症予防	<ul style="list-style-type: none"> ・全市民を対象に様々な手段で啓発を行ったが、今後も糖尿病への関心および生活習慣改善への関心が高まるよう、続けていく必要がある。 ・出前講座や生活習慣病相談、各種健診は、HbA1cについて知ってもらう機会、生活習慣の見直しができる機会として、今後もより多くの市民が講座や相談を利用したり、受診者を増やすことができるようにする。また、受診勧奨や受診後のチラシなどで、生活習慣病や糖尿病の啓発を行うなど、市民の行動変容につながる取り組みを続けていく必要がある。 ・乳幼児期では糖尿病予防月間(11月)に合わせ、乳幼児健診待合でのDVD放映による啓発、2歳6か月児と3歳6か月児への生活習慣に関する啓発を新たに実施し、乳幼児の予防だけでなく、その保護者も併せて、啓発をすることができた。 ・学期初めには食育料理教室を通して、食事の摂取量やバランスなどを伝え、家庭で実践していきたいとの意見が聞けた。今後も、子どもが学ぶ機会、親子で学ぶ機会などを提供することで、子どもの頃からの健康増進・発症予防ができると思われる。 ・ヘルスチェックデー、くさつ健幸ポイント制度では、健康づくりを継続する励みとなったり、健康づくりを始めるきっかけづくりができた。 ・高齢者については、「高齢者をささえるしくみ」の中に、糖尿病に関して掲載し、継続して啓発を行うことができるように、紙面の確保を行った。また、認知症サポーター養成講座やいきいき百歳体操、草津歯(し)・口からこんには体操の出前講座などで、糖尿病予防の啓発を続けるとともに、健康増進・発症予防のためにかかりつけ医をもつことを進めていく必要がある。
早期発見	<ul style="list-style-type: none"> ・けん診においては糖尿病の啓発リーフレットを作成してクーポンに同封したり、健診時にリーフレットを配布することで、啓発機会とするとともに受診率の増加を図った。 ・特定健診費用の無料化や未受診者勧奨等を実施しているが、受診率は目標に達していないため、受診勧奨方法の検討などが必要である。 ・後期高齢者医療制度対象者のうち治療中の人への受診券発行がなくなっている。 ・妊娠届出時やすこやか訪問時、乳幼児健診時など様々なライフステージごとにある健診受診などの機会を捉え、ハイリスク者を把握していく必要がある。 ・早期発見の必要性を啓発していくことも必要である。
早期対応	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠届出時に糖尿病・妊娠糖尿病の病歴や健康状態の把握や生活習慣の見直しに向けての指導を実施した。産後の育児での多忙さなどから受診の継続が難しい場合もあり、啓発方法や時期については検討が必要である。 ・乳幼児健診において、肥満度15%以上児には、2歳6か月健診とともに3歳6か月健診でも生活習慣を見直すための指導を実施しており、健診後のフォローにて生活改善の継続なども確認できたが、保護者の意識により保健指導に至らない場合もあり、効果的な指導方法を検討していく必要がある。 ・糖尿病を予防するためには、早期に介入し若い世代にターゲットを絞って保健指導を実施する必要があることから、特定健診情報提供対象者への生活習慣病予防啓発を実施し、生活習慣病相談への参加勧奨をしているが、参加率は低い。参加者からは生活を見直す機会となったとの感想を得ているが、仕事や家事など多忙なことによる参加の難しさがあることから、参加勧奨の方法や指導方法の検討が必要である。
適正治療・ 重症化予防	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランチェックにより主治医等との医療連携について聞き取りを行い、必要に応じアドバイス等をおこなっている。今後も継続して実施していき、医療連携をすすめる必要がある。 ・人工透析を受けている人は、増加傾向であり、医療費に大きな影響を及ぼしている。ターゲットをしぼり、医療費削減効果の出る重症化予防の対策を講じる必要がある。 ・関係職員のスキルアップを目指し、平成27年度、平成28年度は基礎知識編、対策編として研修会を実施し、糖尿病についての理解を深める事により相談事業を始め様々な場面で活かしていけることを目指した。アンケートでは理解が深まったとの回答が多く研修の目的としては達成できたと考えられるが、全てのニーズに合致したものではないことから参加者にはばらつきがある。今後は実践に必要な内容を検討し継続実施していく必要がある。 ・私の在宅療養手帳については、平成27年度に医師や介護サービス事業所担当者、ケアマネ等、多職種で協議し改訂した。多職種への周知徹底を図りながら活用を推進していく必要がある。 ・平成26～28年度まで、糖尿病モニタリングシートを活用して実態把握をしてきたが、糖尿病要支援者の直営管理の人は100%医療受診できており、実態把握等の事業目標は達成できていると考えられる。また、今後も同様の対応は必要ではあるが、若年や元氣なうちからの予防、および広く高齢者への生活習慣病および糖尿病予防の必要性を啓発していく。 ・ライフステージごとの様々な機会に糖尿病受診者への治療継続を勧めた。

2. 滋賀県糖尿病地域医療連携指針（参考）

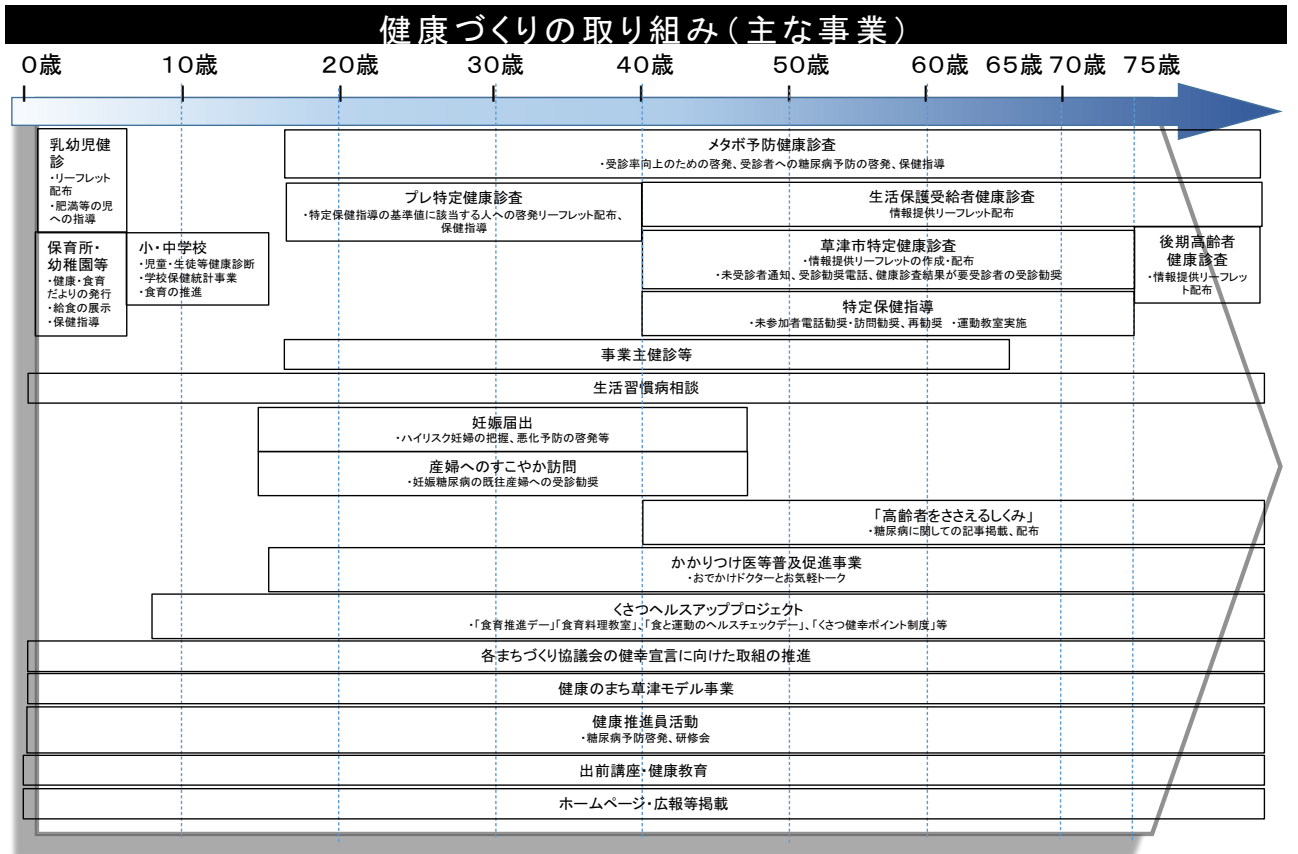
～指針 P21～22の表抜粋～
（指針V-2, 3, 4まとめ）

糖尿病地域医療連携を推進するための取り組みと期待される役割
（指針 P11～ V 地域医療連携を推進するための取り組み）

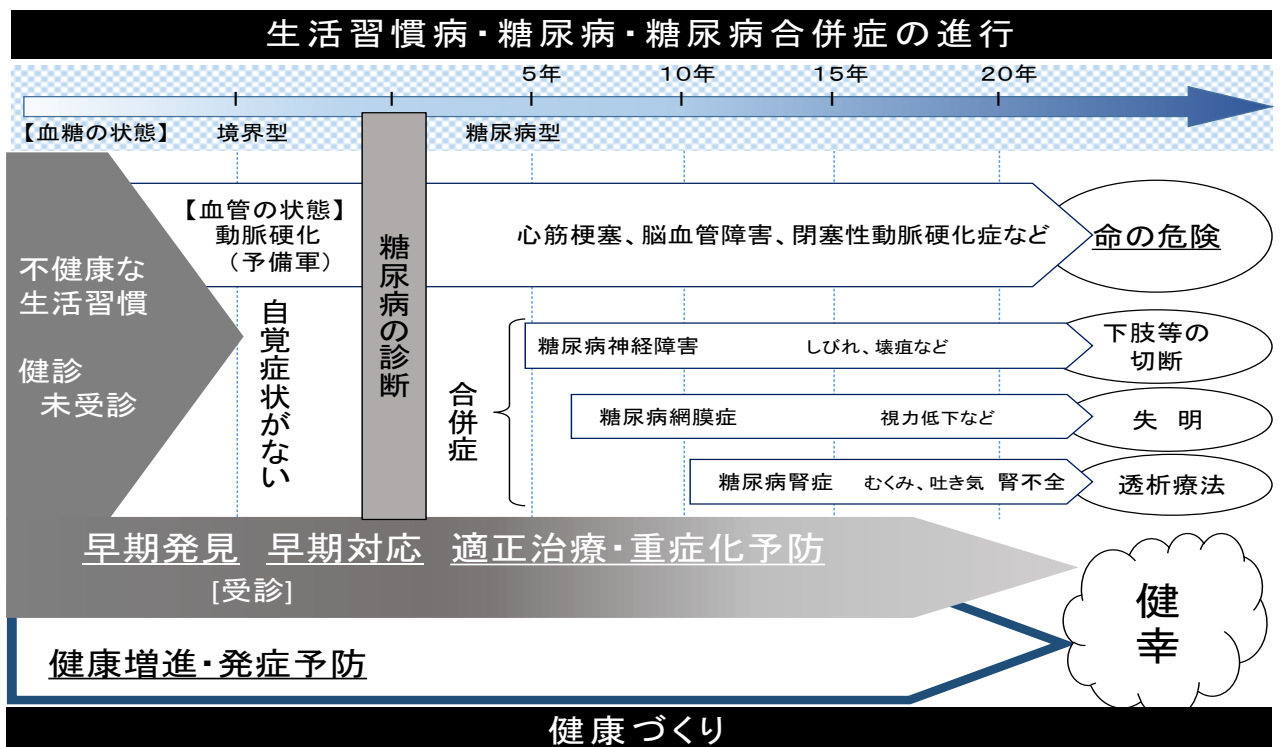
		それぞれの果たす役割	
		糖尿病患者、その疑いのある人	医療機関
	<p>○ それぞれに期待する役割</p> <p>○ 推進する取り組み</p>	<p>糖尿病患者 糖尿病の疑いのある人</p>	<p>① かかりつけ医（一般診療所）</p> <p>② 専門医等による診療を行っている病院</p> <p>③ 歯科診療所</p>
2 ・ 健診後の 地域保健と 医療との 連携強化	<p>○ 健診受診後の医療受診勧奨の徹底</p> <p>○ 適正受診支援</p> <p>○ 健診の事後指導の基準と医療の治療の基準の共通理解</p> <p>・ 糖尿病の精査、診断の対応</p> <p>・ 予防的な生活習慣改善への指導</p> <p>○ 服薬中の人や治療中断者への対応</p>	<p>○ 糖尿病の知識を深める。</p> <p>健診結果と生活状況から自分の身体に起こっている変化を理解する。</p> <p>○ 健診を定期的に受診する。</p> <p>○ 健診の結果、受診が必要になった時は、早期に必ず受診する。</p>	<p>① 健診後の受診者に対する対応（日本糖尿病学会糖尿病診断基準に沿った診断、検査）</p> <p>① 地域保健との連携（基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力）</p> <p>① 受診の結果、薬物治療開始とならなかった人に対する指導または市町の相談事業への紹介（将来の糖尿病発症リスクをも考慮し、生活習慣改善を動機付けるよう支援）</p>
3 ・ 診療連携の 強化	<p>○ 標準的治療の普及 慢性合併症予防のための他科との連携</p> <p>・ 糖尿病治療ガイド（日本糖尿病学会）に則した治療の普及</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の活用</p> <p>○ 各保健医療圏における糖尿病地域医療連携体制の推進</p> <p>○ 医科歯科連携の推進</p> <p>○ 啓発、必要な情報の提供</p> <p>・ 糖尿病患者への診療連携の理解の促進</p> <p>・ 医療従事者への情報提供</p> <p>○ かかりつけ医（一般診療所）での療養指導の充実</p>	<p>○ 定期的な受診の継続</p> <p>○ 治療への理解、良好なコントロール状態を維持し、合併症の発症予防をめざす。</p> <p>○ かかりつけ医を持つことの重要性、病診連携について理解する。</p> <p>○ 「救急医療ネットしが～滋賀県広域災害・救急医療情報システム～」の活用</p> <p>○ 患者会活動などへの参加</p>	<p>① 診断基準を含めたガイドラインの普及</p> <p>・ 学会・研究会・医師会定例会等における情報の収集</p> <p>・ 地域医師会圏内の糖尿病専門病院・医師との連携</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の積極的利用</p> <p>・ 診療所での栄養指導など、生活指導の強化</p> <p>② 地域医師会の開業医との連携</p> <p>・ 地域連携クリティカルパス等の作成と運用</p> <p>・ 開業医との情報交換の迅速化（メールなどによる情報交換）</p> <p>・ システム化された定期受診システム（眼科・歯科を含めて）</p> <p>② 勉強会の開催</p> <p>①② 病院コメディカルの活用 設備・人材の共同活用</p> <p>①② 調剤薬局における服薬指導</p> <p>③ 糖尿病の理解と医科との連携</p> <p>①② 歯周病の理解と歯科との連携</p>
4 ・ 療養指導を 充実する ための 人材育成・ 活用	<p>○ 医師以外の療養指導を行う人材の育成</p> <p>○ 栄養士会、糖尿病療養指導士等と連携した療養指導体制の検討</p> <p>○ 他職種活用を考える医療機関の増加</p>		<p>② 研修会等の開催</p> <p>① 療養指導人材の活用</p> <p>①② 患者への療養指導活用の啓発</p>

それぞれの果たす役割	
関係団体	行政機関等
①県医師会、地域医師会 ②歯科医師会 ③薬剤師会 ④栄養士会 ⑤国民健康保険団体連合会	①市町 ②県・保健所 ③保険者
①診断基準を含めた糖尿病診療ガイドラインの普及 ①地域保健との連携の促進 （基準に基づく健診の事後指導や地域の保健指導への協力） ⑤特定健診等データ管理システムおよびKDBシステムを活用してのデータ集計、リスト等を国保保険者へ提供、活用支援 ④生活習慣改善指導(栄養指導)への協力	③①受診勧奨・受診支援 健診結果、生活状況から対象者自らが身体におこっている変化を理解し、納得できる保健指導をして医療につなぐ。 ③①要医療者のうち、未受診者の把握未受診者を確実に把握し、リスクの高い人への受診支援 ③①医療機関から紹介のあった生活習慣改善必要者への指導の実施 ③①服薬者の医療との連携 合併症発症リスクの高い人へ医療と連携した生活習慣改善支援 ③①健診後の受診者の実態把握とニーズの解析 ③①連携推進のための情報の明確化(受診勧奨時の様式等) ③①受診勧奨、支援のための保健師等の資質向上、マンパワー確保 ①特定健診・保健指導の対象とならない人を含めて、市民全体が糖尿病予防、早期発見、早期治療、疾病管理ができるよう生活習慣病対策として、啓発や相談指導を行う。 ②保険者や市町と医療の共通理解を深める場の設置など連携の推進
①診療ガイドラインの普及 ①開業医への啓発: 定例医師会における講演会や診療ガイドラインの配布等 各地域医師会の実情に即した病診連携体制の推進 ①診療連携のための支援 ①②医科歯科連携の推進 定例会、研修会等での啓発 ①②③④関係団体合同の意見交換会 ①②③病診連携の必要性について啓発	①③かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発活動 ②簡便な病診連携の体制構築 紹介システム 病院医療マップの活用 「救急医療ネットしが ～広域災害・救急医療情報システム～」活用 地域連携クリティカルパス等の活用促進 診療連携のための支援 医療機関の役割分担の実態把握と医療機関・関係団体への情報提供 ②啓発、情報提供 ・かかりつけ医をもつ適正受診、診療連携についての啓発 ・医療従事者への情報提供
①④他職種活用の促進 糖尿病療養指導士の活用検討 栄養相談の事例報告 ④診療所での栄養指導ができる管理栄養士の育成研修(事例検討会含む) ①診療所での療養指導を行う人材活用の啓発 ⑤保険者の生活習慣病予防対策推進のため、従事者向け保健指導研修会の開催	①②療養指導を行う人材活用についての啓発 ②管理栄養士等の育成支援 圏域における現状と課題の把握、検討 糖尿病治療ガイド2010の理解を深める研修 標準化した指導資料の作成等(保健師・管理栄養士編) ②事例検討会等を通じた人材育成

3. ライフステージにおける市事業



4. 生活習慣病・糖尿病・糖尿病合併症の進行



5. 用語解説

用語	解説
【ABC】	
BMI	肥満の判定に用いられる体格指数 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) であらわされる 18.5未満を「低体重(やせ)」、18.5以上25未満を「標準」、25以上を「肥満」としている
CKD (慢性腎臓病)	CKD(慢性腎臓病)とは、腎臓の働き(GFR)が健康な人の60%以下に低下する(GFRが60ml/分/1.73㎡未満)か、あるいはタンパク尿が出るといった腎臓の異常が続く状態を言う 慢性に経過するすべての腎臓病のこと 腎障害(蛋白尿(微量アルブミン尿を含む)などの尿異常、画像診断や血液検査、病理所見で腎障害が明らかである状態)、腎機能の低下(血清クレアチニン値をもとに推算した糸球体濾過量(eGFR)が60ml/分/1.73㎡未満の状態)のいずれか、または両方が3か月以上続いている状態
eGFR (推算糸球体濾過量)	eGFR(推算糸球体濾過量)は、血液中のクレアチニン値と年齢・性別から計算式を用いて、算出される 直接腎臓の機能(GFR)を測定するのは、検査がとても複雑で時間を要するため、日常検査では、計算式によって算出されるこの数値を腎機能のスクリーニング検査として用いる
HbA1c (ヘモグロビンエーワンシー)	健康診査の血液検査項目 過去1~2か月の血糖値の平均を反映する指標で、糖尿病の診断に使われる。赤血球中のヘモグロビンとブドウ糖が結合したもので、血液中のブドウ糖が多いほど値が高くなる。健診直前などの食事の影響を受けないので値にばらつきが少なく、血糖値コントロールするための重要な情報 【参考・特定健康診査における基準】 保健指導判定値：5.6~6.4%、受診勧奨判定値：6.5%以上
【あ行】	
エネルギー比率	エネルギーを産生する栄養素(energy-providing nutrients, macronutrients)すなわち、たんぱく質、脂質、炭水化物(アルコールを含む)とそれらの構成成分が総エネルギー摂取量に占めるべき割合(%エネルギー)
栄養教諭	児童・生徒の栄養の指導および管理をつかさどる教員のこと(学校教育法第37条第13項) 小中学校などにおける食育の推進をめざして平成17年度から配置され、草津市では平成20年度から配置されている
【か行】	
共食	家族や友人が食卓を囲んで楽しくコミュニケーションをとりながら食事をとること
健康推進員	市長による委嘱を受け、主に自分の住む地域を担当し、健康づくりの担い手として活動しているボランティアのこと
健康寿命	健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間 健康寿命の主な指標としては、①「日常生活に制限のない期間の平均」、②「自分が健康であると自覚している期間の平均」、③「日常生活動作が自立している期間の平均(平均自立期間)」がある
健康増進法	国民の健康づくりや疾病予防を積極的に推進するため、制定された法律 国民が生涯にわたって自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進につとめなければならないこと等が規定されている

合計特殊出生率	出産可能年齢（15～49歳）の女性に限定し、各年齢の出生率を足し合わせ、一人の女性が一生に産む子どもの平均を推計したもの
【さ行】	
「滋賀の健康・栄養マップ」調査	滋賀県民の健康および栄養に関する現状と課題を把握するために、昭和61年度より概ね5年に1度、滋賀県が実施している調査
食事摂取基準	厚生労働省が、健康な個人または集団を対象として、国民の健康の維持・増進、エネルギー・栄養素欠乏症の予防、生活習慣病の予防、過剰摂取による健康障害の目的として制定したエネルギー及び各栄養素の摂取量の基準のこと
食育	生きるうえでの基本であって、知育、徳育および体育の基礎となるべきもの さまざまな経験を通じて食に関する知識と食を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること
身体活動	安静にしている状態よりも多くのエネルギーを消費する全ての動き
生活習慣病	日常生活習慣によって引き起こされる病気の総称で、その定義は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症や進行に関与する症候群」とされている 脂質異常症、高血圧、糖尿病、肥満、骨粗しょう症、がんなどが代表的 最近では、成人だけの問題ではなく、子どもの時期からの発症が増えている
生活保護受給者健康診査	メタボ予防健康診査（用語解説有り）のうち、医療保険に未加入で、受診時に生活保護を受給している人を対象とした健康診査
【た行】	
「糖尿病が強く疑われる人」	国民健康・栄養調査において、HbA1cの測定値がある人のうち、HbA1c値が6.5%以上または、生活習慣調査票の「これまでに医療機関や健診で糖尿病といわれたことがありますか」に「あり」と回答し、「糖尿病の治療を受けたことがありますか」に「過去から現在にかけて継続的に受けている」および「過去に中断したことがあるが、現在は受けている」と回答した人
「糖尿病の可能性を否定できない人」	国民健康・栄養調査において、HbA1cの測定値がある人のうち、HbA1c値が6.0%以上、6.5%未満で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人
適正体重	BMIが標準（18.5以上25未満）の体重
特定健康診査	医療保険者が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に実施するメタボリックシンドロームに着目した検査項目での健康診査
特定保健指導	医療保険者が、特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある人に対し、毎年度、計画的に実施する保健指導 生活習慣病のリスクの高い順から「積極的支援」「動機付け支援」「情報提供」の3つに分け、それぞれに適した保健指導を行う
【は行】	
プレ特定健康診査	メタボ予防健康診査（用語解説有り）のうち、19歳～39歳の、学校・職場で受診機会のない人を対象とした健康診査
【ま行】	
メタボリックシンドローム	腹囲に脂肪がつく内臓脂肪型肥満に加えて、「高血糖」「高血圧」「脂質異常症」の危険因子のうちいずれか2つ以上を併せ持った状態これらの危険因子は1つだけでも動脈硬化を招くが、複数の因子が重なることによって互いに影響しあい、動脈硬化が急速に進行する 「メタボリック」は「代謝」の意味
メタボ予防健康診査	「メタボ」とはメタボリックシンドロームの略称 メタボリックシンドローム予防のための健康診査で、市では「プレ特定健康診査」と「生活保護受給者健康診査」（それぞれ用語解説有り）の2つがある
【ら行】	
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）	運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態