別冊

糖尿病の保健指導計画

１　保健指導の基本的な考え方

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなどによって、生活の質（QOL：Quality of Life）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します。

糖尿病の課題として、日本糖尿病学会「糖尿病ガイド 2012-2013」では、

（１）２型糖尿病の場合、初診時に既に網膜症、腎症、神経障害及び動脈硬化性疾患などを認める場合が少ない。

（２）自覚症状が乏しいため通院が中断しがちである。病態の把握は、検査値を中心に行われることをよく理解してもらう。

（３）糖尿病治療の成否は、患者自身が治療法を十分に理解し、日常生活の中で実践できるかどうかにかかっている。

とあります。

糖尿病の保健指導においては、健診結果（HbA1ｃ）を入口として、

●今の自分の値が糖尿病のどの段階にあるかを確認してもらうこと。

●その発症・重症化のリスクは、個々人の生活習慣以外の社会的・遺伝的要因も影響してくることを、保健指導を実施する保健師・栄養士が正しく理解し、生活習慣改善を押しつけることなく、対象者主体の保健指導を行うことで、自己管理ができるよう支援し続けること。

を目的とします。そのことが、対象者の生活の質の低下を防ぎ、ひいては医療費や介護費の適正化に寄与すると考えるからです。

２　保健指導の目標設定

糖尿病の保健指導の目標達成のために、「国民の健康の増進総合的な推進を図るための基本的な方針」の糖尿病に関する目標項目優先順位で確認します。

①糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

②HbA1ｃが JDS 値８．０％（NGSP 値８．４％）以上の者の割合の減少

③糖尿病治療継続者の割合の増加

④糖尿病有病者の増加の抑制

３　保健指導の目標達成のための対象者の明確化

１）健診受診者の HbA1ｃの状況を見る

HbA1ｃは、採血時から過去１、２ヵ月間の平均血糖値を反映し、糖尿病の診断に用いられるとともに、血糖コントロール状態の指標とされています。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）ｐ４８「別紙５　健診検査項目の健診判定値」、糖尿病治療ガイド（2012-2013）ｐ２５「図７血糖コントロール指標と評価」をもとに保健指導の対象となる人がどのくらいいるかを見ます。

（１）保健指導の対象となる人を HbA1ｃの状況（治療・未治療別）で見る

目標ごとにグループを決め、その対象者数を見る。

❶グループ　糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少

❷グループ　HbA1c が JDS 値８．０％（NGSP 値８．４％）以上の者の割合の減少

❸グループ　糖尿病治療継続者の割合の増加
❹グループ　糖尿病有病者の増加の抑制

HbA1cの状況（治療・未治療別）

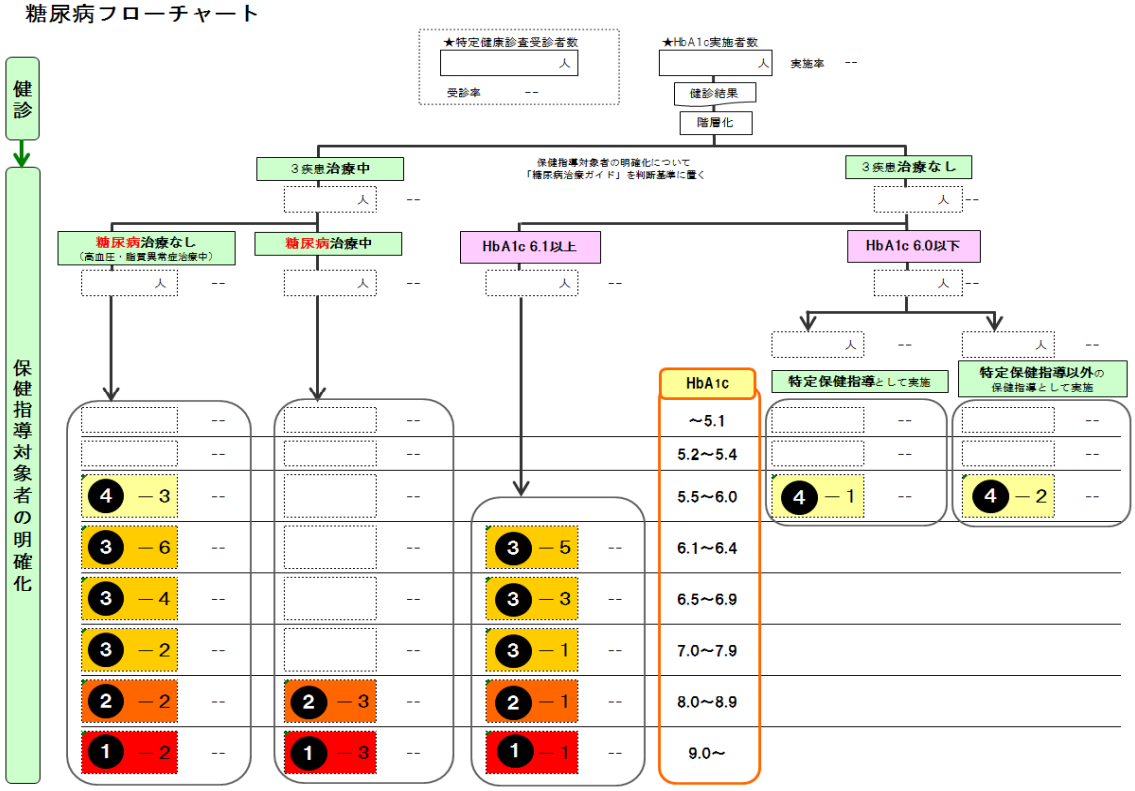
	HbA1c測定	正常		保健指導判定値				受診勧奨判定値									
				正常高値		糖尿病の可能性が否定できない		糖尿病				合併症の恐れ				腎不全発症4.2倍	
		5.1以下		5.2～5.4		5.5～6.0		6.1～6.4		6.5～6.9		7.0～7.9		8.0～8.9		9.0以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
	A	B	B/A	C	C/A	D	D/A	E	E/A	F	F/A	G	G/A	H	H/A	I	I/A
治療中	54	1	1.9%	0	0.0%	14	25.9%	12	22.2%	8	14.8%	❷	24.1%	❷	7.4%	❶	3.7%
治療なし	953	348	36.5%	329	34.5%	❹	25.0%	❸	2.5%	❸	0.7%	❸	0.6%	❷	0.0%	❶	0.1%

（２）優先すべき対象者を糖尿病フローチャートで明確化する

グループ	HbA1c（JDS）	優先順位	備考	保健指導優先順位	対象人数
❶	9.0 以上	1	糖尿病・高血圧・脂質異常治療なし	１	1 人
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中	２	0 人
		3	糖尿病治療中	１１	2 人
❷	8.0～8.9	1	糖尿病・高血圧・脂質異常治療なし	３	0 人
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中	４	0 人
		3	糖尿病治療中	１２	4 人
	7.0　～7.9	（４）	糖尿病治療中	１３	13 人
❸	7.0～7.9	1	糖尿病・高血圧・脂質異常治療なし	５	5 人
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中	６	1 人
	6.5～6.9	3	糖尿病・高血圧・脂質異常治療なし	７	2 人
		4	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中	８	5 人
	6.1～6.4	5	糖尿病・高血圧・脂質異常治療なし	９	13 人
		6	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中	１０	11 人
❹	5.5～6.0	1	特定保健指導対象者	１４	39 人
		2	発症予防（40～59 歳）糖尿病治療なし	１５	24 人
		3	町独自(60～64 歳)糖尿病治療なし	１６	53 人
	5.2～5.4	（４）	町独自（40～59 歳）糖尿病治療なし	１７	59 人

❹	5.2～6.0		発症予防（30～39 歳）糖尿病治療なし	１８	47 人

糖尿病フローチャート



２）保健指導対象者の明確化及び保健指導実施者の責任の明確化

対象者名簿を一覧表で作成することで自分の担当地区の対象者が明確し、責任を持って保健指導を行う。

①誰が最後まで責任を持って保健指導を行うかを明確にする

グループ

優先順位		被保険者証 記号	被保険者証 番号	名前	性別	年齢	階層化結果	糖代謝 遺伝	糖代謝 空腹時血糖	糖代謝 HbA1c	糖代謝 尿糖	糖代謝 治療	クレアチニン	eGFR	尿蛋白	尿潜血	血圧 収縮期	血圧 拡張期	血圧 治療	脂質異常 中性脂肪	脂質異常 HDL	脂質異常 LDL	脂質異常 治療	腹囲	BMI	GOT	GPT	γ-GTP	尿酸	喫煙	地区	担当保健師
1	1																														
	2																														
	3																														
	4																														
	5																														
	6																														
	7																														
	8																														
	9																														
	10																														
	11																														
	12																														
	13																														
2	1																														
	2																														
	3																														
	4																														
3	1																														
	2																														
	3																														
	4																														
	5																														
	6																														
	7																														
	8																														
	9																														

④レセプト確認時は、被保険者証記号・番号で検索

②HbA1c、空腹時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度をみる

③他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する

４　保健指導の実施

１）保健指導のグループ別目的

グループ	保健指導のねらい		目的
❶	糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少	①－1，2	自分のHbA1cの値が糖尿病のどの段階であるかを確認し、血管に及ぼす影響を認識してもらい、専門医の受診につなげる。
		①－3	①血糖コントロールが改善されない状態が３ヶ月以上続く場合は専門医の紹介又は助言につなげる。 ②治療中断がないように定期的な病院受診につなげる。 ③治療法の基本（食事・運動・薬物療法）を十分に理解し実践出来るように支援する事で改善につなげる。
❷	HbA1c が JDS 値　8.0 %（NGSP 値 8.4%）以上の者の割合の減少	②－1，2	自分のHbA1cの値が糖尿病のどの段階であるかを確認し、血管に及ぼす影響を認識してもらい、専門医の受診につなげる。
		②－3	①血糖コントロールが改善されない状態が３ヶ月以上続く場合は専門医の紹介又は助言につなげる。 ②治療中断がないように定期的な病院受診につなげる。 ③治療法の基本（食事・運動・薬物療法）を十分に理解し実践出来るように支援する事で改善につなげる。
		②－（4）	①治療中断がないように定期的な病院受診につなげる。 ②治療法の基本を十分に理解し実践出来るように支援する事で改善につなげる。
❸	糖尿病治療継続者の割合の増加	③－1～6	①自分の HbA1c の値が糖尿病のどの段階であるかを確認し、自分が治療の必要な段階であることを認識してもらい病院受診につなげる。 ②糖尿病という治療法の基本を正しく理解してもらい実践出来るように支援する事で改善につなげる。
❹	糖尿病有病者の増加の抑制	④－1	メタボリックシンドロームが血管を傷め、動脈硬化を促進するメカニズムを理解してもらい、個々に応じた行動変容を促し、メタボリックを解消することで改善につなげる。
		④－2，3	高血糖が血管を傷め、動脈硬化を促進するメカニズムや自分が糖尿病のどの段階にいるのかを理解してもらい、個々に応じた行動変容を促す。

２）保健指導の準備

（１）健診結果・検査結果一覧を作成

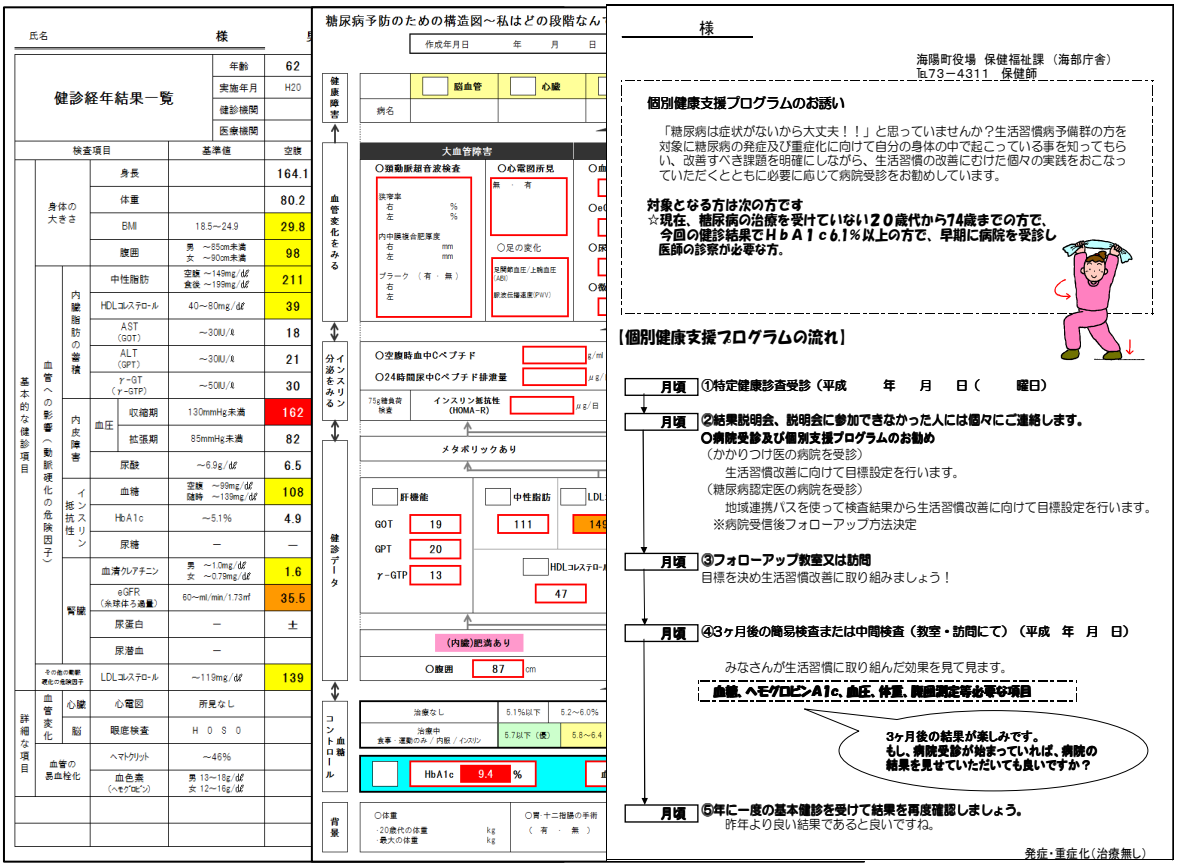
（２）対象者個々に健診結果表等をセットする

①健診結果表

②「経年表」、「(糖-1) 糖尿病予防のための構造図」

③「(A-1) 私の成育（妊娠）歴・家族歴・治療歴」

④個別支援プログラム（町で作成している対象者に応じたプログラム）



氏名　　様

健診経年結果一覧

			年齢	62
			実施年月	H20
			健診機関	
			医療機関	

検査項目			基準値	空腹
基本的な健診項目	身体の大きさ	身長		164.1
		体重		80.2
		BMI	18.5～24.9	29.8
		腹囲	男 ～85cm未満 女 ～90cm未満	98
	血管への影響（動脈硬化の危険因子） 内臓脂肪の蓄積	中性脂肪	空腹 ～149mg/dl 食後 ～199mg/dl	211
		HDLコレステロール	40～80mg/dl	39
		AST (GOT)	～30IU/l	18
		ALT (GPT)	～30IU/l	21
		γ-GT (γ-GTP)	～50IU/l	30
	内皮障害	血圧 収縮期	130mmHg未満	162
		血圧 拡張期	85mmHg未満	82
		尿酸	～6.9g/dl	6.5
	インスリン抵抗性	血糖	空腹 ～99mg/dl 随時 ～139mg/dl	108
		HbA1c	～5.1%	4.9
		尿糖	－	－
	腎臓	血清クレアチニン	男 ～1.0mg/dl 女 ～0.79mg/dl	1.6
		eGFR (糸球体ろ過量)	60～ml/min/1.73㎡	35.5
		尿蛋白	－	±
		尿潜血	－	
	その他の動脈硬化の危険因子	LDLコレステロール	～119mg/dl	139
詳細な健診項目	血管変化 心臓	心電図	所見なし	
	血管変化 脳	眼底検査	H O S O	
	血管の異常性化	ヘマトクリット	～46%	
		血色素 (ヘモグロビン)	男 13～18g/dl 女 12～16g/dl	

糖尿病予防のための構造図～私はどの段階なん

作成年月日　　年　月　日

健康障害 / 血管変化をみる / インスリン分泌をみる / 健診データ / コントロール / 背景

病名　脳血管　心臓

大血管障害

○頸動脈超音波検査　○心電図所見　○足の変化

○空腹時血中Cペプチド　○24時間尿中Cペプチド排泄量　インスリン抵抗性 (HOMA-R)

メタボリック

肝機能　中性脂肪　LDL

GOT 19　GPT 20　γ-GTP 13　111　HDLコレステロール 47

(内臓)肥満あり

○腹囲 87 cm

治療なし	5.1%以下	5.2～6.0%
治療中 食事・運動のみ / 内服 / インスリン	5.7以下（優）	5.8～6.4

HbA1c 9.4 %

○体重 ・20歳代の体重 kg ・最大の体重 kg　○胃・十二指腸の手術 （有 ・ 無）

様

海陽町役場　保健福祉課（海部庁舎）
℡73－4311　保健師

個別健康支援プログラムのお話い

「糖尿病は症状がないから大丈夫！！」と思っていませんか？生活習慣病予備群の方を対象に糖尿病の発症及び重症化に向けて自分の身体の中で起こっている事を知ってもらい、改善すべき課題を明確にしながら、生活習慣の改善にむけた個々の実践をおこなっていただくとともに必要に応じて病院受診をお勧めしています。

対象となる方は次の方です
☆現在、糖尿病の治療を受けていない２０歳代から74歳までの方で、今回の健診結果でＨｂＡ１ｃ6.1％以上の方で、早期に病院を受診し医師の診察が必要な方。

【個別健康支援プログラムの流れ】

月頃 ①特定健康診査受診（平成　　年　月　日（　　曜日）

月頃 ②結果説明会、説明会に参加できなかった人には個々にご連絡します。
○病院受診及び個別支援プログラムのお勧め
（かかりつけ医の病院を受診）
生活習慣改善に向けて目標設定を行います。
（糖尿病認定医の病院を受診）
地域連携パスを使って検査結果から生活習慣改善に向けて目標設定を行います。
※病院受信後フォローアップ方法決定

月頃 ③フォローアップ教室又は訪問
目標を決め生活習慣改善に取り組みましょう！

月頃 ④3ヶ月後の簡易検査または中間検査（教室・訪問にて）（平成　年　月　日）
みなさんが生活習慣に取り組んだ効果を見て見ます。
血糖、ヘモグロビンA1c、血圧、体重、腎臓測定等必要な項目
3ヶ月後の結果が楽しみです。もし、病院受診が始まっていれば、病院の結果を見せていただいても良いですか？

月頃 ⑤年に一度の基本健診を受けて結果を再度確認しましょう。
昨年より良い結果であると良いですね。

発症・重症化（治療無し）

（３）個々の健診結果を読み取る

①HbA1c、空腹時血糖、尿糖、遺伝等で糖尿病の程度を見る

②他の検査項目がどの程度基準値を超えているかを確認する

③必要な場合にはレセプトを確認

（４）初回面接の個々に合わせた学習教材を準備する。これ以外にも身体の状態に応じた資料を準備する。

グループ		学習教材例	支援期間
❶	①-1，2	①「(糖-2) 検査値（HbA1c）を記録してみましょう」 ②「(糖-12) 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」 ③慢性合併症の資料 ・「(糖-36) 眼（網膜症)」 ・「(糖-37) 糖尿病性神経障害」 ・「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」 ④「(糖-3) 高血糖を考える経過表」 ⑤「(ポ-6) 症状がないから大丈夫」 ⑥「重症化予防個別健康支援プログラムのお誘い」 ⑦本人が受診を同意した場合作成する紹介状（糖尿病地域保健連携パス）を持参	① 初回面接より ３ヶ月間フォロー ３ヶ月後評価 ② レセプト確認 ③ 次年度健診で評価
	①-3	①「(糖-13) 合併症予防のための検査記録」 ②慢性合併症の資料 ・「(糖-36) 眼（網膜症)」 ・「(糖-37) 糖尿病性神経障害」 ・「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」 ③「(糖-15) 糖の流れと薬のメカニズム」 ④「(糖-16) 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思っていませんか？ ⑤「(糖事例-1) 健診で HbA1c 値 10.6%でも、食事と薬で 5.8%まで改善」 ⑥「(糖事例-2) 食事と薬を上手につかって改善した人の例」 ⑦「(糖事例-3) 糖尿病の薬には色々な種類があります」 ⑧「(糖事例-4～5) インスリン療法事例」 ⑨「(糖事例-6) 治療中断なぜいけないのでしょうか？」 ⑩「重症化予防個別健康支援プログラムのお誘い」 ⑪「本人が専門医の受診を同意した場合作成する紹介状（糖尿病地域保健連携パス）を持参	
	②-1，2	❶ グループ①-1，2 の資料を利用	
	②-3	❶ グループ①-3 の資料を利用	

❷	②－ (4)	①「(糖-13) 合併症予防のための検査記録」 ②慢性合併症の資料 ・「(糖-36) 眼（網膜症)」 ・「(糖-37) 糖尿病性神経障害」 ・「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」 ③「(糖-14) もし、医師に・・・・。」 ④「(糖-15) 糖の流れと薬のメカニズム」 ⑤「(糖-16) 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思っていませんか？ ⑥「(糖事例-1) 健診で HbA1c 値 10.6%でも、食事と薬で 5.8%まで改善」 ⑦「(糖事例-2) 食事と薬を上手につかって改善した人の例」 ⑧「(糖事例-3) 糖尿病の薬には色々な種類があります」 ⑨「(糖事例-6) 治療中断なぜいけないのでしょうか？」 ⑩「重症化予防個別健康支援プログラムのお誘い」	① 初回面接より ３ヶ月間フォロー ３ヶ月後評価 ② レセプト確認 ③ 次年度健診で評価
❸	③- 1～4	①「(糖-2) 検査値（HbA1c）を記録してみましょう」 ②「(糖-12) 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」 ③慢性合併症の資料 ・「(糖-36) 眼（網膜症)」 ・「(糖-37) 糖尿病性神経障害」 ・「(糖-43) 糖尿病性腎症の経過」 ④「(糖-3) 高血糖を考える経過表」 ⑤「(糖-4) 検査項目の意味（メカニズム）は」 ⑥「(糖-5) 糖尿病の診断基準」 ⑦「(糖-5Ｂ) 糖尿病は早期診断が予後に大きく影響します」 ⑧「(ポ-6) 症状がないから大丈夫」 ⑨「(糖-10) 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか ⑩「(糖-14) もし、医師に・・・・。」 ⑪「(糖-15) 糖の流れと薬のメカニズム」 ⑫「(糖-16) 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思っていませんか？ ⑬「(糖-17) インスリンの仕事」 ⑭「(糖-48) 腎臓と健診結果」 ⑮「重症化予防個別健康支援プログラムのお誘い」 ⑯本人が受診を同意した場合作成する紹介状（糖尿病地域保健連携パス）を持参	① 初回面接より ３ヶ月間フォロー ３ヶ月後評価 ② レセプト確認 ③ 次年度健診で評価

❸	③－5，6	①「(糖-2) 検査値（HbA1c）を記録してみましょう」 ②「(糖-12) 私は糖尿病のどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」 ③「(私の健康記録) 高血糖になると影響を受ける臓器はどこか？」 ④「(糖-3) 高血糖を考える経過表」 ⑤「(糖-4) 検査項目の意味（メカニズム）は」 ⑥「(糖-5) 糖尿病の診断基準」 ⑦「(糖-5Ｂ) 糖尿病は早期診断が予後に大きく影響します」 ⑧「(ポ-6) 症状がないから大丈夫」 ⑨「(糖-10) 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか」 ⑩「(糖-17) インスリンの仕事」 ⑪「(糖-48) 腎臓と健診結果」 ⑫「重症化予防個別健康支援プログラムのお誘い」 ⑬本人が受診を同意した場合作成する紹介状（糖尿病地域保健連携パス）を持参	
	④－1	①「早世障害予防のために」 ②「メタボリックシンドロームの診断基準」 ③「動脈硬化のしくみ」 ④「高インスリン状態は何を引き起こすか」 ⑤「私はどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」 ⑥「特定保健指導個別健康支援プログラムのお誘い」 ・75ｇ糖負荷検査について（該当者） （積極・動機づけ支援：40 歳～59 歳初回時） ⑦「血液データと食品（栄養素）（食１）」 ⑧「生活習慣病予防のポイント（食４） （食と運動） ①「何をどれだけ食べたらいの」 ②「(食ノート 1) 血液データと食品（栄養素)」 ③「(食ノート 5) 生活習慣に基づいた食品量の基準」 ④「(食-7) 無理なく内臓脂肪を減らすための選択（食事と運動)」 ⑤「(食 8) 目標体重で私の食事を計算してみましょう」 ⑥（食ノート-11）糖（炭水化物）が入ってきた時のインスリンの仕事」	① 初回面接より ６ヶ月間フォロー ３ヶ月・６ヶ月後評価 ② 次年度健診で評価

❹	④ー 2，3	①「糖尿病とはどういう病気なのでしょうか」 ②「私はどの段階にいるのか、そして次の段階に進まないための検査は何か」 ③「発症予防個別健康支援プログラムのお誘い」 ・75ｇ糖負荷検査について（該当者） ※④-3 グループについては「町独自支援プログラムのお誘い」 ④「私の血糖値が上がる原因は何だろう」 ⑤「血液データと食品（栄養素）（食 1)」 ⑥「糖（炭水化物）が入ってきた時のインスリンの仕事」 ⑦生活習慣病予防のポイント（食 4)」 （食） ①「何をどれだけ食べたらいの」 ②（食ノート 1）血液データと食品（栄養素)」 ③「(食ノート-11）糖（炭水化物）が入ってきた時のインスリンの仕事」	① 初回面接より ３ヶ月間フォロー ３ヶ月後評価 ② 次年度健診で評価

３）①～④グループの保健指導の実施

Ａ）①-１，２グループ

（１）保健指導

①学習教材を用いて受診を勧める
②受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
③紹介状の作成
④いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する
受診時持参するもの
・紹介状
・経年表
・「(糖-3）高血糖を考える経過表」
（状況によっては、保健師が医師に連絡する、予約をとる、同行するなどを決める）

（２）受診の有無の確認（電話連絡又は訪問）

①本人に受診の確認､治療状況の確認などを行い､２～３ヵ月後に訪問の約束をする。
②レセプト（調剤レセプト含む）で治療状況の確認

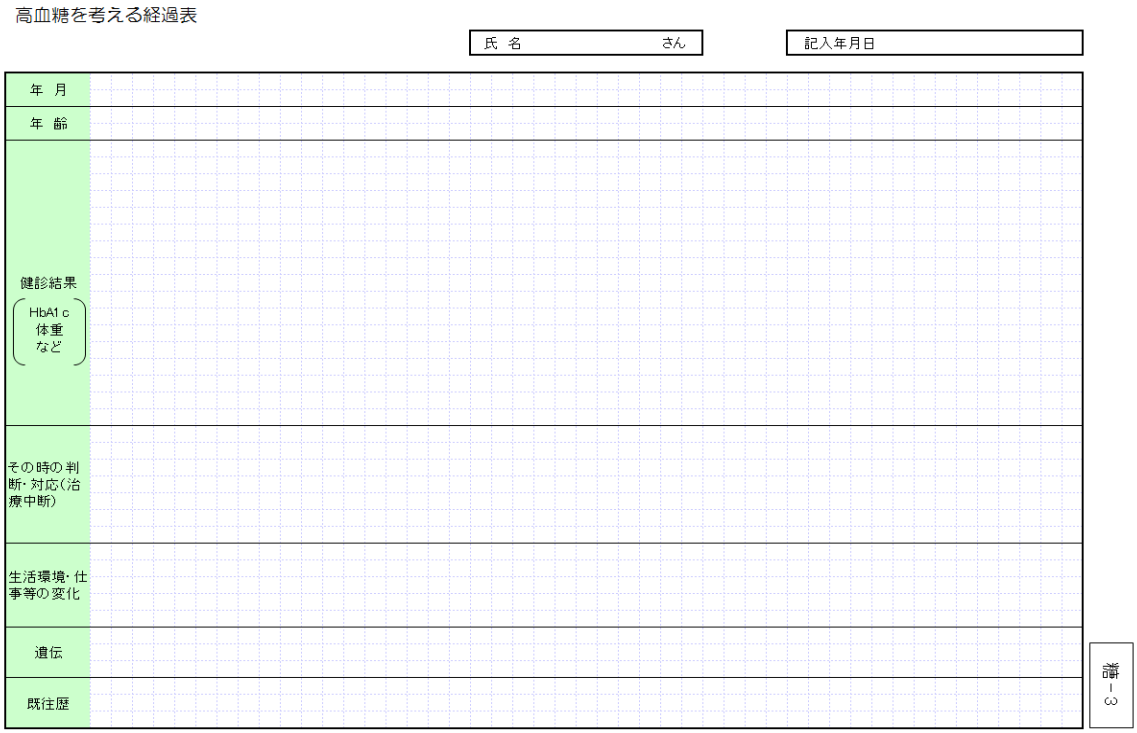
（３）事後訪問

①治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう
・「(糖-13）合併症予防のための検査記録」
・「(糖事例-6）治療中断　なぜいけないのでしょうか？」､「(糖事例-4）インスリン療法事例」等
②必要に応じて医療機関と連絡を取り生活習慣改善指導を行う
③次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

（４）保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなどを書いておく

「(糖-3) 高血糖を考える経過表」に記載


高血糖を考える経過表

氏 名　　さん

記入年月日

年 月	
年 齢	
健診結果（HbA1c 体重 など）	
その時の判断・対応(治療中断)	
生活環境・仕事等の変化	
遺伝	
既往歴	

譜－3

B）①-３，②-３グループ

（１）保健指導

①自分の糖尿病のコントロールの状況について確認する。この状態が続くことで、合併症が進行することを理解してもらう

合併症の状況によって腎臓や眼科受診など支援を行う

②糖尿病治療について確認する

③生活習慣と薬物療法でコントロールができることを理解し実践してもらう

④治療中断がいけないことを説明し、治療が継続できるようにする

⑤重症化プログラムについて説明する

⑥本人が専門医の受診を同意した場合紹介状を作成する

（２）個別支援プログラムにそった支援

①本人に受診の確認、治療状況の確認する。

②プログラムで決めた目標達成に向け生活改善･治療の継続に取り組んでもらい、３ヶ月後に面接・訪問で確認する

③レセプト（調剤レセプト含む）で治療状況の確認

（３）保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなどは「(糖-3) 高血糖を考える経過表」、保健指導記録は「保健指導記録（重症化予防」(・支援形態・今後の流れ・実態・配付資料・今後の目標）に記載

（４） ３ヶ月後の評価

①治療状況の確認と治療継続のすすめ
②必要に応じて医療機関と連絡をとり、生活習慣の改善について確認する
③次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

Ｃ）③-１～４グループ

（１）保健指導

①学習教材を用いて受診を勧める
②重症化プログラムについて説明する
③受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
④紹介状の作成
⑤いつごろ受診できそうか、どこの医療機関にかかる予定かを確認する
受診時持参するもの
・状況により紹介状
・経年表
・「(糖-3) 高血糖を考える経過表」
・「(糖-5) 糖尿病の診断基準」
・「(糖-５Ｂ) 糖尿病は早期診断が予後に大きく影響します」

（２）個別支援プログラムにそった支援

１．受診の有無の確認（電話連絡又は訪問）

①本人に受診の確認､治療状況の確認などを行い､３ヶ月間の継続訪問の約束をする。
②レセプト（調剤レセプト含む）で治療状況の確認

２．事後訪問

①糖尿病の病気について理解してもらい､､自覚症状がないため検査で病態を確認すること理解してもらう
・「(糖-10) 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか」
・「(糖-17) インスリン簿の仕事」
・「(糖-4) 検査項目の意味（メカニズム）は」
②糖尿病という治療法の基本を正しく理解してもらい実践出来るように支援する
・「(糖-14) もし、医師に・・・・。」
・「(糖-15) 糖の流れと薬のメカニズム」
・「(糖-16) 糖尿病治療とは「薬を飲むこと」だと思っていませんか？
③個の解決のための学習教材を使って治療法を実践してもらう。
④治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう
・「(糖-13) 合併症予防のための検査記録」
・「(糖事例-6) 治療中断　なぜいけないのでしょうか？」等
⑤次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

（３）保健指導の記録

遺伝的なこと、環境のことなどは「(糖-3) 高血糖を考える経過表」、保健指導記録は「保健指導記録（重症化予防」(・支援形態・今後の流れ・実態・配付資料・今後の目標）に記載

（４）保健指導の評価

・３ヵ月後、次年度健診で評価。他レセプトで確認し評価していく。

D）④-1 グループ

（１）学習教材の準備

④－１
食①

（２）保健指導の実施

①内臓脂肪の蓄積があることでの自分の血管の状況を確認する
②自分がメタボリックシンドロームに該当することを確認する
③メタボリックシンドロームが血管を痛めるメカニズム、内臓脂肪を減らすことが糖尿病の予防に繋がることを説明する
④自分の糖尿病の段階を理解し、発症予防に繋げる
⑤特定保健指導プログラムについて説明する
必要に応じ、二次検査のすすめ、結果の説明血糖値を上げにくくする生活習慣について説明
⑥血液データと食事の関係について確認し、血糖値を上げにくくする生活習慣について説明する
⑦対象者に応じた生活改善の目標を決める
⑧健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う

（３）個別健康支援プログラムに添った支援

①本人に保健指導プログラムで決めた目標達成に向けて、生活改善に取り組んでもらい、３ヵ月後、６ヵ月後に面接、訪問で確認していく
②個々に応じたプログラムに添って、生活改善状況を確認する

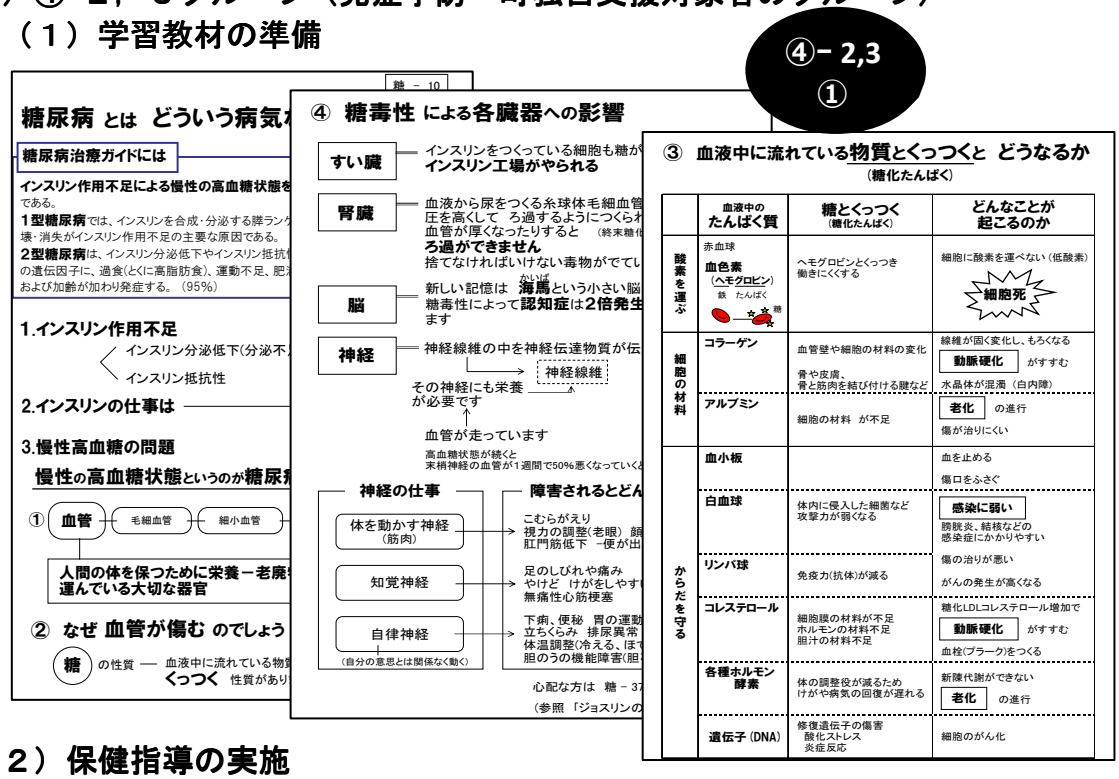
（４）６ヵ月後の評価

①個人の目標達成の状況確認
②簡易検査により検査項目の改善状況確認

③個人に応じ、生活習慣改善の継続の勧めや新たな目標の設定を行う
④次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

E）④−２，３グループ（発症予防・町独自支援対象者のグループ）

（１）学習教材の準備



（２）保健指導の実施

①糖尿病がどのような病気なのか、高血糖が血管を傷めるメカニズムについて説明する
②自分の糖尿病の段階を理解し、発症予防につなげる
③特定保健指導プログラムについて説明する
　必要に応じ、二次検査のすすめ、結果の説明血糖値を上げにくくする生活習慣について説明する
④血液データと食事の関係を説明し、自分の血糖値を上げる原因を考えてもらう
⑤血糖値を上げにくくする生活習慣について説明する
⑥対象者に応じた生活改善の目標を決める
⑦健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う

（３）個別健康支援プログラムに添った支援

①本人に保健指導プログラムで決めた目標達成に向けて、生活改善に取り組んでもらい、３ヵ月後に面接、訪問で確認していく
②個々に応じたプログラムに添って、生活改善状況を確認する

（４）３ヵ月後の評価

①個人の目標達成の状況確認
②簡易検査により検査項目の改善状況確認
③個人に応じ、生活習慣改善の継続の勧めや新たな目標の設定を行う
④次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

（５）保健指導の記録

①「特定保健指導実施報告書」「保健指導記録（発症予防・町独自）」に記載

・支援形態・今後の流れ・実態・配付資料・今後の目標

・３ヵ月後、６ヵ月後の評価

②遺伝的なことは「(A-1) 私の成育（妊娠）歴・家族歴・治療歴」で確認し、必要に応じて「(糖-3) 高血糖を考える経過表」に記載

特定保健指導実施報告書

氏名		年齢		性別	生年月日	昭和 年 月 日
		住所			電話	
保健指導区分		積極的 A B	動機付け 1 2 3			
健康実態		内臓脂肪(肥満) メタボリック(高中性脂肪・低HDL・高血圧・高血糖)				
		高LDL ・ 高尿酸 ・ 空腹時インスリン( ) ・ HOMA-IR( ) その他				

【初回面接による支援】

実施年月日	平成 年 月 日	担当者（職種）		実施場所 自宅
支援形態	支援A 個別支援 ・ グループ支援 ・ 電話支援 ・ 電子メール支援			対応時間(分)
	支援B 個別支援 ・ 電話支援 ・ 電子メール支援			対応時間(分)
今後の流れ	① 2次検査(75ｇ糖負荷検査・頸部エコー)→中間検査(3ヵ月後)→最終評価(6ヵ月後) ② 簡易検査(3ヵ月後)→最終評価＝簡易検査(6ヵ月後) ③ 最終評価＝簡易検査(6ヵ月後)			
実態及び本人の反応				
配布資料	健診結果、経年表、構造図、私の健康記録			
今後の目標				
今後の予定	□ 継続支援 不要 ・ 要 （ 1ヵ月後 ）			

【継続的な支援】

2回目	ヶ月後(中間)	支援形態	支援A（個別）	対応時間(分)	分
実施年月日	平成 年 月 日		支援B（個別）	ポイント	
担当者（職種）		実施場所		訪問・来所( ) 訪問(自宅)	
実態及び本人の反応					
配布資料					
今後の目標					
今後の予定	□ 継続支援 不要 ・ 要 （ ヵ月後）				

保健指導記録（発症予防 町独自）

氏名		年齢	性別	生年月日	
		住所		電話	
保健指導区分		町独自 A B① ② ③			
健康実態		HbA1c5．2以上 ・ 空腹時血糖異常 ・ 随時血糖異常			
		高TG ・ 低HDL ・ 高LDL ・ 高尿酸 ・ 高血圧 ・ その他			
実施年月日（初回）	平成 年 月 日	担当者（職種）		実施場所	訪問・来所( )
支援形態	訪問 ・ 教室 ・ 簡易検査のみ				
今後の流れ	① 2次検査(75ｇ糖負荷検査・頸部エコー)→簡易検査(3ヵ月後) ② 中間検査・簡易検査(3ヵ月後)				
実態及び本人の反応	(健診時の結果) 腹囲 / BMI/体重 / 血糖 / HbA1c / 血圧 / 体脂肪				
配布資料					
今後の目標					
ヵ月後	平成 年 月 日	担当者（職種）		実施場所	訪問・来所( )
支援形態	訪問 ・ 教室 ・ 電話 ・ その他( )				
実態及び本人の反応					
生活習慣改善状況	栄養・食生活	変化なし ・ 改善( ) ・ 悪化( )			
	身体活動	変化なし ・ 改善( ) ・ 悪化( )			
配布資料					
今後の目標					
3ヵ月後	平成 年 月 日	担当者（職種）		実施場所	訪問・来所( )
支援形態	訪問 ・ 教室 ・ 電話 ・ その他( )				
実態及び本人の反応	(簡易検査の結果) 腹囲 / BMI/体重 / 血糖 / HbA1c / 血圧 / 体脂肪				
生活習慣改善状況	栄養・食生活	変化なし ・ 改善( ) ・ 悪化( )			
	身体活動	変化なし ・ 改善( ) ・ 悪化( )			
配布資料					
今後の目標					
評価					

５　保健指導の評価

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）ｐ１１０「第４章　保健指導の評価」によると、

「健診・保健指導」事業の**最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価**されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、**健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項**についても評価を行っていくことが必要である。この評価方法としては３つの側面が考えられる。

１点目は、「個人」を対象とした評価方法である。対象者個人を単位とした評価は、肥満度や検査データの改善度、または行動目標の達成度、生活習慣の改善状況などから評価が可能である。この個人を単位とした評価は、**保健指導方法をより効果的なものに改善することや保健指導の質を向上させることに活用できる。**

とあります。

個への実践を積み重ね続けることで、保健指導方法をより効果的なものに改善し、保健指導の質を向上させながら１０年後の第二次健康日本２１、医療制度改革の目標達成を目指します。

１）HbA1c 評価表

「HbA1c 評価表」を用いて、翌年度の

①健診受診状況

②HbA1c 値、その他の検査結果

③治療継続の状況　を把握

HbA1c評価表

個人番号	被保険者証		名前	性別	年齢H23	健診データ													
	記号	番号				平成20～23年度のうち直近						HbA1c							
						収縮期	拡張期	LDL	GFR	尿蛋白	尿酸	治療有無	H20	治療有無	H21	治療有無	H22	治療有無	H23
				男	59	83	57	190	61.1	3+	4.2	治療	11.2						
				女	57	133	80	120	95.9	－	2.6	治療	7.5	治療	7.1	治療	7.1	治療	7.5
				男	70	140	70	128	70.2	－	3.7	治療	6.2						
				男	63	128	82	133	61.1	－	8		6.8		5.9		6.1		6.1
				男	65	160	80	157	46.1	＋	8.4		6.2		6.1		5.8		
				男	70	124	70	136	67.6	－	5		6.6	治療	6.6	治療	6.1	治療	5.8
				男	72	140	80	118	67.1	±	4.5		5.8		5.7		5.9		6.2
				女	66	160	74	150	84	＋	4		6.3						

２）継続受診者の HbA1c 変化、HbA1c６．１以上の年次変化、健診中断者の実態（HbA1c）

「継続受診者の HbA1c 変化」、「HbA1c６．１以上の年次変化」、「健診中断者の実態（HbA1c）」を用いて、アウトプット（事業実施量）評価に加え、アウトカム（結果）評価やプロセス（過程）評価を含めた総合的な評価を行います。

１）２）より

未解決事例等から、さらに保健指導の力量形成を図ります。

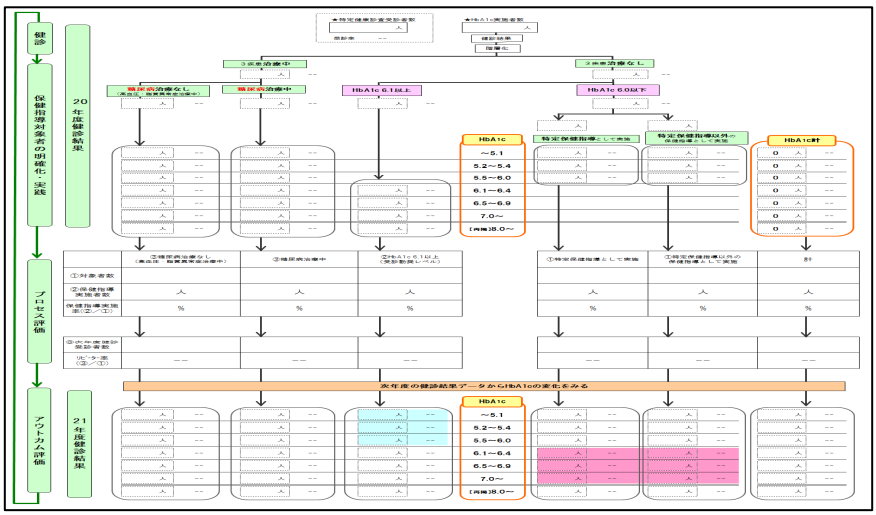
●服薬治療開始しているが、血糖コントロール不良者の服薬、生活習慣等の状況

●健診未受診者のレセプトとの突合、受診勧奨対象者として訪問等を行い、実態把握に努める

●医療機関受診継続につながらない対象者の背景は何か（残された課題:経済問題など）

このような評価を毎年行うことで、健診・保健指導の事業全体を改善する仕組みをつくることができ、また、健診・保健指導のデータとレセプトとの突合が可能になることから、健康課題を明確にした戦略的な取り組みを実施していきます。

継続受診者の HbA1c 変化

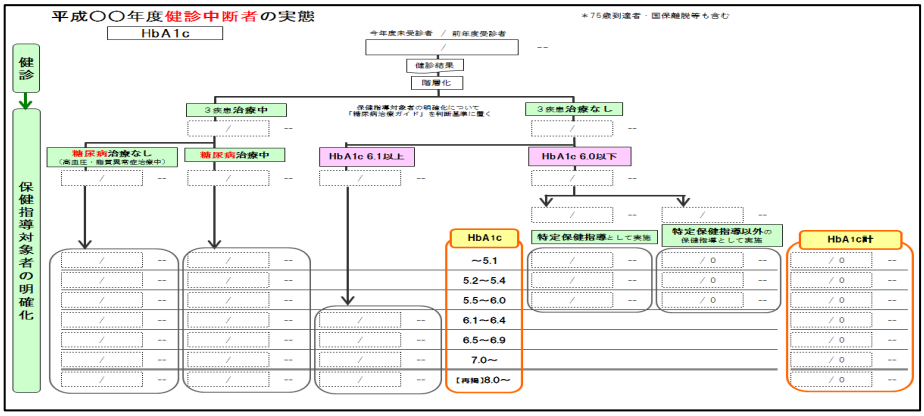


HbA1c６．１以上の年次変化

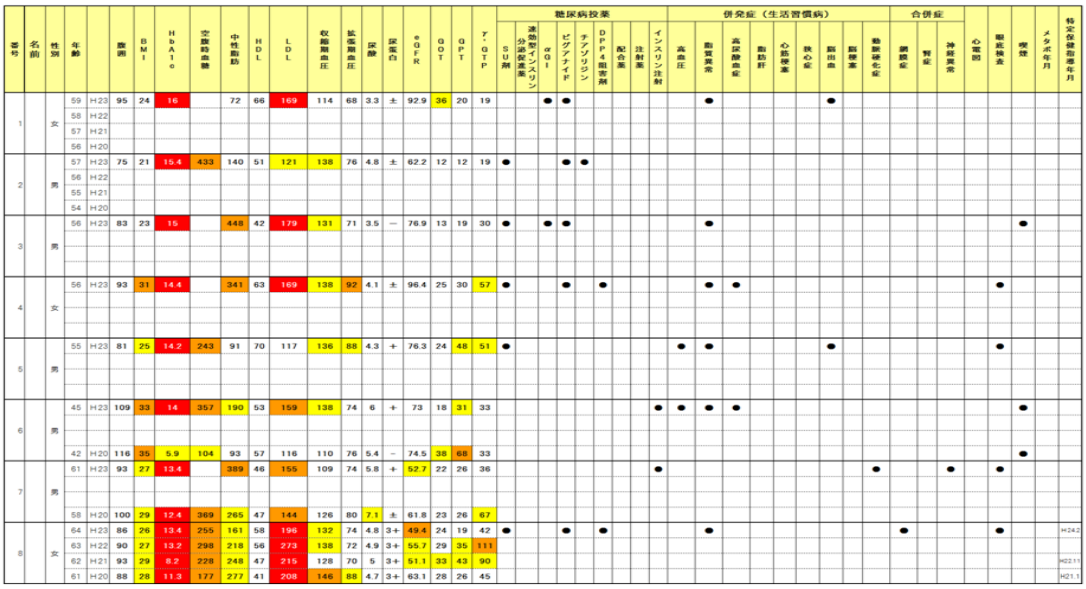
H22年度		H23年度の結果をみる					
		継続受診者					未受診（中断）
HbA1c6.1以上 人 --		6.0以下	6.1～6.4	6.5～6.9	7.0～7.9	8.0以上	
		--	--	--	--	--	--
6.1～6.4		--		--	--	--	--
6.5～6.9		--	--		--	--	--
7.0～7.9		--	--	--		--	--
8.0以上		--	--	--	--		--

	改善	変化なし	0.1以上の		悪化	未受診
			改善	悪化		
合計	--	--	--	--	--	--
6.1～6.4	--	--	--	--	--	--
6.5～6.9	--	--	--	--	--	--
7.0～7.9	--	--	--	--	--	--
8.0以上	--	--	--	--	--	--

健診中断者の実態



３）糖尿病疾病管理台帳の整備

健診中断者、治療中断者を見逃さないための管理台帳の整備が求められます。平成２５年１０月稼動予定の国保データベース（ＫＤＢ）システムを活用し、その仕組みづくりに取り組みます。

国保データベース画面帳票№58　疾病管理一覧（糖尿病）イメージ