

第2章 保健指導計画

1 保健指導計画

(1) 糖尿病

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。全国的に見ると、糖尿病は現在、新規透析導入の最大の原因疾患であるとともに、成人中途失明の原因疾患としても第2位に位置しており、さらに、心筋梗塞や脳卒中のリスクを2～3倍増加させるとされています。

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

- ・ 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くない。
- ・ 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。
- ・ 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）を入り口として、

- 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・管理栄養士が正しく理解し、生活習慣を押し付けることなく、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。

ア 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、「国民の健康の増進の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の優先順位で確認します。

- (ア) 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少
- (イ) HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少
- (ウ) 糖尿病治療継続者の割合の増加
- (エ) 糖尿病有病者の増加の抑制

イ 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

(ア) 健診受診者のHbA1cの状況

HbA1cは、採血時から過去1、2ヶ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方がどのくらいいるかを見ます。

a 保健指導の対象となる人をHbA1cの状況（治療・未治療別）でみます。目標ごとにグループを決め、その対象者数をみます（図表34）。

①グループ 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少

HbA1cがJDS値8.0%（NGSP値8.4%）以上の者の割合の減少

②グループ 糖尿病治療継続者の割合の増加

③グループ 糖尿病有病者の増加の抑制

図表34 治療と未治療の状況

治療と未治療の状況		保健指導判定値								受診勧奨判定値								
治療 中	HbA1c測定	正常		正常高値				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													
A'	A'/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																		
治療なし																		

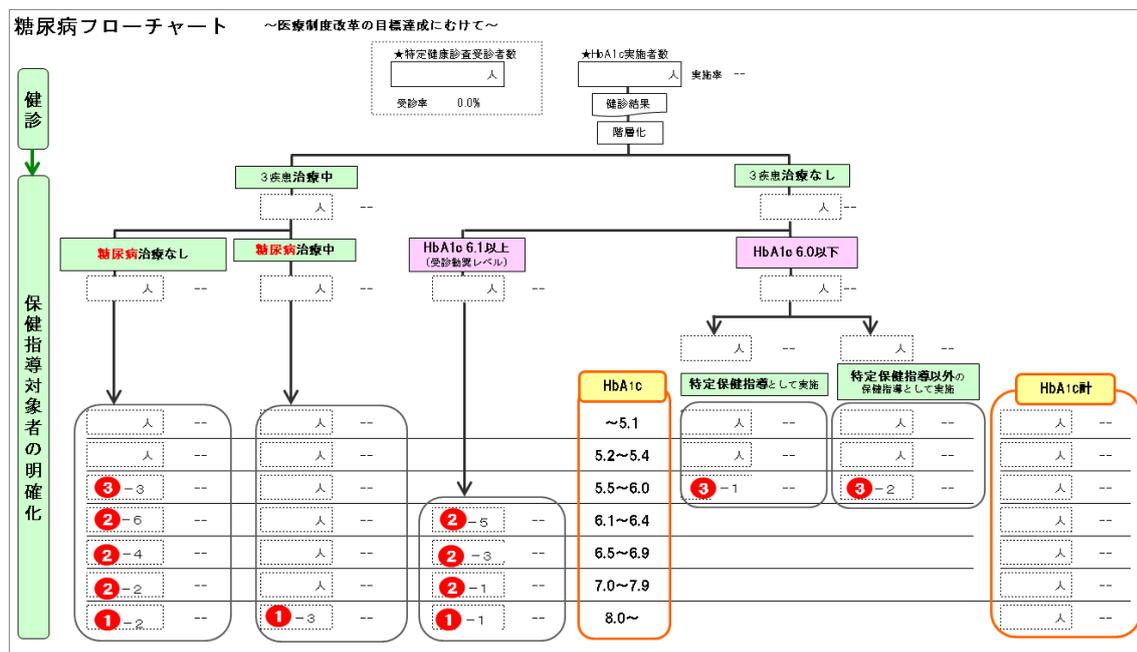
b 優先すべき対象者がどのグループのどこにいるか糖尿病フローチャートで明確にします（図表35、図表36）。

図表35 保健指導対象グループにおける優先順位

グループ	HbA1c (JDS) *	優先順位	備考
①	8.0以上	1	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
		3	糖尿病治療中、高血圧・脂質異常症治療なし
②	7.0~7.9	1	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		2	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
	6.5~6.9	3	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		4	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
	6.1~6.4	5	糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし
		6	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中
③	5.5~6.0	1	特定保健指導対象者
		2	特定保健指導非対象者（糖尿病・高血圧・脂質異常症治療なし）
		3	糖尿病治療なし、高血圧・脂質異常症治療中

* 現在HbA1cはJDS値で表記されているが、今後NGSP値に表記された場合はNGSP値に準ずる。

図表 36 糖尿病フローチャート



第1期は HbA1c6.1%以上の重症化予防に重点を置いてきましたが、今後は多段階において糖尿病およびその合併症を抑制していくことが重要であることから、

●糖尿病の発症予防

「糖尿病有病者の増加の抑制」を指標とします。糖尿病予備群に対する保健指導や、一般衛生部門、被用者保険の保険者と連携し、より若い世代からの糖尿病予防を目指します。

●糖尿病の合併症の予防

これに関しては「治療継続者の割合の増加」と「血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少」を指標とします。未治療であったり、治療を中断したりすることが糖尿病の合併症の増加につながることは明確に示されています。治療を継続し、良好な血糖コントロール状態を維持できれば、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

●合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善

糖尿病の合併症のうち、個人の生活の質への影響と医療経済への影響とが大きい「糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少」を指標とします。

標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）別冊の「保健指導における学習教材集」の学習教材を、対象者の具体的事例や科学的根拠（関係学会のガイドライン）を基に地域の実情に合った教材に修正し、保健指導の実践に使用していきます。

❶-1グループ HbA1c8.0%以上で未治療のグループへの学習教材例としては、以下のものを準備します。

- (a) 「(糖-2) 検査値 (HbA1c) を記録してみましょう」
- (b) 「(ポ-6) 『症状がないから大丈夫!!』とっていませんか？」
- (c) 「(糖-1 2) 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」
- (d) 「(糖-3) 高血糖を考える経過表」
- (e) 本人が受診を同意した場合、必要に応じ紹介状を作成「糖-様式1 (糖尿病地域保健連携パス)」

(イ) 保健指導の実施

- a 学習教材を用いて受診を勧める
 - b 受診につながるよう、医療機関の情報提供を行う
 - c いづろ受診できそうか、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
- ・経年表
 - ・必要に応じ紹介状、及び「(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)

(ウ) 受診の有無の確認 (電話連絡または訪問)

- a 本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、今後の保健指導に繋げる
- b レセプト (調剤レセプトを含む) で治療状況の確認

(エ) 医療受診後の保健指導

- a 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-1 3) 合併症予防のための検査記録」
 - ・「(糖事例-4) インスリン療法事例」等
- b 必要に応じて医療機関と連携を取り生活習慣改善指導を行う
- c 次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

※❷、❸グループについても同様に必要な資料を作成し、保健指導を実施する

エ 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きます（図表 38）。

図表 38 保健指導記録表

	平成	年度	歳												
食															
活動															
その他															
医療 内服 検査	がん検診(肺・胃・大腸・乳・子宮・その他) 有所見()														
血圧 血糖 脂質 尿酸 その他	重層・検回 初回()評価()														
生活歴	(家族構成) 遺伝(有・無) 生活歴														

*以下、保健指導の記録にはこの用紙を用いる

オ 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、

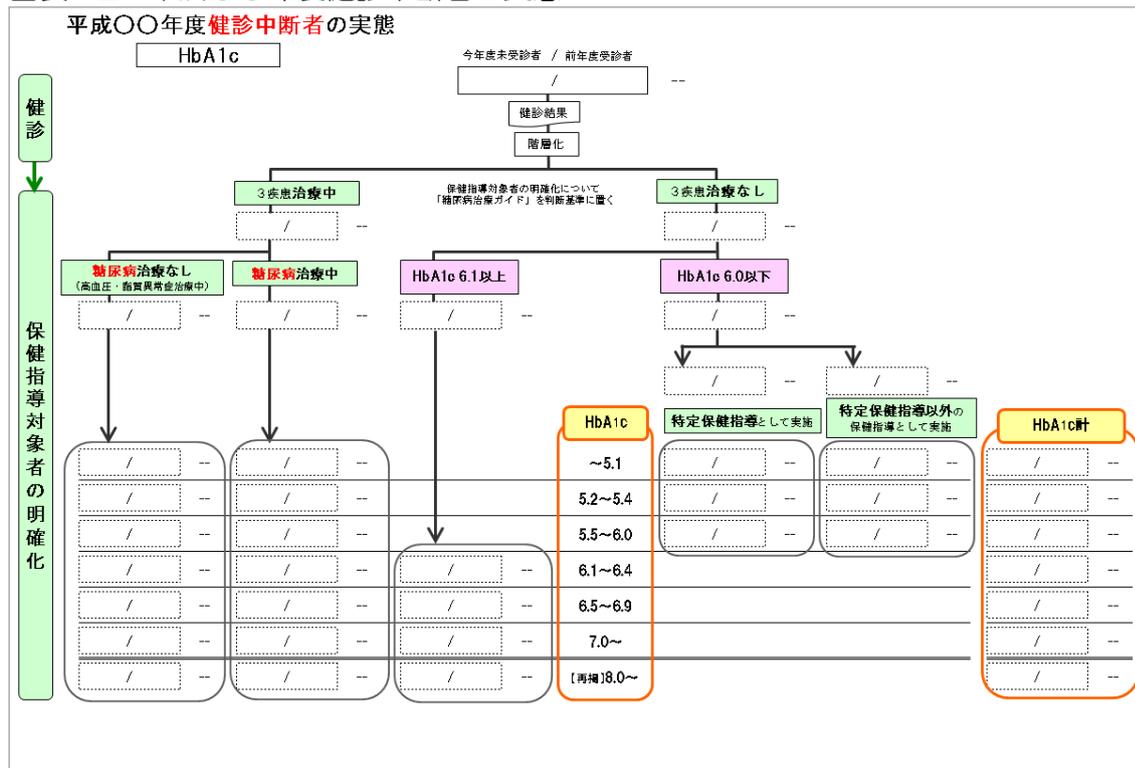
「健診・保健指導」事業の最終評価は、糖尿病等の生活習慣病の有病者・予備群の数、生活習慣病関連の医療費の推移などで評価されるものであるが、その成果が数値データとして現れるのは数年後になることが想定される。そこで、最終評価のみではなく、健診結果や生活習慣の改善状況などの短期間で評価ができる事項についても評価を行っていくことが必要である。この評価方法としては「個人」「集団」「事業」の3つの側面が考えられる。

その中でも、「個人」を対象とした評価方法について述べると、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。（一部抜粋）

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。

図表 42 平成〇〇年度健診中断者の実態



(2) 循環器疾患

脳血管疾患と心疾患を含む循環器疾患は、**がんと並んで日本人の主要死因の大きな一角を占めています**。循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、**高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の4つ**です。循環器疾患の予防はこれらの危険因子の管理が中心となるため、これらのそれぞれについて改善を図っていく必要があります。

【高血圧】

ア 保健指導の目標設定

循環器疾患の保健指導の目標達成のために、「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の循環器疾患に関する目標項目の優先順位で確認します。

- (ア) 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）
- (イ) 高血圧の改善（Ⅱ度高血圧以上の者の減少をめざす）
- (ウ) 脂質異常症の減少
- (エ) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- (オ) 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上

イ 保健指導の目標達成のための対象の明確化

(ア) 健診受診者の血圧の状況

高血圧は、脳血管疾患や虚血性心疾患などあらゆる循環器疾患の危険因子であり、循環器疾患の発症や死亡に対しては、他の危険因子と比べるとその影響は大きいといわれています。

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」をもとに保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

- a 保健指導の対象となる人を血圧に基づいた脳心血管リスク層別化でみる
 浦添市では特定健康診査の結果に基づき肥満を伴う人のみでなく、高血圧治療ガイドライン 2009 に記載されている「血圧に基づいた脳心血管リスク階層」に基づき、対象者を明確にした保健指導を実施していきます。
 目標ごとにグループを決め、その対象者数をみます。

図表 43 血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

保健指導対象者の明確化と優先順位決定							血圧に基づいた脳心血管リスク層別化			
平成23年度特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）							リスクなし	低リスク群	中リスク群	高リスク群
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度高血圧	II度高血圧	III度高血圧				
	~119 / ~79	120~129 / 80~84	130~139 / 85~89	140~159 / 90~99	160~179 / 100~109	180以上 / 110以上	3ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	1ヶ月以内の指導で140/90以上なら降圧薬治療	ただちに降圧薬治療	
リスク第1層 危険因子がない	--	--	--	④	①	①	--	--	--	--
リスク第2層 糖尿病以外の1~2個の危険因子またはメタボリックシンドローム[*]がある	--	--	④	③	②	②	--	--	--	--
リスク第3層	--	--	③	②	②	②	--	--	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	--	--	--	--	--	--	--	--	--
慢性腎臓病 (CKD)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3個以上の危険因子	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

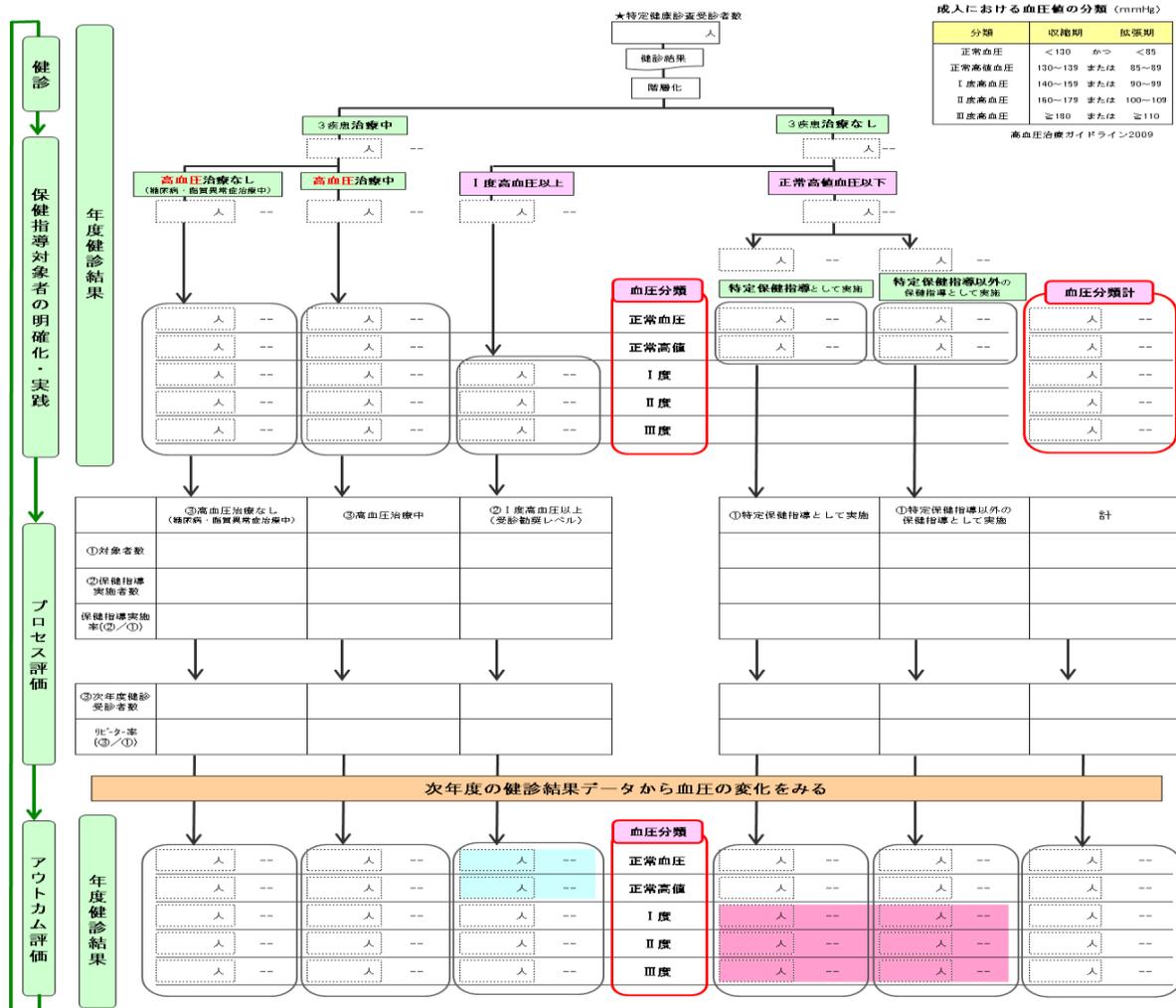
(参考) 高血圧治療ガイドライン2009 日本高血圧学会

優先順位別対象者			
①	②	③	④
--	--	--	--

*リスク第2層のメタボリックシンドロームは予防的な観点から以下のように定義する。
 正常高値以上の血圧レベルと腹部肥満に加え、血糖値異常（空腹時血糖 110~125mg/dl、かつ/または糖尿病に至らない耐糖能異常）あるいは脂質代謝異常のどちらかを有するもの。
 両者を有する場合はリスク第3層とする。

(イ) 継続受診者の血圧変化、I 度高血圧以上の年次変化、健診中断者の実態
 「継続受診者の血圧変化」、「I 度高血圧以上の年次変化」、「健診中断者の実態」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。

図表 46 継続受診者の血圧変化
 継続受診者の血圧変化

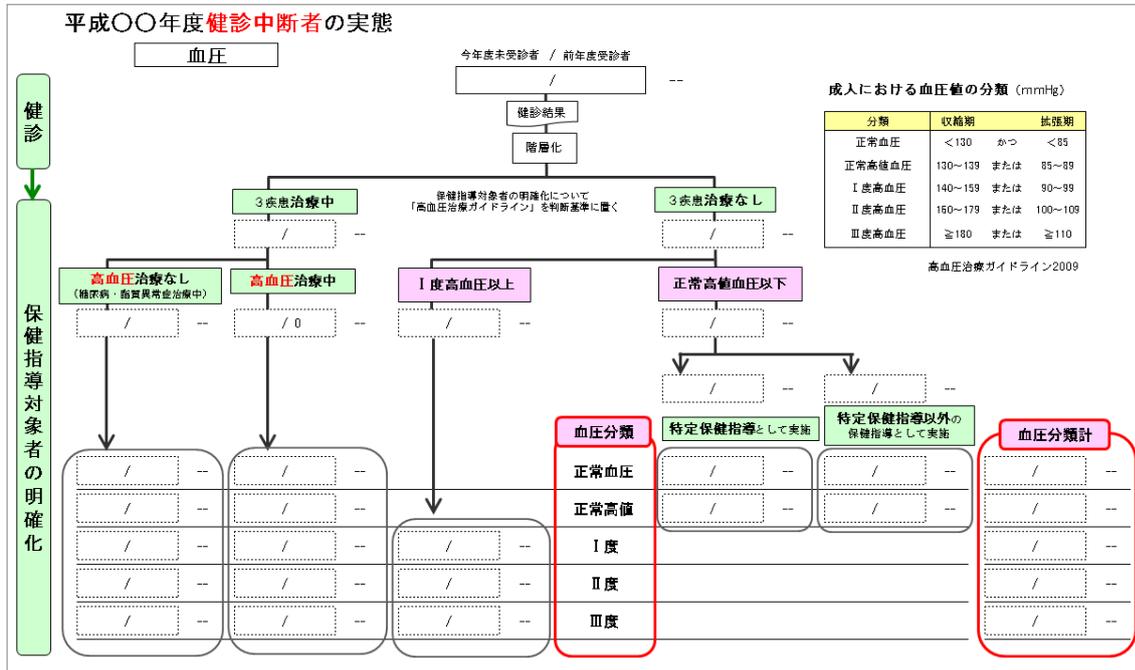


図表 47 前年度との比較

前年度		今年度の結果をみる				未受診 (中断)
		継続受診者 正常高値 以下	I 度	II 度	III 度	
I 度高血圧以上	人	--	--	--	--	--
I 度		--	--	--	--	--
II 度		--	--	--	--	--
III 度		--	--	--	--	--

	改善	変化なし	悪化	未受診
合計	--	--	--	--
I 度	--	--	--	--
II 度	--	--	--	--
III 度	--	--	--	--

図表 48 健診中断者の実態



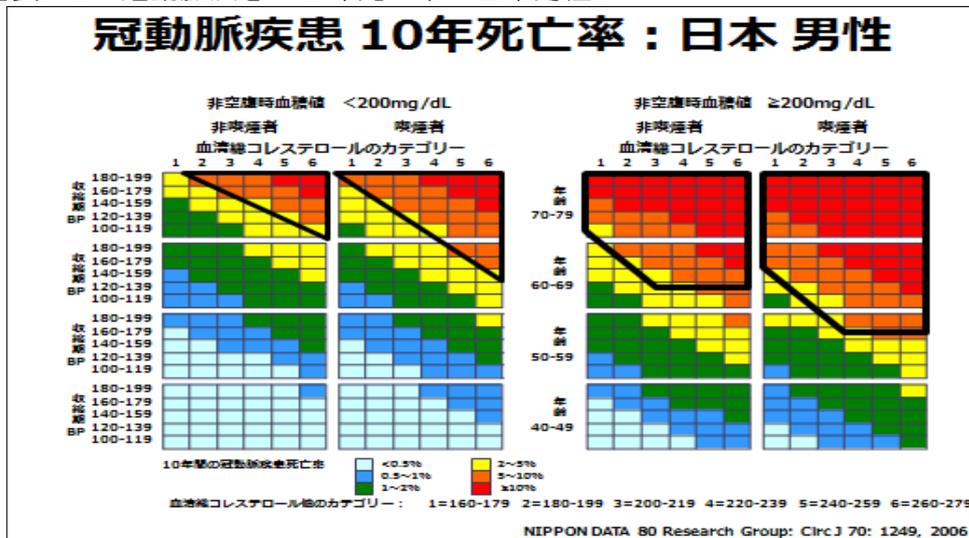
【脂質異常症】

●疫学データからみた高コレステロール血症の問題

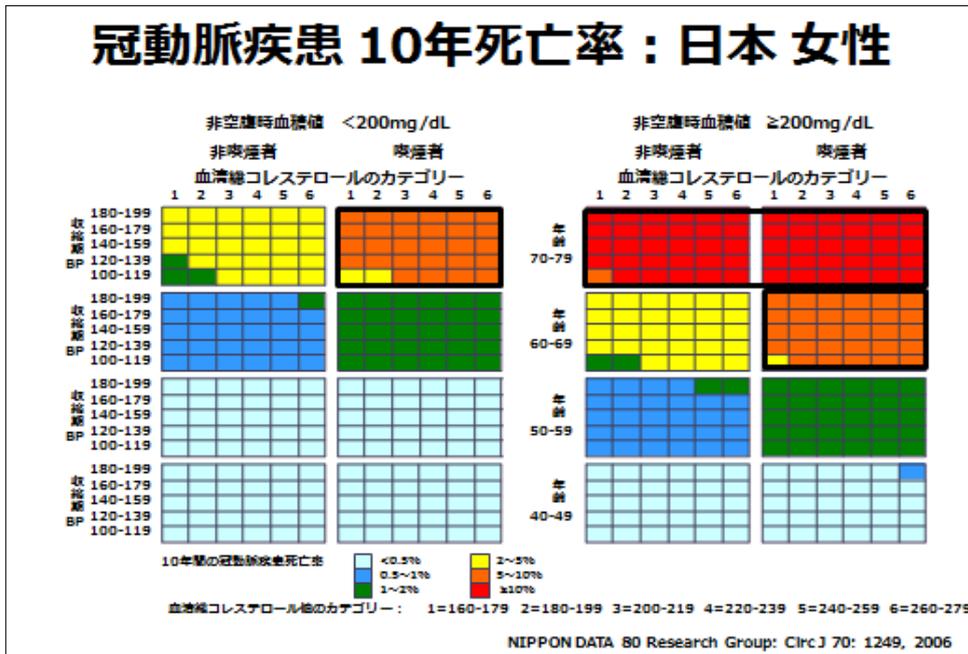
脂質異常症は虚血性心疾患の危険因子であり、特に総コレステロール及びLDLコレステロールの高値は日米欧いずれの診療ガイドラインでも、脂質異常症の各検査項目の中で最も重要な指標とされています。日本人を対象とした疫学研究でも、虚血性心疾患の発症・死亡リスクが明らかに上昇するのは総コレステロール値240 mg/dl 以上あるいはLDLコレステロール160mg/dl 以上からが多くなっています。

特に男性は、女性に比べてリスクが高いことから、LDLコレステロール高値者については、心血管リスクの評価を行うことが、その方の健康寿命を守ることになります。

図表 49 冠動脈疾患10年死亡率：日本男性



図表 50 冠動脈疾患 10年死亡率：日本女性



ア 保健指導の目標設定

循環器疾患の目標設定に準ずる。

イ 保健指導の目標達成のための対象者の明確化

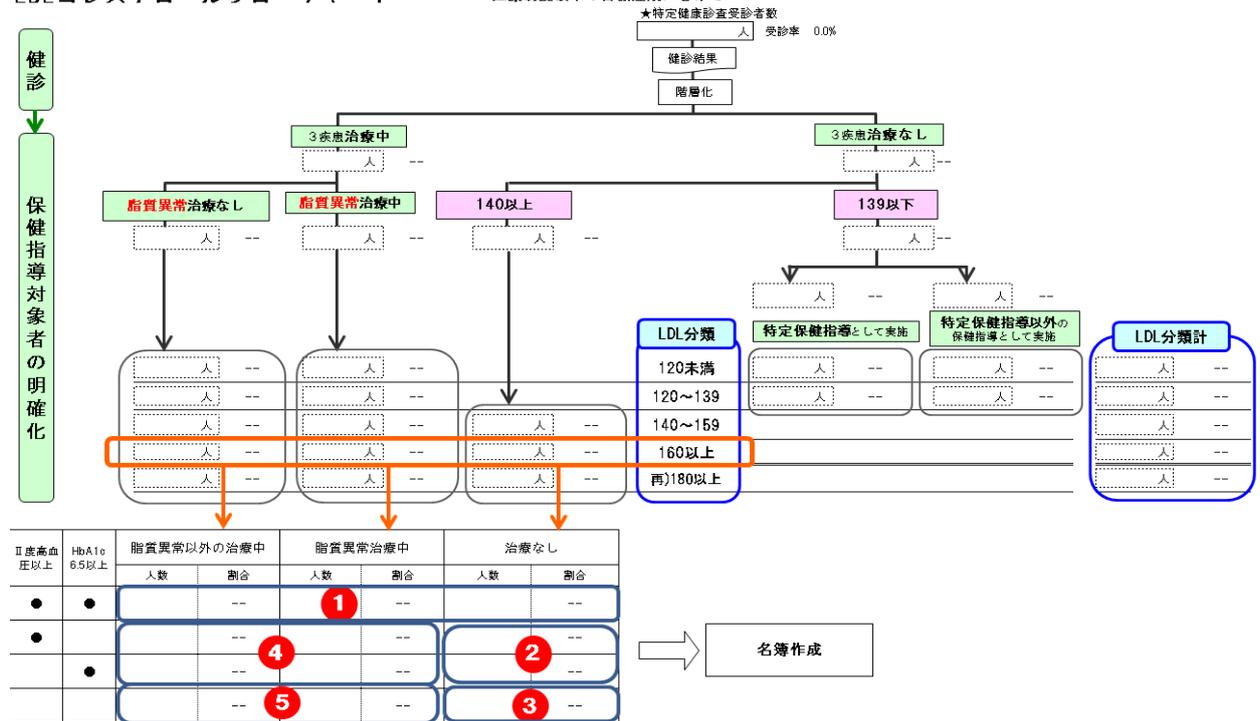
(ア) 健診受診者の脂質異常症の状況

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」をもとに保健指導の対象となる方がどのくらいいるかを見ます。

a 保健指導の対象となる人を LDL コレステロールの状況でみる

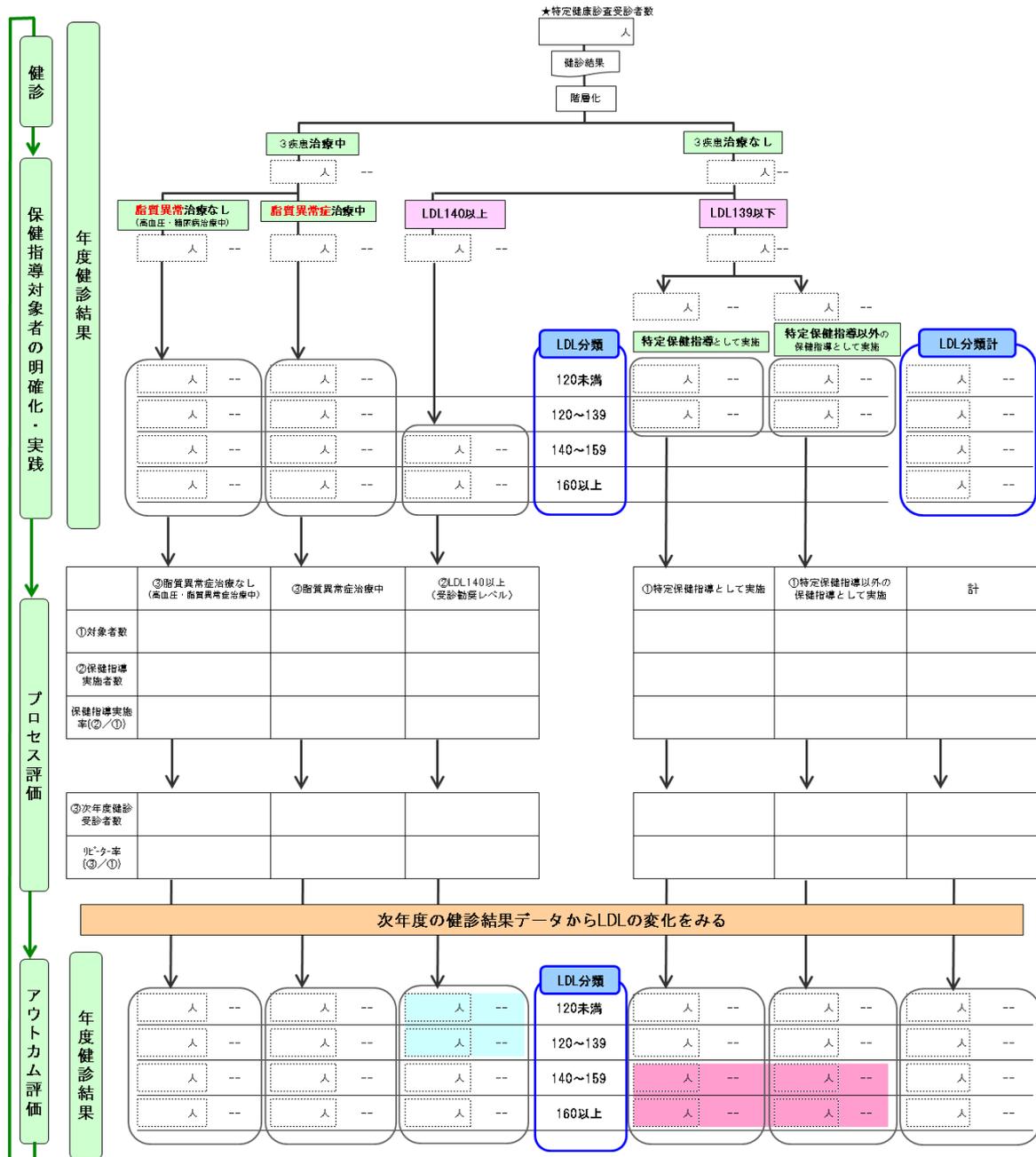
図表51 LDLコレステロールフローチャート
LDLコレステロールフローチャート

～医療制度改革の目標達成にむけて～

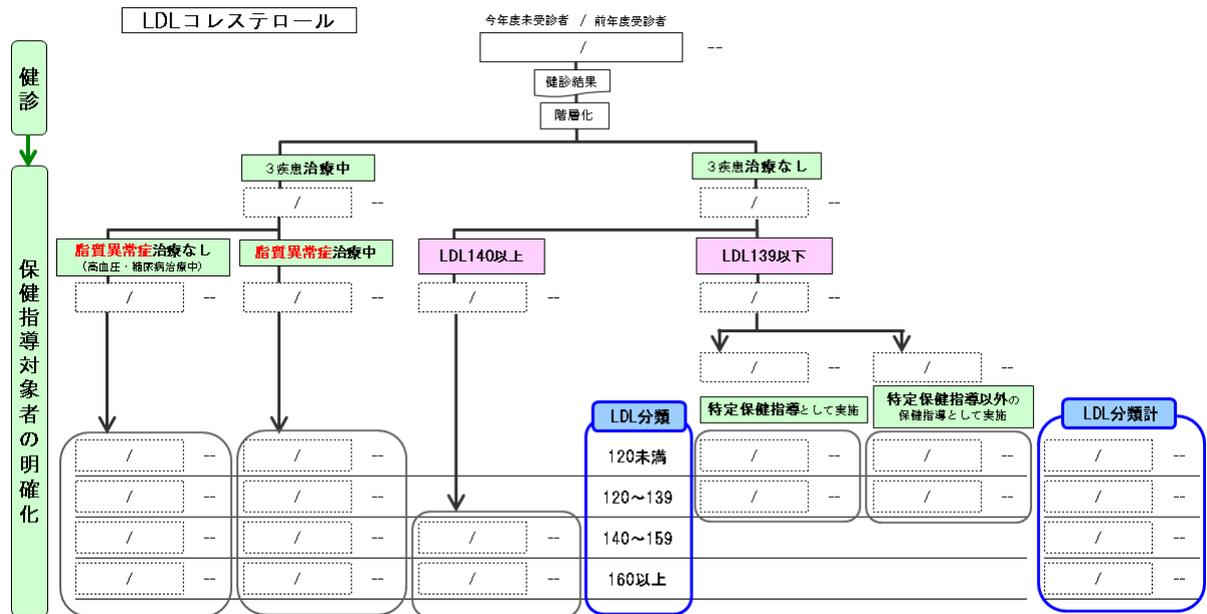


(イ) 継続受診者のLDL コレステロール変化、健診中断者の実態 (LDL コレステロール)
 「継続受診者のLDL コレステロール変化」、「健診中断者の実態 (LDL コレステロール)」
 を用いて、アウトプット (事業実施量) 評価に加え、アウトカム (結果) 評価やプロセス
 (過程) 評価を含めた総合的な評価を行います。

図表 55 継続受診者のLDLコレステロール変化
 継続受診者のLDLコレステロール変化



図表 56 健診中断者の実態
平成〇〇年度健診中断者の実態



(3) 慢性腎臓病

透析患者数が世界的に激増しています。わが国の新規透析導入患者は、1983年頃は年に1万人程度であったのが、2010年には約30万人となっています。新規透析導入患者増加の一番大きな原因は、糖尿病性腎症、高血圧による腎硬化症も含めた生活習慣病による慢性腎臓病（CKD）が非常に増えたことだと考えられています。

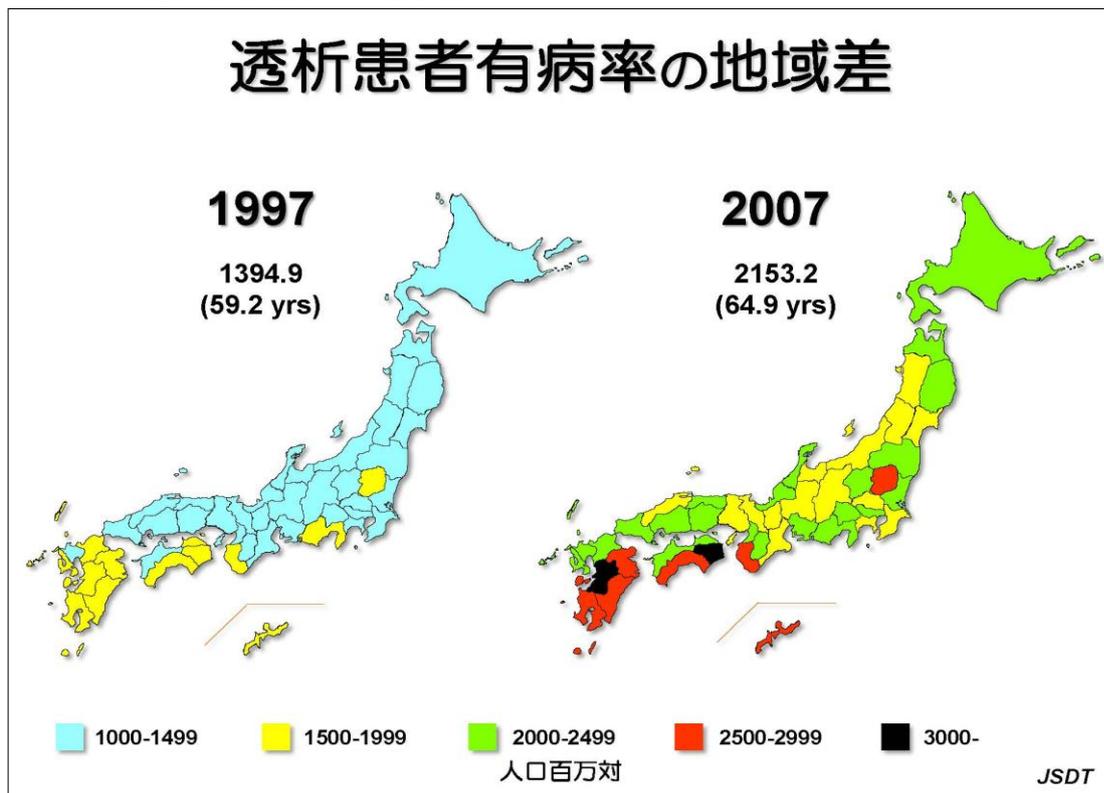
さらに、心血管イベント、すなわち脳卒中や心筋梗塞を起こす人の背景に、慢性の腎臓疾患を持った人が非常に多いという事実が重要です。実際に疫学研究によって、微量アルブミン尿・蛋白尿が、独立した心血管イベントの危険因子であり、さらに腎機能が低下すればするほど心血管イベントの頻度が増えるということが証明されました。

すなわち腎臓疾患、特に慢性の腎臓疾患は、単に末期腎不全（透析）のリスクだけではなく、心血管イベントのリスクを背負っている危険な状態であり、腎機能の問題は、全身の血管系の問題であることを意味していると言われています。

●沖縄県の状況

日本透析医学会統計調査委員会の報告「わが国の慢性透析療法の現状」によると、沖縄県の慢性透析患者数は、平成22年4,095人で人口100万対では全国5位という状況であります。また、浦添市においては、人口100万対の人数が、全国2,280、県2,903に対して2,127と低い状況にありますが、伸び率は高い状況にあります。

図表 57 透析患者有病率の地域差



ア 保健指導対象者の明確化

(ア) 健診受診者の慢性腎臓病 (CKD) の状況を見る

a 保健指導の対象となる人を尿所見と eGFR の状況でみる

CKD の病期 (ステージ) の指標となる eGFR (推算糸球体濾過量) は、血清クレアチニンを測定することにより、推算することができます。慢性腎臓病 (CKD) となるのは、eGFR60未満です。

図表 58 CKD 該当者の治療状況をみる

CKD 該当者の治療状況をみると

尿検査・eGFR共に実施 人					A1	A2		A3
					(-) or (±)	(+)	【再掲】 尿潜血+以上	(2+) 以上
治療なし	G1	正常 または高値	90以上	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
	G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	人	人	人	人		
			--	--	--	--		
G4	高度低下	15-30 未満	人	人	人	人		
			--	--	--	--		
G5	末期腎不全 (ESKD)	15未満	人	人	人	人		
			--	--	1	--		
治療中	G4	高度低下	15-30 未満	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
	G3b	中等度～ 高度低下	30-45 未満	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
	G3a	軽度～ 中等度低下	45-60 未満	人	人	人	人	
				--	--	--	--	
G2	正常または 軽度低下	60-90 未満	人	人	人	人		
			--	--	--	--		
G1	正常 または高値	90以上	人	人	人	人		
			--	--	--	--		
					人	人	人	
					A1	A2	A3	

まずは、CKD 予防対象者の病歴把握（I 表作成）に努めるとともに、腎機能に影響を及ぼす高血糖、高血圧予防を目標に保健指導し、さらに医療機関との連携体制構築を目指します。

受診時持参するもの

- ・経年表
- ・必要に応じて紹介状及び「(H-14) 腎機能、その他の検査値のコントロール状態の判断基準」

(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)

(ウ) 受診の有無の確認(電話連絡または訪問)

- a 本人に受診の確認、治療状況の確認などを行い、今後の保健指導につなげる
- b レセプト(調剤レセプトを含む)で治療状況の確認

(エ) 医療受診後の保健指導

- a 治療状況の確認と治療継続の必要性を理解してもらう
- b 必要に応じて医療機関と連携を取り生活習慣改善指導を行う
- c 次年度の健診の大切さを説明し健診受診を約束する

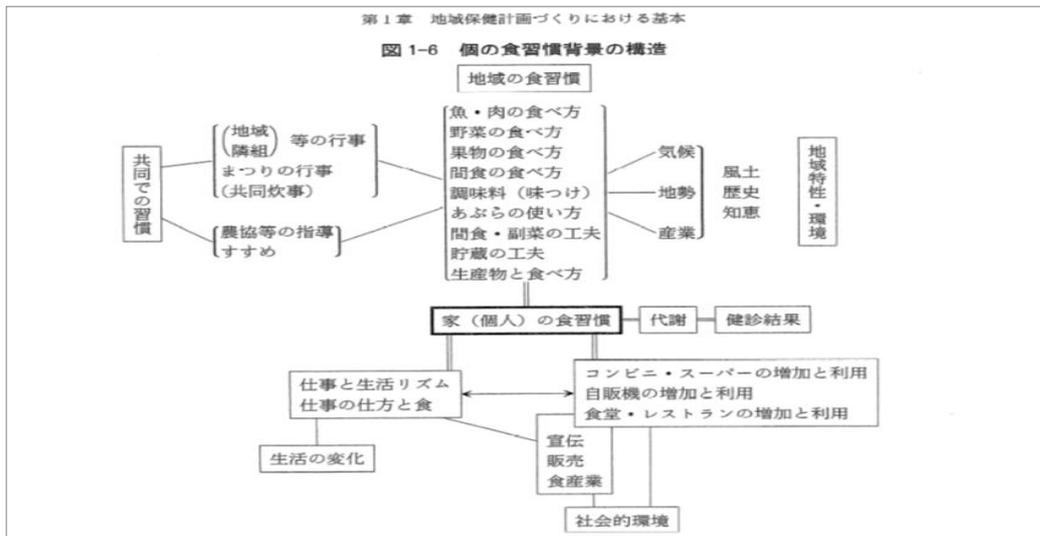
エ 保健指導の記録

P33 図表 38 参照

(4) 共通する課題（生活習慣の背景となるもの）

健康増進は、被保険者の意識と行動の変容が必要であることから、被保険者の主体的な健康増進の取組を支援するため、対象者に対する十分かつ的確な情報提供が必要となります。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、被保険者を含む住民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫することが求められます。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫します。

図表 60 個の食習慣背景の構造（「健康日本21と地域保健計画」より）全国基本版



図表 61 個の食習慣背景の構造 沖縄県版

