

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム

千葉県医師会
千葉県糖尿病対策推進会議
千葉県保険者協議会
千葉県糖尿病協会
千葉県

1 基本的考え方

(1) 目的

糖尿病性腎症の発症・重症化のリスクがある、糖尿病未治療者・健診未受診者・治療中断者・糖尿病による通院中で重症化リスクの高い者等に対して、継続受診を勧奨するのと併せて適切な保健指導を行うことにより、人工透析への移行を防止することで、住民や被保険者の健康増進と医療費の適正化を図ることを目的とする。

(2) 本プログラムの性格

本プログラムは、県内の各医療保険者（以下「保険者」）による取組を目指し、県内医療機関と連携して、重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すものである。

このため、各保険者における取組内容に当たっては、実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在各保険者が既に行っている取組を尊重するものである。

(3) 取り組みに当たっての関係者の役割

地域における取組を検討するにあたっては、以下の役割分担例を念頭に関係者が密接に連携して対応することとする。

(千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会の役割)

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会は、糖尿病性腎症重症化予防に係る国・都道府県における動向等について、構成団体に周知するとともに、医学的・科学的観点から県内に保険者における糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行う等、保険者の取組に協力する。

(県の役割)

千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会を開催し、本プログラムを関係団体へ周知し県民に啓発するとともに、糖尿病の発症・重症化に関連する生活習慣の改善に向けて、関係機関と連携し、保険者における事業取組が円滑に実施できるよう支援する。

また、県保健所は、管内の地区医師会等と、必要に応じて連携調整を図る。

(市町村の役割)

以下①～⑤の実施については、各市町村の国保部門及び保健衛生部門間で横断的に連携を図る。

① 課題の分析

- ・健診データやレセプトデータ等を用いて、被保険者の疾病構造や健康問題等を分析し、関係団体とともに問題認識の共有を行う。
- ・分析に当たっては、その地域が有する保険医療等に関する資源の実態（社会資源、専門的な医療人材の有無の数（糖尿病専門医や糖尿病療養指導士「CDEJ又はCDE-Chiba」）、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況等）を明らかにする。

② 対策の立案

- ・①で明らかになった課題について、取り組みの優先順位等を考慮し、対策を立案する。
- ・立案にあたっては、地域の医療機関における連携体制のあり方、ハイリスク者抽出のための健診項目や健診実施方法、食生活の改善や運動対策等のポピュレーションアプローチ等、様々な観点から検討した上で保健指導や受診勧奨内容について検討する。
- ・その際、医師会等の関係団体と、これらの課題、対策について協議する。

③ 対策に実施

- ・②の議論の結果に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、千葉県国民健康保険連合会による支援や、民間事業者への委託等も考えられる。

④ 実施状況の評価

- ・③で実施した事業について、その結果を評価（評価方法については7を参照）し、PDCAサイクルに基づいて次の事業展開につなげる。

⑤ 千葉県糖尿病性腎症重症化予防対策推進検討会との連携

- ・実施状況や取組内容等について同検討会に報告し、必要に応じ協議し助言を得る。

(後期高齢者医療広域連合の役割)

千葉県後期高齢者医療広域連合は、後期高齢者について、上記に記載した市町村の役割を担うが、特に実施面では市町村に上記の役割を果たしてもらうよう、市町村との連携を図る。

(全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会所属の各団体の役割)

全国健康保険協会千葉支部及び健康保険組合連合会千葉連合会に所属する団体は、上記に記載した市町村の役割と同様に、当該団体に所属する加入者に係る健康課題の分析、対策の立案、対策の実施、実施状況の評価を行うよう努める。

(千葉県国民健康保険団体連合会の役割)

市町村国民健康保険が、地域における課題の分析や事業実施を効率的に行うための対象者抽出等の支援を行うため、市町村、県等関係機関と連携を図る。

(県・郡市医師会の役割)

県医師会や郡市医師会等は、本プログラムを会員及び医療従事者に対して周知するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携を強化する等、保険者との連携体制の構築に向けて必要な協力を行う。

また、保険者等関係者が、効果的な受診勧奨・保健指導を実施できるよう、研修会等を通して 知識の普及啓発を図る。

(千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等の役割)

千葉県歯科医師会、千葉県薬剤師会、千葉県看護協会、千葉県栄養士会等関係団体は、本プログラムを会員及び医療従事者に周知するとともに、本プログラムの対象者が、確実に受診継続ができるように、保険者と連携してかかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で療養指導を行い、対象者の糖尿病ケアを支援する。

(日本・千葉県糖尿病療養指導士の役割)

日本・千葉県糖尿病療養指導士は本プログラムの対象者が確実な受診を継続できるように、かかりつけ医、糖尿病専門医及び腎臓専門医等の指示の下で、他の医療従事者と連携して療養指導を行い、対象者の糖尿病セルフケアを支援する。

2 対象者の抽出基準について

原則として、保険者が個別に定める基準に基づき、糖尿病性腎症を発症・重症化する可能性のある者を対象者として抽出するが、本プログラムが推奨する抽出基準は下記のとおりである。

◆ 「75歳未満の者を対象とする際の抽出基準」

(1) 2型糖尿病で治療中ではない健診受診者(保険者が抽出する場合)

2型糖尿病未治療者であり、健診データから空腹時血糖値 126 mg/dl (随時血糖値 200 mg/dl) 以上又は HbA1c 6.5% 以上の者であり、次のいずれかである者 (フロー図1参照)

- ① 尿蛋白 (±) 以上
- ② 血清クレアチニン検査を行っている場合
 - ア. eGFR 60 ml/分/1.73 m²未満 (70歳以上: eGFR 50 ml/分/1.73 m²未満)
 - イ. eGFR 60 ml/分/1.73 m²以上 (70歳以上: eGFR 50 ml/分/1.73 m²以上)であっても、1年間 eGFR 低下が 5 ml/分/1.73 m²以上又は1年間の eGFR の低下率 25% 以上

※①・②を満たさない場合は、本プログラムの対象ではないものの、糖尿病患者である可能性があり、未受診の場合には受診勧奨する。

(2) 糖尿病の治療歴があるものの治療を中断している者(保険者又は歯科・眼科・薬局等の関

係機関が抽出する場合)

① 健診未受診者(フロー図2参照)

- A 過去に一度でも糖尿病治療歴がある、又は過去3年程度の健診にて空腹時血糖値が126mg/dl(随時血糖値200mg/dl以上)又はHbA1c6.5%以上が確認されているものの最近1年間に健診受診歴やレセプトデータにおける糖尿病受療歴がない者。なお、過去の治療歴については、レセプト上で「糖尿病名」「糖尿病治療薬等の投薬歴」があること。
- B 歯科や眼科治療受診中の患者において糖尿病未受診や治療中断が判明した者
- C 薬局やイベント等における健康相談において眼科受診歴が無い者や定期的受診をしていない等、糖尿病の管理が不十分な者(糖尿病未受診者や治療中断者を含む)

② 健診受診者

フロー図1に従い抽出を行うと共に、プログラム対象者となった場合には、特に重症化の危険が高いものとして注意を要する。

(3) 2型糖尿病で治療中の者(かかりつけ医等医療機関又は保険者が抽出する場合)

(フロー図3参照)

① かかりつけ医等医療機関が抽出する場合

糖尿病治療中の者に対して、尿アルブミン(微量アルブミン30mg/gCr以上)、尿蛋白(±以上)、eGFR(基準値は(1)参照)等の検査を実施して、糖尿病性腎症第2期以上の腎機能低下が判明し、保健指導が必要であると医師が判断した者

② 保険者が抽出する場合

2型糖尿病の治療中の者であるものの、糖尿病性腎症の発症・進展が健診により発見された可能性がある場合

◆ 「75歳以上の後期高齢者を対象者に抽出する上での留意事項」

後期高齢者については、糖尿病性腎症の対象者選定基準に合わせた一律のプログラムではなく、個人の状況に合わせてQOL維持・向上、要介護状態への移行阻止等を含めた包括的な対応が必要であることから、健診データからの抽出に当たっては暫定的にHbA1c \geq 8.0%かつ尿蛋白(+)以上を抽出基準とし、地域の実情に合わせて検討する。

3 介入方法

① 受診勧奨

保険者は、対象者(1)～(3)で抽出された方に対して、個別に医療機関の紹介を含め受診勧奨を行う。対象者がかかりつけ医をもっていない場合には、千葉県保健医療計画に基

づく糖尿病治療を担う機能別医療機関のリストを活用して受診勧奨を行う。

受診勧奨の方法は、対象者の状態に応じた受診勧奨の方法（手紙送付、電話、面接等）を検討する。特に、糖尿病性腎症重症化予防が必要な第2期に該当する者については、時宜を逸さない適切な介入により寛解する可能性があることから、強力な受診勧奨（訪問等）を行い保健指導につなげる。

保険者は2～3か月後にレセプトデータにより受診勧奨後の糖尿病受療歴の有無を確認し、受療歴がない場合には、再度受診勧奨を行う。

また、治療中断者については、内科のみならず歯科や眼科、医療機関や薬局等から保険者へ紹介の連絡があった者も対象とし、保健指導につなぐため本人同意が得られるよう受診勧奨を行う。

② 保健指導

保険者は、対象者（1）～（3）で抽出された方に対して糖尿病性腎症の管理の必要性を説明し、本人の同意（必要により「同意書」に記入）を得て、保険者が一定の期間（3か月～6か月）、食事・運動指導等の保健指導を行う。なお、かかりつけ医がいる場合は対象者が当該プログラムに参画する旨をかかりつけ医に伝える。

保険者及び医師は、対象者（3）で抽出された方に対して、糖尿病性腎症の管理の必要性を説明した上、保健指導への参加推奨を行い、参加意向を確認し、本人の同意（必要により「同意書」に記入）を得る。「同意書」様式の雛型は別紙1参照）

糖尿病連携手帳等の所定の様式を活用して、かかりつけ医の治療方針を確認し、重症化を阻止・遅延するために、対象者の実生活に即した具体的な保健指導を実施する。

保健指導の内容は、原則として看護職・薬剤師・栄養士・理学療法士・臨床検査技師等の専門職が、かかりつけ医及び医療機関と連携し、原則的には以下の内容について3か月～6か月間を目安に複数回行うものとする。

- ・ 受診状況確認、受診継続指導
- ・ 医師の指示に基づく食事・運動等生活習慣に関する指導
- ・ 血糖・血圧のコントロールの確認、適切な服薬指導
- ・ 禁煙、適量飲酒等の生活指導
- ・ 効果的な行動変容、実現可能性を考慮した目標の設定と自己管理の実施状況

（参考：付録資料図表1～図表4）

4 実施体制

保険者は担当窓口を明確にし、医師会、地域の医療機関、事業を委託する場合は委託実施機関等他の関係機関と調整を図る。

かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期診断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症（網膜症等）の状況を把握し、本人に生活面の留意点を説明するとともに、保健指導上の留意点を保険者の保健指導の実施者に伝える。

また、かかりつけ医は腎臓専門医、かかりつけ薬局等とも十分な連携をとり、一元的な情報提供に基づき地域で対象者を中心とした切れ目のない医療を提供する。

かかりつけ医は、対象者の状況について、「CKD 診療ガイド 2012」の腎臓専門医への紹介基準に基づき、腎臓専門医へ紹介する。

- 1) 高度の尿蛋白 尿蛋白/Cr 比 0.50g/gCr 以上または 2+以上
- 2) 尿蛋白と血尿がともに陽性（1+以上）
- 3) GFR50mL/分/1.73 m²未満（40 歳未満の若年者では GFR60mL/分/1.73 m²未満、腎機能の安定した 70 歳以上では GFR40mL/分/1.73 m²未満）

保険者、かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等は、「糖尿病連携手帳」※等を活用して対象者の情報を共有し、連携して医療提供と保健指導を行う。

保健指導については、糖尿病療養指導、特定保健指導等の十分な経験を有し、糖尿病性腎症重症化予防のための研修等を受けた専門職が CDEJ、CDE_Chiba 等と連携して実施することが望ましい。

県医師会及び県糖尿病対策推進会議は、連携協力してかかりつけ医等に対して糖尿病診療マニュアルや腎臓病診療マニュアルに基づく治療が行われるための研修等を開催し、資質向上を図っている医療機関名等の公表も今後検討する。

また、引き続き CDE_Chiba の養成と資質の向上のための研修を行いながら、併せてプログラムを周知する。

※「糖尿病連携手帳」の記載内容については、関係機関が情報共有しやすいように、以下の点に留意して明確に記載することが重要である。

- ・かかりつけ医、糖尿病・腎臓専門医等：診療日時、診療方針、保健指導のポイント等
- ・保険者等関係機関：保健指導の内容等

5 プログラム評価指標について

（保険者におけるプログラム運用の評価）

保険者は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を参考に取組評価を行う。

また、保険者は、本プログラムの対象者について、健診データやレセプトデータ等により翌年度以降もプログラム評価を行うことが望ましい。

①ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか
- ・プログラム実施に必要な人員の確保はしているか
- ・保健指導の実施者は、CDEJ、CDE-Chiba 等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか

②プロセス評価

- ・糖尿病連携手帳を活用したプログラム実施手順書等を作成するなどして、関係者間で意見を交換し情報共有しているか
- ・対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか
- ・対象者に合わせた内容を準備できているか

③アウトプット評価

- ・受診勧奨を行った割合（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数）
- ・対象者の内、保健指導が実施できた割合（保健指導対象者数のうち、保健指導（初回面談）が実施できた割合・保健指導を完了した割合）
- ・糖尿病連携手帳の使用率

④アウトカム評価

ア 短期的指標（前・保健指導終了後・1年後）

- ・医療機関受診につながった人の割合（医療機関未受診者数の内、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった割合）
- ・生活習慣改善意欲、QOL、行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒 等）
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白等）の改善率
- ・対象者の内、保健指導に参加しなかった者の割合
- ・プログラム内容に関する満足度や参加者の意識・行動の変化（付録資料集【参考となるアンケート項目例】参照）

イ 中長期的指標（2年～4年）

- ・医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況
- ・対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、アルブミン尿）の評価、及び特定健診受診者全体の検査値の評価
- ・医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

ウ 長期的指標（5年～10年）

レセプトによる受療状況、医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率）

※これら以外にも、各保険者の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。

（眼科・歯科受診状況、薬局等）

(県におけるプログラム運用の評価)

①ストラクチャー評価

- ・目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか
- ・プログラム実施に必要な医師・専門職等との連携体制を確保しているか

②プロセス評価

- ・プログラムを策定し、医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか
- ・プログラムに関する県の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか

③アウトプット評価

- ・プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防の取組保険者数(保険者努力支援制度申請市町村数)
- ・プログラム実施に連携・協力している関係機関数や保健指導実施専門職(CDEJ、CDE－Chiba 等)数

④アウトカム評価

- ・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数(日本透析医学会)
- ・治療継続者の割合(生活習慣アンケート)
- ・HbA1c6.5%又は空腹時血糖値126mg/dl以上で、かつ尿蛋白±以上の者のうち、糖尿病未治療者の割合（特定健診・特定保健指導に係るデータ分析）
- ・医療費（国民健康保険病類別疾病統計表）

千葉県糖尿病性腎症重症化予防プログラム参加同意書

平成 年 月 日

(保険者名) 様

ふりがな

氏 名

住 所 〒

電話番号

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに参加することに同意します。

1. (保険者) は、かかりつけ医の治療方針に基づき、電話・面接・必要時訪問等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと
2. 保健指導は概ね (3か月～6か月) 程度であり、その間保険者とかかりつけ医等関係する機関は、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること
3. 糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※個人情報の取り扱いについて

この事業の検査結果等の個人情報は、特定の個人が識別されない方法で事業評価及び調査研究する時に限り使用する場合がありますことを御了承ください。第三者に前述の目的以外で情報提供・開示することは一切ございません。

また、事業参加に一度同意された後、同意できなくなった場合は御連絡ください。

なお、事業に参加できなくなった後も診療上なんら不利益を被ることはございません。

かかりつけ医 (ある場合) をご記入下さい。

医療機関名 : _____

付録資料集

【図表 1】糖尿病性腎症病気分類（2017年版 糖尿病治療のエッセンスより引用）

病期	尿アルブミン値(mg/gCr) あるいは 尿蛋白値(g/gCr)	GFR(eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期(腎症前期)	正常アルブミン尿(30未満)	30以上 ^{注2)}
第2期(早期腎症期)	微量アルブミン尿(30~299) ^{注3)}	30以上
第3期(顕性腎症期)	顕性アルブミン尿(300以上) あるいは 持続性蛋白尿(0.5以上)	30以上 ^{注4)}
第4期(腎不全期)	問わない ^{注5)}	30未満
第5期(透析療養期)	透析療養中	

注1) 糖尿病腎症は、必ずしも第1期から順次第5期まで進行するものではない。本分類は、厚労省研究班の成績に基づき予後を勘案した分類である。

注2) GFR60ml/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病腎症以外の原因が存在し得るため、他の腎臓病との鑑別診断が必要である。

注3) 微量アルブミン尿を認めた症例では、糖尿病腎症早期診断基準に従って鑑別診断を行った上で、早期腎症と診断する。

注4) 顕性アルブミン尿の症例では、GFR60ml/分/1.73m²未満からGFRの低下に伴い腎イベント(eGFRの半減、透析導入)が増加するため、注意が必要である。

注5) GFR30ml/分/1.73m²未満の症例は、尿アルブミン値あるいは尿蛋白値にかかわらず、腎不全期に分類される。しかし、とくに正常アルブミン尿の場合は、糖尿病腎症以外の腎臓病との鑑別診断が必要である。

【図表 2】医療機関受診・健診受診の有無・病期別の国保等の対応例】

	健診受診あり			健診受診なし	
	腎症第1~2期	腎症第3期	腎症第4期	糖尿病履歴なし	糖尿病履歴あり
糖尿病等生活習慣病 関連レセプトあり	医療機関での管理 治療中断しがちな場合の保健指導 保健資源を活用した予防事業		主治医に健診結果連 絡、腎症対策強化に ついて連携	/	医療機関での管理主 体 年に1度の健診受診 は促す
	第2期に対する腎症 予防事業	医療と連携した腎症 悪化防止のための保 健指導	※		
他疾患レセプトはある が、糖尿病等のレセ プト、内科受診なし	糖尿病管理の必要 性を本人に通知、 HbA1c等検査値に応 じて受診勧奨・保健 指導	糖尿病・腎症対策の 必要性を本人に通知 し、適切な医療につ ながるよう、受診勧 奨・保健指導	本人(主治医)に健 診結果を通知、糖尿 病性腎症の適切な医 療につなげる	健診受診勧奨 3年以上健診未受診 場合の対応策等 腎症対策以外の一 般的な取組	健診または医療機関 受診(生活習慣病管 理)の積極的な促し
医科レセプトなし			強力な受診勧奨		強力な受診勧奨

※ 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる

【図表3 健診・レセプトデータで抽出した対象者に対する対応例（検査値別）】

検査値の目安	HbA1c	HbA1c < 5.6	5.6 ≤ HbA1c < 6.5	6.5 ≤ HbA1c < 7.0	7.0 ≤ HbA1c < 8.5	8.5 ≤ HbA1c
	※1 糖尿病の場合の尿蛋白	※2 糖尿病の場合の血压		120 ≤ SBP < 130 85 ≤ DBP < 90	130 ≤ SBP < 140 85 ≤ DBP < 90	140 ≤ SBP < 160 90 ≤ DBP < 100
情報提供	パンフ・資料提供 ※3	検査値の見方・健康管理等 ※4 →		糖尿病に関する情報	腎症、合併症予防等	
受診勧奨 (未治療・中断中の場合)	はがき・受療行動確認			結果表につけて 受診勧奨	レセプト受診確認	
	電話(受診勧奨、確認)				電話で受診勧奨	電話で受診勧奨、受診確認
	保健指導型受診勧奨 ※4				個別面談	個別面談、訪問、電話フォロー
保健指導 (生活習慣改善指導)	動機づけ支援型対面保健指導		結果説明会	糖尿病を対象とした集団教室 (単発型)、個別面談	個別面談、訪問	個別面談、訪問、受診確認
	積極的支援型継続的保健指導		生活習慣病予防教室等	集団教室(継続型) 個別面談	個別面談、訪問訪問、 電話による支援	継続的支援+受診確認

※1: 空腹時血糖 ≥ 126mg/dl、またはHbA1c ≥ 6.5%、または、糖尿病治療中、過去に糖尿病薬使用

※2: 75歳以上では10mmHg高い設定とする

※3: eGFR < 30は腎不全期に相当するため、本表の適応範囲ではない

※4: 矢印の大きさ及び色の濃淡は必要性の濃淡に応じている

【図表4 糖尿病性腎症の病期に応じた保健指導等の内容例】

	健診データ	状態と介入目的	具体的な介入方法	医療機関での対応	留意点	評価
第1~2期	※1 糖尿病かつ 尿蛋白(±) 以下	早期腎症の発見 腎症の発症予防	HbA1c、血压の程度に応じた対応(別表) 第1期では糖尿病管理、第2期ではそれに加え腎症改善に重点を置いた指導	Cr、蛋白尿・尿アルブミン測定による病期確定 血糖、血压管理 網膜症等合併症検査 第2期: 保健指導紹介	第1、2期の区別は健診だけではできない eGFR < 45の場合対応優先	行動変容 血压・血糖・脂質、BMI、喫煙、腎機能
第3期	※1 糖尿病かつ 尿蛋白(プラス)以上	顕性腎症 腎機能低下防止	※2 受診勧奨と受診状況確認 医師と連携した保健指導 減塩、減酒等の食生活改善、 禁煙、肥満者では減量、身体活動の維持	Cr、蛋白尿、尿アルブミン測定による病期確定 血压、血糖管理 網膜症等合併症検査 腎排泄性薬剤の見直し 保健指導の留意点指示 腎臓専門医への紹介を考慮する	他の循環器疾患、糖尿病合併症に留意 100%対応できることを目指す	受療状況、生活習慣、 血糖・血压・脂質、喫煙、腎機能
第4期	※1 糖尿病かつ eGFR < 30	透析直前期 透析導入時期の延伸	※2 強力な受診勧奨と、受診確認、 治療中断防止 ※3	血压・血糖管理 腎排泄性薬剤の変更 腎臓専門医への紹介	心不全、脳卒中ハイリスク Cr測定しなければ病期確定できない	受診につながった割合

※1 空腹時血糖 ≥ 126mg/dl、または、HbA1c ≥ 6.5%、または過去に糖尿病の履歴(薬剤服用等)

※2 未治療者への対応

※3 医療機関との連携を取りながらスキルの高い専門職が保健指導を実施することも考えられる

【参考となるアンケート項目例】

保健指導が効果的であるかどうかについては、プログラム参加前後に、プログラム参加者の意識と行動の変化や満足度等の変化をアンケート等により確認することで評価することも可能である。

以下は、参考となるアンケート項目の一覧である。(我孫子市実施アンケートより一部抜粋)

- ・自分の体に気を配ることができる
- ・健康のためなら喫煙、飲酒、コーヒーはやめることができる
- ・規則正しい生活を送ることができる
- ・病気に必要な検査は続けて行うことができる
- ・適度な運動を計画通りに続けることができる
- ・食事の制限についての自己管理ができる
- ・薬を指示通りに飲むことができる
- ・医師や看護師等の医療関係者の指示を守ることができる
- ・適度な大衆を維持することができる
- ・病気の再発を防ぐために定期的に治療を受けることができる
- ・体調が悪くなったときの対処が自分でできる
- ・病気に関することはすべて受け入れることができる

等