

糖尿病に関する数値目標と施策の提案

研究分担者 津下 一代 女子栄養大学栄養学部・特任教授

研究要旨

【目的】都道府県等が健康日本 21（第三次）健康増進計画を推進するにあたり、糖尿病領域における目標達成に向けて実効性のある施策を実施するため、アクションプランの推進・評価の体制について提案することを目的とした。また、国際的な動向を踏まえ、今後の糖尿病対策の方向性について考察した。

【方法】①昨年度作成した「糖尿病治療継続者の増加」のロジック・モデルを精査し、自治体、保険者、職域、関係団体等が実施する保健事業について、根拠法や計画、具体的な事業内容、得られる情報の種類、都道府県による入手法を整理、糖尿病領域のアウトプット指標、アウトカム指標としての活用可能性をまとめた。②米国の標準的ケア、英国 NHS Health Check など、生活習慣病対策の国際的な動向を踏まえ、今後検討すべき点をまとめた。

【結果】①各計画による対策を横断的に進める視点において、予防と医療の連携は喫緊の課題である。『【都道府県版】健康日本 21（第三次）にもとづく都道府県健康増進計画策定』としてまとめ、全都道府県に配布、ホームページに掲載した。②健診等を起点にした行動変容プログラムの国際状況から、保健指導・療養指導では包括的なアセスメントやプログラム化など、予防と医療の連続性確保と質の向上が必要である。

【結論】糖尿病領域のアクションプランは、健康増進計画のみならず他計画との関連が深いため、庁内連携をたもって情報収集しアウトプット評価を行う必要がある。保健指導、療養指導の連続性の確保や実施方法において更なる質の向上が必要である。

A. 研究目的

健康日本 21（第二次）における糖尿病領域の目標達成に向けたロジック・モデルでは、一次予防、二次予防、三次予防に対応して、1 段目には糖尿病の発症と関連の深い生活習慣を、2 段目には合併症予防のための包括的なリスク管理を、3 段目の健康障害としては腎症による透析、網膜症や循環器病、高齢期の健康課題への影響など、糖尿病を包括的にとらえられるモデルとして令和 4 年度に提案した。

令和 5 年度はこの目標達成のために、自治体等による直接的な既存の保健事業の活用や職域・保険者・学校等との連携等をふくめたアクションプランを提示した。

令和 6 年度は、都道府県等が最終的な目標を

意識しつつ、DCA サイクルを回した事業展開を行えるよう、アクションプランの推進・評価の体制について提案することを目的とした。

糖尿病分野においては一般住民、予備群等の対象者や社会に向けての働きかけ（普及・啓発）も重要ではあるが、保険者による取り組みや医療機関における初期対応も重要である。人事異動も多い自治体の健康増進担当者が糖尿病対策の全体像を把握したうえで対策を進めるために、必要なことがらをまとめる必要がある。

また、今後の糖尿病対策の在り方として、国際的な動向の確認、とくにかかりつけ医における生活習慣病支援について検討した。医療における生活習慣病への対応として、Lifestyle Medicine に注目が集まっている。英国における

GP (General Practitioner) における行動変容を目指した BSLM Lifestyle Medicine Screening Tool を、許可を得て紹介し、わが国の生活習慣病管理療養計画書の更なるブラッシュアップのための方策についても考察したい。これにより、健診から初期治療への連続性を強化することが可能となれば、「治療継続者の割合の増加」に寄与できる可能性が示唆される。

B. 研究方法

(1) 糖尿病領域のロジック・モデルのための評価指標の検討と周知方法の検討

令和 5 年度の本研究事業において提示した「糖尿病治療継続者の増加」を目標としたロジック・モデルを精査し、各実施主体が実施する事業の根拠法や計画、具体的な事業の実施内容と得られる情報の種類、都道府県による入手法を整理した。既存の事業を活用した糖尿病領域のアウトプット指標、アウトカム指標とその把握方法についてまとめた。

(2) 糖尿病等生活習慣病対策の国際的な動向とわが国への応用

第二次において「治療継続者の割合」について伸び悩みがみられたことから、健診時における受診勧奨の質の向上と糖尿病の初期治療の質の向上の両面が必要と考えられた。医療における国際的な標準的ケアから、とくに生活習慣改善についてわが国が学ぶべき内容を確認した。米国糖尿病学会における Standard Care ならびに英国 GP の取組を紹介し、わが国における「生活習慣病療養計画書」の活用方法についても考察した。論文精査のほか、米国、英国等の研究者とのディスカッションを行い、考察の一助とした。

C. 研究結果

(1) 糖尿病領域のロジック・モデルのための評価指標の検討と周知方法の検討

① 庁内連携による推進体制と評価の標準化

資料 1 にまとめたように、糖尿病の対策は健

康増進計画のみならず、おもに医療提供体制の計画である医療計画、保険者の保健事業等の計画であるデータヘルス計画、医療費適正化計画、特定健診・特定保健指導実施計画等にまたがる。

健康増進策定の担当者は、健康日本 21 (第三次) を策定、評価する際に、これらも統合して合理的に計画策定、評価計画の作成を行うことが望ましい。とくに医療計画においては、糖尿病の予防、糖尿病の治療・重症化予防、糖尿病合併症の発症予防・治療・重症化予防の観点から、ストラクチャー、プロセス、アウトカム指標が提案されている。この中で「特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療者の割合」は重点指標に位置付けられている。自治体、保険者などの予防セクターと医療が連携して初めて目標達成への戦略が立てられる項目といえる。とくに効果的な受診勧奨を行うことは予防セクターの役割が大きいことから、健康増進計画の推進時に周知していく必要がある。

労働安全衛生法の第 14 次労働災害防止計画や仕事と治療の両立支援についても、本人への啓発、事業者・保険者へ周知と実行支援、医療機関における受け入れ態勢づくりが必要な項目である。健康日本 21 (第三次) における「糖尿病合併症の減少」、「治療継続者の増加」「血糖コントロール不良者の抑制」を図るためには、事業場の協力のほか、保険者の重症化予防の取組が重要であり、健康増進計画の推進にあたって、これら関連部局との協力が不可欠となる。

被用者保険のデータヘルス計画の共通評価指標に「受診勧奨対象者の医療機関受診率」、「疾患別の病態コントロール割合」「リスク保有率」「肥満解消率」などが位置付けられており、NDB から国が各保険者・事業者別に算出する予定となっている。都道府県は保険者協議会等を通じてこれらの指標を確認、統合することで、健康日本 21 (第三次) の進捗のモニタリングが可能となる。

後期高齢者は都道府県単位の広域連合が保険者であり、データヘルス計画の標準化(評価

指標)が普及していることから、県全体の動向を把握することが可能である。

医療扶助受給者についてもデータヘルスが進みつつある。令和6年4月に「生活困窮者自立支援法等の一部を改正する法律」が公布され、都道府県による医療扶助及び被保護者健康管理支援事業等に関する市町村支援の枠組みが創設された。医療扶助受給者では糖尿病やその合併症の有病率が高いことが指摘されていたが、これまで健康日本21では医療扶助受給者の健康状態を把握していなかった。今後はそれらを加えた全体像を見ていくことが可能となる。

第二次計画では国保のデータだけで評価した自治体が多かったが、第三次には庁内各部局と連携した推進体制を構築することにより、県民全体の状況を把握することが可能となる。必要な情報を確保できるよう、健康増進担当者は各部局に働きかけることが求められる。

②アウトプット評価

都道府県における糖尿病領域のアウトプット指標の把握としては、自治体衛生部門の活動実績や管内市区町村における取組状況の把握

(主に普及・啓発事業)、国保部門(主に保険者としての取組、保険者協議会を利用した被用者保険等の実施状況把握とマネジメント)、地域・職域連携を通じた職域での取組の把握などが必要である。これらの協議の場には、三師会、関係団体、住民組織の参画も多くの都道府県で実施されていることから、関係団体の取組報告をまとめることでアウトプット評価を行うことが可能となる。

さらに、これまでは都道府県計画の評価結果を国で議論することは少なかったが、今後は都道府県のアウトプット評価結果を国で集約して、国全体としても進捗確認をすることが望ましい。

③アウトカム評価

都道府県や市区町村における糖尿病領域のアウトカム評価において、NDBオープンデータベースの活用、データヘルス計画(保険者共通

指標)と連動したモニタリング値について保険者より収集することで、アンケート調査に依存せず、安定的に情報収集を行うことが可能となった。重症化予防事業などと連動した評価指標をモニタリングすることで、対策に直結するメリットも考えられる。第三次の評価ではアンケート調査依存ではなく、リアルワールドデータを活用した方向へ転換していくことが望ましいと考えられる。

(2) 糖尿病等生活習慣病対策の国際的な動向とわが国への応用

糖尿病領域では、医療の進歩や薬剤だけでなく、生活習慣改善に関する多くの介入研究などのエビデンスの蓄積によりもたらされている。一方、スティグマに関する問題が提起されるようになるなど、健康行動への阻害要因が注目されるようになってきた。

米国糖尿病学会による Standard Care: Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes-2025 等において多くの最新の行動変容に関するエビデンスや具体的な指導法について触れられている。この中には運動・身体活動、食生活だけの断片的な指導ではなく、仕事や睡眠などへの配慮も含め、生活をトータルで支援する方向性が打ち出されている。

英国の糖尿病等NCDsに対する対策としてNHS(National Health Service) Health checkが広く実施されており、健診、保健指導、医療を切れ目なくプログラム化して提供する取組がおこなわれている。British Society of lifestyle medicine(BSLM)は、医療面接において役立つスキルの充実のため、オンライン教材や日常診療で活用可能なスクリーニングツールを開発している(資料2:許可を得て和訳)。本人が健康に関して不安に感じていることや生活に関して包括的に把握できるものとして、わが国でも参考となる内容である。

英国 GP とのディスカッションにおいて、英

国の医師も薬物療法への関心は高いが、行動変容に向けた支援については、今まさに取り組んでいるところであるという状況であり、わが国の特定健診・保健指導制度に対する関心が高かった。特定健診では「標準的な質問票」が国により設定され、健診データとともに生活習慣関連データがNDBとして活用可能なこと、健診結果から保健指導対象者の母数を確定でき、実施率を算定できることに関しては高い関心を示していた。ただし、質問項目数は限定的かつ画一的であるという課題がある。実際の保健指導・療養指導においては、対象者の関心に向き合いつつ、安心して相談できることが求められる。

わが国の医療においては令和6年度から生活習慣病管理料算定において療養計画書の策定が必要となった。療養計画書の書式を資料3に示したが、従来型の一方的な指導にならないように注意すべきである。合併症の恐ろしさを強調した情報や一般論的な生活習慣に関する情報提供では、肥満や糖尿病に関するスティグマにつながる可能性も指摘されている。関係団体の取組強化とともに、よりよい生活習慣改善支援に向けた情報発信が必要である。

D. 考 察

健康日本21(第三次)糖尿病領域においては、自然に健康になれる環境づくりを基盤として、健診・保健指導と医療機関との連携を強化し、保健指導・療養指導の質を高めていくことが求められる。

わが国では、予防は自治体や保険者の仕事、医療は保険診療制度における医師等の仕事と区別されているために、保健指導から医療への連携が十分に取れていないことが課題である。保険診療は医師等の関心と力量に応じて個別的内容で提供されているのが実情である。プログラムという概念が乏しく、その評価もなされていない。診療ガイドラインでは薬物治療の前に生活改善の指導を行うことになっているが、それが不十分のまま、投薬や中断に至るケ

ースも少なくないことが指摘されている。

現行の療養計画書では初回用と継続用になっているが、プログラムとしての位置づけが明確ではないこと、生活習慣や生活環境、本人の病気への思いなどのアセスメントが不十分であること、目標が画一的でありそこに至るプロセスを記載する欄がないことなど、課題も多い。今後よりよい療養指導のために検討がなされるべきであろう。英国のBSLM Lifestyle Medicine Screening Toolは包括的で簡便であり、科学的に検証された質問票をベースに開発されたものである。わが国でも標準的な健診・保健指導プログラムにより詳細な質問票が掲載されているが、日常診療において汎用性の高い質問票の提示と利用の促進が必要であろう。患者が自分事として生活習慣改善に取り組めるようなプログラムを構築していくこと、すでに服薬している者への生活改善指導が適切に実施されることを評価する仕組みをつくることが望ましい。

糖尿病領域については第一次から継続した指標、関連する保健事業の普及により合併症抑制や健康寿命延伸などの効果が見えだしてきたところである。今後、保健事業と医療の全体像を俯瞰した対策がますます求められることになるのではないだろうか。

現在、各都道府県において第三次計画の推進に向けての検討が始まっているが、庁内連携した進捗管理が第二次よりも進んでいる自治体を確認している。今後、第三次策定についての全国調査により明らかにされることを期待したい。

E. 結 論

糖尿病領域のアクションプランは、健康増進計画のみならず他計画との関連が深いため、庁内連携をたもって情報収集しアウトプット評価を行う必要がある。保健指導・療養指導では包括的なアセスメントやプログラム化などにより、連続性の確保と質の向上が必要である。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Bouchi R, Izumi K, Tsushita K, Ueki K, et al. Internet of things-based approach for glycemic control in people with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Diabetes Investigation*, 2024; 15(9):1287-1296.
- 2) Hayase A, Onoue T, Tsushita K et al. Influence of Previous Health Guidance History: Impact and Limitations of a Single Health Guidance Session . *Environmental and Occupational Health Practice*, 2024;6(1):2024-0011-OA.
- 3) Ihana-Sugiyama N, Sano K, Sugiyama T, Tsushita K et al. Evaluation of a program designed to prevent diabetic nephropathy aggravation: A retrospective cohort study using health checkups and claims data in Japanese municipalities. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2024;215: 111804.
- 4) Wan J, Wakaba K, Onoue T, Tsushita K Nakata Y. Factors associated with acquiring exercise habits through health guidance for metabolic syndrome among middle-aged Japanese workers: A machine learning approach. *Preventive Medicine Reports*, 2024;48:102915.
- 5) 津下一代. 健康日本21（第三次）のねらいと戦略：糖尿病対策の目標とアクションプラン. *日本医師会雑誌*, 2024;153(1):40-44.
- 6) 津下一代. 糖尿病分野の目標項目とアクションプラン. *健康づくり*, 2024;559:10-13.
- 7) 津下一代. 糖尿病性腎症重症化予防プログラム改定のポイントと専門職に期待すること. *日本栄養士会雑誌*, 2024;67(12):628-632.

- 8) 津下一代. 生活習慣改善治療食が血中脂質, リポ蛋白, 糖代謝指標, 血圧に与える影響: 臨床試験の系統的レビューとメタ解析. *Nutrition Reviews*, 2024;82(2):176-192.
 - 9) 津下一代. 広げよう! 地域・職域連携. 健康づくり, 2024;560:2-7.
 - 10) 津下一代. 第3期までの特定健康診査と特定保健指導の効果. 健診・人間ドックハンドブック改訂8版 (中外医学社) p20-30.
 - 11) 津下一代. 特定保健指導. 健診・人間ドックハンドブック改訂8版 (中外医学社) p478-487
 - 12) 津下一代. 特定健診・保健指導を基盤にアウトカムを出す事業を目指す. *健康保険*, 2025(2):10-11.
 - 13) 津下一代. 糖尿病—予防と治療の切れ目ない対策で健康寿命延伸を目指す. *医学のあゆみ*, 2025;292(8):612-616.
2. 学会発表
- 1) 津下一代. 健康日本21（第三次）推進へ向け～産業保健に期待されること～. 第97回日本産業衛生学会（教育講演8）, 広島, 2024年5月24日.
 - 2) 津下一代. 健康日本21（第三次）をはじめとする健康政策と日本運動疫学会・健康運動指導士等への期待. 第26回日本運動疫学会学術総会（教育講演I）, 佐久, 2024年6月29日.
 - 3) 津下一代. 動脈硬化性疾患予防の観点から考える後期高齢者の保健事業のあり方. 第56回日本動脈硬化学会総会・学術集会（シンポジウム「後期高齢者の動脈硬化性疾患・心不全予防を考える」, 神戸, 2024年7月6日.
 - 4) 津下一代. わが国のメタボリックシンドローム対策に関する歴史と現状、課題. 第56回日本動脈硬化学会総会・学術集会（シンポジウム「Metabolic syndrome revisited—メタボリックシンドロームの現在—」, 神戸, 2024年7月7日.
 - 5) 津下一代. コントラバシー糖尿病重症化予防における保健事業. 第11回JADEC年次学術集会, 京都, 2024年7月20日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

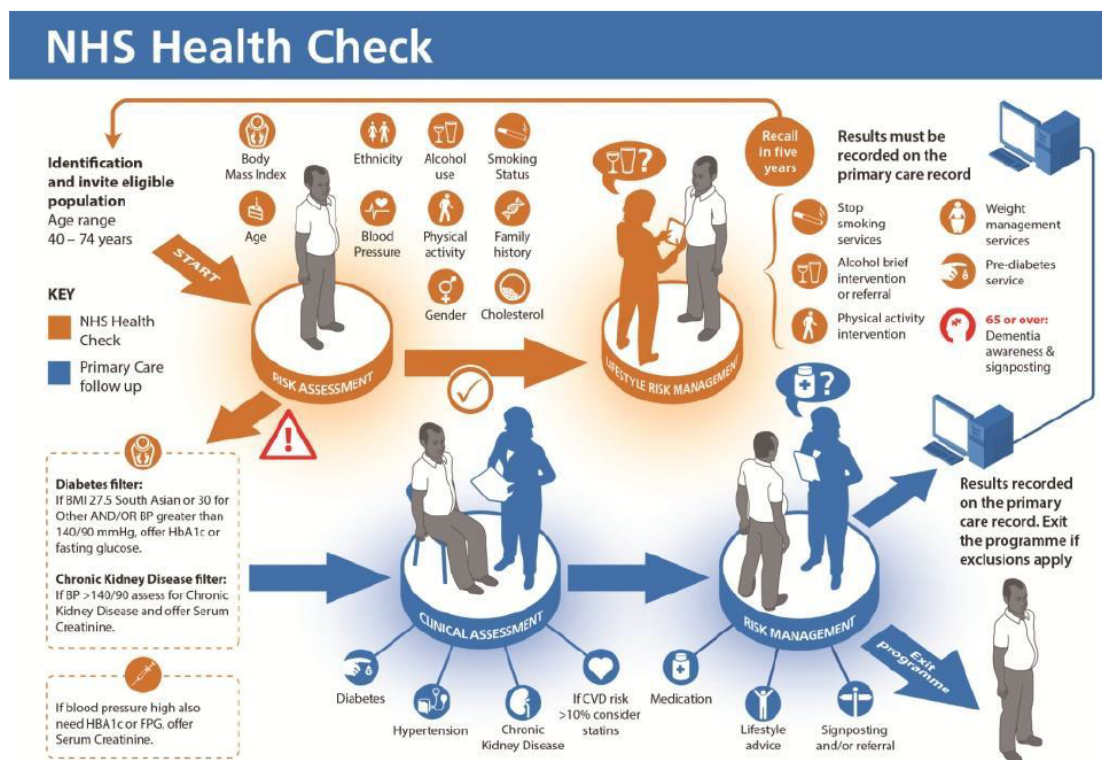
なし

3. その他

なし

(参考)

Figure 1. NHS Health Check pathway



<https://www.healthcheck.nhs.uk/commissioners-and-providers/delivery/>

令和 6 年度 厚生労働行政推進調査事業費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
 次期健康づくり運動プラン作成と推進に向けた研究 研究代表者：辻 一郎（東北大学）
 糖尿病に関する数値目標と施策の提案 研究分担者：津下一代（女子栄養大学）

【都道府県版】健康日本 21（第三次）にもとづく都道府県健康増進計画策定

生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防（糖尿病分野）推進のヒント

健康日本 21 において、なぜ、糖尿病対策に注目するのか？

【一人ひとりへの健康支援】

- さまざまな合併症により本人の QOL の低下、医療費、介護給付等への影響がある
- 糖尿病の早期発見は健診の役割（自治体・事業場・保険者の取組を促す）
 （自覚症状はよほど進行しないと出てこないが、症状が出てきたときにはかなり悪化した状態）
 - ⇒ 健診受診率の向上とその結果を効果的にフィードバックすることが重要
 - ⇒ 国保だけでなく、地域・職域連携により、事業所、保険者の適切な実施を推進する
 - ⇒ 糖尿病のリスク要因（肥満、運動不足、食生活の乱れ等）への対策が必要
 個人の行動変容、保健事業へのアクセス、健康な環境づくりに関連
- 糖尿病を有する者に対して、治療中断防止と適切な医療の提供が不可欠
 - ⇒ 医療機関と保険者の連携した取組の促進（重症化予防事業）

【集団全体への対策】

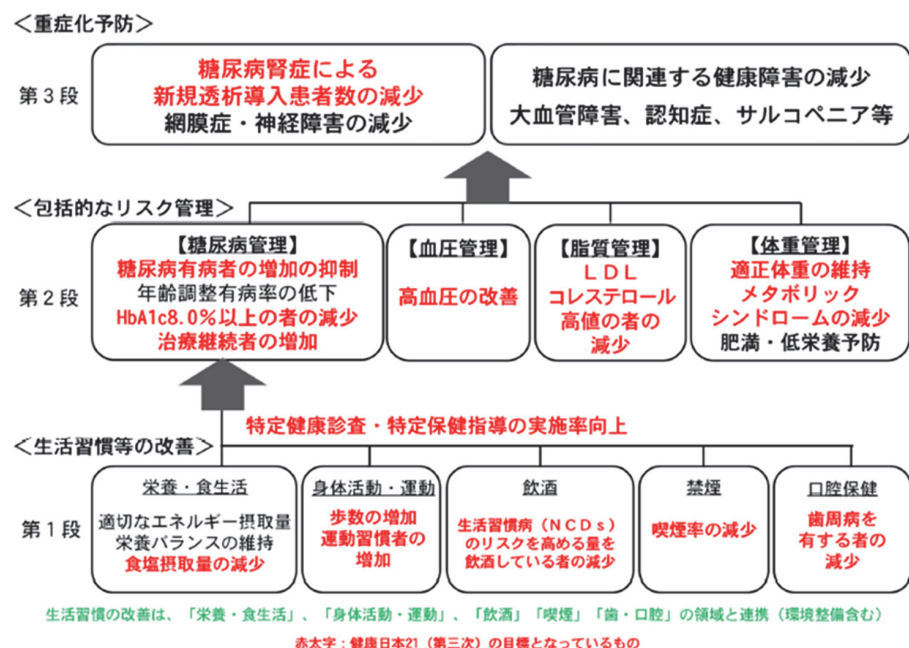
- 肥満・糖尿病に対するスティグマを減らす啓発が必要（⇒ 一般国民向け、医療従事者向け、事業所向け）
 - ⇒ 医療につながりやすくしたり、職場等での両立支援につなげたりする
- 特定健診にて把握可能な指標であるため、受診率が高い場合にはデータ分析結果の活用が可能
 - ⇒ 地域格差などを可視化、課題のある地域に重点的に市町村支援をおこなう
- 医療や健康な環境との連続性があり、地域の連携体制のモデルとなりうる

【糖尿病領域のロジックモデル】

【目指すところは？】

発症予防（一次予防）、
 重症化予防（二次予防）、
 合併症の治療（三次予防）
 の多段階において、
 糖尿病及びその合併症に
 関する対策を切れ目なく
 講じていくこと

他の領域との関連も深い
 （睡眠などとの関係も）



健康日本21（第三次）において、都道府県の役割と実施すべきこと

～厚生労働省「健康日本21（第三次）推進のための説明資料」より

1）糖尿病領域における策定・推進の体制

○庁内連携：庁内の関連する部局が連携して都道府県健康増進計画を策定・推進する

関連した計画と整合性を図り、効率的な対策実施につなげる。厚生労働省の関連計画としては以下のものがあり、整合性を取った取組が必要である。とくに医療計画では、糖尿病予防、治療・重症化予防、合併症の予防などの指標が提案されており、両計画の共通の指標も参考にしつつ、自治体等の保健事業、医療機能の拡充の両面で糖尿病対策を推進していくことが望ましい。

計画名	作成者	計画期間	記載概要
医療計画	都道府県	■ 6年間（※第6次までは5年間） 第8次（令和6～令和11）	● 都道府県の二次医療圏毎の病床数の設定 ● 医療提供施設の整備目標 ● 医療従事者の確保 等
医療費適正化計画	都道府県	■ 6年間（※2期までは5年間） 第4期（令和6～令和11）	● 医療に要する費用の見込みに関する事項 ● 住民の健康の保持の推進に関し達成すべき目標 ● 医療の効率的な提供の推進に関し達成すべき目標 等
データヘルス計画	保険者	■ 6年間（※第1期は3年間） 第3期（令和6～令和11） 6年間	● 被保険者の健康課題 ● 健康課題に対応した目標 ● 保健事業の内容 等
健康増進計画	都道府県 市町村	■ 10年間（※第1次は12年間、第2次は1年間延長して11年間） 次期（令和6～）	● 健康の増進の推進に関する基本的な方向 ● 各施策（栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙等）の取組と目標 等
介護保険事業支援計画	都道府県	■ 3年間 第9期（令和6～令和8）	● 老人福祉圏域毎の介護サービス量の見込み ● 市町村の介護予防・重度化防止等の支援内容及び目標 等
介護保険事業計画	市町村	■ 3年間 第9期（令和6～令和8）	● 日常生活圏域毎の介護サービス量の見込み ● 介護予防・重度化防止等の取組内容及び目標 等

医療計画における「糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標例」

	糖尿病の予防	糖尿病の治療・重症化予防	糖尿病合併症の 発症予防・治療・重症化予防
ストラクチャー		糖尿病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	腎臓専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
		糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)	歯周病専門医が在籍する医療機関数 (人口10万人当たり)
		1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する 専門的治療を行う医療機関数	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
			糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数 (人口10万人当たり)
プロセス	● 特定健康診査の実施率	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	● 眼底検査の実施割合
	● 特定保健指導の実施率	● HbA1cもしくはGA検査の実施割合	● 尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合
		インスリン治療の実施割合	クレアチニン検査の実施割合
		糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	
		外来栄養食事指導の実施割合	
アウトカム	糖尿病予備群の者の数	糖尿病治療を主にした入院の発生 (DKA・昏睡・低血糖などに限定) (糖尿病患者1年当たり)	治療が必要な糖尿病網膜症の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	糖尿病が強く疑われる者の数	治療継続者の割合	● 糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数
		重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)	糖尿病患者の下肢切断の発生 (糖尿病患者1年当たり)
	● 特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合		
		● 糖尿病の年齢調整死亡率	

●は重点指標

このほか

● 労働安全衛生法：健診、第 14 次労働災害防止計画、仕事と治療の両立支援

第 14 次計画の重点施策として、「自発的に安全衛生対策に取り組む（職場づくりはコストではなく人的投資）」、「労働者の健康確保対策の推進」があげられており、メンタルヘルス対策、過重労働対策、産業保健活動の推進（治療と仕事の両立）をおこなう。

● スポーツ基本計画（スポーツ庁）：「スポーツによる健康増進」を掲げ、医療・介護や企業・保険者との連携強化を図り、運動実施率の向上を目指すこととしている。

● 食育基本計画（農林水産省）：食育の推進に関し、地域の特性を活かした自主的な施策を策定・実施などの関連計画とも調整して、生活習慣病予防をより幅広い視野でとらえることが重要である。

【取組のヒント】

都道府県の健康増進計画の担当者は、健康・生活衛生局からの健康増進計画関連の通知や「健康日本 21（第三次）推進のための説明資料」などに基づいて健康増進計画の策定・推進を担うが、その際、「関連する計画との調和」をもとめている。健康日本 21 の指標を達成するには、各計画に基づく保健事業を着実に進捗することが必要であり、関係部局との連携が不可欠となる。都道府県においては、各計画をバラバラに策定・推進するのではなく、各部局が把握した課題を共有したうえで健康寿命延伸に向けた全体像を描きつつ、個別の事業に反映させることが必要となる。

○ 庁外の関係機関との連携

健康日本 21（第三次）都道府県計画の策定にあたっては、健康課題の分析、介入（保健事業、治療）、啓発（疾病や健康行動）、健康な環境づくりなどの要素が必要となる。また、糖尿病、肥満に対するスティグマの解消にむけて社会全体で取り組む必要がある。各機関の機能や事業を有効活用し、「多様な主体による実効性のある取組」につなげる。

- ・ 健康課題把握（データ分析）：医療保険者（市町村、国保連合会、全国健康保険協会都道府県支部、健康保険組合都道府県支部）、分析への助言（大学等）
- ・ 各事業の取組状況の把握：基礎自治体、医療保険者、医療関連団体（三師会、看護協会等）、産業保健（産業保健総合支援センター、地域産業保健センター）、ボランティア組織 等

【取組のヒント】

健康日本 21（第三次）は 12 年間の取組であり、俯瞰的な視点で地域の保健水準を高めていくものである。具体的な事業は関連する計画や組織の取組によるところが大きい。ため、保険者協議会、地域・職域連携推進協議会、その他都道府県が設置する生活習慣病関連の既存の会議体・組織との密接な情報共有により、21 推進方針の伝達を効果的に実施したり、事業評価（特に取組状況）などの情報を効率的に入手したりすることが可能となる。

2) 糖尿病領域の目標設定と進捗評価

国が設定した目標を勘案しつつ、具体的な目標を設定、継続的に数値の推移等を分析・評価し、健康増進の取組につなげていく。

- ・全国と都道府県の比較（健康水準の確認）
 - ・区域内の市町村ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握
- ⇒地域間の健康格差の是正に向けた取組を位置付ける

健康日本 21（第三次）糖尿病領域の国の指標と最近の推移

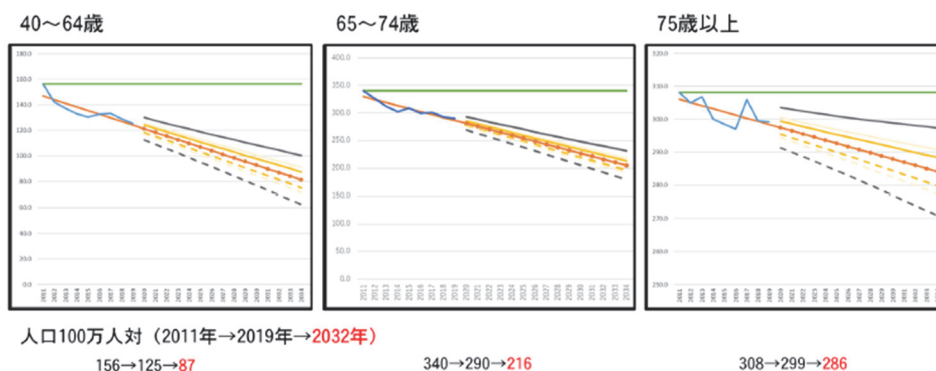
指標（第三次）	データソース	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)	目標値 R14 (2032)
糖尿病腎症の年間新規透析導入患者数（人） （新規透析導入患者数に占める糖尿病腎症の割合）	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	16,019	15,690 (40.7%)	15,271 (40.2%)	14,334 (38.7%)	13,844 (38.3%)	12,000
治療継続者の増加	国民健康・栄養調査	67.6%					75%
HbA1c8.0%以上の者の割合	NDB オープンデータベース	1.32% 男：1.86% 女：0.71%	1.46% 2.00% 0.82%	1.34% 1.89% 0.71%	(未発表)	(未発表)	1.0%
糖尿病有病者（万人） 増加抑制	国民健康・栄養調査より推計	1,150			(年齢調整該当率は横ばい)		約 1,350
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群 （性・年齢調整値）（参考値）	特定健診・特定保健指導の実施状況 （厚生労働省）	1,566 万人	1,636 万人	1,619 万人	1,608 万人		第4期医療費適正化計画に 合わせて設定 （令和14年度）
特定健康診査の実施率 の向上		55.6%	53.4%	56.5%	58.1%		R11：70% 以上
特定保健指導の実施率 の向上		23.2%	23.0%	24.6%	26.5%		R11：45%

（令和2年度、3年度は国民健康・栄養調査 新型コロナウイルス感染症の影響により調査中止）

参考 目標値はどう設定したか？

例）糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の予測値について

将来人口推計、年齢区分別の透析導入患者数（人口100万人当たり）の推移から Trend Analysis を用いて予測



国民の健康への関心の高まり（健康経営等）、健診受診率の向上、受診勧奨・治療中断防止等の重症化予防事業、糖尿病の治療の進歩により、第三次の間にさらに減少が見込めるとして設定。
令和元年からの推移をみると、目標値達成の可能性が高まっていると見受けられる。

都道府県、二次医療圏、市区町村で把握可能な指標例

国の指標は、国民健康・栄養調査によるものが多い。都道府県健康増進計画の指標として、同調査の都道府県分を使う方法もあるが、客体数が少なく誤差が大きくなる、二次医療圏単位、市区町村単位での分析をおこなえないなどの課題がある。一方、県民調査などのアンケート調査を実施する場合には、費用、方法論（統計的な妥当性）、継続性などを考慮しなければならない。

近年、NBD オープンデータにおいて、都道府県別、二次医療圏別の健診・レセプト情報の集計値が毎年公表されていることから、これを活用することで費用をかけずに経年的に指標の追跡が可能である。厚生労働科学研究ではこれを二次加工してより分かりやすく提示している。

また、国保データベース（KDB）の分析については国保連合会との連携により、都道府県、市区町村の健康課題を把握することができる。全国保険協会（協会けんぽ）は大規模データを活用した分析を実施しているほか、共済組合、健保組合においてはデータヘルス計画における共通指標をはじめとした分析を実施、さらに、医療扶助受給者（生活保護）における健診・レセプトデータの分析も始まっており、すべての対象者についてリアルワールドのデータ分析がおこなわれる状況になってきた。これらの集計値の全国比較を俯瞰することにより、地域の共通の健康課題の確認が可能となる。下の表は、現時点で都道府県単位、市区町村単位の健康データを取得できる方法を示している。

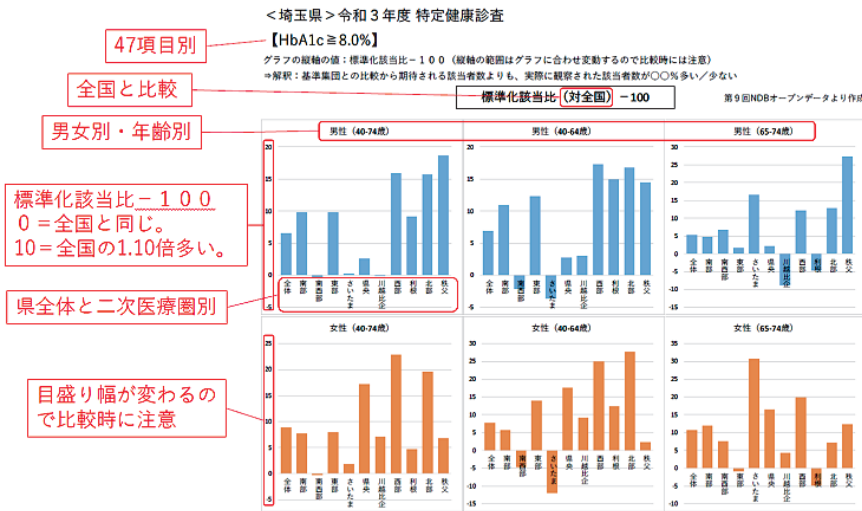
現在、国において「全国医療情報プラットフォーム」の構築の動きが加速している。この情報を活用することにより、全国共通の基盤に立った分析が可能となり、よりの確に課題を把握できることが期待される。

現時点で都道府県等で把握可能な健康日本 21（第三次）糖尿病領域の指標案

	目標	指標	国の評価	都道府県で把握可能な指標	二次医療圏単位で把握可能な指標	市町村（国保＋後期高齢）
重症化予防	糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少	糖尿病腎症の年間新規透析導入患者	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	日本透析医学会（都道府県別患者数） 保険者努力支援制度評価（年齢調整値 公表） NDB オープンデータベース（処置：人工腎臓）	KDB（人工透析、腎不全）×糖尿病	KDB 人工透析 生活保護受給者における透析患者数
包括的なリスク管理	治療継続者の増加	治療継続者の割合	国民健康・栄養調査	国民健康・栄養調査、都道府県分		KDB（FBR）
	血糖コントロール不良者の減少	HbA1c8.0%以上の者の割合	NDB オープンデータベース	NDB オープンデータ標準化該当比	NDB オープンデータ標準化該当比	KDB（FBR）
発症予防 早期発見・早期介入	特定健康診査の実施率の向上	特定健康診査の実施率	特定健診・特定保健指導の実施状況に関する調査（厚生労働省）	特定健診・特定保健指導の実施状況に関する調査（厚生労働省）		法定報告値、KDB
	特定保健指導の実施率の向上	特定保健指導の実施率				法定報告値、KDB
	糖尿病有病者の増加の抑制	糖尿病有病者数		国民健康・栄養調査（都道府県分） NDB オープンデータ標準化該当比		KDB（FBR） 健康スコアリング

自治体が活用できるデータ（糖尿病関連）

NDB オープンデータ（特定健診）を用いた二次医療圏別リスク因子の特徴把握（標準化該当比）
 （対全国、都道府県内比較）：H30～R3年度分 公開中 <https://ktsushita.com/index.php/kenkyuhan-tiiki04/>



年齢調整の必要性と標準化該当比

- 一般に、高齢者ほど生活習慣病有病率や死亡率は高い。
 - 病気の「おこりやすさ」を知りたい場合（地域の健康状態の指標）、年齢調整した有病率で比較する。
 - 年齢調整の方法として、有病率等では標準化該当比をよく使う。
 - 全国（や県全体）＝100としたときの有病率の高低（倍率）を意味する。
- 一方、病気の「総量」を知りたい場合（必要な医療資源の量に関係）には、年齢調整しない割合・率・人数等を把握することが大切である。

国保データベース（KDB）を活用した対象者数の把握（FBR） （治療の有無、HbA1c、血圧、腎機能）

糖尿病発症非使用者（人）		腎機能												総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(=)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)				
		血圧区分												
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	
H b A 1 c (%)	8.0以上	321	563	518	1,402	305	375	563	1,243	575	916	1,301	2,792	5,437
	7.0～7.9	821	785	976	2,582	1,200	1,084	1,785	4,069	2,552	2,027	3,651	8,230	14,881
	6.5～6.9	1,707	923	1,384	4,014	3,363	1,913	3,536	8,812	6,502	3,993	7,443	17,938	30,764
	6.5未満	26,821	12,061	22,557	61,439	74,549	43,050	103,462	221,061	155,140	109,338	308,645	573,123	855,623
	合計	29,670	14,332	25,435	69,437	79,417	46,422	109,346	235,185	164,769	116,274	321,040	602,083	906,705

資料：健診・レセプト情報から糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外（CKD対策、高血圧対策としての受診勧奨・保健指導等が必要に応じて行う）

糖尿病性腎症重症化予防
 の取組の対象者の全体像
 の把握

KDB より

・糖尿病についての治療状況別（未治療、治療中）

・HbA1c の状況、腎障害の程度（eGFR または尿蛋白）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

糖尿病薬使用者(人)		腎機能												総計
		eGFR<45または尿蛋白(+)以上				45≦eGFR<60または尿蛋白(=)				60≦eGFRかつ尿蛋白(-)				
		血圧区分				血圧区分				血圧区分				
		治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	治療中	血圧高値 治療なし	正常範囲	合計	
H b A 1 c (%)	8.0以上	1,290	162	324	1,776	1,159	191	488	1,838	2,178	533	1,471	4,182	7,796
	7.0～7.9	2,870	285	588	3,743	3,614	542	1,424	5,580	6,913	1,500	4,281	12,694	22,017
	6.5～6.9	2,550	213	492	3,255	3,809	512	1,559	5,880	7,181	1,434	4,235	12,850	21,985
	6.5未満	3,287	184	485	3,956	4,880	535	1,598	7,013	9,003	1,395	4,694	15,092	26,061
	合計	9,997	844	1,889	12,730	13,462	1,780	5,069	20,311	25,275	4,862	14,681	44,818	77,859

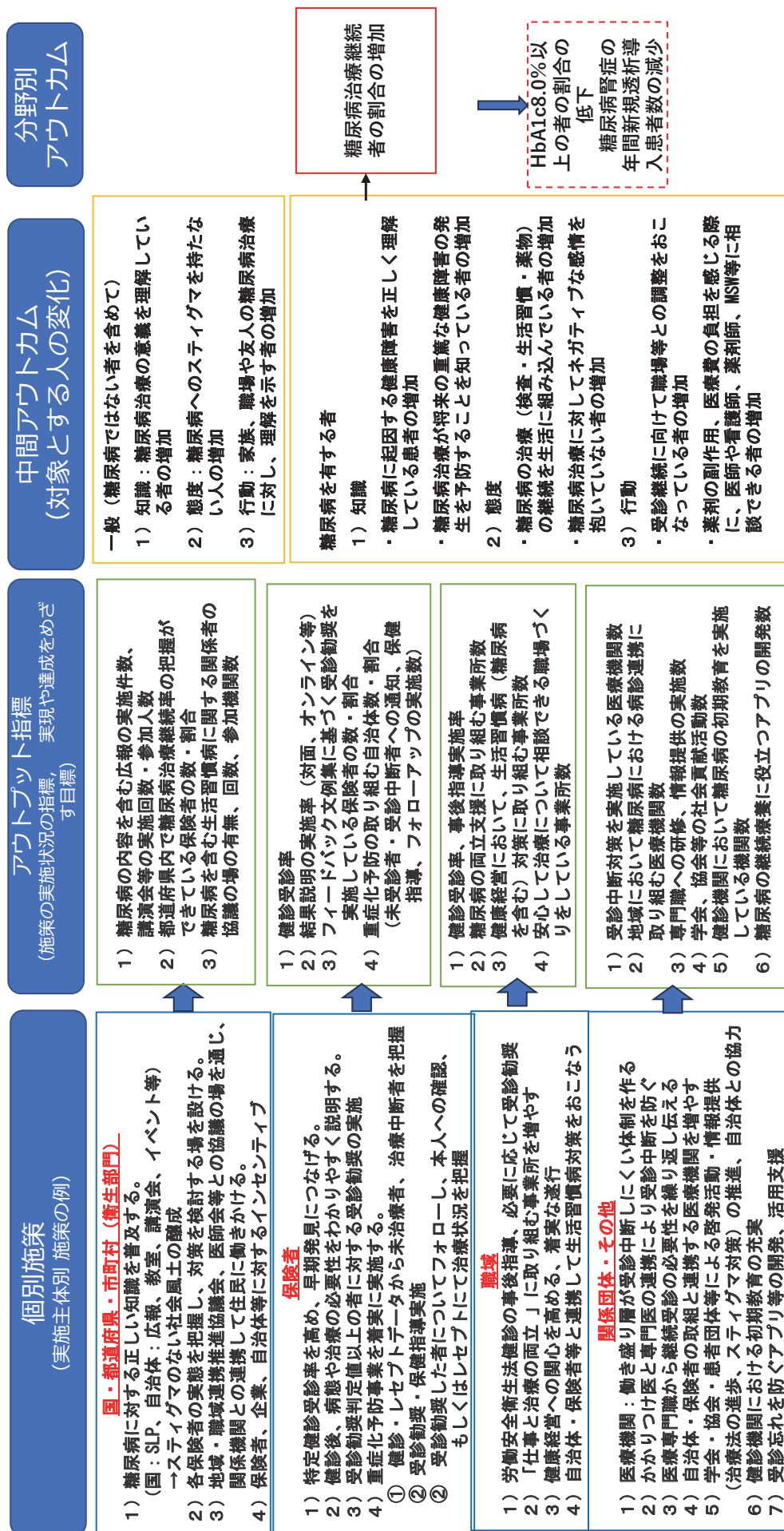
糖尿病薬服用中の場合にはHbA1c<6.5%も「糖尿病」対策の対象。糖尿病治療中で主治医があるため、高血圧未治療でも受診勧奨ではなく保健指導とする。

保健指導Ⅰ	61,965人	受診勧奨Ⅰ	18,623人	CKD対策	282,500人
保健指導Ⅱ	28,179人	受診勧奨Ⅱ	8,193人		
保健指導Ⅲ	5,061人	受診勧奨Ⅲ	6,920人	高血圧受診勧奨	164,449人

糖尿病性腎症重症化予防 事業実施の手引き（令和6年度版）

<https://ktsushita.com/index.php/kenkyuhan-tiiki04/>

ロジックモデル <糖尿病治療継続者の増加>

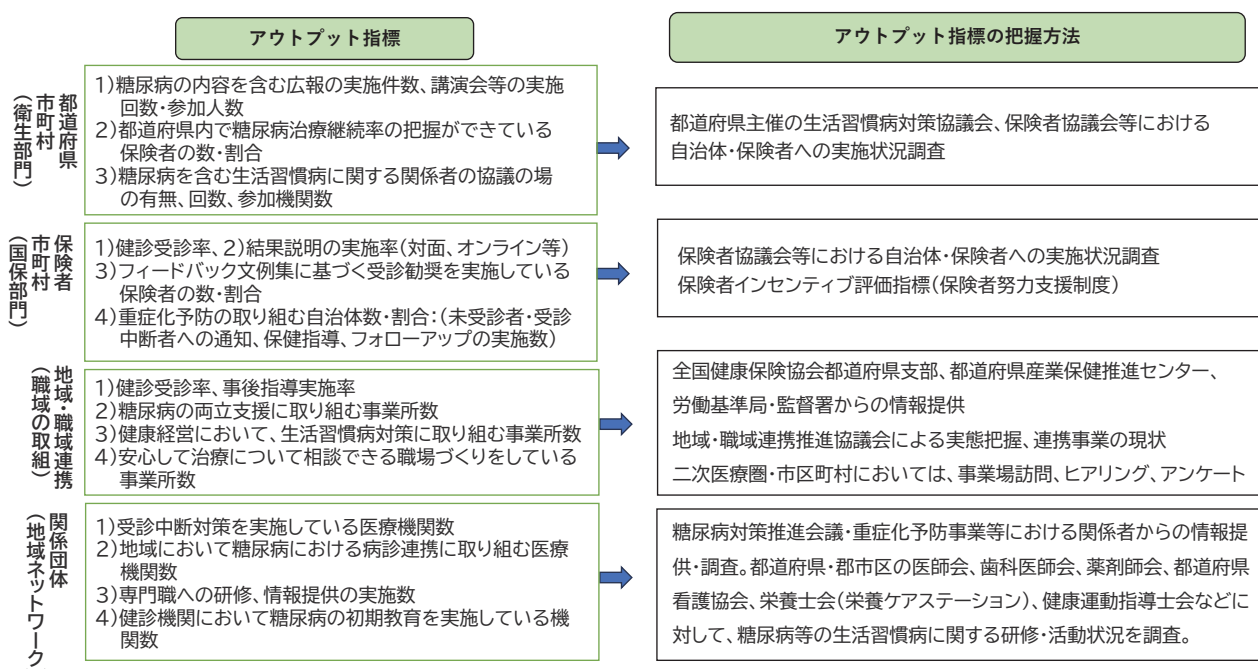


糖尿病合併症を減少させるためには、血糖高値の方が健康行動に取り組みやすい社会の醸成が必要と考えます。

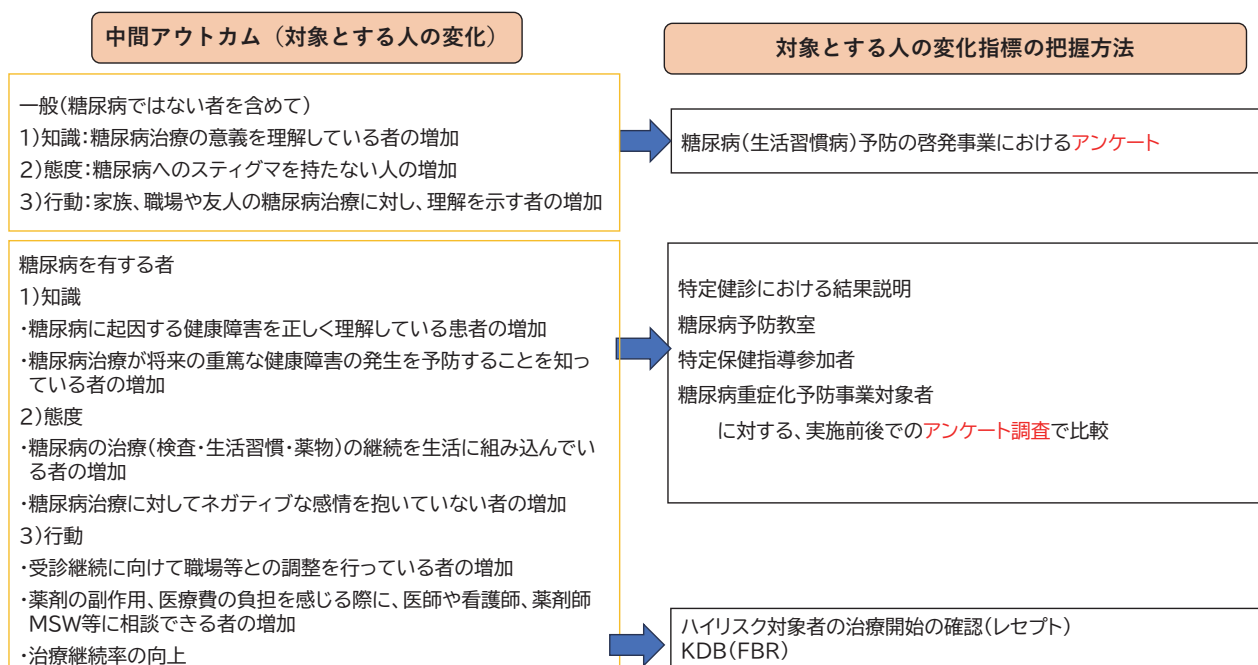
糖尿病対策には、行政、保険者、医療、事業所、関係団体の連携が必要です。

各施策が着実に運営されているかのチェックに活用してください。

アウトプット指標の把握方法：糖尿病治療継続者の増加（自治体が把握可能なもの）



都道府県は（既存の）保険者協議会、地域・職域連携などを通じて、関係機関の取組状況を把握することにより、アウトプット評価が可能となります。



アウトプット評価（住民にみられる意識や行動、健康状態の変化）については、健診の質問票や受療行動のほか、意識調査をすることが考えられます。

BSLM Lifestyle Medicine Screening Tool

この質問票は、あなたとあなたの臨床医が、現在あなたにとって最も重要なこと、そしてあなたのライフスタイルのどの分野に焦点を当てるべきかに焦点を当てるのに役立ちます。これはスクリーニング ツールであり、正解や不正解はなく、最後にスコアも付けられません。あなたの回答は、ライフスタイル医学の相談でどこから話し合いを始めたらいいかを示すガイドにすぎません。

氏名: _____ 生年月日: _____

住所: _____

あなたにとって大切なこと

今、あなたの健康にとって最も重要だと思うことは何ですか？¹

医師と話し合いたい健康目標がある場合は、ここで共有してください²

あなたの健康状態

このスケールで、今日のあなたの健康状態がどの程度良いか悪いかマークしてください:³

想像しうる最悪の健康状態

想像しうる最善の健康状態

I-----I
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

あなたの人間関係

1. 最も当てはまるものを丸で囲んでください:

フルタイム勤務/パートタイム勤務/親族または子供の介護者/無職/退職者⁴

2. あなたの人間関係に関する以下の記述にどの程度同意するかを丸で囲んでください⁵

- a. 話したいときに話を聞いてくれる人がいる: 全くない、まれに、ときどき、たいてい、いつも
- b. 落ち込んだときに話せる人がいると感じている: 全くない、まれに、ときどき、たいてい、いつも
- c. 自分の気持ちを話せる信頼できる人がいる: 全くない、まれに、ときどき、たいてい、いつも

3. 以下の記述に当てはまると感じる頻度を丸で囲んでください⁶

- a. 仲間がいなく感じる頻度はどのくらい? ほとんどない、またはまったくない、時々ある、よくある
- b. 疎外感を感じる頻度はどのくらいですか? ほとんどない、またはまったくない、時々ある、よくある
- c. 他の人から孤立していると感じる頻度は? ほとんどない、またはまったくない、時々ある、よくある
- d. 孤独を感じる頻度はどのくらいですか? ほとんどない、またはまったくない、時々ある、よくある

こころの健康

1. 過去 2 週間で、落ち込んだり、憂鬱になったり、絶望感を感じたりしましたか?⁷

まったくない/数日/半分以上の日/ほぼ毎日

2. 過去 2 週間、物事に対してほとんど興味や喜びを感じませんでしたか?⁷

まったくない/数日/半分以上の日/ほぼ毎日

3. 過去 2～3 週間で、どの程度ストレスを感じたかを教えてください:⁸

ストレスがたまっている/かなりたまっている/ややたまっている/まったくたまっていない

4. 月末に金銭面でやりくりできるか心配ですか?⁹ まったくない、ときどき、よく、いつも

5. 次の文にどの程度同意するか教えてください。¹⁰

a. 私の人生には明確な目的があります。:

まったく同意しない、同意しない、どちらでもない、同意する、強く同意する

b. 私には生きる理由がたくさんあります。

まったく同意しない、同意しない、どちらでもない、同意する、強く同意する

c. 人生で自分がしていることは価値があり、やりがいがあると一般的に感じています

まったく同意しない、同意しない、どちらでもない、同意する、強く同意する

睡眠

夜勤をしていますか? はい/いいえ¹¹

以下の質問に対する回答を、最も当てはまる回答に丸を付けてください:¹²

1. 睡眠に満足していますか? めったに/まったくない、時々、たいてい/いつも
2. 一日中居眠りせずに起きていますか? めったに/まったくない、時々、たいてい/いつも
3. 夜起きている時間は 30 分未満ですか? めったに/まったくない、時々、たいてい/いつも
(眠りにつくまでの時間と眠りから目覚めるまでの時間を含む)
4. 1 晩に 6～8 時間寝ていますか? めったに/まったくない、時々、たいてい/いつも

身体活動

1. 仕事で行っている身体活動の種類と量を丸で囲んでください:¹³

- a. 就労していません
- b. 仕事中はほとんどの時間を座って過ごします (例: オフィス)
- c. 仕事中はほとんどの時間を立って過ごすか歩いて過ごしますが、私の仕事はそれほど
激しい身体活動を必要としません (例: 店員、美容師、警備員)
- d. 私の仕事には、重い物の取り扱いや工具の使用など、かなりの身体活動が含まれます
(例: 配管工、電気技師、清掃員、看護師、郵便配達員)
- e. 私の仕事には、非常に重い物の取り扱いなど、激しい身体活動が含まれます
(例: 足場工、建設作業員、ゴミ収集員など)

2. 先週、以下の活動に費やした時間を丸で囲んでください。

(それぞれ なし、1 時間未満、1 ～ 3 時間、3 時間以上。で回答)

- a. 水泳、ジョギング、サッカー、テニス、ジムでのトレーニングなどの運動
- b. サイクリング、c. ウォーキング d. 家事/育児 e. ガーデニング/DIY

3 普段のウォーキングのペースを教えてください。ゆっくり、一定、平均、速足、速い

あなたの食事パターン

1. 昨日食べたもの、飲んだもの (朝食、昼食、夕食、おやつ) をすべてリストしてください。写真を撮るのも記録を残す良い方法です:¹⁴

朝食: _____

間食: _____

昼食: _____

間食: _____

夕食: _____

間食: _____

2. 昨日は、食べたり飲んだりした内容に関して、あなたにとって典型的な一日でしたか？ はい/いいえ

3. 通常、1日に何皿、果物を食べますか？（下の写真は果物の皿分です）¹⁵



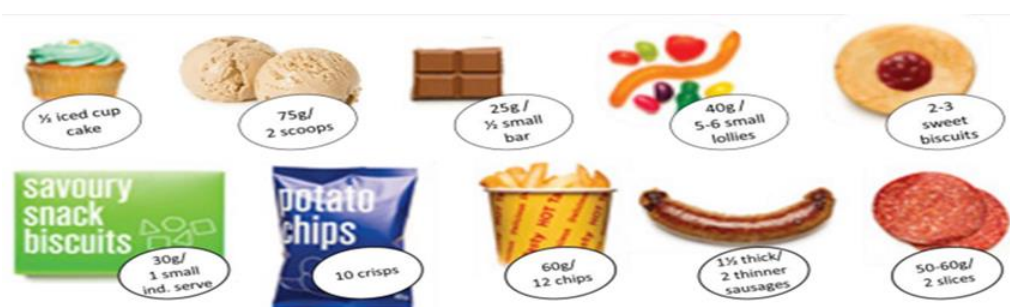
4. あなたは普段、1日に何皿分の野菜を食べますか？（下の写真は野菜の皿分です）¹⁵



5. ヨーグルト、ザワークラウト、キムチ、低温殺菌されていないチーズ、ケフィア、紅茶キノコなどの発酵食品を食べますか？ 毎日、毎週、毎月、たまに、まったく食べない



6. あなたは普段、1日に超加工食品（ジャンクフード）を何食分食べますか¹⁵



7. 特定の食事パターンに従っている場合は、丸で囲むか、指定してください。

菜食、ケト食、低炭水化物、地中海、その他 _____

8. 平均的な週に、ソフトドリンク、スカッシュ、スポーツドリンク、カフェイン入りエナジードリンク、またはフルーツジュースを1日に何杯飲みますか？¹⁵

有害物質や行動によるリスク

1. タバコを吸いますか？¹⁶ はい/いいえ

2. アルコールを含む飲み物を飲む頻度を丸で囲んでください:¹⁷
 まったく飲まない/毎月/週末のみ/週に 2〜3 回/毎日
3. 飲酒しているときに、通常 1 日に何杯のアルコールを含む飲み物を飲むかを丸で囲んでください:¹⁷ 1〜2 杯/3〜4 杯/5〜6 杯/7〜9 杯/10 杯以上
4. 過去 1 年間に、一度に 6 杯以上飲んだ頻度はどのくらいですか?¹⁷
 まったく飲まない、毎月 1 回未満/毎月/毎週/毎日またはほぼ毎日
5. 過去 12 か月間に、大麻(マリファナ)、エクスタシー(MDMA)、コカインまたはクラック、メタンフェタミン、ヘロイン、幻覚剤などの娯楽用薬物を使用しましたか?¹⁸
 まったく使わない、毎月 1 回未満/毎月/毎週/毎日またはほぼ毎日
6. 過去 12 か月間に、気分だけで処方薬を使用したり、処方された量より多く使用したり、処方されていない薬を使用したりしたことはどのくらいの頻度ですか?¹⁸
 一度も使用していない、月に 1 回未満、月に 1 回、週に 1 回、毎日、ほぼ毎日
7. ソーシャル メディア (Twitter、Instagram、Snapchat、WhatsApp チャットなど) に費やす時間を教えてください
 まったく使用していない、週に 1 時間、毎日 1 時間、毎日 4 時間、1 日の大半
8. 過去 1 年間に、次のことがありましたか?¹⁹
 - a. ソーシャル メディアを再び使用できるようになる瞬間までに、他のことを考えられなくなることがよくありました。はい/いいえ
 - b. ソーシャル メディアにもっと時間を費やしたいために、定期的に不満を感じました
 - c. ソーシャル メディアに費やす時間を減らそうとしましたが、失敗しましたか?はい/いいえ
 - d. ソーシャル メディアを使用したいために、趣味やスポーツなどの他の活動を定期的に怠りましたか? はい/いいえ
9. 他に、依存や自分ではコントロールできない行動に苦しんでいると感じることはありますか? 買い物、食事、ギャンブル、インターネットの使用、セックスなどがこれに該当します。

臨床医向けの注意事項

この評価ツールは、NHS と診療の両方でライフスタイル医学を実践した経験と専門知識を持つ臨床医によって作成されました。患者が報告した健康アウトカムに関する文献から引用されています。多くの研究目的で考案されたスコアリングツールは臨床診療には長すぎるため、この評価ツールは、主要な問題をすばやく概観するための方法について実用的なアプローチを採用しています。詳細については検証済みツールを使用することにより、完全な評価を行うことができます。時間が限られており、焦点となる領域がわかっているフォームの領域を優先することもできます。

この評価は、診断ツールとして使用したり、臨床判断や病歴聴取の代わりに使用したりしないでください。

質問項目の選択について:

1. 最も重要なこと: この質問は、「個別化されたケア」または「個人中心のケア」を提供するのに役立ちます。ガイドラインに基づく管理と個人にとって最も重要なことのバランスをとることができます。患者にとって重要なことから相談を始めると、行動変容につながり、セルフケアが向上する可能性が高くなります。
2. 目標設定: 相談後、人々が目標を立てるのをサポートできれば、行動変容がより起こりやすくなります。SMART 目標 (具体的、測定可能、達成可能、現実的、期限付き) を使用するか、「1 つの変化」について話し合うとともに、対象者が目標達成についてどの程度自信を持っているかを尋ね、行動変容が達成される可能性を高める戦略について話し合

うことができます。目標を設定する準備ができていない人に対しては、より多くの時間とサポートが必要になります。
Patient Activation Measure (PAM) などのスコアを活用することもよいでしょう、

3. このスコアは、検証済みの EuroQol EQ-5D-3L スコアで行われた評価の 1 つに基づいています。このスコアは、人々が全体的な健康状態についてどのように感じているかを示すことができます。詳細には、EQ-5D (euroqol.org) で確認できます。
4. 誰かの雇用状況や介護者であるかどうかを知ることは有用です。失業は、介護者であることと同様に、健康状態の悪化と関連しています。
5. これらの質問は、「NIH ツールボックス感情バッテリー - 18 歳以上 - 社会的関係 - 社会的サポート - 感情的サポート」のより長い評価から選択された 3 つです。
<https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/nih-toolbox/intro-to-nih-toolbox/emotion>
6. これらの質問は、成人の孤独を評価するために英国国家统计局が推奨している質問です。
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/measuringlonelinessguidanceforuseofthenationalindicatorsonsurveys>
7. これらの 2 つの質問はうつ病スクリーニング用の PHQ-9 検証済みツールから取得されました。
8. このツールは、ストレスの影響を評価するために産業医学で使用することが検証されています
9. このスクリーニング質問はプライマリケアで開発されており、貧困ライン以下の生活に対する感度は 98%、特異度は 60% です
10. これらの質問は、NIH ツールボックス項目バンク v2.0 - 18 歳以上の心理的幸福 - 意味と目的
<https://www.healthmeasures.net/explore-measurement-systems/nih-toolbox/intro-to-nih-toolbox/emotion> から選択されています。幸福に関するより詳細な質問は、WEMWBS の活用が有用です。WEMWBS には、気分が良く、うまく機能しているという側面をカバーする 7 項目と 14 項目のスコアがあります。
<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/>
11. 夜勤は健康状態の悪化と強く関連しています
12. これは睡眠の質に関する研究での使用が認められている「SATED」質問票です
13. これらの質問は、成人の身体活動レベルを評価するための有効なツールである一般診療身体活動質問票 (GPPAQ) です。
14. 24 時間の食事想起は、短い診察で栄養を評価する迅速な方法です。妥当性が低く、摂取量を過小評価することが多いが、全体的な食事パターンを評価する最も迅速な方法の 1 つです。
15. ほとんどの食事評価ツールは、臨床診療ではなく研究用に開発されており、通常は非常に詳細で時間がかかります。これらのツールに関する情報は、<https://www.closer.ac.uk/cross-study-data-guides/dietary-data-guide/dietary-assessment-tools/> で、各ツールの詳細は <https://www.nutritools.org/> でご覧いただけます。このツールの質問は、健康状態に関連する主要な食品グループに焦点を当て、人々の食生活パターンに関する幅広い問題をスクリーニングします。Web ベースのツールは、臨床的に開発され、検証されています。
16. この質問に続いて、検証済みの変化への準備スコアを使用して、禁煙への準備とモチベーションをさらに評価することができます。
17. これらの質問は、飲酒問題に関する AUDIT-C アルコール消費簡易スクリーニングテストからのものです。
18. これらの質問は、タバコ、アルコール、処方薬、その他の物質使用ツール (TAPS) から抜粋したものです。
19. これらは、ソーシャル メディア障害尺度 (SMD-9) からの質問の一部です。この質問は、一般化問題のあるインターネット使用調査 (GPIUS) に従って、さらに詳細な質問でフォローアップできます。

生活習慣病 療養計画書 初回用

(記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女)	主病: ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 脂質異常症
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日生 (才)	

ねらい: 検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること		
【検査・問診】	【検査項目】 ☐ 身長 (cm) ☐ 体重: 現在 (kg) → 目標 (kg) ☐ BMI () ☐ 腹囲: 現在 (cm) → 目標 (cm) ☐ 栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) ☐ 収縮期/拡張期血圧 (/ mmHg) ☐ 運動負荷心電図 ☐ その他 ()	【血液検査項目】 (採血日 月 日) ☐ 血糖 (空腹時 ☐ 随時 ☐ 食後 () 時間) (mg/dl) ☐ HbA1c: 現在 (%) → 目標 (%) ☐ 総コレステロール (mg/dl) ☐ 中性脂肪 (mg/dl) ☐ HDLコレステロール (mg/dl) ☐ LDLコレステロール (mg/dl) ☐ その他 ()
	【問診】 ☐ 食事の状況 ☐ 運動の状況 ☐ たばこ ☐ その他の生活	
	【①達成目標】: 患者と相談した目標 ()	
	【②行動目標】: 患者と相談した目標 ()	
	医師氏名 (印)	
【重点を置く領域と指導項目】	☐ 食事 ☐ 食事摂取量を適正にする ☐ 食塩・調味料を控える ☐ 野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす ☐ 外食の際の注意事項 () ☐ 油を使った料理 (揚げ物や炒め物等) の摂取を減らす ☐ その他 () ☐ 節酒: [減らす (種類・量: を週 回)] ☐ 間食: [減らす (種類・量: を週 回)] ☐ 食べ方: (ゆっくり食べる・その他 ()) 担当者の氏名 (印) ☐ 食事時間: 朝食、昼食、夕食を規則正しくとる	
	☐ 運動 ☐ 運動処方: 種類 (ウォーキング・) 時間 (30分以上・)、頻度 (ほぼ毎日・週 日) 強度 (息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) ☐ 日常生活の活動量増加 (例: 1日1万歩・) 担当者の氏名 (印) ☐ 運動時の注意事項など ()	
	☐ たばこ ☐ 非喫煙者である 担当者の氏名 (印) ☐ 禁煙・節煙の有効性 ☐ 禁煙の実施方法等	
	☐ その他 ☐ 仕事 ☐ 余暇 ☐ 睡眠の確保 (質・量) ☐ 減量 ☐ 家庭での計測 (歩数、体重、血圧、腹囲等) 担当者の氏名 (印) ☐ その他 ()	
	【服薬指導】 ☐ 処方なし ☐ 薬の説明 担当者の氏名 (印)	
【療養を行うにあたっての問題点】		
【他の施設の利用状況について】		

※実施項目は、□にチェック、()内には具体的に記入 ※担当者が同一の場合、すべての欄に署名する必要はない。	患者署名
	医師氏名 (印)