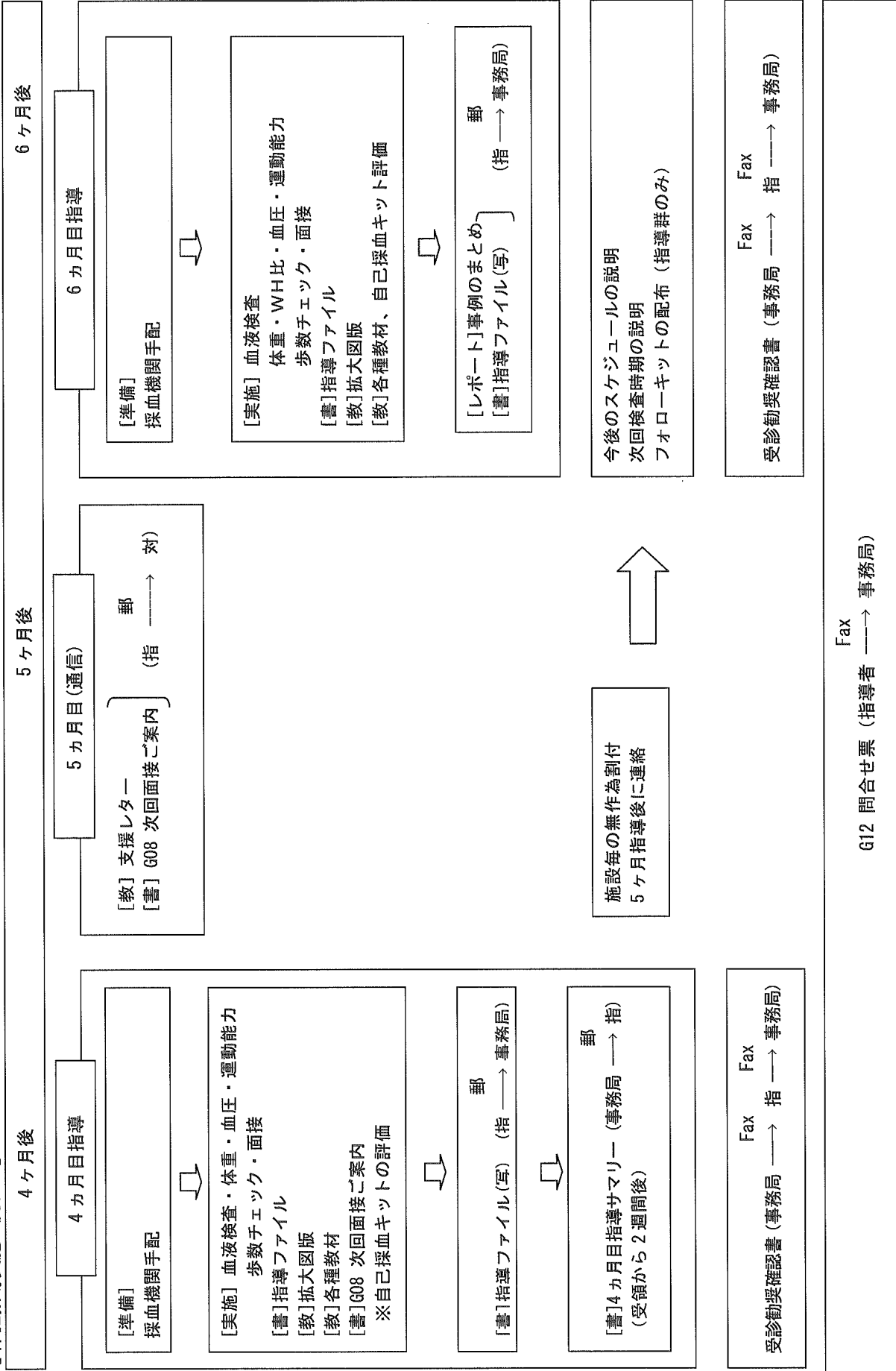


【保健指導実施の流れ-3】

G-01



個別健康教育実施予定表

(FAX)
 施設 → 糖尿病長期予防事務局
 (FAX : 019-623-8870)

指導者確認欄

指導者 ID :	_____	_____	_____
指導者氏名 :	_____	_____	_____
指導者職種 :	_____	_____	_____
実施センター名 :	_____		
〒 :	_____	_____	_____
所在地 :	_____		
部署 :	_____	_____	_____
TEL :	_____	FAX :	_____

個別健康教育実施予定 (対象者数予定 _____ 名)

テストラン	年 月 日
生活プロフィール調査	年 月 日 ~ 年 月 日
初回指導	年 月 日 ~ 年 月 日
1ヵ月後指導	年 月 日 ~ 年 月 日
2ヵ月後指導	年 月 日 ~ 年 月 日
4ヵ月後指導	年 月 日 ~ 年 月 日
6ヵ月後指導	年 月 日 ~ 年 月 日

血糖値を下げる健康教育参加のお誘い

--- 生活を見直すことで血糖値を下げてみませんか ---

当保健センターは個人の特性にあった健康教育を実施したいと考えています。

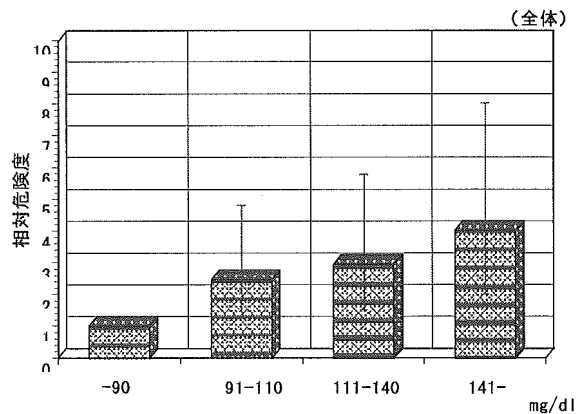
今回の検診結果から **あなたの血糖値は要指導**と区分されました。

血糖値 _____ m/dl

あなたのように薬を飲む必要の少ない「血糖値が正常よりやや高い程度」でも正常の人に比較すると、脳卒中や心筋梗塞（循環器疾患）を起こしたり死亡しやすいことがわかってきました。

右図の様に、血糖値が高いほど、脳卒中などが起こりやすくなります。こうした要指導の人には生活改善によって血糖値を下げるのが一番適切とされています。

随時血糖レベルと脳卒中死亡の相対危険度（女性）



血糖が高いほど脳卒中などで死亡しやすくなる
NIPPON DATA より

今回実施する健康教育ではあなたの食生活や生活について調査を行い、その特徴に応じたアドバイスであなたの血糖値を下げる支援をおこないます。また厚生労働科学研究の一環として実施されるため、最新の教材の提供を無料で受けられます。参加いただける場合、あなたの予定と調整しながら半年間に6回訪問していただきます。最初と2回目は1時間程度、以後は30分程度かかります。

6ヶ月後抽選により継続指導対象となった場合には手紙・面接などでの継続的なサポートを5年間行います。観察対象となった場合にも1年に1度健康診断の機会に検査を実施して結果をお返しします。

今回は先着 _____ 名以内とさせていただきます。応募多数の場合には、ご遠慮いただく場合もありますので、お早めにご応募ください。

保健センター _____

連絡先 Tel (内線) _____

担当者 _____

耐糖能異常対象者候補名簿

指導者ID _____

糖尿病長期介入事務局担当
FAX：019-623-8870

指導者名 _____

実施センター名 _____

*参加の意志を確認した人のリストです。今後対象者IDは変更しません。
下表のID前2桁は実施施設IDを記入してください。

	ID	イニシャル	性別 1:男 2:女	年齢	使用した選定基準 ○をつける
01	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
02	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
03	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
04	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
05	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
06	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
07	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
08	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
09	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
10	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
11	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
12	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
13	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
14	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
15	_____	__ __	1・2		基準1・基準2

選定基準

- 1-空腹時血糖値の場合 110mg/dl 以上125mg/dl以下(食後8時間以上)
2-随時血糖の場合 140mg/dl 以上199mg/dl以下(食後8時間以内)

耐糖能異常対象者候補名簿

指導者ID _____ → 糖尿病長期介入事務局担当
FAX : 019-623-8870

指導者名 _____

実施センター名 _____

* 参加の意志を確認した人のリストです。今後対象者IDは変更しません。
下表のID前2桁は実施施設IDを記入してください。

	ID	イニシャル	性別 1:男 2:女	年齢	使用した選定基準 ○をつける
16	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
17	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
18	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
19	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
20	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
21	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
22	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
23	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
24	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
25	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
26	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
27	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
28	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
29	_____	__ __	1・2		基準1・基準2
30	_____	__ __	1・2		基準1・基準2

選定基準

1-空腹時血糖値の場合 110mg/dl 以上125mg/dl以下(食後8時間以上)

2-随時血糖の場合 140mg/dl 以上199mg/dl以下(食後8時間以内)

「個別健康教育」に参加される方々へ
生活プロフィール調査のご案内と注意事項

_____様

1. 生活プロフィール調査について

より適切な健康教育を行うために、現在のあなたの食事摂取状況、運動の実施状況などを知らなければなりません。プライバシーおよび秘密は厳守いたしますので、ありのままをお話し下さい。

2. 調査時検査の注意事項

____月____日に、採血・採尿の検査をします。

採血を受けられる方へ ～正確な評価をするために～

○ 前日午後9時以降は飲食しないで下さい。

○ 前日の飲酒は避けて下さい。

検査当日：起床後、採血が終了するまで何も飲んだり食べたりしないで下さい。

3. 来所時間について

生活プロフィール調査は、前もって予約された時間にお越しください。

予約時間は ____月____日 ____時____分 です。

4. 食生活状況調査票について

お手数ですが生活プロフィール調査の時間を短縮するため、前もってご記入いただき調査当日にご持参ください。最近1～2ヶ月の食生活について、各問いの指示に従ってお答え下さい。

不明な点はお問い合わせ下さい。

部署 _____

TEL (内線) _____ 担当者 _____

個別健康教育参加申込用紙（耐糖能異常）

この度、私は薬を用いないで行う耐糖能異常のための個別健康教育を受講することについて、生活習慣の改善による無理のない方法であることの説明を受け、理解しました。

6カ月間参加することが参加の条件ですが、事情により継続して参加できなくなっても不利益を受けないことも説明を受けました。また6ヶ月指導終了後抽選により継続指導対象となった場合には継続したサポートを5年間受け、観察対象となった場合も年に1回健康診断の機会に検査を実施することの説明を受けました。

以上のことを理解した上で、耐糖能異常の個別健康教育を受けることを申し込みます。

日 付： 平成_____年_____月_____日

氏 名： _____

住 所： _____

電話番号： _____

面接予定用紙

_____様

あなたの今後の面接予定は下記のとおりです。

初回面接：_____月_____日_____時 ～

1ヶ月目：_____月_____日_____時 ～

2ヶ月目：_____月_____日_____時 ～

4ヶ月目：_____月_____日_____時 ～

6ヶ月目：_____月_____日_____時 ～

注 1) 時間厳守でお願い致します。

注 2) 都合が悪くなった場合は、早めにご連絡下さい。

部 署 _____

担 当 _____

電 話
(内 線) _____

次回面接のご案内

(初回・1ヵ月・2ヵ月・4ヵ月・6ヵ月) いずれかに○

_____様

次回の面接は _____月 _____日 _____時 _____分からです。

当日は _____ 分位かけて面接をさせていただきますので、余裕をみて御来所ください。

採血（初回、2、4、6ヵ月目）で、正確な評価をするために前日午後9時以降は飲食しないで下さい。尚、前日の飲酒は避けて下さい。

尚、ご都合が悪くなられた場合は、事前に必ず下記までご連絡ください。

部 署 _____

電 話（内線） _____ 担当者名 _____

個別レポート

年 月 日

「こんな人はどうしたらよいだらう・・・」指導に困った場合に、指導レポート提出時に同送下さい。
提出は任意です。

指導者 ID: _____ 指導者名: _____ 実施センター: _____

性別 男・女 年齢 歳

「指導ファイル」にあらわれていない事を中心に、状況を具体的にお知らせ下さい。

アドバイス

年 月 日

担当者 _____

【問い合わせ票】

FROM 実施センター _____ TO 糖尿病長期介入事務局
 (FAX: _____) (FAX:019-623-8870)

指導者名	指導者 ID	センター名	送信日
			/ /
受付担当者	受付日	回答担当者	返信日
			/ /
(回 答)			

耐糖能異常事例報告書

指導者ID _____

指導者名 _____

実施センター _____

プロフィール	①男・女 ② 才 ③未婚・既婚 ④身長 cm ⑤単身赴任 有・無
問題点	1. 2. 3. 4. 5.
指導項目	1. 2. 3. 4. 5.
努力ポイント	● ● ●
体重と血糖値の推移と 主なエピソード	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> mg/dl kg </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">プロフィール調査時</div> <div style="text-align: center;"> <p>1ヵ月後</p> <p>2ヵ月後</p> <p>4ヵ月後</p> <p>6ヵ月後</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>○-血糖値</p> <p>●-体重</p> </div> </div>
評価 考察	

受診勧奨対象者確認書

送信日： 年 月 日

送信先：

実施センターID _____

実施センター名 _____

発信元：

糖尿病予防長期介入研究班事務局

FAX：019-623-8870

担当 _____ 様

FAX _____

平素は大変お世話になりありがとうございます。このたび、お送りいただいた「指導ファイルの写」を確認したところ、下記の方の検査結果が治療を要する値でした。つきましては今後の健康や倫理面を考慮し、医療機関への受診勧奨が必要です。現在の受診勧奨の有無を下記の（ ）欄いずれかに○をつけ、本紙をファックスにて事務局担当までお願いいたします。

担当医 _____ 印

通信欄	ID _____	(_____ 指導)	検査項目： _____	検査値： _____
返信欄	() すでに受診勧奨済み 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
	() これから受診勧奨する 受診予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
<p style="margin-left: 40px;">内服開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="margin-left: 40px;">内服薬名： _____</p>				

<受診依頼書例>

年 月 日

病院

医院 御中_____
保健センター

健康教育参加者の _____ さん _____ 歳 は、
____ 月 ____ 日に実施した検査の結果、 _____ でした。

ご本人と相談したところ貴院の受診を希望されましたので、御高診ください。

尚、生活習慣改善による個別健康教育に参加されていますが、今後参加を継続して差し支えないかご検討ください。よろしくお願ひ致します。

「地域・職域での糖尿病予防教育の長期効果に関する無作為割付介入研究」

参加のお願い

「糖尿病予防健康教育」は厚生労働省の研究班と協同で取り組んでいる事業の一環として行うものです。糖尿病予防のための長期にわたる健康教育が有効であるかどうかを明らかにする目的で実施します。今回の研究では、対象者全員に6ヶ月間で、6回の面接により栄養や運動について最新の教材を用いて、個人個人の特性にあった健康教育を実施します。

その後、実施センター毎の抽選により継続指導地域と観察地域に区分されます。継続指導地域となった場合には4ヶ月に1回程度の郵便や電話などでの聞き取りや支援を実施します。観察地域となった場合には1年に1回健康診断の機会に血液検査を実施し、結果をお知らせします。

御協力いただくのは以下の項目でこれに伴う費用の負担はありません。研究への参加は任意です。研究に参加しないことで不利益を受けることも一切ありません。

《主な予定》

- 生活運動調査（1時間程度、血液検査）
- 初回指導（1時間程度 血液検査）
- 1ヶ月目指導（30分程度）
- 2ヶ月目指導（30分程度 血液検査）
- 3ヶ月目（通信制）
- 4ヶ月目指導（30分程度 血液検査）
- 5ヶ月目（通信制）
- 6ヶ月目指導（60分程度 血液検査）

その後、抽選で継続指導対象となった場合は、年に3回程度郵便等でのアドバイスの継続（4年半）、観察対象となった場合には年に1回の血液検査を実施致します。

市町村名又は事業所名
厚生労働科学研究費補助金主任研究者 岡山明

市町村名又は事業所 厚生労働科学研究費補助金 主任研究者岡山明 殿

私は、この調査の目的・実際の負担について十分な説明を受けた上でこの調査に協力いたします。

平成____年____月____日

署名 _____ (印)

説明者 署名 _____ (印)

教材（短期集中）

1. 生活調査票
2. 食生活状況調査票
3. 指導ファイル
4. 食品のエネルギーと脂肪の量
5. 食事内容分析表
6. 糖尿病クイズ 基礎編
7. 糖尿病クイズ 応用編
8. あなたの節酒作戦
9. あなたのダイエット作戦
10. 体重記録表
11. 4日間食事記録表
12. ヘルシーライフ手帳
13. ヘルスアップ記録表
14. 血糖セルフパスポート
15. ニュースレター
16. 個人パンフレット（3種類）
17. 拡大図版（15種類）
18. 運動器具（ダンベル・セラバンド）、運動用ビデオ
19. 立上りテスト用椅子、栄養調査用キット、
20. 自己採血キット、万歩計

生活調査票

(本紙は調査担当者が記入する)

対象者ID _____ イニシャル _____ 調査担当者氏名 _____ ID _____

1. 確認事項

- 1) 今朝、起床してからの飲食の有無 (1. 有り 2. 無し)
 2) 昨夜の飲酒の有無 (1. 有り 2. 無し)
 3) 昨夜9時以降の飲食の有無 (1. 有り 2. 無し)

2. 基本情報

1	調査年月日	年 月 日	西暦
2	イニシャル		姓名の順、上島弘嗣ならUH
3	生年月日	19 年 月 日	西暦
4	性別	1 = 男性 2 = 女性	○を付けて下さい
5	身長	. cm	
6	体重	. kg	軽装でそのままの値を記入
	血圧1回目 (脈 拍)	/ () / 1分間	血圧2回目 (脈 拍) / () / 1分間

血液検査

高コレステロール		耐糖能異常	
TCH		空腹時血糖	
Hdl Chol		HbA1c	
中性脂肪			

3. <既往・現病歴>以下の病気の既往歴また治療中の疾患を確認して下さい。

- 1) 脳卒中 1. あり 2. なし
 2) 心筋梗塞・狭心症 1. あり 2. なし
 3) その他治療中の病気がある場合は下に記入

胃切除の既往 (有 ・ 無)

4. <薬物治療>現在の薬物治療の状況を確認して下さい。

- 1) 降圧薬 1. あり 2. なし 2) 糖尿病服薬・インスリン治療 1. あり 2. なし
 3) コレステロール低下薬 1. あり 2. なし 4) 甲状腺疾患 1. あり 2. なし
 5) ホルモン補充療法 1. あり 2. なし
 6) その他使用している薬のある場合は下記に記入する。

貧血治療中 (有・無)

対象者ID _____ イニシャル _____

以下は対象者本人が記入してください

5. <糖尿病の家族歴>

- 1) 父親 1. あり 2. なし 3. 不明 2) 母親 1. あり 2. なし 3. 不明

6. <喫煙状況>

- 1) 現在タバコを吸いますか 1. 吸う 2. やめた 3. 元々吸わない
- 2) 1. 吸うと答えた人は1日何本吸いますか。 1日 本
2. やめたと答えた人は 歳まで1日 本吸った

7. <身体活動状況>

- 1) 今までに定期的な運動の経験がありますか。 1. はい 2. いいえ
- 2) 現在月に1回以上行う運動はありますか。 1. はい 2. いいえ

(例) 1 を月に 20 回 1回当たり 15 分間 を月に 回1回当たり 分間

 を月に 回 1回当たり 分間 を月に 回1回当たり 分間

- | | | | |
|------------------------|----------|--------------------|----------------|
| 1. 散歩 | 2. 急ぎ足歩行 | 3. ゴルフ・野球など | 4. 体操(ストレッチなど) |
| 5. ジョギング | 6. 水泳 | 7. サッカー・バスケットボールなど | 8. サイクリング |
| 9. その他(自由記入) | | | |

- 3) 万歩計の結果を平日2日分記入して、普段との比較を○で示してください。

 月 日 曜日 歩 1. 普段より多い 2. 普段通り 3. 普段より少ない

 月 日 曜日 歩 1. 普段より多い 2. 普段通り 3. 普段より少ない

4) または 5) いずれかにお答え下さい。

- 4) 主に在宅している方にお聞きします。家にいる時、次のどちらに近いか教えて下さい。

1. 家事などで何かとよく動き回る。 2. 必要以上には動かない。

・買い物等の用事で外出するのは 平均週 日

- 5) 就業(パートタイムを含む)されている方にお聞きします。

- ・仕事の強度は 1. 主に力仕事である。
2. 立って仕事するが力仕事ではない。または外出する仕事が多い。
3. 主に座って仕事する。

・就業時間は平均どれだけですか。 平均週 日 1日平均 時間

- 6) 全員にお聞きします。主に在宅の方は用事で外出する時の、就業されている方は通勤時のよく使う移動手段とその所用時間を記入下さい(通勤では往復分、複数回答可)。

1. 徒歩 分 2. 自転車 分 3. 電車 分

4. バス 分 5. 自動車 分

