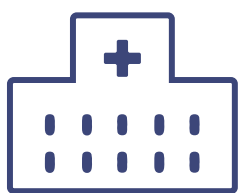


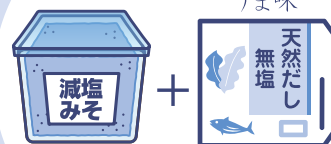
保健と医療を結ぶ専門職のための 糖尿病・腎症重症化予防 指導者カード



治療



食事
主食・主菜・副菜



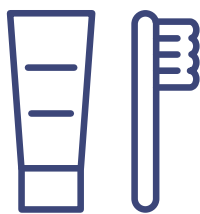
減塩



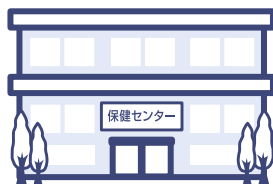
服薬



運動



口腔の健康



受診勧奨



体重

令和8(2026)年3月

栃木県

はじめに

人生100年時代を迎え、県民一人ひとりが生涯にわたり健やかで自立した生活を送るためには、健康寿命の延伸が重要であります。

しかしながら、社会環境の変化や生活様式の多様化に伴い、過剰なエネルギー摂取や運動不足等を背景として、糖尿病をはじめとする生活習慣病の患者数は増加傾向にあり、重症化による生活の質（QOL）の低下が大きな課題となっています。

特に糖尿病については、令和5年患者調査によると、本県の有病者数は約10万7千人とされ、人口10万人当たりで比較すると全国平均を上回る状況にあり、人工透析導入の原疾患の約4割を糖尿病が占めております。透析治療が必要となった場合には、患者本人の生活の質のみならず、社会経済的活力や医療・社会保障資源にも大きな影響を及ぼします。このことから、糖尿病の発症予防及び重症化予防は、極めて重要な健康課題であります。

本県では、肥満者の割合が高い状況から、早期予防から早期発見・早期治療、そして継続的な治療による重症化予防に重点を置いた取組を進めることとし、平成28（2016）年4月に国が示した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を踏まえ、栃木県医師会、栃木県保険者協議会及び栃木県の三者が協働して、「栃木県糖尿病重症化予防プログラム」を策定しました。本プログラムに基づき、保険者等による受診勧奨や、医療機関と連携した保健指導を通じて、腎不全や人工透析への移行防止に取り組み、健康寿命の延伸を図っております。

こうした糖尿病対策をより効果的に推進するためには、保険者等と医療機関がそれぞれの特性を生かし、「保健」と「医療」をつなぐ支援体制を構築することが不可欠です。このため、本県では「保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カード」を作成いたしました。

本資材は、医療機関における治療や療養指導の内容を、地域の保健従事者及び医療従事者が共有し、同じ方向性のもとで糖尿病患者を地域全体で継続的に支援することを目的とした、標準的かつ効果的な指導を実現するための情報共有ツールです。保険者をはじめ、地域の保健・医療関係者の皆様に積極的に御活用いただき、地域における糖尿病対策の一助となることを期待しております。

結びに、本資材の作成に当たり、貴重な御助言を賜りました関係各位並びに、作成を担当していただいた栃木県栄養士会の会員の皆様に、心より感謝申し上げます。

令和8（2026）年3月

栃木県保健福祉部長 岩佐 景一郎

目 次

1	県の糖尿病・慢性腎臓病の現状と対策	5
2	保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カードの作成	5
3	保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カードの考え方	5
	(1) プログラム抽出基準と糖尿病性腎症病期分類に応じた指導内容	
	(2) プログラムにおける本カードの活用例	
	(3) 本カードの構成	
	(4) 本カードの活用方法	
	(5) 個人の状況を把握するためのツール	
4	地域での保健指導の進め方	11
	(1) 保険者、かかりつけ医、専門医療機関と連携した保健指導	
	(2) 保健指導を実施する際の注意点	
	(3) 地域の専門職の活用	
5	生活習慣評価票	13
6	低栄養・フレイル評価票	15
7	指導	

	指 導 内 容	ページ	糖尿病重症化予防 プログラム区分 糖尿病性腎症病期
I - 1病態	1 糖尿病を理解する 2 インスリンを理解する 3 糖尿病合併症を理解する 4 糖尿病・腎症に関連する検査値を理解する	17	
I - 2病態 (専門職向け補足資料)	※ I - 1 病態の指導内容と対応した補足資料	24	
II - 1 栄養・食生活 (良好な血糖値コントロールのために)	1 健康的な食事を理解し規則正しく食べる 2 栄養バランスのよい食事の摂り方を理解する 3 間食を控える 4 清涼飲料水の摂取を控える 5 食品交換表の使い方を理解する 6 カーボカウントを活用する 7 低血糖時の症状とその対処法を知る	26	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
II - 2 栄養・食生活 (減量指導)	1 肥満による弊害を理解する 2 減量の効果・工夫 3 目標体重を決める（年代別目標体重） 4 体重を測る	36	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4

	指 導 内 容	ページ	糖尿病重症化予防 プログラム区分 糖尿病性腎症病期
II - 3 栄養・食生活 (食事の工夫)	1 血糖コントロールを意識して食べる 2 外食・中食の選び方と注意点を知る 3 栄養成分表示の活用方法を知る 4 糖尿病患者向けの配食サービスの利用 5 生活困窮者の指導のポイント	38	● 1～36 ■ 1～4
II - 4 栄養・食生活 (健康食品・サプリメントの摂取)	1 適切な健康食品(サプリメントを含む)の摂取 2 健康食品(サプリメントを含む)の種類について理解する 3 健康被害が起きる食品や服薬中の人が必要な食品・健康食品(サプリメント含む)を知る	45	● 1～36 ■ 1～4
II - 5 栄養・食生活 (減塩の工夫)	1 自分の食塩摂取量を把握し減塩を心がける 2 1日6g未満に減塩する	50	● 1～36 ■ 1～4
II - 6 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 (エネルギー量の管理)	1 適正なエネルギー量を摂取する	55	● 1～3、10～12、 19～21、28～30 ■ 3～4
II - 7 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 (たんぱく質量の調整)	1 たんぱく質の計算方法を理解する 2 たんぱく質を調整した食品の利用	57	● 1～6、10～15、 19～24、28～33 ■ 1～4
II - 8 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 (カリウムの制限)	1 カリウムを多く含む食品を知る 2 カリウムを減らす調理の工夫	59	● 1～3、10～12、 19～21、28～30 ■ 3～4
II - 9 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 (リンの制限)	1 たんぱく質制限とリンの関係を理解する 2 リンが多い食品を控える	61	● 1～3、10～12、 19～21、28～30 ■ 4
III 運動・身体活動	1 運動療法の効果を理解する 2 効果の高い運動療法の種類を理解する 3 運動する時に気を付けること	63	● 1～36 ■ 1～4
IV 飲酒	1 飲酒による弊害を理解する 2 飲酒する場合は適量を理解する 3 飲酒をする時の食事の摂り方を理解する	69	● 1～36 ■ 1～4

指 導 内 容		ページ	糖尿病重症化予防 プログラム区分 糖尿病性腎症病期
V 喫煙	1 禁煙の重要性を理解する 2 禁煙するための方法を知る 3 禁煙後の注意点について理解する	72	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
VI 口腔の健康管理	1 糖尿病と歯周病の関係について理解する 2 歯周病により口腔内環境が悪化している場合の対応を理解する	74	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
VII 服薬指導	1 薬物療法の基本を理解する 2 市販薬を含む注意が必要な薬剤を理解する 3 薬物療法の注意点を理解する 4 自己血糖測定について理解する	77	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
VIII - 1 その他 (感染症)	1 糖尿病と感染症の関係性を理解する 2 感染の予防と早期発見のために必要な習慣を理解する	82	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
VIII - 2 その他 (糖尿病とメンタルヘルス)	1 糖尿病とメンタルヘルスの関係について理解する 2 こころと身体の健康づくりを実践する 3 ストレスをコントロールする	86	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4
VIII - 3 その他 糖尿病スティグマ	1 スティグマとは何かを知る 2 糖尿病に関連する誤解とスティグマ 3 糖尿病スティグマの類型 4 スティグマの影響 5 医療・保健従事者による糖尿病スティグマ 6 専門職が行うべきこと 7 糖尿病治療の目標	89	● 1 ~ 36 ■ 1 ~ 4

8 配慮が必要な方への指導	93
9 報告書作成の考え方	98
10 「令和7年度 糖尿病・腎症重症化予防指導資材作成」業務に関する推進体制	100

1 県の糖尿病・慢性腎臓病の現状と対策

本県の糖尿病患者は10万7千人（令和5年患者調査）で、人口10万人当たりで比較すると全国に比べて多い。また、透析患者数については、人口10万人当たりになると354（栃木県臓器移植推進協会調べ（令和5年））で、全国と比較し多く、透析導入の原疾患のうち糖尿病性腎症によるものの割合も高い状況にある。

糖尿病治療継続者の割合は、令和4年度県民健康・栄養調査の結果によると68.6%と年々増加しているが、依然として治療を受けていない者も多い状況である。

糖尿病重症化予防、合併症の重症化予防のためには治療の継続と、血糖値や血圧等を適切に保つための生活習慣の改善が重要であることから、栃木県糖尿病重症化予防プログラム（以下、「プログラム」とする。）を作成し、保険者による糖尿病未治療者への受診勧奨や、糖尿病性腎症重症化予防のための保健指導に取り組んでいる。

【栃木県糖尿病重症化予防プログラムについて】

栃木県、栃木県医師会、栃木県保険者協議会は、栃木県糖尿病重症化予防プログラムを策定し、県民の糖尿病発症予防や重症化予防、人工透析への移行を防止するため、県内の保険者が被保険者に対して行う取組（①糖尿病境界域への情報提供、②未治療者・治療中断者への受診勧奨、③糖尿病で通院する者のうち、重症化リスクの高い者への保健指導）の考え方や標準的な内容を示している。

（栃木県糖尿病重症化予防プログラム）

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/tounyoubyouprogram.html>



2 保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カードの作成

本県の糖尿病・慢性腎臓病の疾病対策を推進するためには、プログラムに基づく保健指導の質の標準化や、保健事業と医療との連携が重要である。このことから、保険者が活用している厚生労働省「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）」や、学会ガイドラインに記載されている内容を踏まえ、保険者等の保健指導に従事する地域の専門職が活用するための「保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カード」（以下、「本カード」とする。）を作成した。

3 保健と医療を結ぶ専門職のための糖尿病・腎症重症化予防指導者カードの考え方

（1）プログラム抽出基準と糖尿病性腎症病期分類に応じた指導内容

本カードは、保険者や、栄養ケア・ステーション等の地域の専門職が、糖尿病・糖尿病性腎症重症化予防に係る保健指導を実施する際に、対象者の病態や生活習慣の状況を確認し、個人に合わせた保健指導を実施するために活用するものである。また、糖尿病重症化予防から、合併症の重症化予防までの保健指導で活用できる内容としている。

プログラムに基づく保健指導は、表1の抽出基準に基づき対象者を抽出して実施している。本カードでは、プログラムで抽出された区分に応じた指導内容を選択して活用できるよう、指導内容ごとにプログラムの抽出基準の区分を●（表1に記載している1～36までの番号で該当するもの）、糖尿病性腎症病期分類を■（糖尿病性腎症病期）で記載しており、プログラム抽出基準や糖尿病性腎症病期分類に対応した指導が可能である。

プログラム抽出基準で腎障害の程度や血圧区分が判定不可の場合は、まず医療機関で確認するように対象者に促す。

本カードでは、プログラムに基づく保健指導での活用例を示しているが、受診勧奨での意識付け等でも活用できる。

表1 プログラム抽出基準（保健指導対象者）

糖尿病受診中の者 ※4

腎障害の程度と血圧区分を確認するよう促す

		腎障害の程度									腎障害の程度 / 血圧区分 判定不可 ※3
		以下のどちらかに該当 ・ eGFR < 45 ・ 尿蛋白 (+) 以上			以下のどちらかに該当 ・ 45 ≤ eGFR < 60 ・ 尿蛋白 (±)			以下のどちらかに該当 ・ 60 ≤ eGFR ・ 尿蛋白 (-)			
		血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			血圧区分 ※2			
		受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	受診中	血圧高値 受診なし	正常範囲	
HbA1c (%)	8.0 以上	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	7.0 ~ 7.9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	6.5 ~ 6.9	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
	6.5 未満	28	29	30	31	32	33	34	35	36	

- ※1 糖尿病未受診者：最近1年間に2型糖尿病の受診実績がない者（未受診者の抽出基準はプログラム中に記載）
糖尿病治療中断者：過去に糖尿病治療歴がある者、または過去3年間程度の健診データにて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診歴がない者
- ※2 血圧区分の「受診中」：対象年度に高血圧症の受診実績がある者
「血圧高値受診なし」：140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または90 mm Hg ≤ 拡張期血圧に該当し、対象年度に高血圧症の受診実績がない者
「血圧高値」判定は、収縮期血圧または拡張期血圧のいずれかの測定値のみでも、有所見判定（140 mm Hg ≤ 収縮期血圧または90 mm Hg ≤ 拡張期血圧）が可能な者も含む。
- ※3 腎障害の程度 血圧区分判定不可：HbA1c 判定者のうち、尿蛋白、血圧の測定値がなく、腎障害の程度、血圧区分のいずれかの判定ができない者
eGFRの判定値がない場合は暫定的に「異常なし」と分類
- ※4 糖尿病受診中の者：対象年度に2型糖尿病の受診実績がある者

表2 糖尿病性腎症病期分類 ^{注1}

健診の尿検査（尿蛋白）での尿中アルブミン量の目安 ^{注4}	病期 ^{注2}	尿中アルブミン・クレアチニン比(mg/g) あるいは 尿中蛋白・クレアチニン比(g/g) ¹	GFR(eGFR) ^{注3} (推算糸球体濾過量) (mL/分/1.73 m ²)
尿蛋白 (-)	第1期	正常アルブミン尿(30未満)	30 以上
尿蛋白 (±)	第2期 ²	微量アルブミン尿(30~299)	30 以上
尿蛋白 (+) 以上	第3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
(血清クレアチニン検査の結果で把握)	第4期	問わない	30 未満
	第5期	透析療法中あるいは腎移植後	

注1：糖尿病性腎症合同委員会は2023年度に新分類を発表している(日本腎臓学会誌 2023；65(7)：847-856 糖尿病性腎症病期分類2023の策定 糖尿病性腎症合同委員会・糖尿病性腎症病期分類ワーキンググループ<https://jsn.or.jp/medic/guideline/>)が、基本的に2014年度分類を踏襲している。
病期名については、第1期：正常アルブミン尿期、第2期：微量アルブミン尿期、第3期：顕性アルブミン尿期、第4期：GFR 高度低下・末期腎不全期、第5期：腎代替療法期、と修正されている。しかし、尿アルブミンは特定健診項目(詳細項目)に含まれていないため、保健事業においては2014年度版に準拠し尿蛋白を判断材料とする。なお、糖尿病対策推進会議等で、糖尿病の診療において尿アルブミンの測定が推奨されていること、その結果を保険者も把握できるとよいことについて地域連携の中で検討することが望ましい。
注2：糖尿病性腎症は必ずしも第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(腎、心血管、総死亡)を勘案した分類である。
注3：GFR 60 mL/分/1.73m²未満の症例はCKDに該当し、糖尿病性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4：あくまでも目安であり、健診の尿検査(尿蛋白)では、病期の判断はできない。正確な病期の判定は、医療機関で行う。

¹ アルブミン尿は早期の段階から腎障害の予後やCVD(心血管疾患)を予測できる指標であり、早期腎症の診断に有用である。蛋白尿陰性の場合の軽度eGFR低下は腎障害の予後やCVDを予測できず、早期糖尿病性腎症の診断には有用ではない(「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン 2013」p80 糖尿病性腎症 <https://jsn.or.jp/guideline/ckdevidence2013.php>)
² 特定健診では尿蛋白が必須項目であり、糖尿病に加えて尿蛋白(+)以上であれば第3期と考えられる。(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関では積極的に尿アルブミン測定を行うことが推奨される。尿アルブミンは健診項目にはないが、糖尿病で受診勧奨判定値以上の場合、医療機関への受診勧奨がなされ医療機関において尿アルブミンが測定され、第2期の把握が可能となる。

(2) プログラムにおける本カードの活用例 (★: 本カードを活用)

対象者の抽出

(①保険者による抽出の場合)

- ・ 健診結果・レセプトデータから、表1の抽出基準を基に対象者を抽出

(②医療機関における抽出の場合)

- ・ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎障害の悪化が判明し、保健指導が必要と医師が判断した者

指導前

- ・ 保険者又はかかりつけ医が、保健指導の同意が得られた対象者から「糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書(様式1)」を取得する。
- ・ かかりつけ医は「糖尿病性腎症保健指導指示書(様式2)」を作成し、保険者宛てに提出する。

★事前準備

- ①プログラムの抽出基準や、糖尿病性腎症病期分類を参考に、病態に応じた指導内容を確認する
- ②「糖尿病性腎症保健指導指示書(様式2)」やKDBシステムの健診データ、JADEC連携手帳の情報を基に、「生活習慣評価票」または「低栄養・フレイル評価票」を作成し、優先順位をつけて対象者の必要な指導内容を検討する(不足する情報は初回面談で聞き取る)

指導開始

初回面談

○目標設定

- ・ 生活習慣のアセスメント(食事、運動、生活リズム、口腔衛生等)
- ・ 生活習慣のアセスメント及び医療機関受診状況を踏まえ、生活習慣改善に向けて行動目標を設定

★I指導の流れを参考に

- ①自己チェック(動機付け支援)⇒②毎日の習慣づくり⇒③実行可能な目標の設定を実施

○かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。

★II指導のポイントを活用

- ★面談実施後、I指導の流れ「評価」を参考に、評価指標を設定

1 ～ 5 か月間

電話、面談による支援

- 治療状況の確認
 - ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、JADEC連携手帳を活用して把握
- 行動目標の改善状況の確認、評価
- 初回面談の際に設定した評価指標の確認
- 継続的な自己管理のための励まし

★「生活習慣評価票」または「低栄養・フレイル評価票」を活用し、評価
★Ⅱ指導のポイントを活用し、初回の振り返りや伝えきれなかった内容を指導する



6 か月後

最終面談

- 治療状況の確認
 - ・検査データ、身体症状、定期的な受診行動について、JADEC連携手帳等を活用して把握
- 行動目標の取組の振り返り、評価
- 継続的に自己管理するためのアドバイス

★「生活習慣評価票」または「低栄養・フレイル評価票」を活用し、評価
★評価結果から、行動目標を再設定



指導終了

保健指導の実施結果を「糖尿病性腎症保健指導実施報告書（様式3）」により、かかりつけ医に報告

★「指導報告書作成の考え方」を参考に報告書を作成

(3) 本カードの構成

本カードの構成は、厚生労働省保険局国民健康保険課が作成した「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）」のP45～47に記載されている保健指導の主な内容の項目（①栄養・食生活、②運動・身体活動、③飲酒・喫煙習慣、④口腔健康管理、⑤服薬指導（多剤併用の場合）、⑥その他）に沿って作成している。

本カードの内容は、保健指導の場においても医療機関で実施されている糖尿病療養指導の内容と整合をとり、保健と医療の円滑な糖尿病指導体制を図るためにJADECカードシステムを参考にしている。これは、医療機関や保険者において広く活用されている、JADEC（公益社団法人日本糖尿病協会）作成のJADECカードシステムと本カードを組み合わせ活用することもできるよう、関連するJADECカードシステムのリーフレットの番号をそれぞれの指導内容の該当箇所に記載している。

記載例：【JADECカードシステム（リーフレットの番号）】

また、糖尿病の治療ガイドライン等の各種疾病ガイドラインを基本とする。

令和2年度に県で作成した「専門職のためのフレイル予防指導者カード」と同様の構成にし、糖尿病重症化予防やフレイル・低栄養予防を連動させながら高齢者の健康管理が行えるように配慮している。

(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://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001226129.pdf>



(専門職のためのフレイル予防指導者カード)

<https://www.kenko-choju.tochigi.jp/common/sysfile/finder/files/フレイル予防指導者カード.pdf>



(4) 本カードの活用方法

①指導の手順

「Ⅰ指導の流れ」と「Ⅱ指導のポイント」に分かれており、対象者に応じて優先順位をつけ、必要な内容を選択して自己チェック（動機付け支援）から評価まで行う。

Ⅰ 指導の流れ	
自己チェック（動機付け支援）	指導に入る前に指導者と対象者（もしくは対象者のみ）が生活習慣等を振り返り健康課題の気付きを促す
毎日の習慣づくり	生活習慣の改善に向けて配慮すべきポイント（Ⅱ指導のポイントと連動）
実行可能な目標の設定	対象者が改善につながる具体的な、実行可能な目標
目標設定を行う時の配慮	目標設定するために、個人差やその特性によって配慮しなければならない内容
評価 ※評価が行える場合	指導者及び対象者自身が改善状況を確認できる機会や資材
Ⅱ 指導のポイント	
・対象者に説明する際活用するスライドと、その内容を補足する指導者向けの説明文 ※スライドは栃木県ホームページに掲載 (http://www.pref.tochigi.lg.jp/e04/dm/dmckdshidousyaka-do.html)	

②糖尿病指導をする際に配慮が必要な方への対応

ア 高齢者糖尿病患者

令和4年国民健康・栄養調査結果によると、糖尿病が強く疑われる者の割合は、75歳以上で22.8%となっており、糖尿病発症患者の比率は加齢とともに増加することから、高齢者の糖尿病管理は深刻な問題となっている。

高齢者糖尿病では低血糖を起こしやすく、重症低血糖は認知症、転倒・骨折、心血管疾患、死亡の危険因子であり、軽症の低血糖でもうつやQOLの低下等の悪影響をきたしやすいことや、食後高血糖をきたしやすく、脱水、感染症を契機に高浸透圧高血糖状態になりやすいといったリスクがある。

また、高齢者糖尿病は個人差が大きく、老年症候群の合併頻度や社会・経済的問題が増えることや、同じ年齢でも罹患期間が長い患者は、罹患期間が短い患者と比べて、糖尿病合併症をきたしやすいことに注意する必要があることから、高齢者の特性に応じた保健指導のポイントを記載した。

イ 精神疾患を持つ糖尿病患者

国は、平成29年2月に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念として明確にした。また、令和4年の精神保健福祉法の改正において、都道府県及び市町村が実施する精神保健に関する相談支援の対象に「精神保健に関する課題を抱える者」が追加された。住民にとって身近である市町村において、様々な支援と一体または、連携し精神保健に関する積極的な相談支援体制の充実を図ることが求められている。このことから、栄養・食生活支援の分野においても市町等と医療機関が連携し、精神障害者への適切な糖尿病重症化予防対策が円滑に進むよう、これらの指導に係るポイントも組み込むこととした。

③指導報告書作成の考え方

本カードの保健指導を実施した際の評価方法や報告書については、保険者と医療機関との間で標準化された評価票を基に、共通の健康課題を共有できるよう栄養診断（PES）に基づく方法で記載することを推奨している。

（5）個人の状況を把握するためのツール

効果的な指導を行うためには、適切なアセスメントが必要である。その際には、過去を含めた現在のデータや生活習慣等を効率よく把握する必要がある。また、指導者が異なる方法でアセスメントを実施すると指導者が変わったときには対象者が混乱する場合もある。そのため、本カードでは、過去の健診・レセプトデータや、公益社団法人日本糖尿病協会が作成しているJADEC連携手帳（第5版で「糖尿病連携手帳」から名称変更）、かかりつけ医等から対象者の直近の検査結果や聞き取りにより対象者の生活習慣等の情報を把握し、整理するための「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（P13～16）等を活用することを推奨している。不足する情報は、対象者への聞き取り等で把握する。

「生活習慣評価票」、「低栄養・フレイル評価票」は、対象者の課題を把握し、指導の優先順位をつけ指導内容を選択したり、指導後の評価にも活用することができる。経年でデータを蓄積することにより個人の行動や状態の変化をシステムチックに把握することができる。

75歳以上の対象者は「低栄養・フレイル評価票」を活用することが望ましい。

4 地域での保健指導の進め方

(1) 保険者、かかりつけ医、専門医療機関と連携した保健指導

プログラムに基づく保健指導の対象者は、糖尿病で治療中のうち、本人及びかかりつけ医の同意があった者とし、保険者が一定の期間、食事・生活習慣等の保健指導を行う。

医療機関における治療・療養指導では、患者1人にかかる診療時間が限られていることから、保険者による保健指導を活用することで、対象者の生活様式や家族の課題（育児・介護等）、生活困窮等の日常生活の背景を踏まえた支援も可能になる。また、患者の生活面の課題等を医療機関と共有することは、治療方針の参考の1つにもなる。

医療機関と保険者が連携し、保険診療で認められている生活習慣病管理料や糖尿病透析予防指導管理料等の医療行為と保険者の糖尿病重症化予防に相補的に取り組み、地域の糖尿病対策を推進する必要がある。

(2) 保健指導を実施する際の注意点

①腎症第3期・第4期への保健指導

腎症第3期・第4期への保健指導については腎症に関する専門的知識やスキルを有する者が対応する必要があるが、特に第4期については、腎臓専門医が関与する必要がある。そのため、糖尿病性腎症第4期の保健指導は、かかりつけ医が「保健指導により病状の維持又は改善が見込める」と判断した場合にのみ行うこととする。

②地域や個人の社会背景に応じた保健指導

対象者が生活困窮や介護等、治療を継続する上で生活の場での課題を抱えていることも少なくない。そのため、支援に当たっては表面的な健康問題だけでなく、家族構成、経済状況、就労状況、食環境等、生活を取り巻く社会的背景を把握して支援する必要がある。

保険者は日頃から介護・福祉部門との連携体制を構築し、必要に応じて福祉サービスや地域包括支援センター、介護保険サービス等につなぐといった包括的な支援ができるようにする。

また、公共交通機関の乏しい地域や自家用車を持たない場合は、通院や食料品・日用品等の買い物が困難な場合がある。自治体等で実施しているデマンド交通の案内や、一般的な食材宅配サービス、必要に応じて糖尿病や腎臓病等の療養食宅配サービスの紹介も視野に検討する。

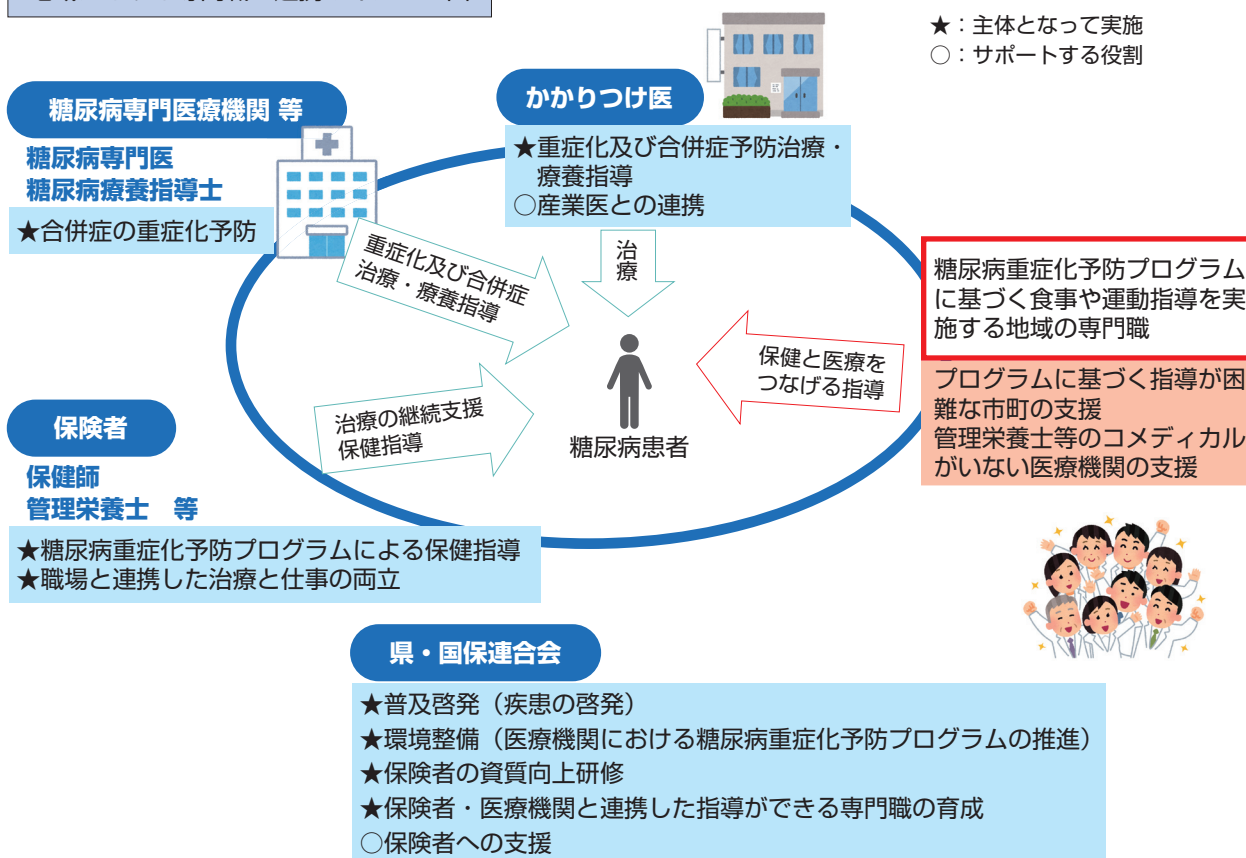
買い物環境や金銭面は毎回の食事内容やその量と関係性（影響）があり、食習慣全体の捉え方にも関わってくる。実践できる食事指導につなげるために、いかに実践し継続してもらえるかを大切に、指導内容を検討する。

(3) 地域の専門職の活用

プログラムの実施にあたり、糖尿病専門医の偏在、保険者のマンパワー不足等の理由により、取り組み状況に差がある。保健指導の質の標準化や、指導を行う地域の専門職の人材確保を行い、より多くの糖尿病患者が質の高い保健指導を継続して受けられる体制を構築する必要がある。

今後、糖尿病性腎症重症化予防の取り組みを充実させるためには、糖尿病初期段階から治療に関わるかかりつけ医等への糖尿病重症化予防プログラムの必要性の周知や、中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士や腎臓病療養指導士との連携、職能団体との連携を拡大し、CKD対策と連動させた糖尿病対策に取り組む必要がある。

地域における専門職の連携のイメージ図



【地域の専門職と連携した取組例（栄養ケア・ステーション）】

栄養ケア・ステーションは、47都道府県栄養士会が設置運営する「都道府県栄養士会栄養ケア・ステーション」と、(公社)日本栄養士会が事業者等を個別認定する「認定栄養ケア・ステーション」があり、自治体や医療機関等と連携し、糖尿病性腎症重症化予防のための栄養指導を実施している。
(全国の栄養ケア・ステーションは(公社)日本栄養士会ホームページで検索可能。)
<https://www.dietitian.or.jp/carestation/search/>



プログラムに基づく保健指導を栄養ケア・ステーションに委託する場合、糖尿病性腎症重症化予防にかかる専門的な知識や技術を有する管理栄養士を依頼元に紹介し、かかりつけ医と連携した上で、対象者の状態像（健診データの重症度、腎障害の程度の変化等）や生活歴、趣味嗜好等を踏まえて、血糖コントロールの方法、肥満の是正や食塩摂取量の減少等の栄養指導を行うことができるため、糖尿病専門医療機関が少ない地域等においても標準的な保健指導が実施できる。

また、栄養ケア・ステーションでは、医療機関に管理栄養士等が配置されておらず、実践的な指導が困難な場合は、かかりつけ医療機関と都道府県栄養士会栄養ケア・ステーションの間で業務委託契約を締結し、診療報酬に基づく栄養指導を行うこともできる。

5 生活習慣評価票

生活習慣評価票

【初回指導】

令和 年 月 日

【2回目指導】

令和 年 月 日

1 基本情報		2 被保険者番号	
1 国保健康事業の継続			
3 氏名		4 性別	5 生年月日 (年齢)
6 要介護認定	1. なし 2. 要支援1 3. 要支援2 4. 要介護1 5. 要介護2 6. 要介護3 7. 要介護4 8. 要介護5	7 障害者手帳	1a. 療育手帳 1b. 精神障害者保健福祉手帳 1c. 身体障害者手帳 2. なし
8 麻痺症状の有無	1. あり 2. なし	9 日常生活自立度認知症	1. 一人で買い物に行く 2. 誰かと行く 3. 誰かに買ってきてもらう 4. 買ってきてくれる人はいない
10 家族状況	1. 独居 2. 高齢者のみの世帯 3. その他 ()	11 生活環境の変化	1a. 家族や身近な人の死別等 1b. 転居 1c. その他 () 2. なし
12 社会参加の状況	1. 勤労 2. ボランティア活動 3. 通いの場参加 4. 自治会活動 5. その他 () 6. なし	13 コミュニケーション	1. 支障あり 2. 支障なし

2 レセプト情報 3 健診・検診情報	
1 主な疾患	・糖尿病・神経障害(糖尿病)・網膜症(糖尿病)・腎症(糖尿病)・高血圧症・脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析・がん・慢性腎不全・腎不全・認知症・関節症・脊椎障害・骨折・骨粗鬆症・うつ・誤嚥性肺炎・感染性肺炎・貧血・COPD
1a 糖尿病歴 (過去4年度分)	□1年度前 □2年度前 □3年度前 □4年度前 2a 多剤処方 数字を入力 当月 () 前月 () 前々月 ()
1b 高血圧歴 (過去4年度分)	□1年度前 □2年度前 □3年度前 □4年度前 2b 睡眠薬の内服 1. あり 2. なし
1c 疾患疾病に関する特記事項	2c お薬手帳の活用 1. あり 2. なし
3 歯科健診・検診と歯周病	1. あり 2. なし 歯周病: 1. あり 2. なし 4 受診医療機関数 数字を入力 ()
5 医師による療養食の指示	1. あり: 内容 () 2. なし 6 運動制限 1. あり: 理由 () 2. なし
7 健診・検診受診状況	1. 毎年受けている 2a. 過去1年以内受けていない (かかりつけ医がある) 2b. 過去1年以内受けていない (受診の仕方がわからない) 2c. 過去1年以内受けていない (面倒) 2d. 過去1年以内受けていない (その他自由記載:) 8 健診・検査日
9 身長・体重	測定値: cm kg 10 体重 (前年度差)・BMI 前回体重: kg (kg) BMI:
検査値	11 収縮期: mmHg 拡張期: mmHg 12 空腹時血糖値 mg/dl
	13 HbA 1c % 14 e-GFR ml/分/1.73m ²
	15 尿糖 mg/dl 16 尿蛋白 -
	17 ヘモグロビン g/dl 18 HbA1c %

4 標準的な健診・保健指導プログラム 標準的な質問票 必ず2回分を入力する		初回	2回目
質問文	回答		
No.1~3 現在、a から c の薬の使用の有無			
1 No.1 a. 血圧を下げる薬	1. はい 2. いいえ		
2 No.2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	1. はい 2. いいえ		
3 No.3 c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	1. はい 2. いいえ		
4 No.4 医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ		
5 No.5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ		
6 No.6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	1. はい 2. いいえ		
7 No.7 医師から、貧血といわれたことがある。	1. はい 2. いいえ		
8 No.8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1: 最近1か月間吸っている 条件2: 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	1. はい (条件1と条件2を両方満たす) 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない (条件2のみ満たす) 3. いいえ (①②以外)		
9 No.9 20歳の時の体重から10kg以上増加している。	1. はい 2. いいえ		
10 No.10 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施。	1. はい 2. いいえ		
11 No.11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施。	1. はい 2. いいえ		
12 No.12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい 2. いいえ		
13 No.13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない		
14 No.14 人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い 2. ぶつう 3. 遅い		
15 No.15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ		
16 No.16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない		
17 No.17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい 2. いいえ		
18 No.18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。(※「やめた」とは、過去に1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	1. 毎日 2. 週5~6日 3. 週3~4日 4. 週1~2日 5. 月に1~3日 6. 月に1日未満 7. やめた 8. 飲まない(飲めない)		
19 No.19 飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1. 1合未満 2. 1~2合未満 3. 2~3合未満 4. 3~5合未満 5. 5合以上		
20 No.20 睡眠で休養が十分とれている。	1. はい 2. いいえ		
21 No.21 運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである(概ね6か月以内) 3. 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている 4. 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)		
22 No.22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ		

5 生活習慣と口腔衛生・口腔機能																									
1 体重測定の実績		1. 毎日測定 2. 週1回以上測定 3. 月1回以上測定 4. 月1回未満又は測定しない				2 睡眠による休養		1. 十分とれている 2. まあまあとれている 3. あまりとれていない 4. とれてない																	
3 起床・就寝時間		1. 時間がだいたい決まっている 2. 決まっていない		起床時間:		就寝時間:		4 昼寝の有無		1 a. 30分未満 1 b. 30分以上 2. なし															
5 食事の形態		5a 主食		1. 普通食 2. やわらかい食事		5b おかず		1. 普通食 2. やわらかい食事		5c 料理の大きさ		1. 通常食 2. 一口サイズ 3. 細かく刻む 4. その他 ()													
6 歯みがき・入れ歯の清掃回数		1. 毎食後 2. 1日1回程度 3. 気が付いた時 4. その他 ()				7 口腔体操		1. あり 2. なし		8 入れ歯の有無															
6 食事状況の評価 (食事評価及び食環境状況) 必ず2回分を入力する												初回	2回												
1 現在の体重		体重を入力																							
2 1日3回の食事		1. ほとんど毎日とる 2. 週に3~5日とる 3. 週に1~2回とる 4. ほとんどとらない																							
3 食欲		1. ある 2. ない:理由 () 3. あるときとないときがある																							
4 食事時間		1. 決めていない 食事時間 (朝: 昼: 夜:) 2. 決めていない (理由:)																							
5 食習慣		5a 間食 1. あり 2. ときどき 3. なし				5b 外食 1. あり 2. ときどき 3. なし				5c 飲酒 1. あり 2. ときどき 3. なし															
6 食事を共にする人		1. ひとり 2. 配偶者 3. 配偶者以外の家族 4. 知人・友人 (サロン等利用者) 5. その他 (内容:)																							
7 食事を作る人		1. 本人 2. 家族 3. 配食 4. その他 (内容:)																							
昨日もしくは今日の食事内容 (食事ごとにその食品群を食べている場合には"○"、量は分からないが食べている場合は"△"、食べていない場合は"×"、不明の場合は"? "を記載する。小計には、○と△の合計数を記載。)																									
食品群 ※別紙資料活用		a ①肉類		b ②魚介類		c ③卵類		d ④大豆・大豆製品		e ⑤牛乳・乳製品		f ⑥緑黄色野菜		g ⑦海藻類		h ⑧いも類		i ⑨果物		j ⑩油脂類		k 食品群計		l ごはん・パン・麺	
		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回		初回 2回	
8 朝食																									
9 昼食																									
10 夕食																									
11 小計																				/10		/10			
7 運動機能評価																									
1 握力		右: () kg 左: () kg				2 開眼片足立ち		右: () 秒 左: () 秒				3 5m 通常歩行時間				補助用具あり: 1. 15秒未満 2. 15秒以上 補助用具なし: 1. 15秒未満 2. 15秒以上									
4 指引っかきテスト		a 利き足でない方: 1. 右 2. 左 b 指引っかきテスト: 1. 囲めない 2. ちょうど囲める 3. 隙間ができる																							
5 口コモ度テスト		a 立ち上がりテスト: 立ち上がりが出来た台の高さ 1. 片足 2. 両足 (1.40cm で立ち上がれない 2.30cm で立ち上がれない 3.20cm で立ち上がれない 4.10cm で立ち上がれない 5.10cm でも立ち上がれる) b 2ステップテスト (2歩幅・1回目 () cm、2回目 () cm、2ステップ値:身長で補正 () cm)																							
6 5回立ち上がりテスト		1. 11.4秒未満 (60代基準値) 2. 12.6秒未満 (70代基準値) 3. 14.8秒未満 (80代基準値) 4. 14.8秒以上 5. 測定不可																							
7 TUGテスト		1. 10秒未満 (自立歩行) 2. 11~19秒 (移動がほぼ自立) 3. 20~29秒 (歩行が不安定) 4. 30秒以上 (歩行障害あり)																							
8 初回訪問後の全体評価																									
項目		課題		支援の必要性		優先度		14 特記事項																	
1 健康状態		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高		指導の選択は5つまで																	
2 心の健康状態		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
3 栄養		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
4 口腔機能		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
5 体重変化		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
6 運動・転倒		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
7 認知機能		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
8 喫煙		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
9 社会参加		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
10 ソーシャルサポート		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
11 健診		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
12 生活習慣病等の重症化		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
13 服薬		1. 有 2. 無 3. 不明		1. 有 2. 無		1. 低 2. 中 3. 高																			
9 初回指導内容及び評価 ここまでが初回調査の内容																									
No		初回指導項目						指導内容																	
1 1																									
2 2																									
3 3																									
4 4																									
5 5																									
10 指導後の評価 (2回目指導時) 及び今後の方針																									
初回指導項目		身体的状況評価				行動変容評価 (4段階評価)※				指導内容				特記事項 (今後の方針等)											
		身体的状況評価: 1. 改善 2. 不変 3. 悪化																							
※行動変容評価: 1 理解なし 2 理解あり・実践なし 3 実践あり・中断 4 実践あり・継続																									
11 連携結果																									
1 連携先		1. 生活困窮者相談窓口 2. 精神保健福祉相談窓口 3. 他の保険者との連携 (保険者名:) 4. その他 ()																							
2 連携内容		1. 情報提供のみ 2. 元々支援中																							
3 その他																									

6 低栄養・フレイル評価票

低栄養・フレイル評価票

【初回指導】

令和 年 月 日

【2回目指導】

令和 年 月 日

1 基本情報				
1 国保保健事業の継続		2 被保険者番号		
3 氏名		4 性別		5 生年月日(年齢)
6 要介護認定		7 障害者手帳		1a.療育手帳 1b.精神障害者保健福祉手帳 1c.身体障害者手帳 2.なし
8 麻痺症状の有無		9 日常生活自立度認知症		1.一人で買い物に行く 2.誰かと行く 3.誰かに買ってもらう 4.買ってきてくれる人はいない
10 家族状況		11 生活環境の変化		1a.家族や身近な人の死別等 1b.転居 1c.その他 () 2.なし
12 社会参加の状況		13 コミュニケーション		1.支障あり 2.支障なし

2 レセプト情報 3 健診・検診情報				
1 主な疾患		・糖尿病・神経障害(糖尿病)・網膜症(糖尿病)・腎症(糖尿病)・高血圧症・脳血管疾患・虚血性心疾患・人工透析・がん・慢性腎不全・腎不全・認知症・関節症・脊椎障害・骨折・骨粗鬆症・うつ・誤嚥性肺炎・感染性肺炎・貧血・COPD		
1 ^a 糖尿病歴(過去4年度分)		2 ^a 多剤処方		数字を入力 当月() 前月() 前々月()
1 ^b 高血圧歴(過去4年度分)		2 ^b 睡眠薬の内服		1.あり 2.なし
1 ^c 疾患疾病に関する特記事項		2 ^c お薬手帳の活用		1.あり 2.なし
3 歯科健診・検診と歯周病		4 受診医療機関数		数字を入力()
5 医師による療養食の指示		6 運動制限		1.あり:理由() 2.なし
7 健診・検診受診状況		8 健診・検査日		
9 身長・体重		10 体重(前年度差)・BMI		
11 血圧		12 空腹時血糖値		
13 HbA 1c		14 e-GFR		
15 尿糖		16 尿蛋白		
17 ヘモグロビン		18 ヘマクトリット		

4 フレイル状態【No1～15までは後期高齢者の質問票】 必ず2回分を入力する				
	質問文	回答	初回	2回目
1 ^{No.1}	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1.よい 2.まあよい 3.ふつう 4.あまりよくない 5.よくない		
2 ^{No.2}	毎日の生活に満足していますか	1.満足 2.やや満足 3.やや不満 4.不満		
3 ^{No.3}	1日3食きちんと食べていますか	1.はい 2.いいえ		
4 ^{No.4}	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	1.はい 2.いいえ		
5 ^{No.5}	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい 2.いいえ		
6 ^{No.6}	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい 2.いいえ		
7 ^{No.7}	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1.はい 2.いいえ		
8 ^{No.8}	この1年間に転んだことがありますか	1.はい 2.いいえ		
9 ^{No.9}	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1.はい 2.いいえ		
10 ^{No.10}	周りの人から「いつも同じことを聞く」と言われていますか	1.はい 2.いいえ		
11 ^{No.11}	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい 2.いいえ		
12 ^{No.12}	あなたはたばこを吸いますか	1.吸っている 2.吸っていない 3.やめた		
13 ^{No.13}	週に1回以上外出していますか	1.はい 2.いいえ		
14 ^{No.14}	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか	1.はい 2.いいえ		
15 ^{No.15}	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1.はい 2.いいえ		
16 ^{No.16}	1日に7品目(食品群)以上の食品を食べていますか。	1.はい 2.いいえ		
17 ^{No.17}	1日に筋力トレーニング(スクワット等)を行っていますか。	1.はい 2.いいえ		
18 ^{No.18}	健診結果などを利用して健康状態を確認していますか。	1.はい 2.いいえ		

No.16～18
栃木県における
追加項目
※必ず調査を実施する

5 生活習慣と口腔衛生・口腔機能							
1 体重測定	1. 毎日測定 2. 週1回以上測定 3. 月1回以上測定 4. 月1回未満又は測定しない	2 睡眠による休養	1. 十分とれている 2. まあまあとれている 3. あまりとれていない 4. とれてない				
3 起床・就寝時間	1. 時間がだいたい決まっている 2. 決まっていない	起床時間: 就寝時間:	4 昼寝の有無	1 a. 30分未満 1 b. 30分以上 2. なし			
5 食事の形態	5a 主食	1. 普通食 2. やわらかい食事	5b おかず	1. 普通食 2. やわらかい食事	5c 料理の大きさ	1. 通常食 2. 一口サイズ 3. 細かく刻む 4. その他 ()	
6 歯みがき・入れ歯の清掃回数	1. 毎食後 2. 1日1回程度 3. 気が付いた時 4. その他 ()	7 口腔体操	1. あり 2. なし	8 入れ歯の有無	1 a. あり (かみ合わせ問題なし) 1 b. あり (かみ合わせ問題あり) 2. なし		

6 食事状況の評価 (食事評価及び食環境状況) 必ず2回分を入力する								初回	2回
1 現在の体重	体重を入力								
2 1日3回の食事	1. ほとんど毎日とる 2. 週に3~5日とる 3. 週に1~2回とる 4. ほとんどとらない								
3 食欲	1. ある 2. ない:理由 () 3. あるときとないときがある								
4 食事時間	1. 決めている 食事時間 (朝: 昼: 夜:) 2. 決めていない (理由:)								
5 食習慣	5a 間食 1. あり 2. ときどき 3. なし 5b 外食 1. あり 2. ときどき 3. なし 5c 飲酒 1. あり 2. ときどき 3. なし								
6 食事を共にする人	1. ひとり 2. 配偶者 3. 配偶者以外の家族 4. 知人・友人 (サロン等利用者) 5. その他 (内容:)								
7 食事を作る人	1. 本人 2. 家族 3. 配食 4. その他 (内容:)								

昨日もしくは今日の食事内容
(食事ごとにその食品群を食べている場合には"○", 量は分からないが食べている場合は"△", 食べていない場合は"×", 不明の場合は"?"を記載する。小計には、○と△の合計数を記載。)

食品群 ※別紙資料活用	a ①肉類		b ②魚介類		c ③卵類		d ④大豆・大豆製品		e ⑤牛乳・乳製品		f ⑥緑黄色野菜		g ⑦海藻類		h ⑧いも類		i ⑨果物		j ⑩油脂類		k 食品群計		l ごはん・パン・麺		
	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	初回	2回	
8 朝食																									
9 昼食																									
10 夕食																						/10	/10		
11 小計																									

7 運動機能評価							
1 握力	右:() kg 左:() kg	2 開眼片足立ち	右:() 秒 左:() 秒	3 5m 通常歩行時間	補助用具あり: 1. 15秒未満 2. 15秒以上 補助用具なし: 1. 15秒未満 2. 15秒以上		
4 指わかテスト	a 利き足でない方:1. 右 2. 左 b 指わかテスト: 1. 困めない 2. ちょうど困める 3. 隙間ができる						
5 ロコモ度テスト	a 立ち上がりテスト: 立ち上がりが出来た台の高さ 1. 片足 (1.40cm で立ち上がれない 2.30cm で立ち上がれない 3.20cm で立ち上がれない 4.10cm で立ち上がれない 5.10cm でも立ち上がれる) b 2ステップテスト (2歩幅・1回目 () cm、2回目 () cm、2ステップ値:身長で補正 () cm)						
6 5回立ち上がりテスト	1. 11.4秒未満 (60代基準値) 2. 12.6秒未満 (70代基準値) 3. 14.8秒未満 (80代基準値) 4. 14.8秒以上 5. 測定不可						
7 TUGテスト	1. 10秒未満 (自立歩行) 2. 11~19秒 (移動がほぼ自立) 3. 20~29秒 (歩行が不安定) 4. 30秒以上 (歩行障害あり)						

8 初回訪問後の全体評価							
項目	課題	支援の必要性	優先度	14 特記事項			
1 健康状態	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高	指導の選択は5つまで			
2 心の健康状態	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
3 栄養	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
4 口腔機能	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
5 体重変化	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
6 運動・転倒	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
7 認知機能	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
8 喫煙	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
9 社会参加	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
10 ソーシャルサポート	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
11 健診	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
12 生活習慣病等の重症化	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				
13 服薬	1. 有 2. 無 3. 不明	1. 有 2. 無	1. 低 2. 中 3. 高				

9 初回指導内容及び評価			ここまでの初回調査の内容
No	初回指導項目	指導内容	
1			
2			
3			
4			
5			

10 指導後の評価 (2回目指導時) 及び今後の方針				
初回指導項目	身体的状況評価	行動変容評価 (4段階評価) ※	指導内容	特記事項 (今後の方針等)
	身体的状況評価: 1. 改善 2. 不変 3. 悪化			

※行動変容評価: 1 理解なし 2 理解あり・実践なし 3 実践あり・中断 4 実践あり・継続

11 連携結果	
1 連携先	1. 広域のみ 2. 市町高齢部門 3. 市町地域包括支援センター 4. その他 ()
2 連携内容	1. 情報提供のみ 2. 地域包括支援センター等に結びついた 3. 元々支援中 4. 介入困難 (入院中・施設入所中)
3 その他	

7 指導

I - 1 病態

I | 指導の流れ

糖尿病とはどのような病気なのか、進行するとどのような合併症を発症する可能性があるのかを知る。そのことで、糖尿病を持つ人は適切な管理を、持たない人は予防の意義を認識できるように導く。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 糖尿病の種類（型）を知っているか確認する
- 2 糖尿病の合併症について知っているか確認する
- 3 ヘモグロビン A1c (HbA1c) を知っているか確認する

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 糖尿病を理解する
- 2 インスリンを理解する
- 3 糖尿病合併症を理解する
- 4 糖尿病・腎症に関連する検査値を理解する

実行可能な目標の設定

- 1 糖尿病の種類とその特徴を理解する
- 2 糖尿病ではなぜ血糖が上昇するのかを理解する
- 3 糖尿病の合併症の種類とその指標を理解する
- 4 血糖、腎機能、血圧の指標や目標値を理解する

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 対象者が持つ糖尿病の種類に応じた対応ができるよう、その診断の根拠を説明する。
- 2 対象者が糖尿病合併症の有無及びその重症度を理解しているか確認し、合併症の状況を把握していない場合には、医師にその情報を求めるよう促す。
- 3 自身の血糖や腎機能、血圧の状況、目標値を理解できるよう説明する。

評価 ※評価が行える場合

血糖コントロールの状況や合併症のリスク等、自身の病態の理解度を確認する

II | 指導のポイント

糖尿病とその合併症について知識を整理する。糖尿病は初期には自覚症状がないので、発症や病状の把握には定期的な血液検査が必要であり、糖尿病を発症後には、血糖の状況に加えて合併症の状況について把握し、早期発見・早期治療の機会を逃さない様に導く必要がある。保健指導では、対象者がどのような情報を把握するべきなのか、再確認する。

1 糖尿病を理解する

糖尿病とは、原因のいかんに関わらず、慢性に高血糖状態が持続する疾患である。

原因によって、①1型糖尿病、②2型糖尿病、③特定の疾患等に伴う糖尿病、④妊娠糖尿病、の4つに分類される。

(1) 1型糖尿病

膵臓のインスリン産生細胞（膵臓のβ細胞）の細胞死（アポトーシス）に陥ることで、インスリンを産生できなくなる疾患である。生活習慣病や遺伝病ではない。発症初期よりインスリン注射を必要とするが、インスリン注射が重症糖尿病を意味するわけではない。生涯にわたってインスリン注射が必要になることが多いが、インスリン注射を必要としないこともある（緩徐進行1型糖尿病等）。

スライド I - ①

糖尿病とは

糖尿病の定義
糖尿病とは、長期に高血糖が持続する疾患です。

糖尿病の分類

1 型糖尿病

- 膵臓がインスリンを産生できなくなることで発症する
- 生活習慣病や遺伝病ではない
- 生涯にわたってインスリン注射が必要になることが多い

2 型糖尿病

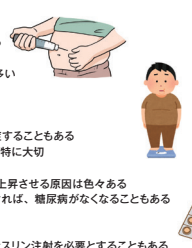
- 日本人で最も多い糖尿病
- 肥満に関係し、家族に糖尿病の人がいることが多い
- 中年に発症することが多いが、小児や高齢者で発症することもある
- 食事や運動、減量などの生活習慣を改善することが特に大切

特定の疾患などに伴う糖尿病

- 膵臓による膵臓の摘出やステロイド薬など、血糖を上昇させる原因は色々ある
- ステロイド薬の中止など、原因を取り除くことができれば、糖尿病がなくなることもある

妊娠糖尿病

- 妊娠すると血糖が上昇することがある
- 妊娠期間中には厳格な血糖管理が必要であり、インスリン注射を必要とすることもある



(2) 2型糖尿病

日本人で最も多い糖尿病の型である。肥満や家族歴が病因に関連する。中年に発症することが多いが、小児や高齢者発症の2型糖尿病もある。食事や運動等の生活習慣の改善や減量が、発症や進行防止に有用である。

(3) 特定の疾患等に伴う糖尿病

例えば膵癌による膵臓の全摘出や、ステロイド薬による血糖の上昇等、その原因は非常に多岐にわたる。ステロイド薬の中止等、原因を取り除くことができる場合には、糖尿病がなくなることもある。2型糖尿病と誤診されていることも多いため、この分類を念頭におくことは極めて重要である。

(4) 妊娠糖尿病

妊娠して初めて血糖が上昇する病態である。妊娠前から糖尿病を持っていた女性が妊娠した場合「糖尿病合併妊娠」と呼び区別する。妊娠期間中には厳格な血糖管理が必要であり、しばしばインスリン注射を用いた治療を行う。

保健指導では、対象者が持つ糖尿病あるいは将来的に予防するべき糖尿病が(1)～(4)のいずれなのかを確認する。それにあわせて、病型に沿った治療を受けることや予防に必要なこと等の理解を促す。

【JADECカードシステム ①-2】

2 インスリンを理解する

インスリンは、血糖値を低下させることのできる唯一のホルモンである。インスリンは膵臓によって産生・分泌され、全身で様々な作用を発揮する。血糖に関連する作用としては、筋肉や脂肪細胞に血液中の糖を受け渡す作用と、肝臓に蓄積された糖が血液に流れ出るのを抑える作用がある。これらの作用を通じて、インスリンは血糖値を低下させる。筋肉に取り込まれた糖は、エネルギーとして筋肉の運動に使われる。

インスリン作用が不十分であると血糖値が上昇し、高血糖が持続すると糖尿病となる。インスリン作用不足は大きく分けて、膵臓がインスリンを十分に作れない状態と、作れてはいるもののインスリンの効きが悪い状態がある。1型糖尿病や膵臓の摘出後等では、インスリンが作れずに不足する状態になる（膵臓の問題）。一方、肥満や運動不足では、インスリンの効きが悪い状態になる（筋肉、脂肪、肝臓等の問題）。2型糖尿病では、インスリン産生・分泌の低下とインスリンの効きの悪さの両方が、病気を形成している。

3 糖尿病合併症を理解する

糖尿病は、大小の血管を障害するほかに、歯周病、認知症、サルコペニア、感染症等様々な合併症や併存症の原因及び増悪因子になる。糖尿病発症から5～10年程度経過するとこれら合併症が発症するが、血糖値を適切に管理することでその発症や進行を防止することができる。

保健指導では、特に重要な合併症として、3大合併症（細小血管障害）と動脈硬化症（大血管障害）について知識を整理する。対象者が自身の合併症の状況を理解しているか等を確認し、理解していない場合は、医師に確認するよう促す。

【JADECカードシステム ③-1】

(1) 3大合併症（細小血管障害）

糖尿病の3大合併症は、上位3つの重要な合併症という意味ではなく、糖尿病に特徴的な3つの合併症の意味である（動脈硬化性疾患も大変重要であるが、糖尿病のみによって生じるわけではない）。発症の順に、「しめじ＝神経、目、腎臓」と覚える。別名細小血管障害とも呼ばれるように、神経、目（網膜）、腎臓の細小血管（肉眼では見えないほど細い血管）が高血糖によってダメージを受けることで、これらの組織に障害が生じる。

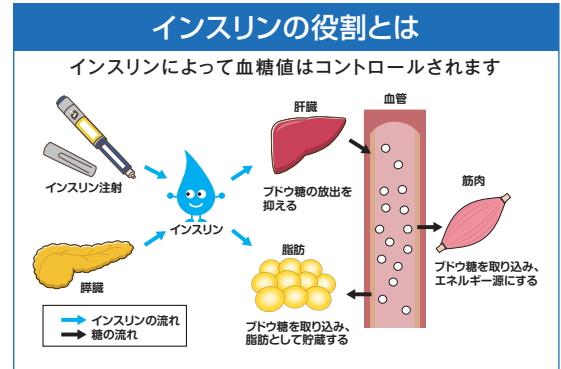
【JADECカードシステム ③-2】

① 糖尿病神経障害

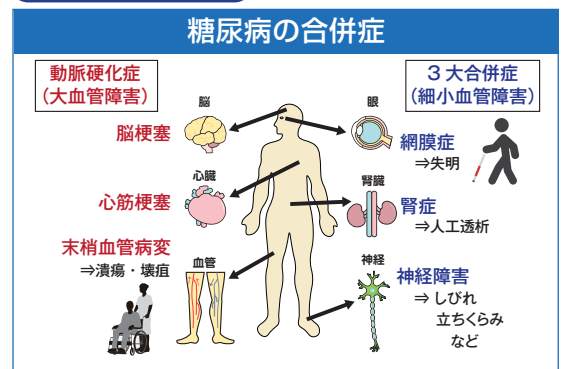
感覚神経が障害されると、足先のしびれやピリピリとした疼痛、足裏の違和感等不快な症状が生じる。疼痛症状には対症療法としての治療薬がある。一方、自律神経が障害されると、立ちくらみや下痢・便秘、インポテンツ等多彩な症状を呈する。

【JADECカードシステム ④-3】

スライド I - ②



スライド I - ③



②糖尿病網膜症

眼球の内側にある網膜の細小血管が、高血糖により障害されることで生じる。初期には自覚症状がない。障害を受けた細小血管からの大出血や網膜剥離等が突然起こることで、失明に至ることがある。日本人の失明原因の第3位である。糖尿病の発症初期から、眼科医による眼底検査を定期的に受けることが極めて重要である。進行した網膜症では、光凝固や硝子体手術等眼科医による治療が必要となる。

【JADECカードシステム ④-1】

③糖尿病性腎症

日本人の透析導入の原因疾患の第1位である。初期には尿中アルブミンが陽性になることが多いため、保健指導では、早期診断のために尿中アルブミンを医療機関で定期的に測定しているかを確認する。測定している場合は現在自分の尿中アルブミン排泄量がどのくらいか理解しているかを確認する。主な食事療法としては、たんぱく質制限と塩分制限がある。また、適切な薬物治療が極めて重要である。療養支援では、4本の柱（RA系降圧薬、SGLT2阻害薬、GLP-1受容体作動薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬）と言われる薬物を全て使用しているかを確認する。全てが処方されていない場合は、医師に処方されていない理由を確認するよう強く勧める。

【JADECカードシステム ④-2】

(2) 動脈硬化症（大血管障害）

動脈硬化症とは動脈の壁が硬く厚くなり、進行すると動脈の内腔が細くなることで血液を送ることができなくなる変化を言う。動脈が狭窄ないし閉塞した組織には十分な酸素や栄養が供給されなくなり、組織が壊死に陥る。特に重要なのは、心臓の冠動脈、脳の動脈、下肢の動脈の動脈硬化である。

糖尿病は動脈硬化を促進する重要な原因疾患であるが、その他にも高血圧症、高コレステロール血症、喫煙、肥満症等複数の疾患や因子が動脈硬化を相加的に促進させる。そのため血糖管理だけでは効果は限定的であり、これら複数の因子全てを厳格に管理する。中でも心筋梗塞、脳梗塞、末梢動脈疾患等の動脈硬化性疾患を経験した人には、極めて厳格な管理をするよう求められている。

【JADECカードシステム ③-3】

①狭心症、心筋梗塞

心臓の筋肉に酸素を供給する冠動脈の内腔が詰まることで生じる。部分的あるいは短時間の冠動脈の閉塞では心臓の筋肉は壊死せず、狭心症にとどまる。一方、一定時間以上完全に冠動脈が閉塞すると心臓の筋肉が壊死に陥り、心筋梗塞となる。進行した糖尿病神経障害を持つ人では、心筋梗塞に伴う胸の痛みを自覚できないことがある。保健指導では、自覚症状がなくとも定期的な心電図検査を勧めるべきである。

【JADECカードシステム ④-5】

②脳梗塞

脳の血管が詰まることで、脳の一部が壊死する疾患である。脳の比較的太い動脈が閉塞するタイプ（アテローム血栓性脳梗塞）、脳の比較的細い血管が閉塞するタイプ（ラクナ梗塞）、心臓でつくられた血栓が飛んで脳の血管を閉塞するタイプ（心原性脳塞栓症）がある。脳梗塞の大きさや部位によっては、自覚症状が現れないことがある（無自覚性脳梗塞）。そのような人は、後に大きな脳梗塞を起こすリスクが高いため、自覚症状がない人でも頭部CTやMRI等で脳の状態を知っておくと良い。

【JADECカードシステム ④-4】

③末梢動脈疾患

糖尿病では全身の動脈に動脈硬化を進行させるが、特に下肢の太い動脈に動脈硬化や動脈の狭窄を生じることが多い。下肢の動脈の内腔が狭窄すると、初期には歩行時にのみ足の痛みを自覚し（間欠性跛行と呼ぶ）、その後徐々に歩ける距離が短くなる。更に狭窄が進行すると、安静時にも痛みを自覚するようになり、また足先の潰瘍や壊死の原因にもなる。医療機関では下肢の血流を調べるための身体診察や検査方法があるが、日常生活でも各人が自分の足の状態をこまめに観察することが大事である。

【JADECカードシステム ④-6】

4 糖尿病・腎症に関連する検査値を理解する

(1) 血糖値について知ろう

1日の中で食後に血糖値は上昇し、食前には低下する。3度の食事ばかりでなく、間食によっても血糖値は上昇する。そのため、血糖値を評価する際には、それが食後どのくらい経過した値であるのかを考慮する必要がある。

ヘモグロビンA1c (HbA1c) は、採血時から過去約2か月間の平均の血糖値の状況を示す指標である。そのため、血糖値と異なり1日の中でいつ測定しても（食前でも食後でも）その値に大きな違いはない。

糖尿病を持たない人のHbA1cの正常値は6%未満である。しかし、糖尿病を持つ人が全員6%未満を目標とする必要はなく、一人一人の状況に応じて、個別に目標値を設定する。一般に、合併症の予防を目的とするならば7%未満を目標とする。若い人や食事、運動療法のみでコントロール可能な人等、血糖値の正常化を目指せる場合には、6%未満を目標に支援する。血糖値のバラツキが大きく低血糖になりやすい人等では、8%未満の目標値を許容する。

高齢者では、一人一人の状況に大きな差があるため、個別に目標値を設定することが特に重要になる。高齢者糖尿病の治療目標の表（スライドI-⑤）では、認知機能とADL、合併症や併存症の状態、更に低血糖を起こしやすい薬を使用しているか否かを指標としてカテゴリー分類し、それぞれで目標とするべきHbA1cの目安を決めている。

保健指導では、糖尿病を持つ人にはHbA1cの目標値を再確認する必要がある。医師との間で目標値の共通の認識が十分でない場合には、医師に改めて問い直すことを勧める。

【JADECカードシステム ⑤-1・⑤-2】

【参考：糖尿病診療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドI-④

血糖値の評価と目標

ヘモグロビンA1c (HbA1c)
 ・採血から過去2か月程度の血糖値の平均を表す
 ・正常は6%未満

【血糖管理の目標値】

目標	血糖の正常化を目指す際の目標	合併症予防のための目標	治療強化が困難な際の目標
HbA1c(%)	6%未満	7%未満	8%未満

治療目標は年齢、罹病期間、臓器障害、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して個別に設定する

糖尿病診療ガイド2024（日本糖尿病学会 編・著）から改題

スライドI-⑤

高齢者糖尿病の目標

【高齢者糖尿病の目標値】(HbA1c値)

患者の特徴・健康状態	カテゴリーI		カテゴリーII	カテゴリーIII
	①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①認知機能正常 かつ ②ADL自立	①軽度認知障害～軽度 認知症 または ②手段的ADL低下、 基本的ADL自立	①中等度以上の認知症 または ②基本的ADL低下 または ③多くの併存疾患や 機能障害
重症低血糖が 危険される薬剤 (インスリン製剤、 SU薬、グリッド薬 など)の使用	なし	7.0%未満	7.0%未満	8.0%未満
あり	65歳以上 75歳未満 7.5%未満 (下限6.5%)	75歳以上 8.0%未満 (下限7.0%)	8.0%未満 (下限7.0%)	8.5%未満 (下限7.5%)

治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的ADL、手段的ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定する。ただし、加齢に伴って重症低血糖の危険性が高くなることに十分注意する。

*基本的ADL: 着衣、移動、入浴、トイレの使用、など
 *手段的ADL: 買い物、食事の準備、服薬管理、金銭管理、など

高齢者糖尿病診療ガイドライン2023
 (日本糖尿病学会 編・著) から改題

(2) 腎臓の検査値について知ろう

腎臓は血液をろ過して体内の余分な老廃物や水分を尿と共に体外に排出する働きをしている。腎障害の程度は尿中アルブミン量、腎機能はeGFR（糸球体ろ過量）の数値で確認できる。

尿中アルブミン量は、糸球体という血管が傷つくことにより、たんぱく質の一種であるアルブミンが尿へ漏れ出てきて、アルブミン尿として検出されるものである。

腎臓へのダメージを早期から発見できる指標である。糖尿病では、尿蛋白が確認された後に腎機能が低下することが多かったが、近年では糖尿病に加え高血圧等動脈硬化を背景に、尿蛋白を伴わないままeGFRが低下する場合もある。

eGFRは腎臓で1分間にろ過できる血液の量を表しており、通常は100 mL濾過できる。それが60mL未満になったら慢性腎臓病と判断され、30mL未満になったら腎不全となり、進行すると透析が必要になることもある。糖尿病を持つ人はeGFRの推移を確認し、腎症病期のどの位置にいるかを把握する必要がある。eGFRの低下速度や腎症の病期分類を知るためのツールとして、公益社団法人日本糖尿病協会で作成している腎機能チェックツールがある。これは、現時点での腎症の病期、腎機能の低下速度を算出し、eGFRの推移をグラフで確認できるものであり、低下速度をみることで今後の経過を推定することができるものである。診断ツールではないため、診断は必ず医療機関を受診の上、医師の診察のもとに行う。

【JADECカードシステム ⑤-7・⑬-1】

スライドI-⑥





糖尿病性腎症の病期分類について

アルブミン尿区分		A1	A2	A3	
正常アルブミン尿		正常アルブミン尿	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
尿中アルブミン・クレアチニン比(mg/g)		30未満	30~299	300以上	
尿蛋白・クレアチニン比(g/g)		0.50以上			
GFR区分 (mL分/1.73m)	G1	≥ 90	正常 アルブミン尿期 (第1期)	微量 アルブミン尿期 (第2期)	顕性 アルブミン尿期 (第3期)
	G2	60~89			
	G3a	45~59			
	G3b	30~44	GFR高度低下・末期腎不全期(第4期)		
	G4	15~29			
	G5	<15			
透析療法中あるいは腎移植後		腎代替療法期(第5期)			

出典：日本腎臓学会誌「委員会報告糖尿病性腎症病期分類2023の策定」
厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防事業実施の手引き」

スライドI-⑦

eGFRについて

CKD ステージ	CKD/ハイリスク群 CKDステージ1 CKDステージ2	CKD ステージ3	CKD ステージ4	CKD ステージ5
推算GFR値 (mL分/1.73m)	90以上 89~60	59~30	29~15	15未満
腎臓の 働きの程度				
症 状	<ul style="list-style-type: none"> ● 自覚症状がほとんどない ● たんぱく尿が出る ● 血尿が出る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 夜中に何度もトイレに行く ● 血圧が上昇する ● 貧血になる 	<ul style="list-style-type: none"> ● 疲れやすくなる ● むくみが出る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 食欲が低下する ● 吐き気がする ● 息苦しくなる ● 尿量が少なくなる
治療法	健康改善 食事療法 薬物療法 透析療法 腎移植などの準備			

【腎機能チェックツール(日本糖尿病協会)】
<https://www.nittokyo.or.jp/kidneycheck/support/egfr/index.html>



(3) 血圧の管理目標について知ろう

高血圧は自覚症状がほとんどないため、高血圧を放置すると脳卒中や心疾患を引き起こす恐れがある。糖尿病を持つ人は動脈硬化や糖尿病性腎症の進行を加速させるため、適切な血圧管理は重要である。家庭においても血圧を測り、安静時の血圧を把握することは、病院での血圧高値（白衣高血圧）の診断にも有効である。血圧の管理目標は、診察室血圧130/80mmHg、家庭血圧125/75mmHgとする。

ただし、腎機能・年齢に応じた個別対応が必要である。いずれの場合も降圧強化に伴う低血圧やめまい等、過降圧の徴候に注意して血圧管理を行う。

【参考：高血圧管理・治療ガイドライン2025（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会）】

血圧は1日の中でも常に変化している。腎機能の悪化は血圧日内変動の原因となることから、毎日決まった時間（起床時と就寝前の1日2回）、同じ条件で測定することが望ましい。

使用する血圧計は、上腕式と手首式のタイプがあり、手首式は簡単に測定できるが、手首を正しく右心房の位置に置いて測定しないと誤差が出ることや、手首は動脈の圧迫が困難であることから、正確さに欠ける。

血圧を測定した結果は記録し、受診時持参するよう促す。

【JADECカードシステム ⑩-1・⑩-2・⑩-4】

【参考：CKD診療ガイド2024（日本腎臓学会）】

スライド I - ⑧

血圧の管理をしよう

高血圧治療中の降圧目標

診察室血圧 	家庭血圧 
130/80mmHg未満	125/75mmHg未満

※個別状況を考慮し、めまい・ふらつき・立ちくらみや急性腎障害、高カリウム血症などの有害事象や副作用に注意しながら降圧を進める

出典：高血圧管理・治療ガイドライン2025（日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会 編）

スライド I - ⑨

家庭血圧の正しい計り方

- ① 上腕血圧計を選ぶ
- ② 朝と晩に測定する
 - ☀ 朝の測定：起床後1時間以内・朝食前・服薬前
 - 🌙 晩の測定：就寝直前
- ③ トイレを済ませ、1～2分椅子に座ってから測定する
- ④ 2回続けて測定し、その平均値をとる
- ⑤ 週に5日以上測定した結果を診察時に持参する



本項では、糖尿病について専門職が知っておくべきポイントを記す。I - 1の「病態（対象者向け）」と重複する内容を含むが、対象者には必ずしも必須ではない知識も補足的に記す。できるだけ、I - 1の「病態」と照らし合わせながら読んでもらいたい。

1 「糖尿病を理解する」における指導のポイント

糖尿病とは、「インスリンの作用不足による慢性の高血糖状態を主徴とする代謝疾患群」と定義されている。その成因や病態が多彩であることから、ひとつの疾患というよりも、慢性の高血糖を共通の特徴とする疾患群または症候群ととらえた方がよい。

成因分類で糖尿病は、① 1型糖尿病、② 2型糖尿病、③ 特定の機序・疾患に伴う糖尿病、④ 妊娠糖尿病、の4種類に分けられる。このうち予防の対象となるのは、主に「② 2型糖尿病」である。その他の①③④の型は生活習慣とは関係のない発症様式であるため、生活への介入等による発症の予防は難しい。一方、糖尿病の発症後には、合併症や併発症の発症と進行を予防するためにどの分類であっても高血糖を適切に管理することが求められる。ただし、血糖管理のための方法が異なるので、対象者が問題としている糖尿病が、どの種類の糖尿病なのかをしっかりと認識する必要がある。

2 「インスリンを理解する」における指導のポイント

インスリンは同化ホルモンであり、エネルギー源である糖を体に保持する作用を持つ。膵臓からのインスリン分泌によって、またはインスリン注射によって血糖値が下がるのは、血流から筋肉や脂肪に糖が取り込まれる、または肝臓のグリコーゲンを肝細胞内に保持するためである。そのため、過剰なインスリン投与は血糖値を下げる見返りに、体内のエネルギーバランスがプラスになり、体重増加の副作用につながる。

インスリンの作用不足には大きく分けて、① 膵臓のβ細胞がインスリンを産生・分泌できない状態と、② 筋、脂肪、肝臓等の標的細胞においてインスリン作用が発揮できない状態がある。一般に、前者をインスリンの分泌不全、後者をインスリン抵抗性と呼ぶ。1型糖尿病は分泌不全が病因であり、2型糖尿病は分泌不全と抵抗性の両方の病因を併せ持つ。そのため、1型糖尿病ではインスリン注射によって不足分を補うのに対し、2型糖尿病ではインスリンの補充と同時に、インスリンの効きを良くする治療が効果を発揮する。減量や運動療法はインスリン抵抗性の改善に効果的である。

このような、インスリンの分泌と作用の機序を対象者に伝えることは、対象者が受けている糖尿病治療の効果を理解することにつながり、医療側と患者側の信頼が深まり、高い治療効果を得ることができる。

3 「糖尿病合併症を理解する」における指導のポイント

糖尿病は、大小の血管を障害するほかに、歯周病、認知症、サルコペニア、感染症等様々な合併症や併存症の原因及び増悪因子になる。糖尿病合併症は、血糖と合併症に対する適切な管理によって、その発症と進行を抑制できる。そのため保健指導では、「こんなに怖いことがおこる」と脅すような伝え方は避けなくてはならない。合併症の情報を適切に伝えることで、発症予防や治療へのモチベーションを高められるよう十分に配慮する。

本書を用いた対象者への支援ではまず、糖尿病の三大合併症（細小血管障害）と動脈硬化症（大血管障害）について何が起こりうるか、それらの早期発見・早期治療のためにはどのような指標を把握するべきなのかを整理する。

糖尿病神経障害については、足先のしびれや疼痛、足裏の違和感等の感覚神経障害の徴候、及び立ちくらみや下痢・便秘、インポテンツ等の自律神経障害の徴候について質問し（本人はそれらが糖尿病の合併症であることに気付いていない可能性がある）、必要に応じて医療につなげる。

糖尿病網膜症は、日本人の失明原因の第3位である。病期が進んでも多くの場合自覚症状がなく、突然の大出血等で重篤な状況に陥る。早期であれば光凝固等眼科的治療によって進行を止めることができるため、糖尿病の発症初期から眼科医による眼底検査を定期的に受けることが極めて重要である。糖尿病発症前の人では、健診やドックでの眼底撮影も有用である。

糖尿病性腎症は、日本人において透析導入の原因疾患の第1位であり、新規透析導入者数を減らすことが医療財政の面からも大きな社会的課題になっている。①健診受診率を向上させ糖尿病や腎症の早期発見につなげる、②糖尿病と腎症のハイリスク群を医療につなげる、③医療において腎症の予防に実効性のある治療を受ける等、様々な段階での対策が行われている。保健指導では、対象者がどの段階に居るのかを判断し、必要な支援をする。検査値としては、血糖、HbA1cに加え、尿中アルブミン排泄量、尿蛋白、eGFRの意味を理解できるよう支援する。糖尿病発症後の治療では総合的管理が重要であり、血糖値に加え、血圧管理、体重管理、食事療法、薬物療法（いわゆる4本の柱）が全て重要であることを伝える。特に、腎症第2期（尿中アルブミン排泄量が30~299mg/gCr、かつeGFR \geq 30）や腎症第3期（尿中アルブミン排泄量が300mg/gCr以上または尿中蛋白排泄量0.5g/gCr以上、かつeGFR \geq 30）における適切な管理が重要であり、専門医による受療状況や治療状況を確認する。

動脈硬化の予防には、糖尿病に加え、高血圧症、高コレステロール血症、喫煙、肥満症等複数の疾患や増悪因子全てを適正に管理する必要がある。中でも心筋梗塞、脳梗塞、末梢動脈疾患等の動脈硬化性疾患を経験した人は、極めて厳格な管理が必要である。

その他にも糖尿病は、歯周病や認知症、フレイル等、様々な疾患の増悪因子になることも明らかになっている。糖尿病の合併症や併存症を包括的に評価するためのシステムづくりが求められている。

4 「糖尿病・腎症に関連する検査値を理解する」における指導のポイント

糖尿病の診断及び治療経過の把握には、血糖値に加えHbA1cが必須の指標である。

腎機能を把握するためには、eGFRや尿中アルブミン量について把握しておくことが重要である。

それらを定期的に検査しているか確認し、されていない場合は必要性を伝える。

血圧の管理も重要であることから、血圧を測定する習慣がない場合は測定するよう促す。

I 指導の流れ

対象者のライフスタイルや食習慣を把握する。

食事や血糖値等の状況を自己チェックするとともに、血糖コントロールを良好に保つための食習慣づくりを指導する。

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（6 食事状況の評価）（P13～16）や聞き取りから食事摂取状況を確認する 2 血液検査（血糖値やHbA1c等）の検査値、合併症の有無を確認する
毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）
<ol style="list-style-type: none"> 1 健康的な食事を理解し規則正しく食べる 2 栄養バランスのよい食事の摂り方を理解する 3 間食を控える 4 清涼飲料水の摂取を控える 5 食品交換表の使い方を理解する 6 カーボカウントを活用する 7 低血糖時の症状とその対処法を知る
実行可能な目標の設定
<ol style="list-style-type: none"> 1 目標体重に合わせた摂取エネルギー量を設定する 2 炭水化物・たんぱく質・脂質をバランスよく摂取する 3 3食を規則正しく、間食はできるだけ控える
【目標設定を行う時の配慮】
<ol style="list-style-type: none"> 1 目標体重と総エネルギー摂取量の設定 年齢や病態、身体活動量を考慮して個別に設定する。 2 合併症 糖尿病性腎症・脂質異常症・高血圧等がある場合、それぞれのガイドラインに準拠した目標を設定する。
評価 ※評価が行える場合
食事記録により栄養バランスを確認する

II 指導のポイント

食事療法により、摂取エネルギー量が適正に保たれ体重管理が徹底されると、インスリンの分泌能力や働きが改善する。そのためには、栄養バランスの良い正しい食習慣を身につけ、日常生活に必要な栄養素を過不足なく摂取することが大切である。病状、理解度、意欲等に合わせた実践可能な方法を具体的に提示する。

1 健康的な食事を理解し規則正しく食べる

(1) 適切な摂取エネルギー量 (目安)

● 1~36 ■ 1~4

1日の身体活動に必要なエネルギー量(カロリー)は、対象者の体格や日常の身体活動量等により異なる。

エネルギーの摂取量が消費量を上回る状態(正のエネルギー収支バランス)が続けば体重は増加し、逆に、エネルギーの消費量が摂取量を上回る状態(負のエネルギー収支バランス)では体重が減少する。エネルギー収支のアンバランスは、体重の変化で評価し、太り過ぎず、痩せ過ぎない適切な体重を目標に、日常生活に必要なエネルギー摂取量を設定する。

また、1日の身体活動量は、エネルギー量の設定における重要な要素である。身体活動量には、スポーツやフィットネスといった「運動」だけでなく、家事や通勤等の日常生活で行う「生活活動」も含まれる。

目安となるエネルギー摂取量の算出方法は以下のとおりである。

医療機関受診中の場合は、医師の指示エネルギー量に従い指導を行う。指示エネルギー量と必要なエネルギー量との間に乖離がある場合は、医師に確認してすり合わせを行う。

エネルギー摂取量 = 目標体重^{注1)} × エネルギー係数^{注2)}

注1) 標準体重(BMI22)ではなく目標体重を用いる。
(目標体重の計算方法はP37スライドII-2-②「年代別目標体重」のとおり)

注2) エネルギー係数

軽い労作(大部分が座位の静的活動)	25~30kcal/kg目標体重
普通の労作(座位中心だが、通勤・家事、軽い運動を含む)	30~35kcal/kg目標体重
重い労作(力仕事、活発な運動習慣がある)	35~ kcal/kg目標体重

※高齢者のフレイル予防では、身体活動レベルより大きい係数を設定できる。
※肥満で減量をはかる場合は、身体活動レベルより小さい係数を設定できる。
※目標体重と現体重との間に乖離がある場合は、上記を参考に柔軟に係数を設定する。

【JADECカードシステム[®]-1】

【参考：日本人の食事摂取基準2025年版(厚生労働省)/糖尿病治療ガイド2024(日本糖尿病学会編)】

(2) 欠食せず1日3食摂りましょう ● 1~36 ■ 1~4

1日3食を欠かさず食べることで、1日の活動に必要なエネルギーや栄養素を補うことができる。

特に朝食は、エネルギー源としての役割のみならず体温上昇、インスリン等のホルモン分泌、体内時計の同調効果を含む様々な生理機能において重要であるため、朝食を欠食しないよう指導する。朝食を食べる習慣のない人が、いきなりバランスの良い朝食にするのは難しいため、対象者に合った方法で段階的に指導する。

スライドII-1-①

適切なエネルギー量を摂取しましょう

$$\text{エネルギー摂取量 (kcal)} = \text{目標体重 (kg)} \times \text{エネルギー係数 (kcal/kg目標体重)}$$

Step1 「目標体重」を求める

65歳未満：[身長(m)]²×BMI22

65歳以上：[身長(m)]²×BMI22~25

75歳以上の後期高齢者の目標体重は現体重に基づき、フレイル、ADL、合併症、食事摂食などから総合的に判断する

Step2 身体活動量の目安(エネルギー係数)を決める

25~30kcal/kg目標体重	軽い(座っていることがほとんど)
30~35kcal/kg目標体重	ふつう(座り仕事中心だが、散歩や階段の上り下りをする)
35~ kcal/kg目標体重	重い(立ち仕事や重いものを持ち上げる仕事、活発な運動習慣がある)

高齢者のフレイル予防や肥満にて現体重と目標体重に乖離がある場合は柔軟にエネルギー係数を設定する

スライドII-1-②

エネルギー摂取量の早見表

身長(cm)	140	145	150	155	160	165	170	175	
目標体重(kg) BMI22-25	43-49	46-53	50-56	53-60	56-64	60-68	64-73	67-77	
エネルギー係数(kcal)	25	1,075 1,225	1,150 1,325	1,250 1,400	1,325 1,500	1,400 1,600	1,500 1,700	1,600 1,825	1,675 1,925
	30	1,290 1,470	1,380 1,590	1,500 1,680	1,590 1,800	1,680 1,920	1,800 2,040	1,920 2,190	2,010 2,310
	35	1,505 1,715	1,610 1,855	1,750 1,960	1,855 2,100	1,855 2,240	2,100 2,380	2,240 2,555	2,345 2,695

【ステップ①】

食べる習慣のない人は生活時間を見直す。

遅い夕食や夜食により起床時に食欲がわかない、朝起きられず朝食を摂る時間がないといった場合は生活時間を見直す。

朝日（光）を浴び、朝食を摂ることで体内時計がリセットされ、生活リズムが整いやすくなることを伝える。

【ステップ②】

まずは1品食べる。

食べやすい乳製品や果物、野菜ジュース（果汁が含まれないものが好ましい）や、手軽にとれるパン、チーズやヨーグルト、インスタントスープ等から始める。

【ステップ③】

食べる習慣ができれば、食品を組み合わせる。

簡単に準備できる食品や料理の組み合わせに挑戦する。朝ごはんの献立を毎回考えることは大変なので、おにぎりやゆで卵、ごはんや納豆、パンと野菜ジュース等、自分の好みの組み合わせを定番化する。考える負担を減らすと、習慣化しやすくなる。

【ステップ④】

主食・主菜・副菜をそろえてバランスよく食べる。

主食・主菜・副菜の3つがそろると、幅広い栄養素がとれるバランスの良い献立になる。より手軽にそろえるためには、一品で主食・主菜・副菜のそろうメニューを活用する、調理や片付けの手間が省ける市販のカット野菜や冷凍野菜、レトルト食品、缶詰を利用する。

【参考：旭川市健康保健部健康推進課健康づくり担当ホームページ】

スライドⅡ-1-③



（3）規則正しい時間に食事を摂りましょう ●1~36 ■1~4

規則正しく時間を決めて食べることは、生活リズムが整い、睡眠や排便にも良い影響が期待できる。対象者のライフスタイルに照らし合わせながら、朝食は起床後にできるだけ早く摂取し、昼食は朝食・夕食との十分な間隔を保つ（目安5時間程度）、夕食は就寝4時間以上前（少なくとも2時間前）に摂取するよう指導する。

夜間は、朝や日中に比べ血糖が上がりやすく、食前と食後の血糖値の変化が大きくなる。血糖の変動幅が大きいと肥満や血管障害（動脈硬化、脳梗塞、心筋梗塞）のリスクが高まる。

夕食が遅くなる場合は、夕方以降の早い時間帯に血糖上昇に影響するごはんやパン等の主食を1品食べ、夜は野菜類と肉・魚等のおかずを少し摂るといった「分食」を提案する。

【交代制勤務者の食生活に関する留意点】

遅い時刻の食事摂取は血糖値の上昇を引き起こしやすく肥満や糖尿病重症化リスクが高まる。夜勤勤務の場合であっても、なるべく普段の食生活パターンに近い時刻に食事を摂取することが望まれる。交代勤務であっても食生活の基本はバランスの良い食事、菓子類や嗜好飲料を多く取り過ぎないこと、また主食だけに偏る食事とならないように、1日の食事の中で主菜や副菜、乳製品、果物等をバランスよく摂取することが大切である。欠食は避け、分割して食べることにより夜間遅い時刻の食事摂取の割合を減らすことで、夜間の血糖上昇や肥満が防げる。

【参考：健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）】

スライドⅡ-1-④

夕食が遅くなる時は「分食」を活用しよう

2 栄養バランスのよい食事の摂り方を理解する

(1) 1日に摂取する栄養素の割合 (PFCバランス)

● 1~36 ■ 1~4

摂取するエネルギー量が決まったら、次は栄養素のバランスが重要となる。三大栄養素「炭水化物・たんぱく質・脂質」等の栄養素の働きや含まれる食材、摂取する量を知ることによって食事療法に役立つ。

①炭水化物

糖質と食物繊維に分けられる。

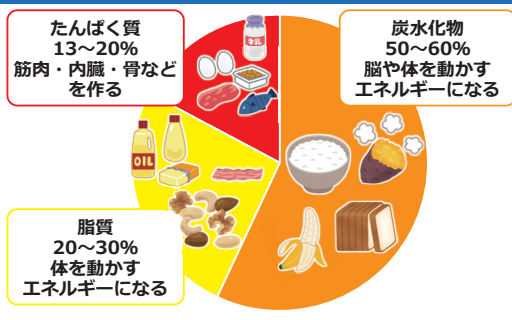
糖質は、1g当たり4kcalのエネルギーを産生する。脳や体を動かすエネルギー源として利用される栄養素である。不足すると、体内のたんぱく質や体脂肪を分解してエネルギー源とするため筋肉量が減少し、疲れやすい、風邪をひきやすい等、体の機能が低下する。過剰な摂取は、食後の血糖値の上昇やインスリンの働きを弱める等、糖尿病の状態を悪化させる。

炭水化物エネルギー比は糖尿病治療ガイド2024において、初期設定として40~60%を摂取することとなっているが、本カードでは腎症重症化予防の観点から、糖尿病食事療法のための食品交換表等に沿って50~60%としている。

食物繊維は、穀類や野菜に含まれ、糖質の消化管での吸収を遅らせ、血糖値の急激な上昇を抑制する。また、食物繊維が豊富な噛みごたえのある食品を食事に取り入れると、よく噛んでゆっくりと食べることになるので、結果的に食べ過ぎを防止したり、少ない量でも満腹感が得られるといった効果がある。1日20g以上を目標に摂取する。

スライドⅡ-1-⑤

1日に摂りたい栄養素の割合



スライドⅡ-1-⑥

五大栄養素のはたらき



②たんぱく質

1g当たり4kcalのエネルギーを産生する。摂取エネルギーの20%までとする。ただし、腎症の進行程度により制限が必要となる。筋肉や内臓、骨等の構成成分となり、酵素やホルモンとして体の働きを調整を行う。

③脂質

1g当たり9kcalのエネルギーを産生する。炭水化物とたんぱく質以外のエネルギーを脂質から摂取する。脂質が25%を超える場合は飽和脂肪酸（肉・乳製品に多く含まれる）を減らす。

(2) 主食・主菜・副菜を組み合わせる

●1~36 ■1~4

主食・主菜・副菜といった異なる料理を組み合わせることで、必要な栄養素をバランスよく摂ることができる。

【主食】

ごはん、パン、麺等の料理。

炭水化物を主成分とするエネルギー源である。

※菓子パンや団子は穀類が原料であるが、菓子類として扱うため主食ではない。

※アルコールは、嗜好飲料として扱う。

【主菜】

魚、肉、卵、大豆製品等の料理。

主にたんぱく質や脂質の供給源で、筋肉や血液等、体を作る材料になる。

主菜は1回の食事で1~2品（1日で3~5品）を目安にそろえる。

【副菜】

野菜、きのこ、海藻、いも類等の料理。

※いも類は炭水化物を多く含むため、摂り過ぎに注意する。

ビタミン、ミネラル、食物繊維の供給源で、体の調子を整える。

1回の食事につき2品程度取り入れ、野菜、きのこ、海藻類は、合わせて1日350g以上の摂取が推奨される。

【乳製品・果物】

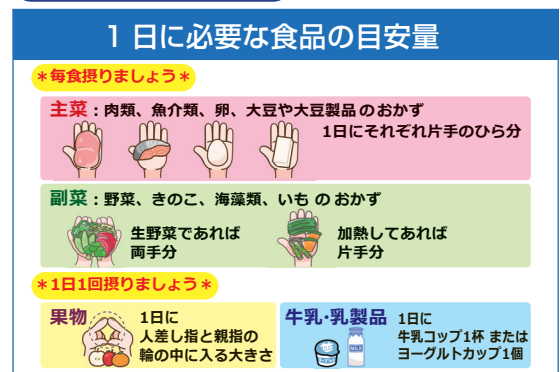
主食・主菜・副菜の3つのほか、牛乳やヨーグルト等の乳製品と果物を1日に1回取り入れる。果物は1日200g摂取することを目標とする。

これらの食品群は、1回の食事のバランスをいつも完璧に整える必要はなく、負担にならない範囲で継続していくことが重要である。毎日の食事を主食・主菜・副菜に当てはめて、足りないものを次の食事や次の日に意識して摂るように指導する。

スライドⅡ-1-⑦



スライドⅡ-1-⑧



3 間食を控える

(1) 間食が血糖値に与える影響 ●1~36 ■1~4

糖尿病があると、健康な人と比べて血糖値が上がりやすく、下がりにくくなる。間食（嗜好品）には、砂糖や油脂が多く含まれており、血糖コントロールに大きく影響する。摂る時間・内容・量によっては、血糖値が十分に下がりきらない状態で次の食事を摂ることになり、エネルギーの過剰摂取にもつながるため、間食はできるだけ控えるように指導する。

食事の代わりとしてお菓子を食べる習慣がある場合は、エネルギーは摂取できてたんぱく質、ビタミン、ミネラル等が不足し、低栄養や筋肉量の低下等を引き起こす可能性がある。

食事からの栄養摂取を基本とした上で、間食が習慣化していてやめられない場合は、牛乳やヨーグルト、チーズ等の乳製品、果物、野菜ジュース（果汁の入っていないもの）等にすると、不足しがちな栄養素であるビタミンやミネラル、食物繊維等を補給することができる。また、200kcal以内を目安に摂取するようにする。

洋菓子やポテトチップスのように脂質の多いものを食べたのなら、揚げ物等油を使った料理を控え、せんべいやパンのように炭水化物の多いものを食べたのなら、主食を少なめにする等食事を調整して、適正なエネルギー量の範囲に抑える。

生活環境や食生活の嗜好を考慮しつつ指導する。

【JADECカードシステム⑩-7】

【参考：e-ヘルスネット（厚生労働省）、日本食品標準成分表2020年版（八訂）（文部科学省）】

4 清涼飲料水の摂取を控える

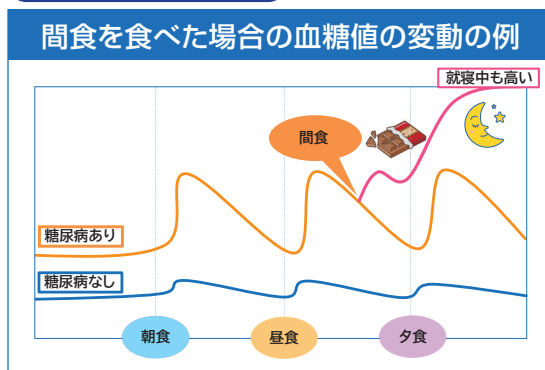
(1) 清涼飲料水に含まれる砂糖の量

●1~36 ■1~4

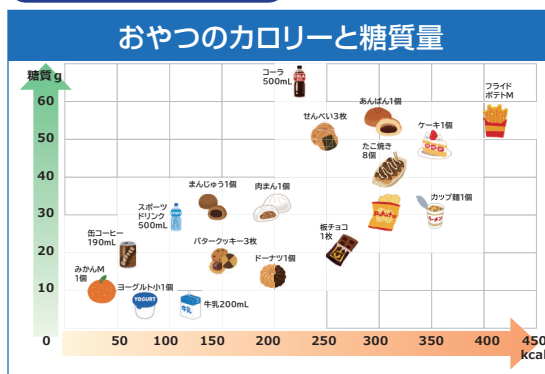
清涼飲料水は、体内への吸収が早いブドウ糖や果糖等の単糖類が、500mLのペットボトル1本当たり25~60g液体に溶けた状態で含まれている。そのため、飲んだ直後から血糖値が急上昇する。清涼飲料水を常飲すると、インスリンの分泌や働きが低下して、高血糖が続く、体が疲れやすくなる原因になる。また、エネルギーの過剰摂取も懸念される。水分補給は、水、お茶、無糖のコーヒー・紅茶・炭酸水等の飲み物を選び、清涼飲料水のような加糖飲料の頻度を減らすよう指導する。

【参考：日本食品標準成分表2020年版（八訂）（文部科学省）】

スライドⅡ-1-⑨



スライドⅡ-1-⑩



スライドⅡ-1-⑪



(2) 食品表示の注意点 ●1~36 ■1~4

食品表示法では、食品100g（飲料100mL）当たりの糖類が2.5g未満であれば「低糖」、「微糖」と表示可能であるため、「低糖だから安心」とたくさん飲んでしまうと糖分の摂り過ぎになる可能性があり注意が必要となる。

※Ⅱ-3食事の工夫（スライドⅡ-3-⑨「栄養強調表示に注意」）参照

5 食品交換表の使い方を理解する

(1) 食品交換表とは ●1~36 ■1~4

糖尿病の食事療法において、栄養バランスの良い食事を組み立てるのに役立つツールとして日本糖尿病学会の「糖尿病食事療法のための食品交換表」がよく用いられる。食品交換表は、日常的に食べている食品を、炭水化物を多く含む食品、たんぱく質を多く含む食品、脂質を多く含む食品、ビタミン、ミネラルが多い食品と調味料を6つのグループに分類し、それぞれの食品の1単位=80kcal当たりの量が示されている。1日の指示エネルギー量（カロリー）を単位に換算し、それを各食品グループにバランス良く配分して食事量を決めていく。同じ表内の食品であれば、単位を守って交換することで、自然と栄養バランスが良くなる仕組みになっている。

<食品の分類>

[表1] 穀物、いも、豆 等（炭水化物を多く含む）

[表2] 果物（果糖やブドウ糖を多く含む）

[表3] 肉、魚介、大豆、卵、チーズ（良質のたんぱく質を多く含む）

[表4] 牛乳、乳製品（カルシウムや良質のたんぱく質を多く含む）

[表5] 油脂、マヨネーズ、バター、ベーコン、ピーナッツ、アボカド等（脂質を多く含む）

[表6] 野菜、海藻、きのこ、こんにゃく等（食物繊維、ビタミン、ミネラルを多く含む）

[調味料] 味噌、みりん、砂糖 等（糖質、脂質を含むものあり）

【参考：糖尿病食事療法のための食品交換表 第7版（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-1-⑫

食品交換表の活用方法

① 1日の指示エネルギー量を単位に直す（1単位=80Kcal）

1日の指示エネルギー (例) 1600 kcal \div 80 = 1日の指示単位 20 単位

② 食事に占める炭水化物の割合（主治医が選択）

60% 55% 50%

③ どの表から何単位とるか決める (例) 1600kcal/炭水化物55%の場合

1日の指示単位 20 単位

表1	表2	表3	表4	表5	表6	調味料
9	1	5	1.5	1.5	1.2	0.8

※主治医や管理栄養士が食習慣やし好等を聞きバランスよく配分する

④ 朝食・昼食・夕食・間食への配分

3食ほぼ均等

表1の食品 穀物、いも、豆など	表3の食品 魚介、大豆、卵、チーズ、肉	表6の食品 野菜、海藻、きのこ、こんにゃく
--------------------	------------------------	--------------------------

その日の料理に合わせて分ける

表5の食品 油脂、多脂性食品など	調味料 みそ、みりん、砂糖など	表2の食品 くだもの	表4の食品 牛乳など
---------------------	--------------------	---------------	---------------

（表2表4は間食にしてもよい）

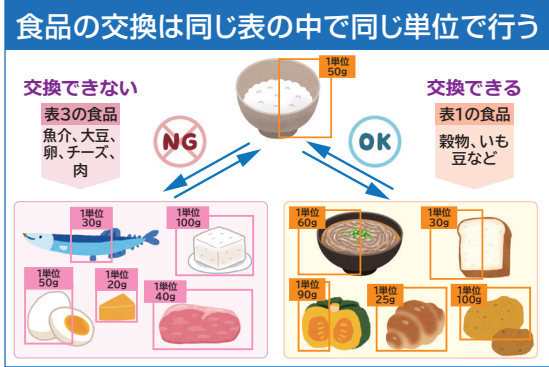
(2) 食品交換の仕方 ●1~36 ■1~4

食品交換表では、それぞれの表に属する食品1単位中に含まれるエネルギーと栄養素の種類は、原則「同じ」と考えるため、同じ表の食品であれば単位数を合わせて交換することができる。

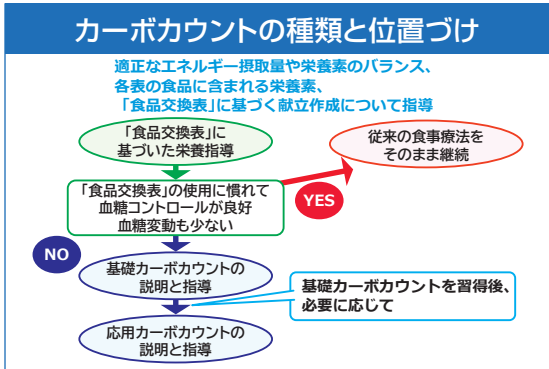
例えば、表1のごはん50g（小さい茶碗に半分）は、同じ表1かつ同じ1単位の食パン30g（6枚切り半枚）に交換ができるが、表3の木綿豆腐100gは、同じ1単位であっても、表が異なるため交換することはできない。

異なる表の食品との交換を避けることで、栄養素の調整を考えなくても自然と栄養素のバランスがとれることが食品交換表を用いるメリットである。

スライドⅡ-1-⑬



スライドⅡ-1-⑭



6 カーボカウントを活用する

(1) カーボカウントの方法 ●1~36 ■1~4

食事に含まれる炭水化物（糖質）は食後血糖値を上昇させやすい。カーボとは炭水化物を英語でカーボハイドレイト（carbohydrate）というところからきており、炭水化物（カーボ）の量を計算（カウント）し、一定にすることで、食後血糖値の変動を安定させる方法である。

【参考：医療者のためのカーボカウント指導テキスト（日本糖尿病学会）】

【基礎カーボカウント】

食品交換表を用いた食事療法を行っているが血糖コントロールが改善しない、予期しない高血糖あるいは低血糖が生じる、日によって1日の食事量（全体量）が大きく違う、食事療法をストレスと感じているといった人に向いている。

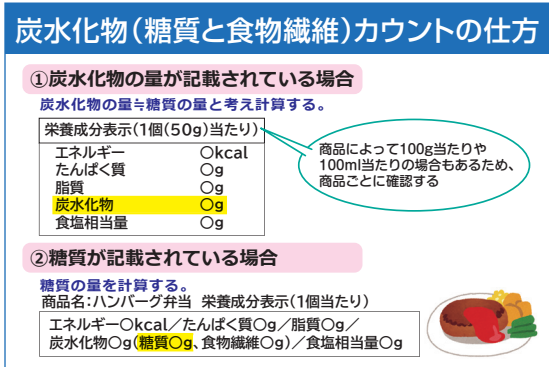
食品ごとの糖質量を計算するため血糖管理の精度が上がる。

主食と副食に分け食品ごとの糖質量をおおまかに下記の計算式で算出する。

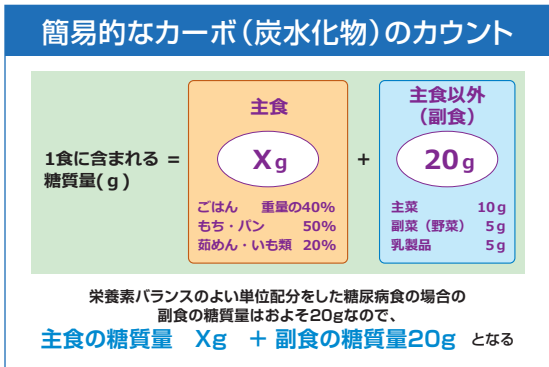
$$1 \text{ 食の糖質量} = \text{主食の糖質量} (X \text{ g}) + \text{副食} 20 \text{ g}$$

【参考：医療者のためのカーボカウント指導テキスト（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-1-⑮



スライドⅡ-1-⑯



【応用カーボカウント】

基礎カーボカウントを習得してから活用する。主に、1型糖尿病の方やインスリンを使用している2型糖尿病の方が対象となる。

超速効型インスリン1単位でどれくらいの糖質量を処理できるかを「糖質/インスリン比」という。医師が患者ごとに設定するが、10~15gであることが多い。

食前血糖値が高い場合には血糖値を補正するためのインスリンを追加する。1単位のインスリンで下がる血糖値を「インスリン効果値」という。医師が患者ごとに設定するが50mg/dL/Uから始めることが多い。

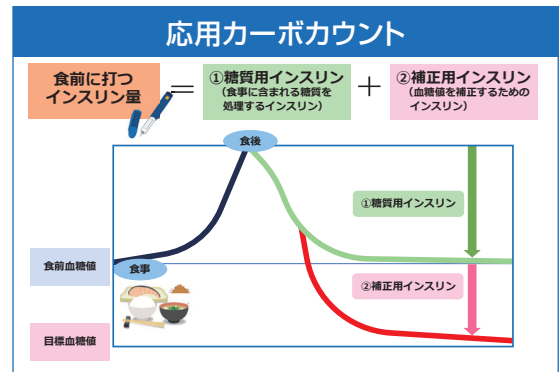
インスリンの調整は「食事インスリン」（食事に含まれる糖質量を処理するインスリン）と「補正インスリン」（食前血糖値から目標血糖値に合わせるインスリン）を合わせた量とする。

インスリンは、一般的に、早朝から午前中にかけて効きにくく、午後は効きやすい。

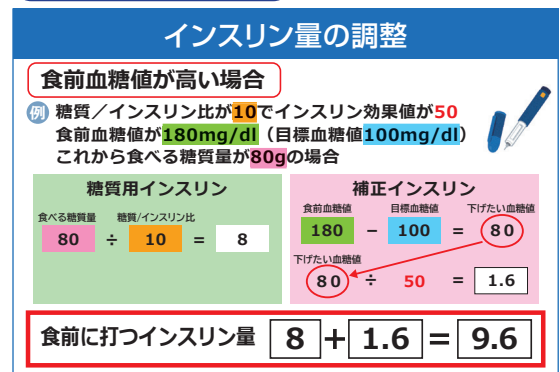
また、インスリンの効きやすい日として、運動量（活動量）の多い日、運動した翌日、食事量が少なかった日、気温の高い日等がある。反対に、インスリンの効きにくい日としては、活動量の少ない日、食事量が多かった日、気温の低い日、ストレスがかかった日、風邪等で熱のある日、（女性は）月経の始まる前1週間等があるため、対象者の状況に合わせて調整する。

【参考：医療者のためのカーボカウント指導テキスト（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-1-⑰



スライドⅡ-1-⑱



(2) 糖質の量を計算 ●1~36 ■1~4

糖質を多く含む主食、いも類、かぼちゃ、豆（大豆以外）、果物、牛乳・乳製品、一部の調味料（砂糖、みりん、ケチャップ、ソース）、一部のアルコール（ビール、日本酒等）、嗜好食品（お菓子、ジュース、ジャム等）は、糖質量をカウントする必要がある。

糖質の少ない肉、魚、卵、大豆製品（豆腐、納豆等）、野菜、海藻、調味料（塩、しょうゆ、ドレッシング、マヨネーズ、料理酒、ゼロカロリー甘味料）等はカウントする必要がない。

それぞれの糖質量は食品交換表の参考資料等を参照するとよい。主食の糖質量は、ごはん（重量の40%）、パン（重量の50%）、茹で麺（重量の20%）、乾麺（重量の70%）となる。日常的に摂取する主食の種類と量から糖質量を把握しておくとうい。

7 低血糖時の症状とその対処法を知る

(1) 補食とする食品と量 ●1~36 ■1~4

低血糖とは、血液中のブドウ糖が少なくなり過ぎることで、具体的には血糖値が70mg/dL未満になった状態である。低血糖は、インスリン分泌を刺激する経口薬・インスリン注射の量が多い場合や食事量が少ない場合、運動量が多い場合等でも起こる。

低血糖の症状を感じたら、ブドウ糖5~10gか砂糖10~20g程度をすぐに摂れるよう、緊急時に備え常時携帯しておくことが大切である。

清涼飲料水やジュースで糖分を含むもの（200mL~350mL）も代用できるが、商品によっては血糖値を上げる効果のない人工甘味料が入っているものもあるので事前に確認する必要がある。また、飴やチョコレートといった固形物は咀嚼、嚥下、吸収に時間がかかり緊急時には適さない。

糖分を補給したあとはできるだけ安静にする。補給後15~20分ほどで症状がおさまったら、食事時間が近ければ食事にするか、炭水化物の多い食品（食品交換表の「表1」）を2単位ほど摂って再発を防ぐ。低血糖を起こしたときは早めに医師に報告して指示を仰ぐようにする。

【JADECカードシステム②-3】

スライドII-1-19

糖質量の多い食品群・少ない食品群

糖質を多く含む食品群	糖質を含まないか少量の食品群
表1 ・穀物（ごはん、パン、麺、その他の穀物） ・いも ・かぼちゃ、くりなど ・豆（大豆を除く）	表3 ・魚介（魚・貝・いか・たこ・えび・かに等） ・大豆（えだ豆含む）とその製品（納豆・豆腐・豆乳など） ・肉、チーズ ・肉（牛・豚・とりなど）とその加工品（ハムなど）
表2 ・くだもの	表5 ・油脂類（サラダ油・バター等） ・脂質の多い種実 ・多脂性食品
表3 ・牛乳と乳製品（チーズ除く）	表6 ・野菜（炭水化物の多い一部の野菜を除く） ・海藻・きのこ・こんにゃく
調味料 ・みそ、みりん、砂糖など	
アルコール飲料 糖類を含む醸造酒、糖添加酒	
嗜好飲料 砂糖・ブドウ糖を含む飲料	
菓子類 糖質量は、個々の製品によって差が大きいので、交換表に掲載されている数値は参考値とする	

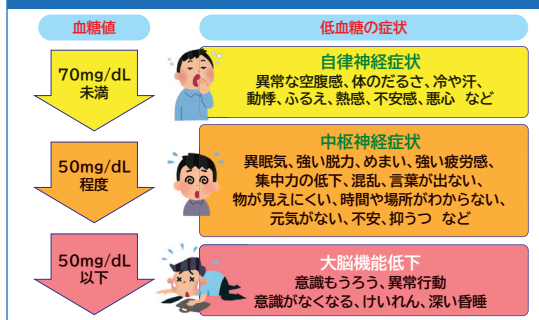
スライドII-1-20

主食の糖質量

ごはん(重量の40%) 100g=35g 150g=55g 約150g=35~40g ごはんのおにぎり1個 コンビニのおにぎり1個	パン・もち(重量の50%) 8枚入り 45g=23g 6枚入り 60g=30g もち1個 50g=25g ロールパン 30g=15g クロワッサン 50g=18g
ゆで麺(重量の20%) そば 180g=45g うどん 240g=50g スーパー1貫 約20g=7g 目録すし1貫 約17g=6g	いも類 他(重量の20%) さといも(2個) 140g=15g じゃがいも(1個) 110g=18g さつまいも(1/3本) 60g=18g かぼちゃ(1/16個) 90g=15g
乾麺(重量の70%) パスタ(乾) 100g=70g	

スライドII-1-21

低血糖の進行とその症状



スライドII-1-22

低血糖時に補食する食品と量

緊急時に備え、どれかを携帯しておきましょう

ブドウ糖 5~10g 砂糖 10~20g ブドウ糖ゼリー 25g

コーラ・ジュース(砂糖入り) 200~350mL

人工甘味料が入っていないものを選ぶ

I 指導の流れ

糖尿病における肥満の弊害は多岐にわたる。肥満は糖尿病の病態の進行・悪化を助長するため、重症化予防の点から減量による代謝改善に取り組めるよう動機づけを行う。

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 体重測定・BMIのチェックを行う 2 肥満以外の疾患の確認を行う
毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）
<ol style="list-style-type: none"> 1 肥満による弊害を理解する 2 減量の効果・工夫 3 目標体重を決める（年代別目標体重） 4 体重を測る
実行可能な目標の設定
<p>肥満では、現体重の3%の減量を、高度肥満では現体重の5～10%の減量を目指す 【参考：糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）】</p>
【目標設定を行う時の配慮】
<ol style="list-style-type: none"> 1 合併症がある場合 高血圧症や脂質異常症等がある場合は、医師や管理栄養士からの食事療法等を受けるよう勧める。 2 自宅に体重計がなく体重測定が困難な場合 体重測定ができる環境（通院時、公衆浴場、運動施設、地域の通いの場等）を紹介する。
評価 ※評価が行える場合
<ol style="list-style-type: none"> 1 体重の変動を確認する 2 体脂肪量の測定には、二重エネルギーX線吸収（DXA）法や生体電気インピーダンス法（BIA法）等があればこれらを用いる

II 指導のポイント

肥満は糖尿病の病態の進行・悪化を助長する重要な因子であり、肥満を伴う糖尿病では減量による代謝改善が重要である。体重の変化から、体調や病状の変化が実感できるよう指導する。

1 肥満による弊害を理解する

（1）内臓脂肪の増加

肥満によって内臓脂肪が増えると、増大した脂肪から悪玉アディポサイトカインが産生される。その中には、血栓を作りやすくするPAI-1やインスリン抵抗性を引き起こすTNF- α とレジスチン等がある。肥満による内臓脂肪蓄積は、脳梗塞や心筋梗塞等の大血管疾患の発症に大きく影響する。

（2）慢性炎症

脂肪（細胞）が分解される時、「炎症」という現象が体内で生じる。この炎症は、本来自然と収束するが、脂肪を溜めこみ過ぎていると収束することができずに慢性化してしまう。この慢性炎症により、体内のインスリンの効き目が悪くなる。また、脂質代謝の異常もインスリン抵抗性を悪化させ、動脈硬化を進行させるため注意が必要である。

【高インスリン血症】

インスリン抵抗性が増大するとそれを補うようにインスリン分泌が過剰になる（高インスリン血症）。これが持続すると膵臓が疲弊しインスリン分泌不全に至ることがある。また、空腹感の増加、体重増加、疲労感、集中力の低下等がおこり、意識障害や失神等の重度の低血糖症状が現れることもあるため注意が必要である。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）/糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）】

2 減量の効果・工夫

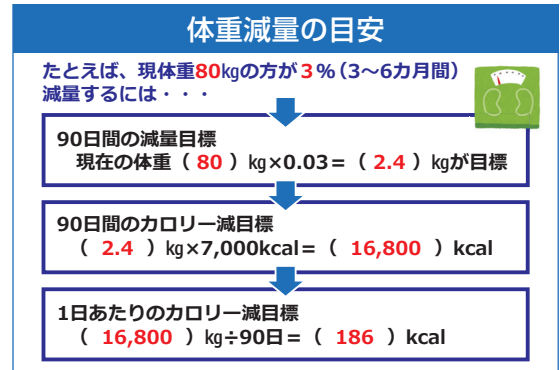
●1～36 ■1～4

糖尿病におけるBMI25kg/m²以上の肥満、特に内臓脂肪型肥満は、減量による代謝改善を図る必要がある。

肥満（BMI25kg/m²以上）では、現体重の3%の減量を、高度肥満（BMI35kg/m²以上）では現体重の5～10%の減量を目指す。

その減量の効果には上記の肥満によるリスクを低下させる他、糖尿病管理に対する自信とモチベーションを高め、治療の継続性や改善が高まることにもつながる。

スライドⅡ-2-①



3 目標体重を決める(年代別目標体重)

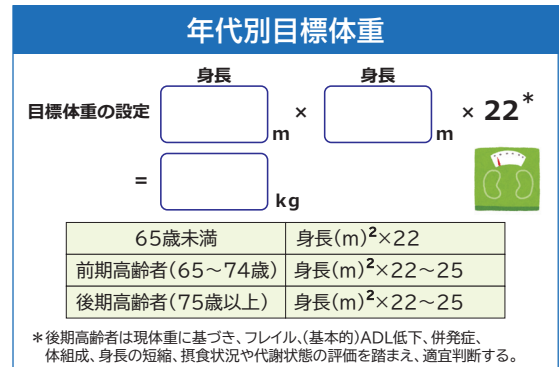
●1～36 ■1～4

目標体重の目安として、65歳未満は身長(m)²×22、前期及び後期高齢者(65歳以上)は身長(m)²×22～25となるが、75歳以上の後期高齢者では、現体重に基づき、フレイル、ADL低下、合併症、体組成、身長短縮、摂取状況や代謝状態の評価を踏まえ、適宜判断する。

【JADECカードシステム⑩-6】

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-2-②



4 体重を測る

●1～36 ■1～4

①定期的に体重を測定しましょう

毎日、体重を測ることで良好な食生活や運動習慣を意識することにつながる。

体重1kgは6,000～7,000kcalのエネルギーに相当するので、1か月で1kgの減量をするためには、日々の食生活と運動習慣を見直し、1日当たり200～300kcalを減らすと1～2kgの体重を減少させることができる。

【JADECカードシステム⑩-4】

②正しい体重測定と評価方法

体重測定は同じ条件下で行うことが基本である。理想は起床後で排尿を済ませた後が好ましいが、忘れずに体重測定を行える決まった時間帯を選んでもよい。日々の体重は食事内容や量、飲水量等の影響を受ける。そのため、体重変動の評価は測定日から4週間の変動で行うとよい。

I | 指導の流れ

対象者の食習慣に問題点や課題がないか確認を行う。良好な血糖コントロールを保つために必要な知識や情報の提供を行い、食習慣の定着に向けた動機付けと実践に繋げる。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 食事の仕方（食事の選び方、食べる速度、食事をする場所 等）の確認を行う
- 2 食品と血糖値の変動について知識があるか確認する

毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）

- 1 血糖コントロールを意識して食べる
- 2 外食・中食の選び方と注意点を知る
- 3 栄養成分表示の活用方法を知る
- 4 糖尿病患者向けの配食サービスの利用
- 5 生活困窮者の指導のポイント

実行可能な目標の設定

- 1 血糖値に影響を与えにくい、食事の仕方を提案する
- 2 外食や中食を利用する場合の選び方を提案する

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 食事に十分な時間がかけられない人への配慮
スーパーやコンビニ等で手軽に購入できる物の中で、血糖コントロールを良好に保てる食品の選び方を提案する。本人がよく手にする食品を確認し、その中で利用できるものはないかも一緒に検討していく。また短時間でできる簡単な調理法等の提案も行う。
- 2 外食や中食を週3回以上利用する場合
外食や中食はエネルギーや塩分が多く、頻回に利用すると血糖値の悪化や体重増加を引き起こす可能性があることを伝える。その上で外食や中食を利用する際の食品の選び方や、食べ方の工夫等の指導を行っていく。また最近では栄養成分表示を行っている店舗も増えているため、お店選びの選択肢に入れてもらうように提案する。
- 3 生活困窮者等
食事に使える金額が限られていることが考えられるため、安価で手に入りやすい食品の提案を行う。また簡単にできる調理方法等を指導していく。
対象者は食事によって血糖値をコントロールしたり、健康に配慮することが難しいと感じている可能性も考えられる。対象者に合わせた実践できることを一緒に考えて提案していくことが重要である。また必要に応じて市町が行っている配食サービスやフードバンクの情報提供も行う。

評価 ※評価が行える場合

食事記録により食事の選び方の変化を確認する

II | 指導のポイント

良好な血糖コントロールを行うために、対象者の生活環境を把握し、普段の生活に取り入れられる食事の工夫を指導する。

1 血糖コントロールを意識して食べる

(1) 食べ方が血糖値に与える影響

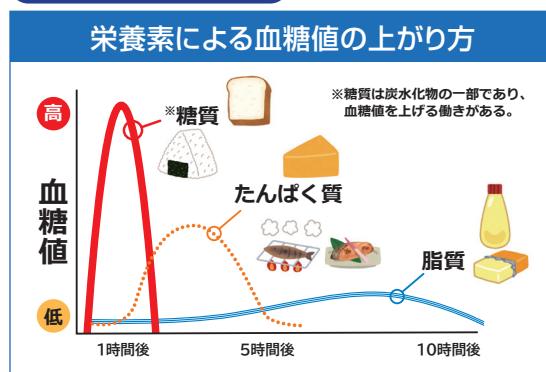
● 1~36 ■ 1~4

良好な血糖コントロールを維持するためには、食べたものによって起こる血糖値の変動を理解する必要があります。

栄養素のうち血糖値に影響を及ぼすものは炭水化物・たんぱく質・脂質の3種類である。この3種類の栄養素は血糖値の上昇の仕方がそれぞれ異なっている。炭水化物は糖質と食物繊維に分けられ、そのうち糖質が血糖値の変動に関係する。糖質は食後急激に血糖値を上げるが、下降も速い特徴を持っている。たんぱく質は糖質に比べて時間をかけて上昇し下降する。脂質は3つの栄養素の中で一番遅れて血糖値を上昇させ、上昇幅も一番小さく緩やかに上がる。

血糖値を正常化させるために、まずは炭水化物を多く含む主食や菓子類、清涼飲料水の摂取頻度や量を見直すことが大切である。また脂質を多く含む食品を摂ると血糖値が下がりきらず食後高血糖を維持してしまう可能性がある。炭水化物と脂質が共に多く含まれている食品、特にカレー、ラーメン、揚げた菓子パン等は、食後の血糖値の上昇が大きく、時間が経ってもなかなか下降しないことが多い。それらを頻回に選んでいる対象者については食べる頻度を減らすように指導を実施する。普段対象者が食べている食事の内容を把握し、予想される食後の血糖値の変動を資料に書き込みながら説明するとより理解しやすい。

スライドⅡ-3-①



(2) 急激な血糖上昇を防ぐための食事のポイント

～バランス良く献立を選ぶ～

● 1~36 ■ 1~4

資料を見せながら具体的な食品・献立を示し、主食・主菜・副菜・牛乳乳製品・果物を1日でバランスよく摂れるよう指導する。また普段食べている食事がどの分類に入り、偏った食事内容になっていないか確認を行う。特に主食と主菜は個人により必要な量が異なるため、指示エネルギーに応じた量を資料に書き込みながら説明していくとわかりやすい。

スライドⅡ-3-②

【主食】 …ごはん、パン、麺

主にエネルギー源となるもので、炭水化物を多く含む。

炭水化物を適度に摂ることは、満腹感につながり、脂質の摂り過ぎを防ぐ。

主食に偏った食事は血糖値の上昇を引き起こす。一度に食べる主食の量の確認や、主食の重ね食べにならないように指導を行う。

主食の中でも玄米や雑穀入りのご飯、全粒粉やライ麦のパンは、精白されたごはんやパンに比べて食物繊維が含まれている。食物繊維を多く含むものを選ぶことで血糖値の急激な上昇を抑えることができる。

麺やパンは食塩を含むものが多く、パンは砂糖や脂質も含むものが多い。添加されている調味料が少ないものを選ぶようにする。

【主菜】…肉、魚、卵、大豆製品

たんぱく質や脂質を含んでいる。

1つのたんぱく質食品に偏らず、満遍なくいろいろな食品を取り入れるとバランスが良くなる。

肉類・魚介類は種類や部位により、脂質を含む量に差がある。脂質の多い料理ばかりにならないように注意する。

油を多く使う料理法はエネルギーが多くなり、体重増加につながる。また砂糖を多く使う味付けは血糖値を上昇させやすいため気を付ける。(腎機能が低下してたんぱく質の制限が必要な方には、油を多く使った調理でエネルギーを補うことは有効である。病態に合わせて指導を行う。)

ラーメン、カレー、スパゲッティー、丼もの、寿司等は主食・主菜がまとまった献立となっている。重ねて主食・主菜を摂り過ぎないように注意する。

【副菜・汁物】…野菜、きのこ、海藻

ビタミン、ミネラル、食物繊維を摂ることができる。

食物繊維は食物の消化吸収を緩やかにし、血糖値の上昇を抑える働きや、空腹感を抑える効果がある。毎回の食事で十分に摂れるように提案する。

副菜のうち、いもやとうもろこしを含むものは糖質が多く含まれるため血糖値を上昇させやすい。一度の食事で多くなり過ぎないように注意するとともに、一緒に食べる主食の量を調整することで血糖値の上昇を防ぐことができる。

漬物、佃煮、汁物は塩分を多く含む。食べ過ぎに注意する。

【牛乳・乳製品】

カルシウムやたんぱく質の補給源になる。

たくさん食べるとエネルギーや脂質の過剰摂取につながる可能性がある。適量を摂るように注意する。

脂質異常症がある場合は低脂肪乳等も活用する。

【果物】

ビタミンCやカリウム、食物繊維、ポリフェノール等を多く含む。果物には糖質(果糖)が多く含まれているため、血糖値が上がしやすい。適正な量の指導を行う。缶詰やドライフルーツは特に糖質の量が多いため注意する。

食事の最初に食べると血糖値を急激に上げることにつながるため、食事の最後に食べることが望ましい。

【参考：糖尿病治療の手びき2023 改訂第58版増補(日本糖尿病学会) / 健康食スタートブック-生活の質向上をめざして-(日本糖尿病学会)/食事バランスガイド(農林水産省)】

スライドⅡ-3-③

急激な血糖上昇を防ぐための食事のポイント②

★バランスよく献立を選びましょう

副菜・汁物：食物繊維・ビタミン・ミネラルを含む

例 1食で2品以上が理想。汁物は塩分が多いため一日1回まで。



いも類・かぼちゃ・とうもろこしを含む副菜は糖質が多い。血糖値を上げやすいため注意!

牛乳・乳製品：たんぱく質・カルシウム含む

例 1日の適正量は下のイラストのうちどれか1つ。



果物：糖質・ビタミン・カリウムなどを含む

例 1日の適正量は下のイラストのうちどれか1つ。



スライドⅡ-3-④

急激な血糖上昇を防ぐための食事のポイント③

【主食】

- 主食に偏った食事や重ね食べは血糖値を上げやすいので注意!
- 麺には食塩、パンには食塩、砂糖、脂質が含まれているものもあります。添加されている調味料が少ないものを選びましょう。

【主菜】

- いろいろな種類のたんぱく質食品を満遍なく摂りましょう。
- 油を使う調理法や脂身が多い肉類・魚類は脂質が多いです。摂りすぎに注意しましょう!
- 煮物など砂糖を多く使う調理方法は血糖値が上がります。

【副菜・汁物】

- 食物繊維を含んでいるため、血糖値の上昇や空腹感を抑える働きがあります。
- 漬物、佃煮、汁物は塩分が多いため、食べすぎに注意しましょう!

【牛乳・乳製品】

- たくさん食べるとエネルギーや脂質の過剰摂取に繋がります。
- 脂質異常症がある方は低脂肪乳なども活用しましょう。

【果物】

- 糖質を多く含むため、食べすぎは血糖値を上げやすくなります。
- 缶詰、ドライフルーツは特に糖質が多いので食べすぎに注意!



スライドⅡ-3-⑤

食物繊維を多く含む食品

野菜

- ・ おくら
- ・ ごぼう
- ・ たけのこ
- ・ ブロッコリー
- ・ 菜の花
- ・ 大豆もやし
- ・ 春菊
- ・ ほうれん草

生野菜は両手一杯分、加熱した野菜は片手に乗る程度

海藻

- ・ ひじき
- ・ ごんぶ
- ・ わかめ

きのこ

- ・ えのきたけ
- ・ しいたけ
- ・ しめじ
- ・ 干しいたけ



(3) よく噛んで食べましょう

食事はゆっくりよく噛むことで、急激な血糖値の上昇を防ぐことができる。またよく噛むことにより脳に満腹サインが送られるため、食べ過ぎを防ぐことにもつながる。

欠食をすると次の食事で血糖値が急激に上昇するため、できるだけ3食を同量、同時刻に食べることが望ましい。

【JADECカードシステム ⑫-12】

【参考：糖尿病治療の手びき2023 改訂第58版増補（日本糖尿病学会）】

2 外食・中食の選び方と注意点を知る

(1) 外食や中食の選び方 ●1~36 ■1~4

外食や中食は量が普段の食事と比べて多い場合や、味付けが濃いこともあるため、頻回に利用すると血糖コントロールの悪化や高血圧、腎機能の低下につながる可能性がある。日常的に外食や中食を利用する対象者へ料理の選び方や、量の調節の工夫等について指導を行う。

最近、栄養成分表示を行う店舗が増加している。栄養成分表示を確認することで自分に合った食事量を確認しやすくなるため、お店選びの選択肢に入れてもらえるように情報を提供していく。

【具体的な外食・中食のポイント】

外食では主食量がいつもより多いことがある。ごはん・パン・麺はいつも食べている量と同じになるよう、少な目で注文したり、いつもより多い分は残す等して調節する。

ラーメンとチャーハン、うどんといなりずし、ハンバーガーとポテトといった主食の重ね食べは血糖上昇を引き起こすため避けるようにする。1食につき主食は1品が基本である事は外食・中食でも変わらないことを指導する。

主食以外にも・かぼちゃ・とうもろこし等、炭水化物を使った献立がある場合は注意が必要である。これらのおかずの分量が多いと1食の炭水化物の比率が多くなり、血糖値の上昇を引き起こす。他のものに変更が可能な場合は変更し、食べる場合は少量に留めるようにする。

丼ものや麺類の献立は炭水化物・たんぱく質・脂質に栄養が偏りやすく、他の栄養素が不足しやすい。丼ものや麺類を食べる時は野菜が含まれるものを選んだり、副菜を追加するように工夫する。もしくはなるべく品目が多くバランスが取れる和定食等を選ぶようにする。

減量中は、油を多く使った料理は少量にしたり、衣をはがす等工夫する。野菜が少ない場合は、野菜の料理を追加するか、同じ日の別の食事で補うと良い。

外食や中食は塩分が高い傾向にあるので、塩分量が多くなりすぎないように、ドレッシングやソース等のかけすぎに注意したり、汁物は具だけ食べて汁を残す、漬物類は食べずに残す等の工夫をすると良い。

お弁当等の中食を利用する場合も外食と同様に、野菜の少ない弁当の時は、サラダや惣菜等を加えると良い。

【JADECカードシステム ⑫-9】

【参考：健康食スタートブック-生活の質向上をめざして-（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-3-⑥

外食・中食のポイント①

<p>主食の量・重ね食べに注意!</p> <ul style="list-style-type: none"> 量が多くなりすぎないようにする 少な目を注文 残す 主食を重ねない <p>ラーメンとチャーハン うどんといなりずし</p>	<p>炭水化物の多い献立に注意!</p> <ul style="list-style-type: none"> いも、かぼちゃ、とうもろこしを使った副菜は血糖値を上げやすい。 食べる量の調節や献立を変更する。 <p>残す</p>
<p>バランスの取れた料理を選ぶ</p> <ul style="list-style-type: none"> 丼ものや麺類より、バランスの取れた和定食を選ぶ。 	<p>丼ものや麺類を食べるとき</p> <ul style="list-style-type: none"> 炭水化物、たんぱく質、脂質に偏りやすい。 野菜が多いものを選んだり、副菜を追加し栄養を補う。 <p>副菜を追加 野菜が多いものを選ぶ</p>

スライドⅡ-3-⑦

外食・中食のポイント②

<p>減量中は油ものを控える</p> <ul style="list-style-type: none"> 油ものは脂質が多い。 脂の少ない部位を選ぶ 脂身を残す 衣を取り除いて食べる 	<p>塩分の摂りすぎに注意!</p> <ul style="list-style-type: none"> 外食や中食は味付けが濃く、塩分量が多いことがある。 調味料をかけすぎない 汁物は具だけ食べる 漬物は残す
<p>野菜の少ない献立は副菜を足す</p> <ul style="list-style-type: none"> 野菜の少ないお弁当など食べる時はサラダや惣菜を追加する。 	<p>外食や中食は上手に活用しましょう! 血糖値を良好に保てるように、ポイントを抑えて食べましょう!</p>

3 栄養成分表示の活用方法を知る

食品表示法により加工食品は栄養成分表示が原則義務化されている。血糖コントロールを良好に保つために、栄養成分表示を上手に活用するよう指導する。

栄養成分表示はエネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物、食塩相当量が示されている。食品により100g、100mL、1食、1包装当たりと単位が異なることがある。表示と食べる量に違いがないか確認をするように指導を行う。

栄養成分表示に書いてあるエネルギーの量が過剰になっていないか確認が必要である。また炭水化物・たんぱく質・脂質の割合に偏りがある食品は血糖値に影響をしやすい。炭水化物または糖質が多く入っている食品は血糖値を上げやすく、脂質が多く入っている食品は血糖値を下げにくい。食品により栄養成分の構成が異なることの理解を促していく。

糖尿病を持っている方は食事の塩分量も気に掛ける必要がある。特に高血圧の方や腎機能が低下している方は、塩分の過剰摂取が病態を悪化させるため、塩分量の多い食品を避けることは重要である。栄養成分表示の中で塩分は「食塩相当量」と示されている。

また腎機能が低下している方の中には、たんぱく質の制限が必要な方がいる。医師より指示されているたんぱく質量を超えないように、栄養成分表示の確認を促す。

食品を選ぶ際には栄養強調表示に注意が必要である。「カロリーゼロ」、「カロリー控えめ」、「カロリーオフ」の表示は、カロリーが含まれていないという意味ではないため、栄養成分表示を合わせて確認するよう注意する。

【JADECカードシステム[®]-9】

【参考：健康食スタートブック-生活の質向上をめざして-（日本糖尿病学会）/栄養成分表示を使って、あなたも食塩摂取量を減らせる（消費者庁）】

スライドⅡ-3-⑧

栄養成分表示について

①表示されている栄養素

エネルギー・たんぱく質・脂質・炭水化物・食塩相当量が表記されています。炭水化物は糖質と食物繊維に分けて表記されることもあります。

②栄養素の量

100g、100mL、1食分、1包装当たりと食品により単位が異なります。栄養成分表示の量と食べる量に違いがある場合は注意しましょう。

③糖尿病の方が確認したいポイント

エネルギーと三大栄養素の量を確認しましょう。
 ●エネルギーは過剰になっていないか
 ●炭水化物または糖質の割合が多くないか
 ●脂質の割合が多くないか

④塩分量に注意

高血圧の方、腎機能が低下している方は塩分の摂りすぎに注意が必要です。食塩相当量を確認しましょう。ナトリウム量で表記されている場合は計算して求めましょう。

⑤腎機能が低い方

たんぱく質の制限が指示されている方は、栄養成分表示で数値を確認しましょう。

栄養成分表示	
② 1食分(100g当たり)	エネルギー 156kcal
	たんぱく質 2.5g
	脂質 0.3g
	炭水化物 37.1g
	食塩相当量 0g

スライドⅡ-3-⑨

栄養強調表示に注意

■栄養強調表示

食品表示基準では特定の栄養成分について補給できること、適切な摂取ができることを表示する基準を定めています。「カロリーオフ」の表示はカロリーが含まれていないという意味ではありません。栄養成分表示もあわせてみるようにしましょう。

食品100g当たり(飲料は100ml当たり)のエネルギー	
含まない表示 「カロリーゼロ」 「ノンカロリー」等	5kcal未満
低い表示 「カロリー控えめ」 「カロリーカット」等	40kcal (飲料の場合は20kcal) 未満
低減された表示 「カロリーオフ」 「カロリーカット」等	他の同種の食品に比べて40kcal(飲料の場合は20kcal)以上低減かつ低減されたカロリーの割合が25%以上



4 糖尿病患者向けの配食サービスの利用

独居や高齢者世帯等では、家庭調理が効率的ではなかったり、調理することが難しい場合もある。外食や中食でバランスの良い献立を選ぶ方法もあるが、栄養成分が計算された配食サービス等を利用することも血糖コントロールの1つのツールになることを伝える。ただし価格が高価だったり、料理のマンネリ化を感じてしまう場合もある。複数の業者を交互に利用したり、週に何回かは自炊する等、対象者に合わせた利用方法を指導者は一緒に考え指導を行う。

5 生活困窮者の指導のポイント

収入が不十分で生活が困窮している方は、食費に回せる金額が限られている場合があり、安く簡単に空腹が紛れるような食品、例えば菓子パンや即席麺等を頻回に選んで食べていることがある。そのため主食に偏った食事になりやすく、炭水化物以外の栄養素が不足しやすい。特に野菜は価格の高騰が続いているため、購入が困難になりやすい。そのような理由から食事によって血糖値をコントロールしたり、健康に配慮するということが難しいと対象者が感じている可能性が考えられる。正しい食事の知識を繰り返し丁寧に伝え、ヘルスリテラシーを上げていくことが重要であり、それに加えて対象者が実践可能な方法を一緒に考えて提案する。また、対象者によっては調理が難しい場合も考えられる。誰でも簡単にできる献立（キッチンバサミで食材を切る・電子レンジを使って調理する・購入した物を混ぜるだけ等）を提案したり、出来合いの物を上手に組み合わせるバランスの良い献立にする等、対象者に合わせた方法を考え指導する。

スライドⅡ-3-⑩

食事のポイント〈食品の選び方〉			
安価で手軽に食べられる食材を利用して、バランスの良い食事を摂りましょう 食品選びのポイント			
項目	比較的安価な食品	控えてほしいもの	ポイント
主食	食パン 乾燥パスタ	じゃが芋 菓子パン 即席めん	<ul style="list-style-type: none"> 安価な主食を上手に活用する。 菓子パン、即席めんは血糖値を上げやすいため、控えめに。 ご飯を炊飯することが手間になる時はパックご飯も活用する。
主菜	納豆 豆腐 缶詰 缶詰	揚げ物 フライ・天ぷら 塩分の多い食品 練り物・加工肉	<ul style="list-style-type: none"> 安価な食品を活用しましょう。 長期保存ができる食品は安売りの時にまとめて購入を！ 揚げ物や塩分の多いものは控えめに。
副菜	カット野菜 野菜ジュース カット野菜 野菜ジュース	糖質が入っている飲料 野菜ジュース 糖質の多い惣菜 ポテト・マカロニサラダ	<ul style="list-style-type: none"> 野菜は道の駅や直売所で安く購入する。 カット野菜は通年価格が安定している。 旬の野菜は安価で栄養豊富。 積極的に選ぶ。 糖質の多い惣菜、野菜ジュースは控える。

【具体的な食事の提案】

①主食

安価で簡単に調理の手間がほとんどかからない即席麺や菓子パン等は生活困窮者が手に取りやすい食品であるが、血糖値を上げやすい。頻回に食べると糖尿病の状態を悪化させてしまうため注意する。麺はそばやうどん、パンは食パン等を選ぶように促す。

乾燥パスタ、じゃがいも等は比較的安価に手に入る炭水化物である。活用した献立を提案していく。

米は価格高騰がつづいているが、パックご飯より精米を購入して炊飯した方が依然安価である。しかし炊飯することが難しい場合はパックご飯を利用することを勧める。

②主菜

スーパーの総菜コーナー等で比較的安価に購入できる揚げ物は、炭水化物と脂質が多いため頻回に食べると血糖値の悪化と体重増加をきたしやすいため注意が必要である。

塩蔵品や加工肉は塩分が高く血圧の上昇、腎機能の低下につながるため頻回に食べないように促す。

納豆・豆腐・缶詰類・卵等、安価に購入できる食材を活用することを提案する。これらの食品は調理の手間があまりかからないため、調理することが難しい対象者でも利用しやすい。

③副菜

野菜の価格高騰が続いていることを考慮し、カット野菜や旬の野菜といった安価で購入しやすい食品を提案していく。カット野菜は手軽に調理することもできる。

野菜の直売所や道の駅等はスーパーに比べて安く野菜を購入することができる場合がある。対象者が住んでいる場所から行きやすい店舗を紹介していく。

野菜ジュース等の飲料を副菜代わりに摂る方もいるが、糖質が多いものは血糖値を上昇させてしまうため好ましくないことを指導する。

自身で調理をするのが難しい対象者に対しては、スーパーのタイムセール等を利用して、惣菜類等を上手に購入するように促す。購入する際はポテトサラダ、マカロニサラダといった炭水化物が多いものではなく、ひじきの煮物、お浸し、ナムル等の食物繊維が多い献立を選ぶように促す。

④その他・嗜好品

菓子、清涼飲料水等は長期間保存しやすく、物によっては他の食品より安価であるため1食の代わりにして食べてしまうことも見られる。あくまで嗜好品であり、食事の代わりにならないことを指導する。

酒類にお金を多く使っている場合は、食費に回らなくなっているケースも考えられる。飲酒は食事の代わりにならないこと、飲酒量が多いと引き起されるリスクを伝え、食事を摂る重要性を理解してもらう。また現在の飲酒量をどのくらい減らせば、食費にお金を使えるか具体的な案を提示していく。

食事のポイント〈嗜好品・調理〉

嗜好品
お酒、菓子類は嗜好品に入ります。食事の代わりにはなりません。
過剰摂取
糖尿病の悪化、体重増加に繋がります。適切な量は医師や管理栄養士に相談しましょう！
相談

簡単調理のポイント！
キッチンバサミを使うと簡単に食材を切れます。
加熱は電子レンジも活用しましょう！
混ぜるだけでも美味しい献立になります！
カット野菜 ツナ缶



I | 指導の流れ

健康食品の摂取状況を確認するとともに、対象者の食習慣と照らし合わせて、摂取している健康食品が本当に必要なものか確認を行う。また、過剰な摂取はないか、現在服用している薬との相互作用の恐れがあるものを摂取していないか等を把握し、適切な使用を支援する。健康食品を利用する際の注意点や、摂ることで起きる可能性のあるリスクについても指導を行う。

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 健康食品・サプリメントの摂取状況を確認する 2 処方薬の確認を行う
毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）
<ol style="list-style-type: none"> 1 適切な健康食品（サプリメントを含む）の摂取 2 健康食品（サプリメントを含む）の種類について理解する 3 健康被害が起きる食品や服薬中の人が必要しなければならない食品・健康食品（サプリメント含む）を知る
実行可能な目標の設定
<ol style="list-style-type: none"> 1 過剰摂取のある人には、適切な用量等の摂取を提案する 2 疾患のある人には、注意が必要な健康食品の理解を促す 3 服薬中の人には、服薬に影響を与える食品や健康食品の注意喚起を促す
【目標設定を行う時の配慮】
<ol style="list-style-type: none"> 1 健康食品（サプリメントを含む）を過剰に摂取している場合 過剰に摂取している可能性がある場合は、その理由を把握するとともに、医師、薬剤師、管理栄養士等へ相談することを勧める。 2 日常の食習慣の中で特定の栄養素を補う必要がある場合 食生活の改善と併せて保健機能食品の適切な利用等を促す。
評価 ※評価が行える場合
健康食品の適切な利用ができているか確認する

II | 指導のポイント

対象者の食生活を把握し、医師の指示や日本人の食事摂取基準に基づき過不足のある栄養素がある場合には、まずは食生活の改善を促す。食事の改善だけでは不足分の栄養素を補うことが難しい対象者については、併せて国が定めている保健機能食品等の使用を必要に応じて指導する。その際には、摂取しようとしている健康食品が疾患や薬剤への効果に影響がないか把握し、影響する場合は適切な使用について指導する。また、使用する場合は、主治医やかかりつけ薬剤師等にも情報提供を促す。対象者には、健康食品（サプリメントを含む）は補助的な役割しかないので、治療の継続と適切な内服、生活習慣（食事・運動・禁煙等）の改善を第一優先に行うことが重要であることを理解していただく。

1 適切な健康食品（サプリメントを含む）の摂取

● 1～36 ■ 1～4

バランスの良い食生活を送ることで、栄養素が不足する可能性は少ないため、利用しようとしている健康食品は本当に必要なものなのかを対象者に考えてもらう必要がある。健康食品はあくまで補助であることをまずは理解し、むやみな摂取は控えるように注意する。

年齢や体調等により食事が少なくなったり、嗜好やアレルギー等で食べられない物がある場合は、食事と合わせて健康食品（サプリメントを含む）を利用することも方法であることを伝える。

しかし、健康食品はそれだけ摂取していれば健康になるというものではない。利用することにより、食生活・生活習慣が改善の方向へ動き出すような使い方が上手な活用方法である。

健康食品を利用する前には必ず、医師等へ相談するよう伝える。現在飲んでいる薬と合わせしまうと薬効に影響を与えたり、副作用が強くなる事例がある。また、病態によっては病状を悪化させてしまう可能性があるため、自己判断で利用を開始することがないように促す。

健康食品は、エネルギーや栄養素欠乏症の予防に役立つ物もあるが、過剰摂取による健康障害のリスクもあるため摂り方の注意が必要である。また、通常食品として摂取しない成分や原材料が製品に含まれていたり、品質管理は医薬品と異なり制度上は求められておらず製造者や製造販売責任者に任せられている等、摂取することでリスクが生じる可能性を理解しておく必要がある。

健康食品は健康な人を対象に作られた製品であるため、糖尿病を持っている方が摂ると血糖値の上昇を引き起こす可能性もある。特に甘い飲料の健康食品には「果糖ぶどう糖液糖」がよく入っており、高血糖を誘引する。利用する食品の炭水化物量（特に糖質の量）の確認が必要である。選択肢があるならば、糖質の少ない種類のものを選ぶようにする。糖質の少ないものでも血糖値の上昇は起きるため、空腹時や就寝前の摂取は避けるように指導を行う。錠剤や粉末の製品は比較的血糖値に影響を及ぼすことが少ないものもあるが、医師や薬剤師、管理栄養士に摂取を考えている製品の内容を確認してもらうように促す。

近年、様々な健康食品が市場に出回っている為、選ぶ際には注意が必要である。病気の人にも使用を勧めているものや、専門家・研究者・有名人が推薦しているもの、有効成分が入っていると宣伝しているもの等、健康に関心のある人が手に取りたくくなるようなものが多く販売されている。信憑性があるかどうかを自分だけで判断せず、必ず医師等に相談をする。指導者は参考資料を用いながら、対象者が健康食品を正しく利用できるように指導する。

【参考：健康食品の正しい利用法（厚生労働省、(独) 国立健康・栄養研究所）】

スライドⅡ-4-①

健康食品を適切に利用しましょう

健康食品を摂る前に・・・

- ・バランスの良い食生活を送ることで、栄養素が不足する可能性は極めて少ないです。
- ・健康食品を利用する前に、普段の食事内容の見直しをしましょう！

こんな方は健康食品で栄養を補うのも方法の一つです。

- 年齢や体調不良により食事が少なくなっている方
- 嗜好やアレルギーなどで食べられない物がある方

- ・健康食品は摂るだけで健康になるというものではありません。
- ・食生活・生活習慣が改善の方向へ動き出すような使い方が上手な活用方法です！むやみな摂取は控えましょう。

スライドⅡ-4-②

健康食品を利用する際の注意点

- ⚠ 健康食品を利用する前には必ず、かかりつけ医・薬剤師・管理栄養士へ相談しましょう。自己判断での摂取は危険です！

- 飲んでいる薬と合わせてしまうと薬効に影響を与えたり、副作用が強くなる場合があります。
- 病状を悪化させてしまう可能性があります。
- 栄養成分の摂りすぎは、健康障害を引き起こすリスクがあります。表示されている用量以上の摂取、複数の製品の摂取はやめましょう。特に成分が濃縮されているサプリメントなどは注意が必要です。
- 品質管理が医薬品と異なるため、摂取することでリスクが生じることもあります。
- 糖尿病の方が糖質の入っている健康食品を摂ると血糖値の上昇を引き起こす可能性があります。糖質量の確認が必要です。
- 健康に関心のある方が手に取りたくくなるような製品もありますが、必ずしも信憑性があるものとは限りません。

2 健康食品（サプリメントを含む）の種類について理解する

● 1~36 ■ 1~4

いわゆる健康食品は大きく食品の機能の表示ができるもの（保健機能食品）とそうでないもの（その他のいわゆる「健康食品」）の2つに分類される。保健機能食品には「特定保健用食品（通称トクホ）」、「栄養機能食品」、「機能性表示食品」の3種類がある。医薬品とは異なり、疾病の治療や予防のために摂取するものではない。表示は食品の機能の他に栄養成分の量及び熱量、1日当たりの摂取目安量、摂取の方法、摂取する上での注意事項として過剰摂取や禁忌による健康被害を防止するための注意喚起表示が義務づけられている。保健機能食品以外のいわゆる「健康食品」については機能表示を認められていない。

① 特定保健用食品（通称トクホ）

健康の維持増進に役立つことが科学的根拠に基づいて認められ、「コレステロールの吸収を抑える」等の表示が許可されている食品。有効性や安全性については国が審査を行い、食品ごとに消費者庁長官が許可している。

② 栄養機能食品

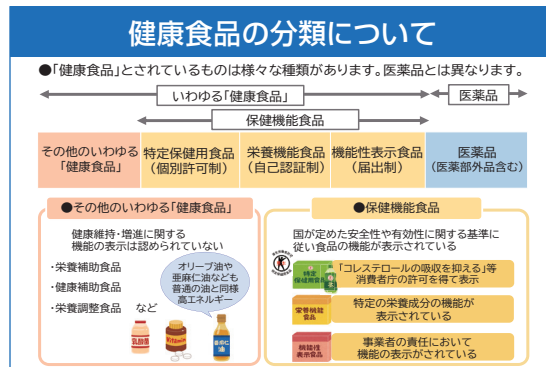
1日に必要な栄養成分（ビタミン、ミネラル等）が不足しがちな場合、その補給・補充のために利用できる食品。既に科学的根拠が確認された栄養成分を一定の基準量含む食品であれば、特に届け出をしなくても、国が定めた表現によって機能性を表示することができる。

③ 機能性表示食品

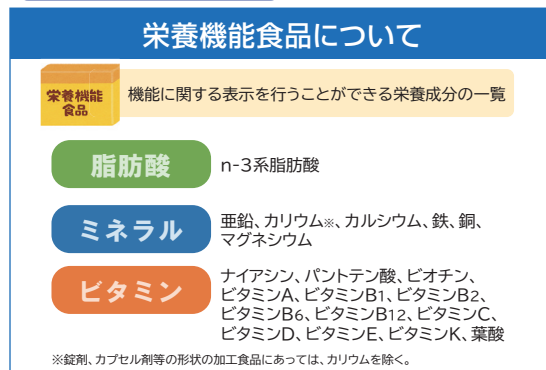
事業者の責任において、科学的根拠に基づいた機能性を表示した食品。販売前に安全性及び機能性の根拠に関する情報等を消費者庁長官へ届け出を行う。ただし、特定保健用食品と異なり、消費者庁長官の許可を受けたものではない。

【参考：健康食品の正しい利用法（厚生労働省、(独) 国立健康・栄養研究所）】

スライドⅡ-4-③



スライドⅡ-4-④



3 健康被害が起きる食品や服薬中の人が必要に注意しなければならない食品・健康食品(サプリメント含む)を知る

● 1~36 ■ 1~4

医薬品といわゆる健康食品の違いを理解しておくことが重要である。

いわゆる健康食品は、その安全性が十分に確保された物ばかりでないことや、それ自体に有害な作用がなくても、医薬品と併用された場合、医薬品の効果が減弱したり、医薬品の副作用が増強されたりすることもある。健康食品に添加されている成分が医薬品に及ぼす作用等を伝え、適切な使用や摂取中止を指導する。なお、食品の中には一部、アレルギーや薬剤耐性の肝障害を起こす物もあるので留意する。

スライドⅡ-4-⑤~⑨の「健康食品素材と摂取に注意すべき利用対象者の組み合わせ」、「健康食品に添加されている天然植物と医薬品の相互作用が想定される主な事例」、「健康食品に添加されている成分と医薬品の相互作用が想定される主な事例」等を確認し、必要な情報を対象者に提供する。

【参考：健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて】(厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所)

表3 健康食品と医薬品の主な違い

	医薬品	健康食品
製品の品質	同じ品質のものが製造・流通するようになっている。	「同じ名称」でも全く品質の異なるものが存在している。
科学的根拠の質と量	病者を対象とした安全性・有効性の試験が実施されている。	試験管内実験や動物実験が主体であり、病者を対象とした試験はほとんど実施されていない。安全性試験があったとしても対象は健常者である。
利用環境	医師・薬剤師により、安全な利用環境が整備されている。	あくまで食品の一つであり、製品の選択・利用は消費者の自由

スライドⅡ-4-⑤ 【指導者用】

【指導者用資料】健康食品素材と摂取に注意すべき利用対象者の組み合わせ

健康食品素材	注意すべき利用対象者	備考
ウコン	胆石など	病状の悪化
鉄含有量の多い素材	C型慢性肝炎	病状の悪化
スギナ	心臓または腎臓の機能不全	病状の悪化
アロエ	妊婦・授乳婦	子宮収縮を促進
	腸閉塞、原因不明の腹痛、虫垂炎、大腸炎、クローン病など腸の炎症を伴う症状、痔疾、腎臓障害	病状の悪化(刺激性泻下作用があるため)
サイリウム	腸に障害のある人	病状の悪化
朝鮮ニンジン	血性症患者、高血圧症	病状の悪化
	乳がん、子宮がん、卵巣がん、子宮内膜症、子宮筋腫	症状の悪化(エストロゲン様作用があると思われるため)
α-リボ酸	インスリン自己免疫症候群	低血糖発作(有害事例は日本人に多い)

厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所「健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて」より一部改変

スライドⅡ-4-⑥ 【指導者用】

【指導者用資料】健康食品に添加されている天然植物と医薬品の相互作用が想定される主な事例

健康食品に添加されている天然植物	医薬品成分	影響
イチヨウ	抗血小板薬、抗血液凝固薬	薬効の増強
ダイダイ	カルシウム拮抗薬、シクロスポリン	薬効の増強
ノコギリヤシ	抗血小板薬、抗血液凝固薬	薬効の増強
朝鮮ニンジン	ワルファリン、フロセミド、ジゴキシン	薬効の増強 薬効の減弱
ニンニク	サキナビル、リトナビル、ワルファリン	薬効の減弱
セントジョーンズワート(セイヨウオトギリソウ)	インジナビル、ジゴキシン、シクロスポリン、テオフィリン、ワルファリン、経口避妊薬	薬効の減弱

厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所「健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて」より一部改変

スライドⅡ-4-⑦ 【指導者用】

【指導者用資料】健康食品に添加されている成分と医薬品の相互作用が想定される主な事例

【ビタミン類】

健康食品に添加されている成分	医薬品成分	影響
ビタミンB6	フェニトイン(抗てんかん薬)	薬効の減弱
葉酸	葉酸代謝拮抗薬(抗がん剤)	薬効の減弱
	フルオロウラシル、カペシタシン(抗がん剤) など	薬効の増強
ビタミンK(青汁、クロレラを含む)	ワルファリン(抗凝固剤)	薬効の減弱
ビタミンC	アセトゾラミド(抗てんかん薬)	腎・尿路結石のおそれ
ナイアシン	HMG-CoA還元酵素阻害薬(高コレステロール血症治療薬)	副作用の増強(急激な腎機能悪化を伴う横紋筋融解症)
ビタミンD	ジギタリス製剤(心不全治療薬)	薬効の増強

厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所「健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて」より一部改変

スライドⅡ-4-⑧ 【指導者用】

【指導者用資料】健康食品に添加されている成分と医薬品の相互作用が想定される主な事例

【ミネラル類】

健康食品に添加されている成分	医薬品成分	影響
カルシウム	活性化ビタミンD製剤(骨粗鬆症薬)	胃腸からのカルシウム吸収を促進
	ジギタリス製剤(心不全治療薬)	薬効の増強
	ビスホスホネート系製剤(骨粗鬆症薬) テトラサイクリン系抗菌剤(抗生物質) ニューキノロン系抗菌薬(抗生物質) など	薬効の減弱
マグネシウム	カルシウム拮抗薬(降圧薬)	薬効の減弱
	テトラサイクリン系抗菌剤(抗生物質)	
	フルオロキノロン(抗菌薬) ビスホスホネート系製剤(骨粗鬆症薬) など	
鉄	タンニン酸アルブミン(下痢止め)	薬効の減弱
	ビスホスホネート系製剤(骨粗鬆症薬) メトドパ(降圧薬)	
	テトラサイクリン系抗菌剤(抗生物質) ニューキノロン系抗菌薬(抗生物質) など	

厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所「健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて」より一部改変

【薬に影響を及ぼす食品等】

薬と食品は同時摂取すると薬の効果が減弱、増強されることがある。薬の処方時に禁忌や控えるよう指導を受けている食品があるかを確認する。

既に疾患を発症している場合や薬を服用している場合は自己判断で使用せず、医師や薬剤師に相談することを勧める。

特定保健用食品も薬と同様の作用を持つ場合があるため、薬を服用している場合は、医師や薬剤師への相談を勧める。

薬の効果に影響を与える主な食品の例として、代表的なものは下記のとおりである。

① ビタミンKを多く含む食品（例：納豆、クロレラ、青汁等）

抗血栓薬（血を固まりにくくする薬剤）のワルファリンを服用している場合、ビタミンKによりワルファリンの抗凝固作用が減弱する。

② グレープフルーツ

降圧剤のカルシウム拮抗薬を服用している場合、グレープフルーツに含まれるフラノクマリン類が薬剤を分解する酵素の働きを阻害し、薬の血中濃度が上がるため、過剰な降圧作用により、血圧低下や意識障害を引き起こすことがある。

LDL コレステロールを下げるスタチン系製剤を服用している場合、グレープフルーツに含まれるフラノクマリン類が薬剤を分解する酵素の働きを阻害するため、薬剤の代謝が遅れて血中濃度が上昇する。スタチン系製剤の血中濃度が高くなり過ぎると、横紋筋融解症や腎障害といった副作用を引き起こすことがある。

③ カリウムを多く含む食品（例：青汁、バナナ、アーモンド等）

高血圧治療薬のACE阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬(MRA)を服用している場合、カリウムの排泄を促すアルドステロンの働きが低下しているため、カリウムを多く摂取すると排泄が間に合わず、高カリウム血症を引き起こす可能性がある。まれに高カリウム血症が進行すると、致死性不整脈や心停止を引き起こす可能性がある。

④ セント・ジョーンズ・ワート（セイヨウオトギリソウ）を含む食品

（例：ハーブティー、サプリメント、一般的なブレンド茶等）

多くの薬の作用に影響し、薬効を減弱させる恐れがある。薬を服用中の方が、セント・ジョーンズ・ワートを含む健康食品を摂取しようとする時は、医師、薬剤師に相談するよう促す。

【参考：「臨床栄養」別冊JCNセレクト7 薬物－飲食物相互作用 的確な栄養療法のために（医歯薬出版株式会社）/健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて（厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所）】

スライドⅡ-4-⑨ 【指導者用】

【指導者用資料】健康食品に添加されている成分と医薬品の相互作用が想定される主な事例

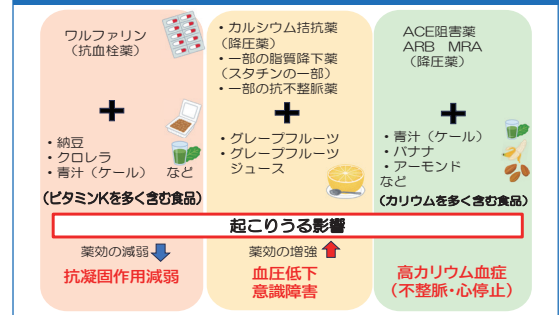
【その他】

健康食品に添加されている成分	医薬品成分	影響
中性アミノ酸	レボドパ(抗パーキンソン病薬)	薬効の減弱
コエンザイムQ10	ワルファリン、降圧薬、糖尿病治療薬	薬効の増強

厚生労働省、日本医師会、(独)国立健康・栄養研究所「健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて」より一部改変

スライドⅡ-4-⑩

薬効に影響を与える食品の例



I | 指導の流れ

対象者のライフスタイルや食習慣を把握する。

自己チェック等の動機づけを行い、血圧を適切に管理して合併症の予防、または進行を遅らせるため、毎日の食習慣づくりを指導する。

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧の合併の有無、降圧薬の服用の有無を確認する 2 「あなたの塩分チェックシート」から食塩摂取量を確認する
毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）
<ol style="list-style-type: none"> 1 自分の食塩摂取量を把握し減塩を心がける 2 1日6g未滿に減塩する
実行可能な目標の設定
<ol style="list-style-type: none"> 1 食塩含有量の多い食品や料理を理解し、摂取頻度を減らす 2 減塩のための食べ方や工夫を理解し、実践する 3 薄味に慣れる
【目標設定を行う時の配慮】
<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧なしの場合、腎症第1期・第2期で食塩摂取量が多くなっている場合 男性1日7.5g未滿、女性6.5g未滿の食塩摂取量が適正とされる。減塩の予備教育が効果を上げる時期とされており、食塩摂取量が多くなるような食習慣がある場合は、この時期に見直す。 2 高血圧ありの場合、腎症第3期・第4期の場合 より厳格な塩分制限が必要となり、食塩摂取量は1日6g未滿にすることが推奨されている。自身が日々摂取している食塩摂取量を把握し、食塩相当量が多い食品や料理の摂取頻度を減らしたり、調味料を計量する等の習慣を身につけられるよう支援する。
評価 ※評価が行える場合
食事記録や血圧、血液検査結果の確認を行う

II | 指導のポイント

食塩は調味料以外の食品にも含まれているため、体に入る1日の食塩量は「食品中に含まれる食塩量」と「調味料として付加される食塩量」の合計であり、これらを分けて指導を行うことが有用である。通常食品として「漬物」、「練り製品」、「インスタント食品」、「煮物」等を好む対象者には、まずこの点を中心に減塩指導を行う。使用食材には大きな問題がない対象者には、調味料に含まれる食塩量を理解してもらい、減塩調理が実践可能であるか確認しながら指導する。

1 自分の食塩摂取量を把握し減塩を心がける

(1) 「あなたの塩分チェックシート」を活用し減塩への意識付けを行う

●1~36 ■1~4

令和6年の国民健康・栄養調査では、食塩摂取量の平均値は9.6g(男性10.5g、女性8.9g)である。一方で、日本人の食事摂取基準2025年版の食塩摂取目標量が、男性7.5g未満、女性6.5g未満であり、高血圧や腎症第3期以降の場合は食塩6.0g未満の制限となる。この目標量と平均摂取量との間には大きな乖離がみられる。

「あなたの塩分チェックシート(監修:社会医療法人製鉄記念八幡病院 土橋卓也、山崎香織)」を用いると、普段の食事の塩分量を簡易的に把握することができるため、減塩の指導に有効である。評価が「食塩摂取量が平均的」であっても、目標量より多いことを自覚し減塩に努めるよう促す。また、「多い」「かなり多い」人は、塩分の多い食事に慣れてしまい、無理な減塩目標に抵抗を感じたり長く続けることが難しかったりするため、まずは、選んだ項目の点数が高いもの(2~3点)の食品について、食べる頻度や量を減らすことからはじめ、減塩への意識を高められるよう指導する。
【JADECカードシステム ⑩-15】

スライドII-5-①

あなたの塩分チェックシート

当てはまるものに印をつけ、最後に合計点を計算してください。

	3点	2点	1点	0点	
これらの食品の食塩含有率	みそ汁、スープなど	<input type="checkbox"/> 1日2杯以上	<input type="checkbox"/> 1日1杯くらい	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
	つけ物、梅干しなど	<input type="checkbox"/> 1日2回以上	<input type="checkbox"/> 1日1回くらい	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
	ちくね、かまぼこなどの練り製品		<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
	あじの刺身、みりん干し、塩鮭など		<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
食べる頻度	ハムやソーセージ		<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
	うどん、ラーメンなどの麺類	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> 1回/週以下	<input type="checkbox"/> 食べない
	せんべい、おかし、ポテトチップスなど		<input type="checkbox"/> よく食べる	<input type="checkbox"/> 2~3回/週	<input type="checkbox"/> あまり食べない
	しょうゆやソースなどをかける頻度は?	<input type="checkbox"/> よくかける(ほぼ毎日)	<input type="checkbox"/> 毎日1回はかける	<input type="checkbox"/> 時々かける	<input type="checkbox"/> ほとんどかけない
食事の量は多いと思いますか?	うどん、ラーメンなどの汁を飲みますか?	<input type="checkbox"/> 全て飲む	<input type="checkbox"/> 半分くらい飲む	<input type="checkbox"/> 少し飲む	<input type="checkbox"/> ほとんど飲まない
	昼食で外食やコンビニ弁当などを利用しますか?	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 3回/週くらい	<input type="checkbox"/> 1回/週くらい	<input type="checkbox"/> 利用しない
	夕食で外食やお惣菜などを利用しますか?	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 3回/週くらい	<input type="checkbox"/> 1回/週くらい	<input type="checkbox"/> 利用しない
	家族の味付けは外食と比べていかがですか?	<input type="checkbox"/> 濃い	<input type="checkbox"/> 同じ		<input type="checkbox"/> 薄い
食事の量は多いと思いますか?	<input type="checkbox"/> 人より多め		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 人より少なめ	

印を付けた個数	3点×	2点×	1点×	0点×
小計	点	点	点	点
合計点	点			

0~8点 食塩はあまりとっていないと考えられます。引き続き減塩をしましょう。

9~13点 食塩摂取量は平均的と考えられます。減塩に向けてもう少し頑張ってみましょう。

14~19点 食塩摂取量は多めと考えられます。食生活の中で減塩の工夫が必要です。

20点以上 食塩摂取量はかなり多いと考えられます。基本的な食生活の見直しが必要です。

監修:社会医療法人製鉄記念八幡病院 土橋卓也、山崎香織

2 1日6g未満に減塩する

(1) 食事や食品に含まれる塩分量を理解する

●1~36 ■1~4

「あなたの塩分チェックシート」の結果から、普段の食べ方や食べる頻度が高い食品を確認し、食塩の摂り過ぎとなる原因と実践可能な減塩への取り組みを対象者と一緒に考える。

① 汁物を多く摂っている場合

汁物には食塩が多く含まれており、1日複数回摂取すると過剰摂取につながる。器のサイズを小さくすることで、自然と摂取量を減らすことができる。実物の汁椀を使って容量の違いを体感させたり、味噌汁1杯に含まれる食塩量を具体的に示すことで対象者の意識を高める。個別のライフスタイルに合わせて「週に何回まで」等の目安を設定する。

スライドII-5-②

減塩の工夫(汁物・漬物)

【汁物】



みそ汁(1杯)
約1.5g



わかめスープ
約1.4g



即席みそ汁
約2.0g

減塩

- ・汁ものは1日1杯まで
- ・だしを効かせる
- ・具たくさんにする
- ・小さい汁椀にする
- ・付属のみそを半分だけ使う

【漬物】



ぬか漬5切れ
約1.6g
浅漬5切れ
約0.9g



梅干し1粒
約2.2g



しょうがの酢漬15g
約0.5g

減塩

- ・小皿に少量(2切れ程度)
- ・浅漬にする
- ・酢漬にする

②漬物を多く摂っている場合

ごはんのお供に塩辛いものがほしい場合、漬物、佃煮、明太子等は1日1回少量にする。

③加工品、塩蔵品等を多く摂っている場合

ちくわ等の練り製品、魚の干物、チーズ、パン等には目に見えない塩分が含まれているため食べる頻度を少なくする。乾物や塩蔵品は水でもどして使用する。

④調味料を多く使用している場合

- 調味料を計量し、使用量を確認する

対象者が日常的に使用する調味料は、無意識のうちに過剰な食塩摂取につながることもある。特にしょうゆや味噌等は少量でも食塩量が高いため、計量する習慣を身につけることが減塩の第一歩となる。計量スプーンやキッチンスケールの使い方を実演し、調味料ごとの食塩量を一覧表等で視覚的に示すことで理解を促す。1日の食塩摂取目安と照らし合わせながら記録をつける方法も併せて指導する。

- 食材には下味をつけずに作り、食卓で決められた分量の調味料を使用する

調理段階での味付けを控えることで、食材本来の味を活かしながら食塩摂取量をコントロールできる。食卓で使用する調味料の量をあらかじめ決めておくことで、過剰使用を防ぎ、個人の味覚に合わせた調整も可能となる。

- しょうゆやソース等は料理にかけないで、小皿にとってつけて食べる

調味料を直接かけると全体に広がり、使用量が増える傾向がある。小皿に取り分けて“つけて食べる”ことで、味の濃さを調整しながら食塩摂取量を抑えることができる。

⑤麺類を多く食べる場合

麺類のスープには高濃度の食塩が含まれており、飲み干すことで1食で過剰な摂取となるため、汁は残すよう指導する。汁はかけるよりもつけ汁にすることで、汁の摂取量を減らしながら味を楽しむことができる。麺類の種類別の食塩量を提示し、「汁を残す」ことの効果を数値で示す。

その他、ねぎやわさび等の薬味を効かせる等の提案をする。

【参考：外食・コンビニ・惣菜のカロリーガイド（女子栄養大学出版部）/減塩のコツ早わかり（女子栄養大学出版部）】

スライドⅡ-5-③

減塩の工夫（加工品・塩蔵品）

【加工品】



ちくわ30g
約0.7g



ハム1枚
約0.3g



ウィンナー2本
約1.0g

減塩

- 食べる頻度を少なくする
- 副菜等で少量使う
- 茹でる
- ケチャップ等を使わない

【塩蔵品】



アジの干物
約1.4g



甘塩さけ80g
約2.2g

減塩

- 塩さけではなく生さけを使う
- 新鮮な食材を使い薄味に仕上げる

スライドⅡ-5-④

調味料を計量し、使用量を確認しましょう

調味料の食塩相当量

食品名	目安量	食塩 (g)	食品名	目安量	食塩 (g)
塩	小さじ 1/6	1	和風ドレッシング (ノンオイル)	大さじ1	1.1
濃口しょうゆ	小さじ0.9	0.9	ケチャップ	大さじ1	0.5
薄口しょうゆ	小さじ1	1	マヨネーズ	大さじ1	0.2
減塩しょうゆ	小さじ1	0.5	めんつゆ(2倍)	大さじ1	1.1
みそ(淡色)	小さじ1	0.7	ポン酢	大さじ1	1.5
麦みそ	小さじ1	0.6	白だし	大さじ1	1.4
減塩みそ	小さじ1	0.3	カレールー	1皿分	1.9
中濃ソース	小さじ1	0.4	コンソメ(固形)	1個	2.3
とんかつソース	小さじ1	0.3	和風だし(素)	小さじ1	1
ウスターソース	小さじ1	0.5	バター	小さじ1	0.1

スライドⅡ-5-⑤

減塩の工夫（麺類）

【麺類】

減塩

- めん(の)つゆは飲まない
- つゆはかけるよりつけ汁にする
- ねぎやわさびなど薬味を使う



かけうどん
約5.5g



ざるそば
約2.7g



ラーメン
約6.5g



きつねそば
・そば 190g
・油揚げ 15g
・ねぎ 5g



めん(の)つゆを半分飲んだ時の塩分摂取量



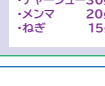
めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量



めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量



めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量



しょうゆラーメン
・中華めん 180g
・チャーシュー 30g
・メンマ 20g
・ねぎ 15g



めん(の)つゆを半分飲んだ時の塩分摂取量



めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量



めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量



めん(の)つゆを全部飲んだ時の塩分摂取量

⑥ 外食・中食を多く利用する場合

外食は食塩量が多くなりがちで、調理過程が見えないため摂取量の管理が難しくなる。自炊を増やすことで、調味料や食材の選択が可能となり、減塩の実践がしやすくなる。外食メニューの食塩量を例示し、過剰摂取のリスクを可視化することで対象者の意識を高める。外食を完全に避ける必要はないが、頻度を減らし、内容を意識することで減塩の食習慣の定着に繋げる。

外食する時は、漬物や味噌汁等は半分残す等提案する。とちぎのヘルシーグルメ推進店等、栄養成分表示がされている店を選ぶよう提案し、「食塩相当量」を確認するよう促す。食べる量が多い場合は、特におかずは塩分摂取量も多くなる。エネルギーも多くなりがちなので、体重増加による高血圧のリスクも高くなるため食べ過ぎには注意する。

(とちぎのヘルシーグルメ推進店)

<https://www.kenko-choju.tochigi.jp/contents/page.php?id=60>

スライドⅡ-5-⑥

減塩の工夫 (外食・中食)

外食の例					
ざるそば 2.7g	寿司 3.7g	カレーライス 5.4g	ミートソース 5.2g	炒飯+スープ 3.5g	餃子 2.5g
かつ丼 3.1g	天丼 4.1g	煮込みハンバーグ 2.5g	グラタン 2.1g	麻婆豆腐 4.3g	チンジャオロース 2.7g
弁当・総菜の例					
蕎麦/内 3.5g	おしき煮 0.8g	●※弁当1食(1食)あたりの食塩相当量 エネルギー OOkcal たんぱく質 OOkcal 炭水化物 OOkcal 食塩相当量 OOkcal			

・栄養成分表示の「食塩相当量」確認
 ・「とちぎのヘルシーグルメ推進店」(野菜の量や栄養成分表示店)利用



(2) 減塩食をおいしく食べるための工夫

● 1~36 ■ 1~4

① だしの旨味で満足感を補う

だしの旨味を活用することで、食塩を控えた食事でも十分な満足感を得ることができる。かつお節、昆布、干し椎茸等に含まれるグルタミン酸やイノシン酸等の旨味成分は、味に深みと広がりを与え、食塩量を減らしても美味しく感じやすくなる。特に和食では、だしの風味が料理の土台となるため、減塩を意識した調理において非常に有効である。市販のだしパックや顆粒だしを使う場合でも、食塩無添加の製品を選ぶよう促すことで、日常的な減塩習慣の定着につながる。

② 香辛料を上手に使用して、味にアクセントを

香辛料を上手に使うことで、食塩を控えた食事でも味にアクセントが加わり、満足感を高めることができる。唐辛子、こしょう、山椒、カレー粉、七味唐辛子等の香辛料は、刺激や香りによって味覚を補い、食塩量が少なくても物足りなさを感じにくくなる。少量でも効果が高く、料理の風味を引き立てるため、減塩調理において非常に有効である。

③ 酢等の酸味を利用し、さっぱりと

酢やレモン等の酸味を利用することで、食塩を控えた食事でも味にメリハリが生まれ、さっぱりとした満足感を得ることができる。酸味は味覚を刺激し、塩味が少なくても物足りなさを感じにくくなるため、減塩調理において非常に有効である。特に酢の風味は、和え物や煮物、炒め物等幅広い料理に活用でき、食欲を促進する効果も期待できる。酸味の種類や料理への取り入れ方を紹介し、レモン汁やポン酢、柑橘類の果汁等を使った減塩レシピを提案することで、日常的に取り入れやすい工夫として定着を図る。

スライドⅡ-5-⑦

塩分を控えた食品の利用

だしの旨味で満足感を補う 	香辛料を上手に使用して、味にアクセントを
酢などの酸味を利用し、さっぱりと 	香味野菜で風味を強化する
油の風味を生かす 	新鮮なものや旬のものを活用して食材の持ち味を生かす
減塩調味料の活用 <small>(カリウム制限がある場合は注意して使用する)</small>	

④香味野菜で風味を強化する

香味野菜を活用することで、食塩を控えた食事でも風味に奥行きが生まれ、満足感を高めることができる。ねぎ、しょうが、にんにく、みょうが、大葉等の香味野菜は、香りや刺激によって味覚を補い、食塩量が少なくても「おいしい」と感じやすくなる。これらは加熱しても生でも使えるため、幅広い料理に応用できるのが特徴である。香味野菜の種類や調理法を紹介し、実際に香りや味の違いを体験させることで、対象者が自分の好みに合った使い方を見つけやすくなる。薬味として添える、炒め物に加える、だしと組み合わせる等、日常の食事に取り入れやすい工夫を提案することで、減塩を楽しみながら継続できるよう支援する。

⑤油の風味を生かす

油は風味を高めるだけでなく、たんぱく質制限を行っている場合はエネルギー源としても重要である。減塩による味の物足りなさを補いながら、栄養バランスの維持にも貢献できる。ごま油やオリーブオイル等の風味の違いを体験させ、油の使い方（量・タイミング）を具体的に指導する。

⑥新鮮なものや旬のものを活用して食材の持ち味を生かす

魚等の食材は、新鮮なものや旬のものを活用することで、食塩を控えても素材本来の旨味や風味を十分に楽しむことができる。鮮度の高い魚は脂の乗りや香りが良く、過度な味付けをしなくても満足感のある料理に仕上がる。旬の食材は栄養価も高く、価格も安定しているため、減塩と食生活の質の向上を両立できる。素材の持ち味を活かした調理法を提案することで、対象者が減塩を意識しながらも食事を楽しめるよう支援する。

⑦減塩調味料の活用

減塩調味料は、食塩（塩化ナトリウム）を30~50%程度カットしながらも、旨味や風味を工夫して味の満足感を保つ製品である。日常的に使用することで、無理なく減塩を継続できる。市販の減塩調味料を紹介し、通常品との食塩比較を数値で示し、使い方や保存方法も併せて説明することで、減塩の実践を支援する。

一部の減塩調味料には、塩化ナトリウムの代わりに塩化カリウムを使用している製品がある。塩化カリウムはナトリウムの代替として有効だが、カリウム制限が必要な対象者にとっては過剰摂取のリスクがあるため注意が必要である。栄養成分表示を確認し、カリウム含有量の記載がある場合は医師や管理栄養士と相談のうえ使用するよう促す。減塩調味料の選択にあたっては、対象者の健康状態に応じた個別対応が求められる。

【参考：腎臓病たんぱく質30gの献立集（女子栄養大学出版部）】

II 栄養・食生活

【腎症重症化予防】

6 エネルギー量の管理

糖尿病重症化予防プログラムの区分

● 1～3、10～12
19～21、28～30

糖尿病性腎症病期分類

■ 3～4

I | 指導の流れ

糖尿病性腎症では、血糖コントロールが重要である。適正なエネルギー量を設定するために、合併する疾患（糖尿病、肥満等）のガイドライン等を参照して病態に応じて調整する。

対象者の体重・体組成・検査値の変化、病態や嗜好を勘案し、対象者に適したエネルギー摂取量や栄養素の配分を決定する。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査結果を確認する 2 「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（6 食事状況の評価）（P13～16）や食事記録から食事摂取状況の確認を行う
毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）
適正なエネルギー量を摂取する
実行可能な目標の設定
<ol style="list-style-type: none"> 1 自身の適正なエネルギー量を理解する 2 腎症重症化予防のための食事の工夫を理解し実践する
【目標設定を行う時の配慮】
腎症第3期・第4期でたんぱく質制限を実施する場合 十分なエネルギー摂取量（普通の労作 30～35kcal/kg 目標体重）を確保する。
評価 ※評価が行える場合
保健指導や栄養食事指導等にて食事記録や体重、血液検査結果の確認を行う

II | 指導のポイント

たんぱく質の摂取制限をする際には、食事全体のエネルギー摂取量は決して減らしてはならない。エネルギー摂取量が不足すると、たんぱく質制限の効果が得られないばかりか、栄養状態の悪化や体力の低下を招くことになることから、たんぱく質を減らした分は、炭水化物または脂質で補い、必要なエネルギー量を確保することが求められる。

【JADECカードシステム ⑬-3】

【参考：腎臓病食品交換表第10版 治療食の基準（医歯薬出版株式会社）】

1 適正なエネルギー量を摂取する

●1~3、10~12、19~21、28~30 ■3~4

腎症第3期以降で、たんぱく質制限食を実施する際はエネルギー摂取量（普通の労作30~35kcal/kg/日）の十分な確保が必要であり、より大きいエネルギー係数を考慮する。

フレイルや、フレイルのリスクがあり、適正エネルギー量の設定が難しい場合は、医療機関にエネルギー摂取量もしくはエネルギー係数を確認するよう促す。

たんぱく質を含む食品以外（油脂類・でんぷん製品・砂糖等）を活用して、必要なカロリーを補う。

①油脂類

1g当たり9kcalとエネルギー密度が高く、効率よくエネルギーを補える。植物油（オリーブオイルやごま油）、バター、マヨネーズ等を料理に適量加えることで、食事の満足感を高めつつ、必要なエネルギーをしっかりと確保することができる。特に炒め物や揚げ物といった加熱調理では、これらの脂質を活用することで、少量でも高エネルギーな食事を実現できる。

②でんぷん製品

たんぱく質を抑えながらエネルギーを補うのに適した食材である。片栗粉やくず粉を使ったとろみ料理、春雨や葛切り等のでんぷん製品を副菜に取り入れることで、食事のバリエーションを保ちつつ、必要なエネルギーを効率よく補うことができる。特に、煮物やあんかけ料理に片栗粉やくず粉でとろみをつける調理法は、食べやすさを高めながら炭水化物によるエネルギー補給が可能となるため、有効な手段といえる。

③砂糖

消化吸収が非常に速く、すぐにエネルギーとして利用されるため、食欲が低下している場合や短時間でエネルギーを補いたい場面では有効な手段となる。ただし、血糖値を急激に上昇させるため、糖尿病性腎症の患者においては、摂取量や摂取のタイミングに十分な注意が必要である。ジャムやゼリー等の甘味食品を少量取り入れることで、食事の楽しみを保ちつつエネルギーを補うことは可能であるが、間食としての過剰摂取は血糖コントロールを乱す要因となるため避けるべきである。

エネルギーアップするためには、無~低たんぱく質食品が有用であり、エネルギー含有量の高い食品（治療用特殊食品）を提案することも場合によっては有効となる。治療用特殊食品には、低甘味ブドウ糖重合体製品（粉飴）、中鎖脂肪酸製品（MCT：medium chain triglyceride）、でんぷん製品（でんぷん米 他）、たんぱく質調整食品（低たんぱく質米 他）等がある。たんぱく質を調整した食品の利用については、「Ⅱ-7 腎症重症化予防 たんぱく質量の調整」の内容を参照する。

【参考：糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

スライドⅡ-6-①

エネルギー摂取量を減らさない工夫

たんぱく質を減らした分のエネルギーが不足しないよう
油脂類とでんぷん製品、砂糖から補いましょう

たんぱく質0g

油脂類 砂糖

低たんぱく質

でんぷん製品

①油や砂糖はたんぱく質が0g! 料理に上手に振り入れましょう
(砂糖は血糖値を急上昇させるため、量とタイミングに注意する)

②「煮る」や「蒸す」より「揚げ物」や「炒め物」など油を使った料理を選びましょう

③調理にたんぱく質の少ないでんぷん製品を活用しましょう

II 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 7 たんぱく質量の調整

糖尿病重症化予防プログラムの区分	● 1～6、10～15 19～24、28～33
糖尿病性腎症病期分類	■ 1～4

I | 指導の流れ

糖尿病性腎症がある場合、対象者の腎機能の状態を確認し、糖尿病性腎症の病期分類にあわせたたんぱく質量の計算方法を理解する必要がある。

たんぱく質制限は、糖尿病性腎症の進行抑制が期待できるが、低栄養やサルコペニア等のリスクもあることから、病期分類にあわせたたんぱく質量を個別に設定し、たんぱく質制限の実践的な方法を紹介する。最後に定期的な血液検査と食事管理の重要性を強調し、無理のない範囲で改善を支援することで、継続的な自己管理への意欲を高める。

自己チェック（動機付け支援）
<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査結果を確認する 2 「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（6 食事状況の評価）（P13～16）や食事記録から食事摂取状況の確認を行う
毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）
<ol style="list-style-type: none"> 1 たんぱく質の計算方法を理解する 2 たんぱく質を調整した食品の利用
実行可能な目標の設定
<ol style="list-style-type: none"> 1 糖尿病性腎症病期分類による適正なたんぱく質量の計算を理解する 2 日々の食事がたんぱく質の目標量の範囲になるよう、食事の工夫を実践する
【目標設定を行う時の配慮】
<ol style="list-style-type: none"> 1 腎症第1期・第2期の場合 エネルギー摂取量の20%未満をたんぱく質摂取の上限量とする。 2 腎症第3期の場合 たんぱく制限食（0.8g～1.0g/kg / 目標体重 / 日）とする。 3 腎症第4期の場合 たんぱく制限食（0.6g～0.8g/kg / 目標体重 / 日）とする。 4 フレイル・サルコペニアが疑われる場合 原則として個別対応にする。
評価 ※評価が行える場合
保健指導や栄養食事指導にて食事記録や血液検査結果で確認を行う

II | 指導のポイント

糖尿病性腎症の食事療法の基本は、十分なエネルギーを確保した上で、病期に応じたたんぱく質量の調整が必要になる。たんぱく質の制限は糖尿病性腎症の進行抑制が期待できるため、病期に応じたたんぱく質量を理解し、たんぱく質の制限を実践する。

【JADECカードシステム ⑬-3】

1 たんぱく質の計算方法を理解する

●1~6、10~15、19~24、28~33 ■1~4

対象者の糖尿病性腎症の病期を確認し、病期にあわせてたんぱく質量を計算する。

腎症第1期・第2期の場合は、目安となるエネルギー量を算出し、たんぱく質量はエネルギー摂取量の20%未満とする。腎症第3期の場合は、たんぱく制限食(0.8g~1.0g/kg/目標体重/日とする。腎症第4期の場合は、たんぱく制限食(0.6g~0.8g/kg/目標体重/日とする。腎症第5期の場合は、透析導入の基準を示し、たんぱく質の制限は、軽減されることが多い。

たんぱく質の制限が必要な場合は、腎臓専門医への紹介や、管理栄養士による栄養指導の依頼を検討することが望ましい。また、高齢者、特にサルコペニア、フレイルまたはそのリスクがある患者や75歳以上の高齢者の低たんぱく質食の適応に関しては、低栄養、サルコペニア、フレイル、認知機能障害のリスクが上がる可能性もあることから、原則として個別にたんぱく質摂取量を設定するべきであり、たんぱく質の維持必要量から考えて、たんぱく質量0.8g/kg目標体重/日を下限とすることが妥当であると考えられる。

たんぱく質の指示量を把握していない場合は主治医や腎臓専門医に確認するよう促す。

【参考：CKD診療ガイド2024（日本腎臓学会）/糖尿病療養指導ガイドブック2025(日本糖尿病療養指導士認定機構)/糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドⅡ-7-①

たんぱく質の計算方法を理解しましょう

病期	たんぱく質摂取量の上限
第1期	エネルギー摂取量の20%未満
第2期	エネルギー摂取量の20%未満
第3期	0.8~1.0g/kg目標体重/日
第4期	0.6~0.8g/kg目標体重/日
第5期	透析患者の食事療法に準ずる

【糖尿病療養指導ガイドブック2025P209~212】

腎臓の病期にあわせて、たんぱく質量を計算する。

2 たんぱく質を調整した食品の利用

●1~6、10~15、19~24、28~33 ■1~4

たんぱく質は、主食のごはん、パン、麺等に、また、副食では、肉、魚介、卵、大豆製品、乳製品、野菜にも含まれているが、特に多く含まれているのは、おかずの中心となる肉、魚介、卵、大豆製品、乳製品であり、必要に応じて食べる量を制限する必要がある。正確なたんぱく質含有量の計算には、「糖尿病性腎症の食品交換表」〔日本糖尿病学会（編）〕や「日本食品標準成分表」を利用する。

ごはんやパン、麺等の主食は重要なエネルギー源ではあるが、たんぱく質も含まれている。たんぱく質の制限が必要な場合は主食のたんぱく質を調整した、低たんぱく米等の治療用食品を利用することで、副食で良質なたんぱく質の割合を高くすることができる。治療用食品は、低たんぱく米等の主食や、たんぱく質をほとんど含まない砂糖、油脂、でんぷん類、低甘味重合体食品（粉飴）等がある。

対象者の生活スタイルや嗜好を尊重しながら、無理のない範囲で食習慣の改善を支援し、定期的な血液検査と連携した食事管理の重要性を伝える。

【参考：腎臓病たんぱく質30gの献立集（女子栄養大学出版社）】

スライドⅡ-7-②

たんぱく質を多く含む食品

★たんぱく質の重量★

肉	卵
生肉(100g) 20g ベーコン1枚・ウインナー1本1.8g	生卵(Mサイズ50g) 6g
魚	大豆製品
生魚(100g) 20g ちくわ(25g) 3g	豆腐(もめん)(100g) 6.7g 油揚げ(1枚25g) 5g 納豆(1P45g) 6.8g 厚揚げ(1枚70g) 7g
	牛乳乳製品
	普通牛乳(200ml) 7g プロセスチーズ(1個20g) 4g ヨーグルト無糖(1個80g) 3g

【腎臓病の食品交換表より引用】

スライドⅡ-7-③

たんぱく質の調整

例) 治療用食品の低たんぱく米を使用した場合のイメージ

米飯180g たんぱく質4.5g
からあげ20g×2個

低たんぱく1/25米180g たんぱく質0.18g
からあげ20g×3個

たんぱく質を調整した治療用食を利用することでおかずから良質なたんぱく質を摂ることができる。

II 栄養・食生活

【腎症重症化予防】

8 カリウムの制限

糖尿病重症化予防プログラムの区分

● 1～3、10～12
19～21、28～30

糖尿病性腎症病期分類

■ 3～4

I | 指導の流れ

カリウム制限の指導では、まず対象者の血清カリウム値や腎機能の状況を確認する。過剰摂取による高カリウム血症は、心電図異常や不整脈等の重篤なリスクがあるため、カリウム制限の必要性を説明する。次にカリウムを多く含む食品や加工品を具体的に示し、摂取量の調整が必要であることを伝える。さらに調理法でカリウムを減らせることを説明し、実践的な方法を紹介する。その後対象者の食習慣や嗜好を踏まえた食材の選び方や代替案を提案し、栄養成分表示の確認方法や外食時の注意点も合わせて指導する。最後に、定期的な血液検査と食事管理の重要性を強調し、無理のない範囲での改善を支援することで、継続的な自己管理への意欲を高める。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 カリウム制限の指示が出ているか確認を行う
- 2 「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（P13～16）でカリウムを多く含む食品の摂取状況を把握する。（6 食事状況の評価）

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 カリウムを多く含む食品を知る
- 2 カリウムを減らす調理の工夫

実行可能な目標の設定

- 1 カリウムが多く含まれる食品を理解する
- 2 水によくさらす、ゆでこぼす等カリウムの摂取量を減らすための調理法を理解する

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 医師の指示に基づきカリウムの指示量に沿った食事の工夫を提案する。
- 2 血清カリウム値は、糖尿病性腎症病期分類、第3期以降に上昇しやすく、カリウムの摂取量は、腎症3期では2.0g/日以下、腎症第4期・第5期では、1.5g/日以下とする。

【参考：CKD診療ガイド2024（日本腎臓学会）/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

評価 ※評価が行える場合

保健指導や栄養食事指導にて食事記録や血液検査結果で確認を行う

II | 指導のポイント

カリウム制限が必要な対象者には、血清カリウム値の確認とともに、カリウムを多く含む食品やカリウムを減らす調理の工夫を把握した上で、摂取量の調整が必要であることを説明する。指導では、対象者の食習慣や生活スタイルに合わせて、具体的な食品例や調理法を示しながら、無理のない範囲での改善を支援することが重要である。

1 カリウムを多く含む食品を知る

●1~3、10~12、19~21、28~30 ■3~5

カリウムを多く含む食品を理解し、摂取量や使用頻度が多い場合は控えることが重要である。次に調理の工夫として、カリウムの性質を理解し食材の切り方や調理法を実践することで、カリウムを制限することができる。

食材選びでは、カリウムを多く含む食品（野菜、果物、豆類、いも類、海藻類、果汁、乳製品等）を把握し、摂取量や頻度を調査するよう促す。完全に除去するのではなく、対象者の血清カリウム値や腎機能に応じて適切な量を守ることが基本となる。

お茶等の浸出液の中には、カリウムの多いものがあるため控える必要がある。

【参考：臨床栄養認定管理栄養士のためのガイドブック（東京医学社）/ 糖尿病腎症の食品交換表第3版（日本糖尿病学会）】

2 カリウムを減らす調理の工夫

●1~3、10~12、19~21、28~30 ■3~5

カリウムは、水に溶ける性質があるため、野菜やいも類は、細かく切ってさらした後にゆでることで、カリウムをさらに減らすことができる。ゆでることで、そうめんは約80%、生うどんは、約70%、豆類は約35%除去できる。麺類・豆類はゆで汁にカリウムが多く含まれるため、ゆで汁を利用した煮込み調理にしないように指導を行う。

野菜は、食べる部位により除去率に相違がみられるが、15~85%除去できる。肉類もゆでると除去できるため、しゃぶしゃぶ等をすすめる。ゆで汁にはカリウムが溶け出すため、再利用しないよう注意を促す。果物は、缶詰の場合シロップを捨てる、果汁を多く含むジュース類は控える等、日常的な選択の工夫も指導する。

最後に、対象者の生活スタイルや嗜好を尊重しながら、無理のない範囲での食習慣改善を支援し、定期的な血液検査と連携した食事管理の重要性を伝える。

【参考：腎臓病食品交換表第10版 治療食の基準（医歯薬出版株式会社）】

スライドⅡ-8-①

カリウムを多く含む食品

【主な食材に含まれるカリウム量】

いも類	果実類
さといも 中1個(45g) 290mg	アボカド 1/2個(60g) 350mg
さつまいも 大1個(300g) 1150mg	バナナ 1本(135g) 490mg
ながいも 小鉢1杯(70g) 300mg	メロン 5切れ(100g) 350mg
じゃがいも 中1個(100g) 420mg	キウイフルーツ 1個(80g) 240mg
豆類・種実類	野菜類
アーモンド 10粒(12g) 90mg	ほうれん草 1/2束(100g) 690mg
ピーナッツ 10粒(10g) 70mg	小松菜 1/2束(100g) 500mg
ゆで大豆 副菜1食(30g) 160mg	ゆでたけのこ 4片(40g) 190mg
ゆで小豆 1/2缶(40g) 60mg	かぼちゃ 3片(150g) 650mg
ゆで粟 5個(100g) 460mg	カリフラワー 3房(70g) 290mg
	ブロッコリー 3房(70g) 320mg

【参考文献】日本食品標準成分表(八訂)

スライドⅡ-8-②

カリウムを多く含む食品

【主な食材に含まれるカリウム量】

肉類	魚類
牛もも肉 340mg	真鯛 1切(100g) 450mg
牛かた肉 310mg	鮭 1切(100g) 380mg
豚ヒレ肉 430mg	ぶり 1切(100g) 380mg
豚もも肉 360mg	あじ 1枚(70g) 250mg
鶏ささみ 410mg	
鶏むね肉(皮なし) 370mg	
飲み物	【1杯当たりのカリウム含有量】
トマトジュース 520mg	青汁(ケール粉) 1杯分(4g) 90mg
オレンジジュース 360mg	
野菜ジュース 460~610mg	
牛乳 300mg	
豆乳 380mg	

【参考文献】日本食品標準成分表(八訂)

スライドⅡ-8-③

カリウムを減らす調理の工夫



II 栄養・食生活 【腎症重症化予防】 9 リンの制限

糖尿病重症化予防プログラムの区分

● 1 ~ 3、10 ~ 12
19 ~ 21、28 ~ 30

糖尿病性腎症病期分類

■ 4

I | 指導の流れ

リン制限の指導では、まず対象者の血清リン値や腎機能の状態を確認し、リン過剰による骨代謝異常や血管石灰化のリスクについて説明する。次にリンを多く含む食品と吸収率の高い無機リンを含む食品や加工食品を具体的に示し、摂取量の調整が必要であることを伝える。また、栄養成分表示の確認方法や「有機リン」「無機リン」等の違いも指導に含める。最後に対象者の食習慣や生活スタイルを尊重しながら、無理のない範囲での改善を支援し、定期的な血液検査と食事管理の重要性を強調することで、継続的な自己管理への意欲を高める。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 リン制限の指示が出ているかの確認を行う
- 2 「生活習慣評価票」（後期高齢者の場合は「低栄養・フレイル評価票」）（P13～16）でリンを多く含む食品の摂取状況を把握する（6 食事状況の評価）

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 たんぱく質制限とリンの関係を理解する
- 2 リンが多い食品を控える

実行可能な目標の設定

リンを多く含む食品を理解し実践する

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 医師の指示に基づき、リンの指示量に沿った食事の工夫を提案する。
- 2 血清リン値は、慢性腎臓病（CKD）ステージ4になると一部の症例で軽度の上昇を認める場合があり、高リン血症により、低カルシウム血症となり骨密度の低下とともに血管石灰化等の合併症を引き起こすためリンの制限を理解する。

【参考：CKD 診療ガイド 2024（日本腎臓学会）】

評価 ※評価が行える場合

食事記録や血液検査結果の確認を行う

II | 指導のポイント

たんぱく質とリンは密接な関係があり、たんぱく質を制限することでリンの摂取量も自然に控えられる。また、食品加工用に用いられる「無機リン」の吸収率を理解し、食品を選択することが大切である。たんぱく質の量と質、そして食品の選び方や調理法を工夫することで、リンの摂取を効果的にコントロールすることができるよう実践に向けて指導する。

1 たんぱく質制限とリンの関係を理解する

●1~3、10~12、19~21、28~30 ■4

たんぱく質1g当たりのリンは約15gのため、たんぱく質の摂取を制限することでリンを控えられる。

また、リンの利用率は、植物性食品20~40%、動物性食品40~60%、食品加工に用いられる添加物等の無機リンは90%以上と吸収率が異なるので、摂取するたんぱく質の選択が重要になる。

【参考：臨床栄養認定管理栄養士のためのガイドブック（東京医学社）】

スライドⅡ-9-①

たんぱく質制限とリンの関係				
食品のリン含有量				
牛乳 (100ml) 96mg	加糖 ヨーグルト (80g) 80mg	絹ごし豆腐 (100g) 68mg	卵 (1個50g) 85mg	ふたもも肉 赤身 (100g) 220mg
鶏レバー (100g) 300mg	ワインナー (2本40g) 76mg	辛子明太子 (1個50g) 145mg	ししゃも (1尾20g) 86mg	鮭 (100g) 290mg

日本食品標準成分表(八訂)

リン制限のポイント

- 低たんぱく食 ●

たんぱく質の多い食品には、リンも多く含まれている。必要なたんぱく質制限を行うことで、リン制限にもつながる。

2 リンが多い食品を控える

リンはたんぱく質の多い魚介や肉類に多く含まれる。特に食品添加物として多く利用されている、無機リンは90%以上と吸収率が高いため注意が必要である。

対象者の生活スタイルや嗜好を尊重しながら、無理のない範囲での食習慣の改善を支援し、定期的な血液検査と連携した食事管理の重要性を伝える。

【参考：臨床栄養認定管理栄養士のためのガイドブック（東京医学社）】

スライドⅡ-9-②

リンが多い食品を控えましょう	
<p>有機リンが多い食品</p> <p>たんぱく質が多い食品</p> <p>植物性たんぱく質 動物性たんぱく質</p> <p>【吸収率】 動物性たんぱく質 40~60% 植物性たんぱく質 20~40%</p> <p>卵や肉類、魚類、乳製品など、たんぱく質が多い食品に多い傾向</p>	<p>無機リンが多い食品</p> <p>無機リン(リン酸塩)が食品添加物として使われている食品</p> <p>【吸収率】 90%</p> <p>ハムやソーセージ、練り製品、中華麺、フロセスチーズ、スナック菓子、清涼飲料水などの添加物として使用されている</p>

I | 指導の流れ

現在の運動・身体活動の状況を把握する。

自己チェック等の動機付けを行い、運動の習慣づくりや身体活動量の維持・増加を指導する。

自己チェック（動機付け支援）

厚生労働省「健康づくりのための身体活動・運動ガイド 2023」
「INFORMATION4 身体活動・運動を安全に行うためのポイント」の「表2 身体活動の現状評価 STEP3」を活用し、運動・身体活動の現状評価を確認する

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 運動療法の効果を理解する
- 2 効果の高い運動療法の種類を理解する
- 3 運動する時に気を付けること

実行可能な目標の設定

- 1 運動歴や運動に対する関心度、身体状況等を配慮して、実践可能な運動を提案する
運動歴がなく関心も低い場合は、地域の運動教室等への参加推奨や軽度な運動を促す
- 2 糖尿病合併症の有無、糖尿病治療の薬剤、低血糖の有無等の確認を行い、運動制限や禁忌事項がないかをかかりつけ医や専門医へ相談することを勧める

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 合併症に対する配慮
糖尿病合併症を有する場合は運動を開始する前に、医師へ運動制限がないかを確認する必要がある。糖尿病性腎症や網膜症がある場合は運動の種類や強度により、合併症を悪化させる可能性があるため、運動の目標設定は慎重に行う。また心血管系の自律神経障害は、心血管死や無症候性心筋梗塞を引き起こす可能性があるため、運動前にメディカルチェックを受けて評価を行う必要がある。
- 2 低血糖に対する配慮
糖尿病治療でインスリン療法やインスリン分泌促進薬を使用している場合は、運動中に低血糖を起こす可能性がある。低血糖を予防する方法や対処法について運動開始前に指導を行う必要がある。また可能であれば血糖自己測定やisCGM（持続グルコースモニタリング）を用いて運動中の血糖変動の評価を行えるようにする。
- 3 運動が苦手な場合・時間が取れない場合の配慮
「運動療法はたくさん時間をかけて行わなければいけない」ものではなく、こまめに行うことでも身体に有効であることを指導する。隙間時間にできる運動・身体活動を提案する。
また家族や仲間と一緒に行うことは、運動を継続する動機となる。地域の保健事業や介護予防事業に参加することを促す。

評価 ※評価が行える場合

- 1 運動や身体活動の実施状況を確認する
- 2 運動実施に伴い新たな合併症の発現や、身体の不調がないか確認を行う
- 3 実施状況や内容の確認・評価を行い、運動量の増減を検討する

II | 指導のポイント

糖尿病における運動療法は、食事・薬物療法に並んで重要であることを指導する。個人の状態や、使用している薬剤、合併症の病期により行える運動が異なるため、個別に合わせた目標を立てる。継続的に運動を行うことの重要性を指導し、習慣づくりを促していく。

1 運動療法の効果を理解する

運動療法は血糖値を良くする。運動後は筋肉がブドウ糖を取り込んで血糖値を改善し、さらに運動を継続することでインスリンの効きを良くする効果がある。その他の運動の効果として、心血管疾患のリスクファクターである肥満・内臓脂肪の蓄積・脂質異常症・高血圧症・慢性炎症を改善し、QOLやうつ状態の改善、さらに認知機能障害の改善効果が示されている。糖尿病療法において運動療法も重要であることを伝える。

【JADECカードシステム⑩-1】

【参考：糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）】

(1) 運動による消費カロリーについて

● 1～36 ■ 1～4

運動は身体活動の一部に含まれる。身体活動は運動と生活活動の2つに分けられる。それぞれの身体活動による消費エネルギーはメッツ（METs：metabolic equivalents（代謝当量））を使って求めることが可能で、メッツ×体重(kg)×運動時間(時)で算出できる。例えば、運動強度が3メッツの歩行を体重60kgの人が30分行くと、3(メッツ)×60(kg)×0.5(時)＝90kcalの消費エネルギーとなる。メッツは運動の強度により異なる。中等度の運動は3メッツの運動を意味し、歩行、軽い筋肉トレーニング、バレーボール等が該当する。個人の基礎体力、年齢、体重、健康状態等に応じて、適切な運動の「種類」、「強度」、「時間」、「頻度」を決めて指導していく。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）/健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）】

スライドⅢ-①

消費カロリー(kcal)＝メッツ×体重(kg)×時間(時)		
メッツ	運動	生活活動
3	軽い筋トレ 太極拳 バレーボール	歩行
4	ゴルフ ラジ体操 卓球	自転車 動物と遊ぶ
6	軽いジョギング エアロビクス	階段昇降

その他の生活活動・運動のメッツ表はこちら
健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～
健康増進担当向けツール「生活活動のメッツ表・運動のメッツ表」

※参考：糖尿病診療ガイド2024（日本糖尿病学会）
健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～
サポートネット（厚生労働省）

① 食事療法＋運動療法の大切さ

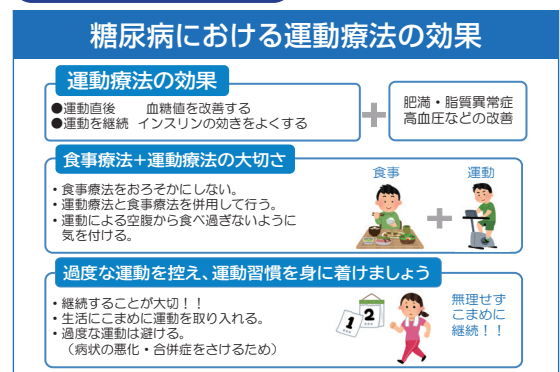
● 1～36 ■ 1～4

運動の糖代謝に及ぼす効果は、急性効果の血糖値の改善と、慢性効果のインスリン感受性の改善がある。運動で消費するエネルギーはそれほど多くなく、「運動で消費したエネルギー分だけ食事を増やせる」と考えるのは誤りである。運動が食欲を刺激して摂取エネルギーが増加し、血糖コントロールの乱れや体重増加を招くこともあるため、運動療法と食事療法は併用して行う必要があることを指導する。

【JADECカードシステム⑩-1】

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドⅢ-②



②過度な運動を控え、運動習慣を身につけましょう ●1~36 ■1~3

運動療法は継続することが重要である。一度に長時間の運動を行わなくても、こまめに運動を取り入れることも有効である。また運動のみならず、日常生活において活動量を増加させることも、体重の減少や予後改善に推進されている。1日の中で身体不活動（起きたている間に座ったり横になったりすること）の時間を減らしていくことが望ましい。具体的には座位時間が30分越えたら一度座位を中断し、歩行や軽い運動等を行うことが推奨されている。運動療法の実施は、食後1時間が望ましいとされているが、運動のタイミングに制限がない場合は、生活の中で実施しやすい時間でいつでも可能である。

過度な運動は病状の悪化や、新たな合併症を引き起こすことになる。個人の病態に合わせて適時運動療法を指導する必要がある。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）/糖尿病診療ガイドライン2024(日本糖尿病学会)/糖尿病運動療法 154のエビデンス(中外医学社)】

2 効果の高い運動療法の種類を理解する

(1) 有酸素・レジスタンス・バランス運動

● 13・15・16・18・22・24・25・27・31・33・34・36 ■1~2

糖代謝を改善するための運動療法としては有酸素運動とレジスタンス運動（筋肉トレーニング）に分類される。それぞれの運動で効果が異なるため、禁忌でなければ両方行うのが望ましいことを伝える。

2種類の運動に加えて高齢者では転倒予防の点において、バランス能力を向上させることは重要である。

【JADECカードシステム ①-2】

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）/糖尿病診療ガイドライン2024(日本糖尿病学会)】

①運動の強度・時間・頻度について

● 13・15・16・18・22・24・25・27・31・33・34・36 ■1~2

運動の強度として一般的に中等度の有酸素運動を行うことが勧められる。中等度とは簡易的に、1分間の心拍数が50歳未満では100~120拍、50歳以上では100拍未満が目安となる。不整脈や糖尿病性自律神経障害の併存、β遮断薬の内服等があり心拍数を指標にできない場合は、患者自身の「楽である」または「ややきつい」といった体感を目安にする。「きつい」と感じるときは強過ぎる運動であり、血圧が上昇している場合がある。収縮期血圧が180mmHgを超えるような運動を継続的に行うことは心血管イベント防止等の安全性の観点からも避けるべきである。

運動継続時間は、糖質と脂肪酸の効率のよい燃焼のために20分以上の持続が望ましい。

有酸素運動は中等度で週150分かそれ以上、週に3回以上、運動しない日が2日間以上続かないように行う。歩行であれば1回15~30分を1日2回、1万歩が目安となる。レジスタンス運動は連続しない日程で週2~3回行うことがそれぞれ勧められ、禁忌でなければ両方の運動を行う。

運動を実施する時間がない場合でも、日常生活における活動エネルギーを増やす事は有効である。階段を積極的に使い、通勤時の歩行を増やす等、日常生活の中で運動を取り入れるよう指導を行う。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドⅢ-③

有酸素・レジスタンス・バランス運動

種類	効果
★有酸素	全身を使う。心肺機能を高める効果がある。
★レジスタンス	負荷に対して行う動作運動。筋量を増加し、筋力を増強する。
バランス	姿勢を保つ、不安定な姿勢から回復させる能力を向上させる。生活機能の維持・向上に有用。

★はどちらもインスリン抵抗性と血糖コントロール改善効果がある。両方行うことがより有効的である。

スライドⅢ-④

運動の強度・時間・頻度について

年齢	心拍数
50歳未満	100~120拍/分
50歳以上	100拍未満/分

【時間・頻度】
●週に合計150分かそれ以上
●少なくとも週に3回以上
●2日間以上運動しない日を開けない

【時間・頻度】
●週2~3回
●連続しない日程で行う

20分以上の持続が望ましいが、コマ切れの運動も有効

3 運動する時に気を付けること

● 1~36 ■ 1~4

運動療法を始める前に患者自身の血糖コントロールの状態や低血糖の有無、網膜症・腎症・末梢神経障害・自律神経障害等の合併症や、整形外科的疾患等を含む身体状態を確認する。

必要に応じて運動制限について医師に確認するよう促す。

(1) 運動中の低血糖に注意しましょう

● 1~36 ■ 1~4

インスリン療法やインスリン分泌促進薬（SU薬、グリニド薬）で治療中の場合は、空腹時に運動を行うと低血糖を起こす場合があるため注意する。インスリン療法をしている場合で食後に運動を行う際は、運動前の追加インスリンを減量することを検討する。また運動の血糖降下作用は48時間程度続くため、基礎インスリンの減量も考慮する。インスリンは原則として、運動で動かす部位に注射をすると吸収速度に影響を与える可能性があるため、四肢は避け腹部に注射する。

低血糖を防止するために運動は食後1~2時間に行うことが望ましい。運動によるインスリン感受性の向上は、運動後24~48時間継続する。そのため運動当日から翌日に低血糖を招く可能性があり、運動後も血糖自己測定や簡潔スキャン式持続グルコース測定（isCGM）を用いて低血糖が起きていないか確認する必要がある。運動前の血糖値を確認し、低値である場合は補食をする。

また運動中の低血糖に備えブドウ糖等を常に携帯しておく。

【JADECカードシステム ⑩-4】

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）/糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）/糖尿病運動療法指導マニュアル（南江堂）】

(2) 合併症がある場合の注意点

● 1~36 ■ 1~4

運動療法を行うにあたり、禁止あるいは制限した方がよい場合があるため、身体活動のリスクに関するスクリーニングシートを使い確認を行う。

該当する項目がある場合は専門医・眼科医へ相談をするように促す。運動制限がある場合でも日常生活における体動が制限されることはまれである。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

スライドⅢ-⑤

運動中の低血糖に注意しましょう

インスリン療法やインスリン分泌促進薬で治療中の方は、運動による低血糖が起きる可能性があります。

低血糖を防ぐためのポイント

運動のタイミング



1~2時間後
食後1~2時間に運動する

インスリン注射



インスリンは
腹部に注射する

備える



ブドウ糖などを
常備する

運動前の補食



低い
運動前に血糖値が低いときは補食をする

翌日の低血糖に注意



当日・翌日
運動を行った当日と翌日は
低血糖に注意する

スライドⅢ-⑥

身体活動リスクに関するスクリーニングシート

チェックが入る場合は、運動療法を禁止または制限した方がよい場合があります。医師へ相談をしましょう。

✓	内容	相談先
<input type="checkbox"/>	空腹時血糖値250mg/dL以上 または尿ケトン体中等度以上	糖尿病内科
<input type="checkbox"/>	前増殖網膜症または 増殖網膜症がある。(網膜症)	眼科
<input type="checkbox"/>	尿たんぱくが陽性または eGFR60mL/分/1.73m ² (腎障害)	糖尿病内科 腎臓内科
<input type="checkbox"/>	心臓や肺の病気で通院している。	循環器内科
<input type="checkbox"/>	骨や関節の疾患で通院している。 痛みや腫れがある。	整形外科
<input type="checkbox"/>	発熱などがある。(感染症)	内科
<input type="checkbox"/>	足などが変色している。(糖尿病性壊疽)	糖尿病内科
<input type="checkbox"/>	自律神経障害の症状がある。	糖尿病内科

【運動開始前のセルフチェックリスト】

運動を安全で効果的に行うためには、開始前にセルフチェックを行うことが重要である。普段から気を付けてチェックをしておくこととしては、足病変の有無・血圧がきちんと管理されているかを確認する。足病変があると運動を行うことにより、壊疽を引き起こすリスクとなる可能性があるため、病院で適切な処置を受ける必要がある。また高血圧の状態が続いている場合は、薬物療法で血圧をコントロールしてから運動を開始する必要があるため、運動前に医師の評価を受ける必要がある。

運動を行う直前の確認事項としては、足に傷をつけないために自身の足に合った靴を選び、靴の中に石や異物が入っていないか確認することは必要である。また体調が悪い時や身体に違和感がある時は無理をせず、運動を控えるように指導を行う。

【JADECカードシステム⑩-1・⑩-2】

【参考：糖尿病運動療法 154のエビデンス（中外医学社）】

①糖尿病性腎症 ●1~36 ■1~4

腎症は病期により行う運動療法の強度が異なることを指導し、患者自身の病期がどこに位置するかを確認する必要がある。

腎症第1期・第2期では原則として糖尿病の運動療法に準ずる。微量アルブミン尿を有する場合は、運動後に一時的に尿蛋白量が増える可能性があるが、腎症の進行には影響しないと考えられており、むしろある程度の身体活動が腎症の発症や進行を防ぐ可能性が示唆されている。腎症第3期・第4期の場合でも、運動は身体機能やQOLを改善することが期待されるため、基本的に身体活動を高めるような指導が勧められるが、病態により運動の程度の調節は必要であり、過激な運動は避ける。腎症第4期でも原則運動は可能であるが、全身浮腫や心不全等を併発したり、進行した網膜症、神経障害等を認める場合も多いため、第3期同様に病態により運動の程度の調節は必要である。場合によっては体力を維持する運動が望ましい。腎症第5期で透析療法を行っている場合に運動療法を実施すると、透析効率の改善等も期待できるため、最近では強く推奨されている。ただし第3期、第4期同様に病態により運動の程度の調整は必要である。

脱水は腎機能の低下をきたすリスクとなる。体液過剰がない限りは脱水をおこさないように水分補給を十分に行うように指導する。

かつては腎障害患者の身体活動は制限すべきとの意見が多かったが、最近の日本腎臓学会等の多くのガイドラインでは、運動療法によるADL向上、心血管系機能の向上、精神的効果等の総合的な健康状態へのメリットを重視し、安定したCKD患者に対しては積極的な運動療法が推奨されている。しかし病期により身体状況が異なる事が考えられるため、個人に合わせたテーラーメイドの運動処方が望ましい。専門医・主治医と運動強度・時間・頻度について相談するように促していく。

【JADECカードシステム⑬-5】

【参考：糖尿病診療ガイドライン2024(日本糖尿病学会) / CKD診療ガイド2024(日本腎臓学会) / 糖尿病運動療法指導マニュアル(南江堂)】

スライドⅢ-⑦

運動開始前のセルフチェックリスト

運動を安全に効果的に行うために、セルフチェックを行いましょう。

普段から確認しておくこと

<input checked="" type="checkbox"/>	項目
<input type="checkbox"/>	足に傷や潰瘍、変色しているところはないか
<input type="checkbox"/>	血圧が高いことが継続していないか

該当する場合は医師へ相談！

運動を行う直前に確認すること

<input checked="" type="checkbox"/>	項目
<input type="checkbox"/>	自分の足に合った靴を履いているか
<input type="checkbox"/>	靴に石や異物が入っていないか
<input type="checkbox"/>	低血糖・高血糖を起こしていないか
<input type="checkbox"/>	発熱・倦怠感などはないか
<input type="checkbox"/>	胸痛・息切れなどはないか
<input type="checkbox"/>	めまい・ふらつきなどはないか
<input type="checkbox"/>	関節や筋肉の痛みはないか

体調が悪いときや身体に違和感がある時は、無理せず休息を取りましょう！

休み

スライドⅢ-⑧

糖尿病性腎症・網膜症

運動療法を始める前に腎症・網膜症のチェックを受けましょう。

腎症の病期により運動療法の強度が異なります。

病期	運動療法
第1期(腎症前期)	原則として糖尿病の運動療法に準ずる
第2期(早期腎症期)	運動可(過激な運動は不可)
第3期(顕性腎症期)	運動可(場合によっては体力を維持する程度)
第4期(腎不全期)	運動可(場合によっては体力を維持する程度)
第5期(透析療法期)	原則として運動可

腎症の病期を確認しましょう

病態によりその程度を調整する

網膜症

前増殖網膜症・増殖網膜症がある方は・・・

- 激しい有酸素・ジャンプ・身体に衝撃のある運動
- 頭を下げるような活動・呼吸を止めていきむ活動

上記の運動は視力障害に陥るリスクがあるため、禁忌となる場合があります。

②網膜症 ●1~36 ■1~4

単純網膜症では通常の運動療法でよいが、過度の血圧上昇をきたさない強度の運動が望ましいとされている。前増殖網膜症以上の症例では硝子体出血や網膜剥離を誘発して視力障害に陥るリスクがあるため、激しい強度の有酸素運動やジャンプ、身体に衝撃の加わる活動、頭位を下げるような活動、呼吸を止めていきむような活動は禁忌となる場合がある。激しい運動療法を行う前には、眼科医による網膜症のチェックを行うことを勧める。

【参考：糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会） / 糖尿病運動療法指導マニュアル（南江堂）】

(3) メディカルチェックを受けましょう

●1~36 ■1~4

運動療法を安全に有効に行うためには、糖尿病の症状をはじめ、他の疾患の有無や身体状況を事前に把握しておくことが重要である。運動に伴うアクシデントとして生命にかかわるものは、心血管イベントの発生が重要である。特に心血管系の自律神経障害は、心血管死や無症候性心筋梗塞を引き起こす可能性がある。また普段よりも強度の高い運動を行う場合や、その他にも心血管疾患のリスクがある場合は同様に注意が必要である。それ以外にも網膜症、腎症、神経障害等の合併症の有無や、整形外科的疾患等を含む身体状態の把握が重要である。定期的にメディカルチェックを受け、安全に運動療法を行えるように指導する。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会） / 糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会） / 糖尿病運動療法指導マニュアル（南江堂）】



I | 指導の流れ

過度の飲酒は、肝臓に蓄積した脂肪の影響や、膵臓からのインスリン分泌を抑えることから、血糖値を上昇させ、糖尿病の重症化や腎機能低下のリスクになる。自己チェック等の動機づけを行い、健康に配慮した飲酒を心がけるように指導を行う。

自己チェック（動機付け支援）

保健指導におけるアルコール使用障害スクリーニング（AUDIT）※を活用し、アルコールによる健康問題の程度を確認する

※ AUDIT（Alcohol Use Disorders Identification Test）：WHOによって開発されたアルコール使用障害スクリーニングテスト

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 飲酒による弊害を理解する
- 2 飲酒する場合は適量を理解する
- 3 飲酒をする時の食事の摂り方を理解する

実行可能な目標の設定

医師の指示に基づき、禁酒もしくは適正飲酒のための行動目標を設定する。飲酒が認可された場合でも飲酒によって生じるリスクを減らすため、飲酒の習慣を把握し、健康に配慮した飲酒の仕方を提案する。

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 問題飲酒があり、禁酒もしくは節酒の意向がある場合
具体的な禁酒もしくは節酒のための行動の説明等、対象者の生活に合わせて実行可能な目標を設定する。
- 2 問題飲酒があるが禁酒もしくは節酒の意向がない場合
禁酒もしくは節酒の必要性や、適正飲酒の量を端的に伝える。
AUDITの結果アルコール依存症が疑われる場合は専門医療機関を受診するよう促す。

評価 ※評価が行える場合

飲酒状況から目標の達成状況を確認する

II | 指導のポイント

過度の飲酒習慣は高血糖や低血糖等の血糖コントロールの悪化、食欲増進・過食、脂肪肝・膵炎等の肝臓・膵臓の病気の発症リスクとなる。かかりつけ医の指示に沿って禁酒もしくは節酒に向けた指導を行う。

【JADECカードシステム ⑥-9】

1 飲酒による弊害を理解する

● 1~36 ■ 1~4

アルコールが血糖管理にもたらす影響を伝え、禁酒、節酒の必要性について理解するよう促す。

アルコールが糖尿病にもたらす影響は下記のとおりである。

(1) 高血糖のリスクの増加

アルコールによって胃酸の分泌が促進され、腸ぜん動が活発になるため、食欲が増進する。また、脳の空腹感を抑える神経、満腹中枢がアルコールによって麻痺することで過食の原因となるので、過度の飲酒には注意することを伝える。

(2) 低血糖のリスクの増加

空腹時にアルコールを飲むと、肝臓がアルコールを代謝するのに追われてしまい、体内に蓄えられた物質を糖に分解する働きが弱まるため、エネルギー源となるブドウ糖が足りず、低血糖発作を起こす危険がある。また、薬の効果が増強され、低血糖が起こりやすくなるため、空腹時に飲酒しないよう注意する。

(3) 長期的な過度のアルコールの摂取が引き起こす疾患

アルコールの過剰な摂取が続くと、やがてアルコール性肝硬変やアルコール性膵炎に至る。

アルコール性肝硬変では高血糖になる他、肝臓から必要なブドウ糖が放出されず、命に関わるような低血糖を引き起こすことがある。

アルコール性膵炎では血糖値を下げる細胞と上げる細胞のどちらも破壊されることで、やはり高血糖にも低血糖にもなり得る。

いずれの病態も血糖値は不安定になり、特に治療としてインスリン製剤やインスリン分泌薬を使用している人はその傾向が激しくなる。糖尿病と併存し断酒ができない場合は予後が不良となるため、断酒が困難な場合はアルコール依存症専門病院への受診を促す。

【JADECカードシステム⑥-9、⑫-8】

【参考：健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）/健康に配慮した飲酒に関するガイドライン（厚生労働省）】

2 飲酒する場合は適量を理解する

● 1~36 ■ 1~4

飲酒は糖尿病の治療に悪影響を与える可能性があるため、飲酒の可否については医師に相談するよう促す。

スライドⅣ-①

アルコールが糖尿病にもたらす影響

・飲酒により食欲が増進し、食べ過ぎる

➡ **高血糖のリスクの増加**



・肝臓がアルコール分解のため働いてしまい、体内の糖を分解して血糖値を上げるのに時間がかかる

➡ **低血糖のリスク増加**



過度な飲酒を原因とする疾患の影響

・肝炎・・・肝臓で蓄えたブドウ糖を血中に放出できない

・膵炎・・・血糖を上げるホルモン、下げるホルモンどちらも出せない

➡ **高血糖・低血糖 どちらのリスクも増加**

禁酒が困難な場合は、専門の医療機関へ

スライドⅣ-②

ドリンク換算表(1ドリンク=純アルコール 10g)

		ドリンク数	ビール換算 (ml)
ビール(5%)・発泡酒	コップ1杯	0.7	180
	中瓶	2.0	500
	大瓶	2.5	630
リキュール類	レギュラー缶	1.4	350
	ロング缶	2.0	500
	中ジョッキ	1.3	320
日本酒(15%)	1合(180ml)	2.2	540
	お徳口(30ml)	0.4	90
焼酎(20%)	1合	2.9	720
	1合	3.6	900
チューハイ(7%)	レギュラー缶	2.0	490
	ロング缶	2.8	700
	中ジョッキ	1.8	450
ワイン(12%)	ワイングラス(120ml)	1.2	290
	ハーフボトル(375ml)	3.6	900
	フルボトル(750ml)	7.2	1800
ウイスキー(40%)	シングル氷割り(原酒で30ml)	1.0	240
	ダブル氷割り(原酒で60ml)	1.9	480
	ボトル1本(720ml)	23.0	5760
梅酒(13%)	1合(180ml)	1.9	470
	お徳口(30ml)	0.3	80

(1) 節度ある適度な飲酒

飲酒による影響は、年齢、性別、体質、基礎疾患により異なるため、適量は個人差がある。各種疾患への影響は、飲酒量が少ないほどリスクを減らすことができると考えられる。飲酒を止められない場合は、医師に相談し、自らの適量を把握するよう促す。

自身の飲酒習慣を振り返り、1日当たり純アルコールに換算しどのくらい摂取しているのかを把握し、過剰飲酒になっている場合は、飲酒習慣の見直しが必要である。

飲酒する際は、あらかじめどのくらいまでが適量であるかを理解した上で飲むよう伝える。また、摂取する純アルコール量を減らすためにノンアルコール飲料に変えたり、水や炭酸水で割って飲む等の工夫を伝える。ノンアルコール飲料には糖質を含み血糖値に影響を与えるものもあるため、糖質0gのものを選ぶよう伝える。

また、毎日飲酒する習慣がある場合は、1週間のうちに飲まない日をつくる。

飲酒量をコントロールするため、スライドIV-④を参考に実践できそうなことを対象者に選択してもらい、具体的な行動目標を設定する。

スライドIV-③

飲酒をする時のポイント

①あらかじめ飲む量を決めてから飲酒する

お酒を飲む場合は、あらかじめどのくらい飲むかを決めておくことで飲みすぎを防止できます。1日に飲める量は、純アルコールの量で決まります。

【純アルコールの計算方法】

$$\text{純アルコール量 (g)} = \text{容量 (ml)} \times \text{度数 (\%)} \times 0.8 \text{ (アルコールの比重)}$$

例えば、アルコール度数5%のビール1缶(350ml)に含まれる純アルコール量は、 $350\text{ml} \times 5\% \times 0.8 = 14\text{g}$ となる。

②摂取する純アルコールの量を減らす

飲酒の合間に水や炭酸水を飲んだり、水などを混ぜてアルコール度数を下げて飲酒する、ノンアルコール飲料を選ぶ、少しずつ飲酒するなどの工夫をしましょう。

ノンアルコール飲料には糖質が含まれているものもあります。血糖値に影響を与えない、糖質が含まれていないものを選ぶようにしましょう。

③一週間のうちに飲酒しない日を設ける

毎日飲酒を続けた場合、アルコール依存症のリスクが高まります。一週間の純アルコール摂取量を減らすため、休肝日を設けましょう。

スライドIV-④

節酒のための目標設定

目標の具体例	できている	がんばれば7~8割できそう	できそうもない
飲酒の機会を減らす			
飲酒量を減らす			
1日に飲む量を決める			
本日に飲みたい日だけ飲む			
休肝日を決める			
自分から誘わない			
なるべく自宅で飲む			
誘われた時上手に断る			
つぎのお酒は建替えて、つぎ上手に			
飲まなかった日の酒代を貯める			
飲まない日に行うことを決める			
酒席に食べながら、ゆっくり飲む			
水を飲みながら飲む			
先に水や炭酸水で喉の渇きを潤す			
一部をノンアルコール飲料に置き換える			

3 飲酒をする時の食事の摂り方を理解する

● 1~36 ■ 1~4

アルコールは1g 7kcalのエネルギーがあるだけで、炭水化物、たんぱく質、脂質等の栄養素をほとんど含んでいないため、食事をあまり摂らずに過剰な飲酒を続けていると肥満や栄養失調となる危険がある。

アルコールは胃や腸で吸収された後、肝臓で酵素（アルコール脱水素酵素）によってアセトアルデヒドに分解され、さらに酢酸へ、最終的に二酸化炭素と水に分解される。この酵素が働くには補酵素となるビタミンが必要となるため、ビタミンB1等を多く含む大豆製品や野菜、海藻類と一緒に摂るように伝える。

肝臓は脂肪を分解する機能も担っているが、飲酒時に脂質の高いものを多く摂取すると、脂質の代謝が十分に行われず、脂肪として肝臓等に蓄積される。過度な脂質の摂取は控えるように伝える。

アルコールには利尿作用があるので、排出された水分を補給しないと脱水状態になりやすい。特に、糖尿病の薬剤の中には、利尿作用があるものがあるので、注意が必要である。脱水は腎機能にも悪影響を及ぼすことから、飲酒する際は水分も補給するように伝える。

【JADECカードシステム ⑥-9 ⑫-8】

【参考：健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）/健康に配慮した飲酒に関するガイドライン（厚生労働省）】

スライドIV-⑤

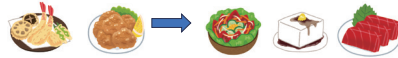
飲酒をする時の食事の摂り方

①飲酒をする前または飲酒中に食事をとる

血中アルコール濃度を上げにくくし、お酒に酔いにくくする効果があります。また、低血糖のリスクも減ります。

②揚げ物などは控え目に

脂っこいものを控え、野菜、大豆製品、海藻などを中心に食べましょう。



アルコールを飲むために食べ物を減らすのは間違いです。

アルコールは1g 7kcalのエネルギーのみで、炭水化物、たんぱく質、脂質などの栄養素をほとんど含んでいません。よって、食事の替わりにはなりません。飲酒する際も食事をとりましょう。

③水分も摂りましょう

アルコールは利尿作用があり、脱水のリスクが高まります。

I | 指導の流れ

喫煙は脳梗塞や心筋梗塞、糖尿病性腎症等の合併症のリスクが高まることを伝え、禁煙に向けて動機付けを行う。

自己チェック（動機付け支援）
「喫煙・受動喫煙に関する質問表（厚生労働省）」を活用し、禁煙状況や禁煙への関心度を把握する
毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）
1 禁煙の重要性を理解する 2 禁煙するための方法を知る 3 禁煙後の注意点について理解する
実行可能な目標の設定
喫煙は糖尿病や合併症の重症化リスクが高まるため、禁煙の必要性を伝える
【目標設定を行う時の配慮】
1 禁煙に関心がある場合 禁煙外来や、ニコチンパッチ、ニコチンガム等、具体的な禁煙の方法を提案する。 2 禁煙に関心がない場合 健康面だけでなく生活面の喫煙のデメリットや禁煙のメリットを伝えると動機付けがしやすい。
評価 ※評価が行える場合
喫煙や禁煙の状況を確認する

II | 指導のポイント

喫煙による弊害やリスクについて説明することで禁煙の意識を高め、禁煙に向けた支援を行う。

【JADECカードシステム ⑥-8】

【参考：禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版（厚生労働省）】

1 禁煙の重要性を理解する

● 1～36 ■ 1～4

喫煙は糖代謝障害（血糖の上昇、インスリン感受性の低下等）や脂質代謝異常（HDL コレステロールの低下、中性脂肪やLDL コレステロールの上昇）を引き起こす。腎臓の機能がさらに低下してCKDや透析に至るリスクが高まり、透析までの期間が短くなるといった報告もある。

喫煙は治療の妨げとなるだけでなく、脳梗塞や心筋梗塞等の重大な合併症のリスクが高まることから、禁煙は優先順位が高い重要な健康課題であることを明確に伝える。

健康面だけでなく、生活面からも喫煙のデメリットや、禁煙のメリットを伝えると動機付けがなされ、禁煙への意欲が高まりやすい。女性には美容への影響に関する情報提供は、特に有効と思われる。

スライドV-①

禁煙の重要性を理解しましょう

 喫煙は、糖尿病治療にも悪影響を与えるため、禁煙しましょう。

発症リスクとなる病気

- ・がん
- ・虚血性心疾患（不安定狭心症を含む）
- ・脳血管障害（脳梗塞、くも膜下出血）
- ・糖尿病
- ・COPD（慢性閉塞性肺疾患）
- ・消化性潰瘍



検査値への影響

- ・脂質代謝（HDL ↓、LDL ↑、TG ↑）
- ・糖代謝（血糖 ↑、HbA1c ↑、インスリン感受性 ↓）
- ・多血症（RBC ↑、Hb ↑）、白血球増多（WBC ↑）

喫煙による自覚症状

- ・咳、痰、息切れなど

そのほか、喫煙による生活時間の損失や経済損失、家族への受動喫煙といった健康への影響、将来の医療費等を切り口に情報提供を行う。

【参考：禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版（厚生労働省）/健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）】

2 禁煙するための方法を知る

● 1～36 ■ 1～4

禁煙の意向がある場合は、自力で禁煙するよりは、禁煙外来や禁煙補助剤を利用する方が、「比較的楽に」、「より確実に」、「費用もあまりかからずに」禁煙できるという情報を提供する。

喫煙者の多くは「禁煙は自分の力で解決しなくてはならない」、「禁煙は辛く苦しいもの」と思い込んでいる傾向があるので、その思い込みを変える情報提供が必要である。

スライドV-②のニコチン依存度チェックの結果等を参考に、医療機関での禁煙治療や薬局・薬店で購入可能なニコチンパッチやニコチンガム等対象者に合う禁煙方法を紹介する。

禁煙に関心がない場合は、いきなり禁煙の解決策について説明すると反発を受けることもあるため、現在禁煙する気持ちがでないことを受けとめた上で、「今後の禁煙のために覚えておかれるといいですよ」と前置きをして禁煙に関心がある人への情報提供と同じ内容を伝える。

【参考：禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版（厚生労働省）/健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）】

3 禁煙後の注意点について理解する

● 1～36 ■ 1～4

禁煙すると、糖尿病や合併症の発症・重症化のリスクが喫煙者に比べ低下する。糖尿病がある場合、禁煙してからリスクが低下していくのに時間がかかるため、できるだけ早期に禁煙することが重要である。

一方で、禁煙に伴う体重増加によって血糖が上昇することが報告されている。理由は離脱症状によるもので、中枢性の食欲亢進が続くことと、ニコチンによる基礎代謝の亢進作用がなくなることが原因と考えられている。

体重増加よりも禁煙のメリットの方が大きいので、禁煙を優先させる。禁煙が安定してきたら、食生活を見直していくように伝える。

間食しなくなった時はミントタブレットやシュガーレスのガム等を食べることや、生活の中で軽い運動を取り入れながら禁煙をすることがよいとされている。

【参考：禁煙支援マニュアル（第二版）増補改訂版（厚生労働省）/健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）】

スライドV-②

質問	答え			
	0点	1点	2点	3点
①朝、目が覚めてから何分後位でたばこを吸いますか。	6分後以降	31～60分	6～30分	5分以内
②喫煙できない場所で喫煙をガマンするのが難しいと感じますか。	いいえ	はい	—	—
③1日のうちの時間帯のたばこをやめるのに、一番未練を感じますか。	目覚めの1本以外	目覚めの1本	—	—
④1日、何本のたばこを吸いますか。	10本以下	11～20本	21～30本	31本以上
⑤目覚めてから2～3時間以内に吸う本数の方が、それ以降に吸う本数よりも多いですか。	いいえ	はい	—	—
⑥病気で1日寝ているような時でもたばこを吸いますか。	いいえ	はい	—	—
点数	0～3点	4～6点	7～10点	
ニコチン依存度	低い	中等度	高い	
	ライトスモーカーレベル	ミドルスモーカーレベル	ヘビースモーカーレベル	

スライドV-③

自分に合った禁煙方法を選択しよう

①医療機関で禁煙治療を受ける

ニコチン依存度が**中程度～高い**人向け

- 禁煙する自信がない人
- 過去に禁煙して禁断症状が強かった人
- 精神疾患など、禁煙が難しい特性がある人
- 薬剤の選択など、禁煙にあたって医師の判断を必要とする人

②薬局・薬店でニコチンパッチやニコチンガムを使ってやる

ニコチン依存度が**低い～中程度**の人向け

- 禁煙する自信が比較的人
- 忙しくて医療機関を受診できない人
- 健康保険適用の条件を満たさない人

スライドV-④

禁煙後の注意点について

禁煙後体重が増加することがあります

- 嗅覚や味覚、胃の働きが正常になってきて、ご飯がとて美味しく感じるようになります。
- ニコチン等の有害物質を代謝するのに使っていたエネルギーが通常に戻り、基礎代謝が落ちます。
- 2～4kg程度の体重増加がみられることがあります。

体重増加よりも禁煙のメリットの方が大きいので、まずは禁煙を優先しましょう。

体重が増えすぎないようにするための工夫

口さびしくなった時は

シュガーレスの糖やミントタブレット等

水やお茶を飲む

歯磨きをする

気分転換に身体を動かしましょう

I | 指導の流れ

口腔の健康を維持することが糖尿病重症化予防に重要であることを理解しているか把握する。自己チェックにより動機付けを行い、口腔の健康維持に向けて日常で取り組める対応法を指導する。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 口腔ケアの習慣を確認する（回数やタイミング、使用している物品について）
- 2 口腔の健康を維持するために必要な正しい口腔ケアの方法について確認する
- 3 歯周病に罹患している可能性がないかセルフチェックを行い確認する
- 4 食事が摂りにくい口腔環境になっていないか確認する

毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）

- 1 糖尿病と歯周病の関係について理解する
- 2 歯周病により口腔内環境が悪化している場合の対応を理解する

実行可能な目標の設定

口腔衛生の維持に向けて、適切な口腔ケアの手技を身に付け、習慣化を行うための動機付けを行う

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 歯を磨く習慣がない場合
仕事や生活のスタイルの中で、歯を磨くことが困難になっている理由や背景がある場合、状況を確認し、その中で実行可能な口腔ケアの方法を提案する。
- 2 口腔内環境が悪化し、食事摂取が困難になっている場合
既に歯周病により、歯の痛み、歯肉の出血や腫脹、歯の欠損、歯の動揺等がある場合は、早期に歯科受診を勧める。

評価 ※評価が行える場合

歯科健（検）診を利用して、口腔の健康状態の確認を行う

II | 指導のポイント

糖尿病重症化予防には歯周病の予防や治療により、口腔の環境を正常に保つことが必要不可欠である。口腔の健康を保つことの重要性を理解することで、動機づけを行い、適切に口腔の健康管理を行う方法について指導する。

1 糖尿病と歯周病の関係について理解する

(1) 歯周病について

歯周病は歯の周囲の組織（歯肉、歯槽骨）に炎症を起こしている状態である。症状としては、歯肉の腫れ（出血、排膿）、歯の動揺や咀嚼（そしゃく）時の痛み等が起こる。進行すると歯が抜けやすくなり、自然脱落がみられる。歯周病になると、慢性的な炎症が起き、炎症を抑えるために炎症物質が発生する。これが血中に増加すると、インスリンの働きを阻害し、血糖コントロールを不良にする。そのため糖尿病のリスクが高まる。

スライドVI-①

糖尿病と歯周病の関係

知っておきたいポイント

歯周病は糖尿病の合併症のひとつです。

歯周病により糖尿病に罹りやすくなる



糖尿病があると歯周病が重症化しやすい

歯周病患者では、治療を適切に行うことで、歯周組織の炎症が改善すると、血糖値の改善に効果があることが報告されています。

糖尿病の治療には、日々の口腔ケアの習慣や、かかりつけ歯科による口腔健康管理が必要不可欠

歯周病が重症であるほど血糖コントロールは不良となり、逆に糖尿病があると歯周病が重症化しやすくなるため、相互に悪影響を及ぼす。一方で、適切な治療や口腔ケアの習慣を身に着けることで、歯周病が改善すると、血糖コントロール状態が改善することが報告されている。このように歯周病は糖尿病と密接な関連があり、歯周病の予防や治療は糖尿病重症化予防に必要不可欠である。

【JADECカードシステム④-7-1】

(2) 歯周病の予防について

歯周病の原因は口腔ケアが不十分なために生じる歯垢（デンタルプラーク）が原因である。歯垢は食べかすが時間の経過とともに細菌の塊になったもの（バイオフィルム＝台所の排水溝のぬめりと同じようなもの）である。

歯周病は、適切な口腔ケアを行うことで予防が可能となる。日々の口腔ケアの習慣や適切な口腔ケアの手法を身に着けることが重要である。

基本となるのは歯ブラシにより、食べかすや歯垢を徹底的に除去することである。特に歯間や歯肉と歯の境目の清掃が重要となるため、歯ブラシの当て方を意識する必要がある。加えて、歯間ブラシやデンタルフロス等の清掃補助用具の使用により、効率的に食べかすや歯垢の除去が可能となる（歯ブラシだけでは全ての汚れの除去は不可）。また、洗口液の使用は、炎症を抑える補助的な効果はあるが、それだけでは、歯周病の予防や治療は不可であることに注意が必要である。

口腔ケアは、食後に毎回行うことが理想的であるが、日々の生活の中では、毎回実施することが難しい場合もある。その際は1日の中で1回は時間をかけて、徹底的に清掃する習慣が必要である。特に就寝前は効果的である。また、長時間口腔ケアができない場合（1日1回も実施できない）や、職業上又は災害時等の理由で水場の確保が困難なために口腔ケアを実施しにくい場合には、口腔清拭シートを活用することで、口腔ケアを実施できるようになるので、このような工夫の仕方等を指導することが大切である。

【JADECカードシステム④-7-1】

スライドVI-②

歯周病の進行

歯周病の進み方
歯周病の始まりは歯肉炎、進むと歯周炎になります。

歯と歯肉の境目は、健康な場合、1～2mmの溝になっています。この溝に歯垢（プラーク）が付着することにより、歯肉炎は起ります。歯肉が赤く腫れて歯磨きの時に出血しやすくなります。**この段階は、正しい歯磨きだけでもなおります**

歯周病が進行するにつれて、ポケットが深くなっていきます

歯肉炎
炎症が進み、歯と歯肉の間の溝が深くなり深くなっていく。（歯周ポケットの形成）歯槽骨（歯を支えている骨）の吸収も始まる。

軽度歯周炎
歯槽骨の吸収が進み、歯がグラグラする。歯肉はプロソロシ、歯周ポケットから血や膿が出て、口臭もひどくなる。

中度歯周炎
歯槽骨はほとんどなくなって、ついに抜けてしまう。

重度歯周炎

坂本県・坂本県歯科医師会作成リーフレットより

スライドVI-③

歯周病の予防

歯周病を起こす細菌の増殖を抑えることが基本です。

■生活習慣の改善

- ・食ごたえのある繊維性の多い食品をよく噛んで食べる。
- ・生活のリズムを整える。
- ・3度の食事以外の飲食の回数をなるべく少なくする。

■効果的なブラッシング

- ・歯ブラシは鉛筆を持つように軽く持つ
- ・プラークがたまりやすい所（磨きにくい所）を丁寧に磨く
- ・歯ブラシの毛先を歯と歯肉の境目にあてる
- ・軽い力で磨き小刻みに動かす
- ・磨き残しを少なくするため磨く順番を決める
- ・1日1回は、糸ようじ（デンタルフロス）や歯間ブラシを使う
- ・歯垢染め出し液でセルフチェックしてみる

ぜひ一度、歯科医院でブラッシングの指導を受けることをお勧めします

坂本県・坂本県歯科医師会作成リーフレットより

スライドVI-④

水場が無い時の口腔ケアの工夫

うがいが難しい時は、口腔ケア後に口腔清拭を行いましょう。

- ✓まず口腔ケアを行いましょう。
- ✓シートを指に巻いて、汚れを拭き取りましょう。
- ✓水場がなくても口腔ケアが可能
※ 災害時でも活用できます。

(3) 歯周病のセルフチェックについて

歯周病は症状が進行しないと気が付きにくい場合があるため、早期発見、早期対応が大切である。セルフチェックを活用し、該当する場合は歯科医院への受診勧奨を行う。歯周病の状態が軽度であれば、セルフケアで改善が期待できるが、歯周病が重度の場合は、歯科医院にて治療を受けることが必須になる。

歯周病の状態は、歯科医院にて検査を受けることで判定が可能となるため、しばらく（6か月以上）歯科通院をしていない場合には、自己判断をせずに受診をすることが大切である。その他、自治体と地域歯科医師会により、歯科健（検）診を実施しているため、積極的な活用が推奨される。

【JADECカードシステム④-7-2】

スライドⅥ-⑤

歯周病のセルフチェック

下の一つでも当てはまれば、歯周病の可能性があります。受診して、調べてもらいましょう！

<input type="checkbox"/> <p>歯を磨くときやリンゴ等を食べたとき、歯肉から出血することがある。</p>	<input type="checkbox"/> <p>口臭が気になる。</p>	<input type="checkbox"/> <p>歯肉が赤くはれたり、腫むことがある。</p>	<input type="checkbox"/> <p>冷たい水がしみる。</p>	<input type="checkbox"/> <p>歯肉からワミが出ることもある。</p>
<input type="checkbox"/> <p>朝起きたとき、口がねばねばする。</p>	<input type="checkbox"/> <p>歯がグラグラと動く。</p>	<input type="checkbox"/> <p>歯肉がむずがゆい。</p>	<input type="checkbox"/> <p>歯と歯の間に、よく物がはさまる。</p>	<input type="checkbox"/> <p>前よりも歯が長くなった気がする。</p>

栃木県・栃木県歯科医師会作成リーフレットより

2 歯周病により口腔内環境が悪化している場合の対応を理解する

(1) 口腔内の環境が悪化していることにより起こる弊害

歯周病が進行し、口腔環境が悪化すると、歯が失われるために咀嚼が困難になるだけでなく、咀嚼を行う機会が減少するために咀嚼の筋力低下も起こしやすくなる。そのため、食品摂取に偏りが生じやすくなり、肉・魚介類・野菜・果物といった食品の摂取が減少し、反対に炭水化物が主体のご飯・パン・麺等の穀類や菓子類、砂糖・塩等の調味料の摂取割合が増えることが明らかになっている。これは歯で咀嚼が必要ない柔らかい食品の摂取に偏りやすい傾向を含んでおり、特に炭水化物の多い穀類や菓子類の摂取が多くなると、糖尿病重症化リスクが高まるため、口腔環境を良好に整備することは食品摂取の多様性の維持、ひいては、糖尿病重症化予防に重要である。

(2) 歯周病がみられる場合の対応

既に明らかに歯周病の状態が疑われる場合、治療を行うために、早期に歯科医院を受診する必要がある。歯科医院では歯周病の状態を検査により把握し、歯垢や歯石を徹底的に除去する治療が受けられる。加えて、口腔衛生指導を受け、日常的な口腔ケアを適切に行えるよう、口腔ケアの技術の習得や習慣を改善することも重要となる。歯科医院への早期受診を勧奨するために、地域歯科医師会のホームページ等を活用することが推奨される。

(栃木県歯科医師会 歯科医院検索)

<https://tochigi-da.or.jp/2504.html>



【参考：糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン2023 改訂第3版（特定非営利活動法人日本歯周病学会）/8020推進事業 お口の健康シリーズ（歯周疾患検診のおすすめ）（栃木県、栃木県歯科医師会）/健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～（厚生労働省）/Iwasaki M, et al. Longitudinal association of dentition status with dietary intake in Japanese adults aged 75 to 80 years. J Oral Rehabil. 2016 Oct;43(10):737-44.】

I | 指導の流れ

現在の服薬の状況を把握し、医師の指示通りに服薬できていない場合は服薬継続の重要性について説明し、適切な服薬（薬物治療）につながるような支援を行う。

市販薬を含め、腎機能を悪化させるような薬剤を常時服用していないか確認する。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 お薬手帳で処方薬の内容を確認する
- 2 本人への聞き取りや残薬から、市販薬も含めた服薬状況を確認し、適切な服薬ができているかを確認する

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 薬物療法の基本を理解する
- 2 市販薬を含む注意が必要な薬剤を理解する
- 3 薬物療法の注意点を理解する
- 4 自己血糖測定について理解する

実行可能な目標の設定

- 1 医師の指示通りに服薬ができていない場合は、適切に服薬ができるよう意識付けを行う
- 2 市販薬等で腎機能を悪化させる恐れがある場合、医師、薬剤師に相談するよう促す

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 服薬を忘れてしまう場合
1日の飲み方（用法）が複雑であったり、仕事のスケジュールで服用が困難な場合は、用法をまとめたり、なぜ飲めないかを医師に相談するよう促す。
血糖値を頻繁に測定することはできないため、効果に実感がなく服用を中止してしまうこともあるので、自己判断による薬の中断の危険性について理解を促す。
スマートフォン等のアラーム機能は定期服薬の一助となるので活用を勧める。
- 2 多剤服用している場合
実際に全ての薬を飲んでいるかを確認する。
どのような理由で飲んでいるか、また、飲んでいて以前と比べて体調の変化等はないかを確認する。
飲みづらさや減薬の意向がある場合は、対象者の考えを聞きながら、医師に状況を伝える。
- 3 解熱鎮痛剤等を頻繁に利用している場合
なぜ頻繁に解熱鎮痛剤を使用するのか、その理由を把握し、その内容によっては、医師へ相談するよう促す。

評価 ※評価が行える場合

- 1 対象者への聞き取りや、残薬を確認し、適切に服薬ができているかどうか確認する
- 2 お薬手帳を確認し、服用時刻の異なる薬剤等の飲み忘れや自己調節等の状況を確認する
また腎機能を悪化させるような処方となっていないか確認する
- 3 常時使用している市販薬等の内容も確認する

II | 指導のポイント

● 1~36 ■ 1~4

対象者の糖尿病の病型や症状、血糖管理の状態に応じて処方されている薬剤の特徴を把握し、薬剤コントロールの状況も併せて確認する。

対象者に対しては、薬物治療の効果の理解を促し、自己中断せずに継続して服薬をすることができるよう支援する。自己中断をさせないためには、対象者が服用している薬剤にはどのような働きがあるのか、またどのような副作用があり、どのような注意が必要か等の理解が重要であるため、わからないことや気になることがある場合には、その解決が非常に重要である。また、処方せんによる服薬以外に、市販薬（解熱鎮痛剤等）を頻回に服用していたり、5種類以上の多剤併用をしている場合は、医師・薬剤師に相談するよう促す。

1 薬物療法の基本を理解する

(1) 適切に服薬しましょう

● 1~36 ■ 1~4

1型糖尿病ではインスリンが欠乏した状態となるため、生理的なインスリン分泌に合わせた基礎分泌と食事に合わせた追加分泌を補う強化インスリン療法が基本となる。一方で、非インスリン依存状態の2型糖尿病では、2~3か月程度の十分な食事療法と運動療法を続けても血糖コントロールが得られない場合は、経口血糖降下薬やGLP-1受容体作動薬による治療が行われる。

ただし、病態によっては、治療開始とともに食事療法や運動療法と並行して経口血糖降下薬やGLP-1受容体作動薬による薬物療法が開始されることもある。糖尿病の経過に伴い、薬物治療の強化が必要になることもある。

また、高血圧症や脂質異常症等の併存疾患に対する薬剤が投与されることがある。

服薬継続は血糖値を良好な状態に保つだけでなく、糖尿病による合併症の発症及び進展の防止、心血管疾患の発症防止のために必要なことである。自覚症状の乏しさや、服用を始めることによる糖尿病の諸症状の改善から、自己判断による通院の中止、服薬の中止に至ることがある。

血糖値を良好に保つことは3大合併症の重症化や心筋梗塞、脳血管疾患等の死亡リスクの高い疾病や入院リスクとも関連するため、継続した服薬が必要となる。

飲み忘れの理由には「うっかり」や「持ち歩くのを忘れた」、「食事を摂らない時がある」等のほか、「服薬のタイミングがバラバラ」、「たくさんの薬を飲んでいる」等が挙げられる。処方薬と服用回数が少なくなるような検討を行うと同時に、服薬できない理由を聞き取り、互いに解決の方法を探ることが必要である。

おくすり手帳は対象者が服用する薬の情報を確認するうえで有用なツールである。

【JADECカードシステム®-1~6】

【参考：糖尿病の薬学管理必携 第2版 糖尿病薬物療法認定薬剤師ガイドブック（日本くすりと糖尿病学会）/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

スライドⅦ-①

薬を正しく飲みましょう

処方された薬を正しく飲みましょう

糖尿病は自覚症状があまり無く、自分の判断で薬を中断してしまうことがあります。服薬を続けることは、高血糖による身体の血管へのダメージや、臓器に負担をかけることを減らし、自分の身体を守ることに繋がります。

量と服用時間は必ず守りましょう

薬を飲み忘れた時

すぐ気付いた時はその時に飲み、時間がかなり経過していたら飲まない。忘れたからといってまとめて飲まないようにし、主治医に相談する。インスリン注射を忘れても、2回まとめて打たない。

飲み忘れを防ぐ工夫

- ・常に1回分の薬を持ち歩く
- ・1日分（朝昼夕）など仕切りのあるケースに分けて入れ、目に付くところに置いておく
- ・携帯のアラーム機能などを活用する

(2) 腎機能の低下を抑制する薬

● 1~36 ■ 1~4

腎機能低下を抑制できる可能性のある薬として、SGLT2阻害薬、RAS阻害薬（アンジオテンシン変換酵素（ACE）阻害薬、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB））、GLP-1受容体作動薬、ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬が挙げられる。

近年多数の臨床試験からSGLT2阻害薬及びGLP-1受容体作動薬が血糖降下作用に加えて、糖尿病性腎症の進行予防に有効であることが示されている。2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズム（第2版）でもAdditional benefitsを考慮すべき併存疾患として、慢性腎臓病に対しSGLT2阻害薬及びGLP-1受容体作動薬が推奨されている。またミネラルコルチコイド受容体拮抗薬のフィネレノンは2型糖尿病を合併するCKDの進行抑制に効果が認められている。

【JADECカードシステム ⑨-6】

【参考：糖尿病診療ガイドライン2024（日本糖尿病学会）/糖尿病の薬学管理必携 第2版 糖尿病薬物療法認定薬剤師ガイドブック（日本くすりと糖尿病学会）】

スライドⅦ-②

腎臓を保護する効果がある薬

腎機能が低下してきた段階で腎臓を保護する効果のある薬を飲んだ場合、腎臓の機能を長く保つことができるという結果が出ています。

慢性腎臓病（CKD）診療を担う医療機関について

県では、栃木県保健医療計画において、慢性腎臓病（CKD）の診療機能を担おうとする医療機関（機能別医療機関）を募集・選定し、「県内の慢性腎臓病診療を担う医療機関一覧」を県ホームページに掲載しております。

栃木県公式ホームページ「CKD（慢性腎臓病）」を知っていますか？

2 市販薬を含む注意が必要な薬剤を理解する

(1) 腎機能を悪化させる恐れがある薬剤

● 1~36 ■ 1~4

腎臓は体内で産生あるいは吸収された様々な代謝物質、化学物質及び薬剤を濃縮し、体外に排泄する主要な器官である。

腎障害を起こしうる薬剤は多くあるが、そのうち慢性腎不全を誘発しやすい薬剤として、解熱鎮痛薬が挙げられる。

中でもNSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬（イブプロフェン、ロキソプロフェン等））はシクロオキシゲナーゼ（COX）阻害によりプロスタグランジン（PG）の産生を抑制する。

PGは腎血流量を維持する機構において重要な働きをしている物質であり、NSAIDsの服用によりPGの産生が低下すると腎血流量や糸球体ろ過量が減少し腎機能を低下させることにつながる。

腎機能が正常な高齢者でも常用により腎機能が低下するリスクが高いため、長期間の使用や常用は避け、使用する場合は低用量とする。アセトアミノフェンはNSAIDsに含まれておらず、腎障害に対する安全性は一定の見解が得られていないが使用されることが多い。

腎機能が低下しているとわかっている場合は、日ごろから主治医に飲んでよい市販の薬剤・漢方薬等について聞いておくよう促す。

【JADECカードシステム ⑨-6】

【参考：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025（日本老年医学会）】

スライドⅦ-③

腎機能を悪化させることがある薬剤

市販薬を含めて主治医や薬剤師に確認してもらいましょう

一般的に「解熱鎮痛薬」として薬局などでも販売されている薬であるNSAIDs（非ステロイド性抗炎症薬）は、常用している場合は腎臓の機能が低下することがあります。市販のお薬も含めて主治医や薬剤師に飲んでよいか確認しましょう。

NSAIDsの例

- ・イブプロフェン（イブ等）
- ・ロキソプロフェン（ロキソニン等）
- ・ジクロフェナク（ボルタレン等）

※アセトアミノフェン（カロナール等）はNSAIDsに含まれない



3 薬物療法の注意点を理解する

(1) シックデイについて

● 1~36 ■ 1~4

糖尿病患者が発熱や下痢、腹痛、嘔吐、食欲不振等により通常の食事が摂れず、脱水やケトースシスになりやすく血糖コントロールが困難な状態をシックデイ (Sick day) という。様々なストレスに対してインスリン拮抗ホルモンが増加し高血糖になることが多い。糖尿病薬 (インスリン製剤を含む) を使用している場合は、日ごろからシックデイの際に医療機関に相談できる体制を確認しておく。同時に服薬やインスリン注射を自己調節、自己中断しないように指導する。

シックデイの際には、脱水予防のため十分に水分を摂取し、できるだけ摂取しやすい食品 (おかゆ、麺類、果汁等) で糖質を摂取してエネルギーを補給する。次の場合には、速やかに医療機関を受診するように指導する。(①発熱、消化器症状が強いとき、②24時間にわたり経口摂取ができない、または著しく少ないとき、③血糖値350mg/dL以上の持続、血中ケトン体高値、尿中ケトン体陽性のとき、④意識状態の悪化がみられるとき)

患者自身のみならず、家族、介護者にもシックデイの時のシックデールールを事前に理解してもらうことが重要である。薬物治療の不適切な判断により重篤な結果を招く場合もあり得る。繰り返し理解を促すことが必要である。

【JADECカードシステム ⑧-3】

【参考：糖尿病診療ガイドライン2024 (日本糖尿病学会) / 糖尿病療養指導ガイドブック2025 (日本糖尿病療養指導士認定機構)】

(2) 低血糖について

● 1~36 ■ 1~4

糖尿病の薬物療法において最も高頻度に見られる急性合併症は低血糖である。一般に血糖値が70mg/dL未満になると生体は初期反応として交感神経系が賦活され、グルカゴン等のホルモンの分泌増加を介して血糖値を上昇させようとする。冷汗、不安感、手指振戦、顔面蒼白、動機等の交感神経症状がみられ、血糖値の回復がないと中枢神経のブドウ糖欠乏症状として頭痛、眼のかすみ、空腹感、眠気、けいれん発作、意識障害に陥る。症状の発現は個人差が大きい。高所作業や自動車の運転等の作業をしている最中に低血糖の状態になると事故につながる恐れがある。低血糖を疑う状況や症状の出現時は血糖自己測定 (SMBG) を行い確認するか、血糖測定ができなくてもブドウ糖10gまたはそれに相当する糖質 (砂糖等) を摂取する。腎不全の進行によるインスリン必要量の減少、自律神経障害による交感神経反応の低下等、合併症に関連した低血糖に注意する。重症低血糖による意識障害者の特徴として、70歳以上の高齢者、慢性腎臓病 (CKD) ステージ3~5に腎機能障害のある方、スルフォニル尿素 (SU) 薬内服中の患者があげられ注意が必要である。SU薬やアルコールが関与した低血糖は遷延・再発することがあるため、注意が必要である。

【JADECカードシステム ⑨-6】

スライドⅦ-④

シックデイで気をつけること

シックデイとは

糖尿病の方が熱が出る・下痢をする・吐く、また食欲不振によって、食事ができないときのことを「シックデイ」(体調の悪い日)と言います。高血糖や、食事が食べられないことによる低血糖になりやすいため、血糖値を注意して確認する必要があります。シックデイの時のお家での対応の基本を「シックデールール」といいます。

シックデールール

- 1 安静と保温につとめる
 - 2 スープなどで十分に水分を摂り、お粥やうどんなどで炭水化物をとる
 - 3 インスリン製剤を使っている方は、決して自己判断でインスリンを中断しない
 - 4 飲み薬を使用している方は、薬の量の調整が必要な場合がある
 - 5 可能な限り血糖自己測定をして、血糖値と病気の状態を確認する
- 詳細な内容は主治医の先生と相談し、決めておきましょう。

すぐに医療機関へ連絡をするか、受診が必要な場合

- ・嘔吐、下痢がとまらない、38度以上の高熱が続くとき
- ・食事が24時間にわたって、全くとれない、または著しく少ないとき
- ・血糖値が350mg/dL以上が続くとき
- ・意識の状態に変化があるとき



スライドⅦ-⑤

低血糖の予防や対処方法

低血糖の症状

一般に血糖値が70mg/dL未満になると、低血糖の症状があらわれます。



【低血糖を起こしやすい状態】

- ・食事の不足
- ・アルコールの多飲
- ・運動の過剰
- ・インスリンの過剰投与
- ・SU薬・グリニド薬の過量投与
- ・インスリン拮抗性の改善
- ・その他 (上記組み合わせ、他の薬剤との併用など)

(低血糖の症状の例 (症状には個人差があります))

低血糖の予防や対処方法

- ・規則正しい生活に努め、その時の血糖値に応じてむやみに自己判断でインスリンを使用しない。
- ・低血糖が疑われる時は可能な限り自己血糖測定を行う。低血糖が確認できればただちにブドウ糖10gまたはそれに相当する糖質を含むジュースなどを摂る。15分以内に回復しなければ、同じことを繰り返す。

低血糖から回復した後は

低血糖のきっかけ、早期症状や対応方法の振り返りを行い、再発防止について考えましょう。

薬物療法の効果とリスク

低血糖などの副作用を心配し、服薬を中断しないようにしましょう。

(3) 副作用について

副作用（薬剤有害事象）は薬物アレルギーのほかに薬効が強く出過ぎる有害事象や臓器障害として起こる。年齢とともに腎機能や肝機能が変化し、代謝・排泄能力が低下して症状が出現することもある。また用法・用量を守らないことで副作用を発生することもある。副作用は必ず起こるわけではないが、服用後の症状の変化に気を付け、体の異常を感じたときは相談することを指導する。

【参考：糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

(4) 多剤を服用している場合

● 1~36 ■ 1~4

ポリファーマシーとは単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象（副作用等の悪い影響）のリスク増加や服薬過誤等の問題につながる状態のことを指す。多剤併用は多病ゆえに起こることが多く、年齢とともに服用する薬の数は増えていく傾向があり、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師をもつことを勧める。また、おくすり手帳を1冊にまとめ薬の情報を一元化し、多職種で対象者のアドヒアランス（患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受けること）を高めていく支援が重要である。

【参考：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025（日本老年医学会）】

4 自己血糖測定について理解する

自己血糖測定（SMBG）で知る血糖値は患者自身の動機付けとともに、治療の効果判定のためにも重要である。SMBGは指先等を穿刺し少量の血液を採取して機器で血糖値を読み取る方法である。最近では、間歇スキャン式持続グルコース測定（isCGM）等、血糖値を経時的に測定し、グラフ表示する機器も発達している。

SMBGは測定して値を記録するのみではその意義は半減する。決められた日時に測定し血糖値のみならず血圧や体重、歩数、食事量等の関連する事項を自己管理ノート（JADEC発行）等に記録し、その結果を日常生活に活用することに大きな役割を持つ。また、isCGMはスマートフォン上のアプリを利用して1分ごとの血糖値や過去の血糖値のグラフを画面で見ることができる。isCGMから得られたデータを解析し、まとめたレポートがAGP（ambulatory glucose profile）である。AGPには記録された血糖値を集約し、1日の血糖値の変動を曲線で見ること、連続的に把握できる点がポイントである。そのほか、目標の範囲（70~180mg/dL）以内にある割合（TIR%：time in range）や平均血糖値を知ることができる。

【JADECカードシステム ⑦-3・⑦-6】

スライドⅦ-⑥

自己血糖測定について

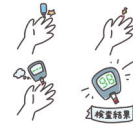
自己血糖測定（SMBG）とは

血糖値を測定することで、1日の変動を見ることができます。血糖の変動と合わせて血圧や体重、歩数、食事量などを記録することで、血糖値との関連がわかります。低血糖やシックデイの時も測定し、血糖値を把握することが重要です。

自己血糖測定（SMBG）の方法

①血糖測定器

指先などに針を刺し、少量の血液を採取して機器で血糖値を読み取る



②isCGM

最近では、リーダーやスマートフォンをセンサーにかざすことで、血糖値の変動をグラフ表示できる間歇スキャン式持続グルコース測定（isCGM）がある。



I | 指導の流れ

血糖コントロールと感染症リスクに関する知識を伝え、糖尿病に合併しやすい感染症の理解や重症化に影響する環境、これらを予防するための血糖コントロールや早期発見、治療等について、必要な対応策を実践できるよう支援する。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 糖尿病（血糖）のコントロール状況を確認する
- 2 糖尿病の状態に伴う感染症のリスクに関する理解度を確認する

毎日の習慣づくり（※ II 指導のポイントへ）

- 1 糖尿病と感染症の関係性を理解する
- 2 感染の予防と早期発見のために必要な習慣を理解する

実行可能な目標の設定

- 1 糖尿病と感染リスクの関連を理解できる
- 2 感染症の予防と早期発見には何が有効であるかを知り、実践できる

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 高齢者や合併症を持っている場合
それぞれに血糖コントロールの目標が異なるので、適切な管理を行う。
- 2 SGLT2 阻害薬を使用している場合
尿路・性器感染症のリスクが高いため、日常生活の留意点を伝える。
- 3 褥瘡や足病変、慢性肝炎等、既に感染を持っている場合
医療機関で治療を受けているのかを確認し、受診していない場合は医療機関を受診するよう促す。

評価 ※評価が行える場合

感染症のリスクに関する理解度や、感染対策の実施状況を確認する

II | 指導のポイント

血糖管理と感染症リスクとの関連性を伝え、最適な血糖コントロールを得ることの意義を促し、より良い血糖コントロールを目指す動機付けのひとつとする。また、感染症の予防や重症化を防ぐには、日常生活でどのようなことに留意する必要があるかを伝え、その実践を促し、継続した支援の中で実践できているかを確認する。

1 糖尿病と感染症の関係性を理解する

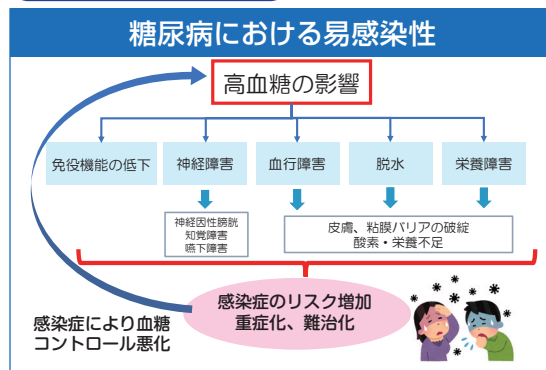
(1) 高血糖と易感染性

糖尿病によって血糖が上昇するとウイルスや細菌等の感染症に罹患しやすくなり、また、一度感染すると重症化しやすくなる。これが糖尿病に伴う易感染性である。糖尿病による易感染性の機序として、好中球をはじめとする免疫細胞の機能低下、糖尿病性神経障害による知覚の低下や臓器機能の障害、脱水や栄養障害、血管合併症に伴う皮膚・粘膜バリアの破綻等が含まれる。これらは全て高血糖であることが原因であり、たとえば血糖値が250mg/dL以上になると好中球の貪食能が急速に低下する。

易感染性のリスクを低減するためには、できるだけ良好な血糖コントロールを目指す必要がある。他の糖尿病合併症予防と同様に、HbA1cを7%未満にすることで、易感染性を防ぐことが期待できる。

【参考：月刊糖尿病 第123号 糖尿病患者における感染症 (vol.12 No.3 2020) (医学出版)】

スライドⅦ-1-①



2 感染の予防と早期発見のために必要な習慣を理解する

(1) 糖尿病に合併しやすい感染症

糖尿病を持つ人によく見られる、又は重症化しやすい感染症には、尿路感染症、皮膚感染症、歯周病、蜂窩織炎、足壊疽、呼吸器感染症（肺炎やコロナウイルス感染等を含む）等がある。

感染症の種類別に特徴と対応策を記載する。

① 尿路・性器感染症

尿路・性器感染症は、糖尿病を持つ人にしばしば見られる、頻度の高い感染症である。

特に近年、SGLT2阻害薬を内服中の患者において、重症の尿路・性器感染症の発症頻度が高くなっている。

SGLT2阻害薬の機序は、腎臓の近位尿細管にある「SGLT2」で体内に糖を再吸収する働きを阻害し、余分な糖が尿と一緒に排出されることで血糖値を下げる。

その結果、尿中のグルコース濃度が上昇し、陰部等に付着した糖が細菌の栄養源となることで細菌が繁殖し、尿路や性器の感染リスクを高める。

感染症の種類としては、外陰部・膣カンジタ症（女性）、亀頭包皮炎症（男性）、膀胱炎、腎盂腎炎等がある。重症化すると、尿路感染症からの敗血症や陰部の壊死性筋膜炎（フルニ工壊疽）等に至る場合がある。

対応策の一つとして、毎日入浴し、トイレではウォッシュレットを使用する等、陰部を清潔に保つよう心掛ける。SGLT2阻害薬を内服していて症状がある場合には必ず医師に相談するよう指導する。

【参考：月刊糖尿病 第123号 糖尿病患者における感染症 (vol.12 No.3 2020) (医学出版)】

スライドⅦ-1-②

尿路・性器感染症に注意しましょう

SGLT2阻害薬を使用している場合
糖尿病治療薬であるSGLT2阻害薬は、余分な糖が尿として身体の外へ出され、血糖値が下がる仕組みです。その結果、尿糖が増加することで細菌の栄養源である糖が増え、尿路・性器感染症のリスクが高まります。

予防や対処のポイント

- 清潔を心掛けましょう**
毎日入浴したり、トイレではウォッシュレットを使用するなど陰部を清潔にしましょう。
- 十分な水分を摂りましょう(特別な水分制限の指示がない限り)**
尿量を増やすことで、細菌や過剰な糖を体外へ洗い流す効果が期待できます。
- 症状に気付いたら主治医に相談しましょう**
排尿時の痛み、トイレの回数が増える、排尿後も尿が残っている感じがする、尿が白く濁る、下腹部の痛みなどがあった場合は主治医に相談しましょう。

② 皮膚感染症

皮膚感染症には細菌感染、ウイルス感染、真菌感染等がある。

糖尿病の神経障害により感覚が鈍くなったり、血管障害で血流が滞り、身体の隅々に栄養が行き渡らなくなると皮膚組織の感染症が増える。また、糖尿病では皮膚が乾燥する場合があります。痒みによる引っ掻き傷から感染することがある。足や足爪の白癬症（水虫）、足底や下腿に痛みを伴わない水疱や血疱ができる糖尿病水疱症、下肢皮膚に生じやすい蜂窩織炎、寝たきりの高齢者等で特に注意が必要な褥瘡、陰部皮膚感染症（特にSGLT2阻害薬内服者、前述のとおり）等がある。

このうち、白癬症は自覚症状に乏しく、皮膚科医による早期診断と早期からの治療の継続が重要である。日ごろから足を観察するように伝え、異変がある場合は医師に相談するように促す。

③ 糖尿病足病変・足壊疽

糖尿病足病変とは、糖尿病患者の足組織に生じる破壊性病変である。足病変発症のメカニズムには次の要因が知られる。

ア 糖尿病性神経障害

末梢神経障害による感覚鈍麻により外傷や足の変形に気がつかない。

イ 末梢動脈疾患（PAD）

主に足の動脈硬化により血管が狭窄・閉塞し、血流が悪くなる疾患である。末梢循環不全により、創傷治癒が遅れる。

ウ 易感染性

軽微な外傷や潰瘍からの感染が拡大する。前述の足白癬もここに含まれる。

エ その他の外的要因

下肢先を圧迫するような不適切な靴、巻き爪等の爪の変形、胼胝（たこ）、外傷等、足病変の発症や病態の悪化に關与する。

糖尿病足病変は下記のように足潰瘍、足壊疽へと進行する。

軽度：小さな外傷・靴擦れ、胼胝（たこ）鶏眼（魚の目）乾燥、ひび割れから足潰瘍となり、感染が拡大、蜂窩織炎となる。

中等度：壊疽が拡大し深部感染し膿瘍が形成する。

重度：壊疽から足の切断に至るケースもある。感染が全身化すると敗血症となり、生命予後に直結する。

毎日の対応策として、足を観察するよう伝え、異常があった場合は医師や専門医療機関に相談するよう伝える。

【JADECカードシステム⑩-1・⑩-2】

【参考：国立健康危機管理研究機構糖尿病情報センターホームページ/糖尿病看護フットケア技術 第4版（日本看護協会出版会）】

スライドⅧ-1-③

皮膚感染症に注意しましょう

日頃から皮膚を観察しましょう

- 糖尿病では、カンジダ症や足白癬（水虫）になりやすいと言われています。
- 足底や下腿に糖尿病水疱症という痛みを伴わない水疱や血疱ができることがあり、破裂して感染すると糖尿病壊疽に発展しやすくなります。

皮膚感染症のリスク増加

皮膚乾燥による痒み

神経障害による感覚の鈍化

血流が滞ること
栄養が行き渡らない

皮膚に症状がある場合は、早めに主治医か、感染の場所により皮膚科、婦人科、泌尿器科に相談しましょう。

スライドⅧ-1-④

足病変予防のためポイント

足病変、足壊疽について

重症化すると足切断に至るケースや、感染が全身に及び敗血症となり命に關わる場合もあります。

軽症	中等度	重症
足潰瘍 蜂窩織炎	深部感染 膿瘍形成	壊疽から足の切断に至る 感染が全身に及ぶ

足病変予防のためポイント

- ① 毎日足を観察する
- ② 清潔を保つ
- ③ 乾燥を防ぐ
- ④ 蒸れを防ぐ
- ⑤ 自分に合った靴を選び、皮膚の圧迫やずれを避ける
- ⑥ 保温、温浴をして血流を保つ
- ⑦ 傷がつかないように注意する
胼胝（たこ）、鶏眼（うおのめ）、やけど、爪の切り方等の工夫



④ 口腔内の健康管理（指導内容はVI口腔の健康管理を参照）

歯周病は、嫌気性菌を主体とする細菌感染による歯周組織の慢性炎症である。

糖尿病で歯周病が増加する理由として、口腔内の乾燥、唾液の糖分濃度の上昇、細菌に対する抵抗力や組織修復力の低下等がある。

歯周病と全身の糖代謝の悪化は互いに悪影響を与える。

⑤ 肺炎等、呼吸器系からの感染症

呼吸器感染症では、死亡率の増加、重症化の傾向がみられ、原因菌としては、黄色ブドウ球菌・クレブシエラ・肺炎球菌が多い。また、COVID-19やインフルエンザ等のウイルスによる感染症に感染すると重症化しやすい傾向もみられる。ワクチン接種や日々の衛生管理の必要性等、予防策及び対応策を伝える。

【参考：月刊糖尿病 第123号 糖尿病患者における感染症（vol.12 No.3 2020）（医学出版）】

スライドⅦ-1-⑤

感染症を予防するためのポイント

- ① 血糖管理、合併症の評価
- ② ワクチン接種
（インフルエンザ、肺炎球菌、コロナウイルスなど）
- ③ 適切な睡眠や栄養摂取により免疫力を高める
- ④ 衛生管理（こまめなうがい、手洗い）
- ⑤ 入浴や水分補給等尿路感染症の予防
- ⑥ 皮膚の清潔保持と保湿
- ⑦ 毎日の足の観察とケア
- ⑧ 定期的な歯科検診
- ⑨ 感染兆候の早期発見



症状がある場合は、早めに主治医が専門の医療機関に相談しましょう。

I | 指導の流れ

糖尿病患者の療養生活において、糖尿病が影響する対象者の不安・ストレス等に配慮し、糖尿病とストレスなく向き合って過ごせるように支援する。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 睡眠の状況
- 2 食欲や体重の変化
- 3 日常生活の体調・行動の変化

毎日の習慣づくり（※Ⅱ 指導のポイントへ）

- 1 糖尿病とメンタルヘルスの関係について理解する
- 2 こころと身体の健康づくりを実践する
- 3 ストレスをコントロールする

実行可能な目標の設定

- 1 糖尿病に罹患していても社会と上手に付き合える
- 2 自身の病状を理解し、心の状態もあわせたセルフコントロールができる

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 療養に負担を感じている場合は、療養のストレスを軽減できるような、実行しやすく継続可能な指導を検討する。
- 2 食事に負担を感じている場合は、エネルギーが調整された特殊食品や、糖尿病用の宅配食の利用を提案する。
- 3 複数の不調を抱える場合は、医師への相談を勧める。

評価 ※評価が行える場合

ストレスがコントロールできているか確認する

II | 指導のポイント

糖尿病患者は糖尿病と診断されたときから、療養生活中において、さまざまな心理的負担が生じる。それぞれの対象者の心理を推察し、心理的負担に応じた対応を検討する。

1 糖尿病とメンタルヘルスの関係について理解する

近年、糖尿病とメンタルヘルスの関係性が報告されており、一部では双方向の関係性が示されている。

糖尿病患者の約30%にうつ症状があるといわれ、13%が不安障害、11%がうつ病と診断され、5.7%が抗うつ薬を服用している。

様々な要因がストレスとなり、うつ症状を招き、うつ病を発症すると考えられる。

糖尿病と診断されたとき、患者及び家族はショックや怒り、治療や合併症の発症への不安や恐れ、病気を発症してしまったことへの後悔や落胆、諦め等の感情を抱く。

スライドⅧ-2-①

身体疾患におけるうつの合併

疾患	うつの頻度 (%)	疾患	うつの頻度 (%)
冠動脈疾患	16~23	アレルギー疾患	18.9~32.5
糖尿病	8.5~27.3	脳卒中	27
血液透析	6~34	認知症	11
がん	20~38	HIV	30.3
慢性疼痛	21~32	慢性疲労	17.2

精神疾患患者の栄養食事指導より引用

食事や運動、薬物療法等で自己管理を求められることに
対し、生活習慣を見直し、健康状態を維持していくため
の機会として前向きに捉える場合もあるが、自覚症状に
乏しく、健康管理や治療の必要性を感じない場合もある。

治療が変更になったり、強化されるような場合は、今
までの療養に失敗したと後悔したり、罪悪感を持ったり
することもある。

このほか、糖尿病発症の原因として、自堕落な生活が
あるとの誤解があったり、療養に必要なことへの理解が
得られにくいと、糖尿病であることを周囲に明かすこと
ができないこともある。

糖尿病とうつ病（うつ症状）の関係における生理学的
な要因としては、ストレスを感じるによりアドレナリン
等のホルモンの分泌が増え、インスリン抵抗性が惹起
され、血糖コントロールが難しくなり、糖尿病の悪化を招く。

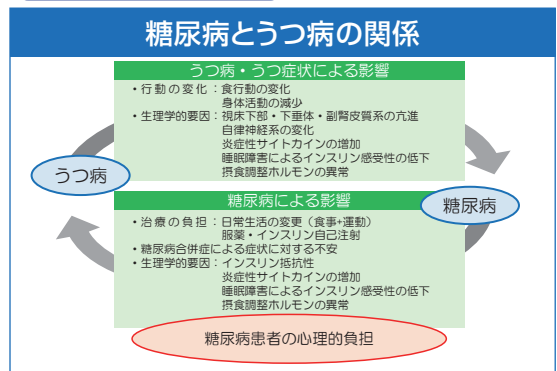
また、心理・社会的な要因としては、うつ病（うつ症状）
があると、食事の時間や栄養バランスが乱れたり、身体
活動が億劫になったり、喫煙量やアルコール量が増える等、
自己管理やアドヒアランスの低下により、身体の不調を招
く悪循環に陥りやすくなる。

支援者は、糖尿病の療養生活は様々な要因による心理
的負担とその原因が個人によって様々であることを理解し
た上で、適切な指導を行う必要がある。

スライドⅦ-2-②

こころに与える影響の例	
糖尿病と診断されたとき	ショック 怒り 不安 恐れ 後悔 落胆 諦め
糖尿病療養中	抑圧 重荷 葛藤 つらさ いろいろ 悲しみ 孤独感
自覚症状が現れたとき	不安 恐れ 後悔
治療が変更になるとき	後悔 罪悪感 抵抗感
スティグマに遭遇したとき	行動の抑制 さまざまな負の感情

スライドⅦ-2-③



2 こころと身体健康づくりを実践する

糖尿病患者が心理的負担を感じる原因には個人差があ
るが、何らかのストレスを抱えていることが多い。ストレ
スの原因は、日常生活において自己管理が必要となるこ
とだけでなく、合併症への不安、社会生活への制限やステ
ィグマ等、様々なものがある。

これらのストレスは、食欲の低下や増加、身体活動量
の低下、不眠や過眠といった生活習慣に影響を与え、体
重の増加や血糖コントロールの悪化につながる。

ストレスを軽減するために、対象者から発せられること
ばに耳を傾け、ストレスの原因を打ちあけてもらえるよう
促し、対処方法を検討する。

ストレスに対し、周囲に理解を求めるかは対象者の判断となるため、対象者の考えを尊重する。

周囲の理解を得ることのメリットとしては、インスリン注射や気兼ねなく補食を摂取できる環境整備、就業
中に不規則にならない食事時間の確保、歓送迎会等でアルコールや決められた量以上の食事を断りやすくな
るといったことがあげられる。職場においては、定期健診の結果を通して個人情報把握していることも多い
ため、理解が得られやすい。

スライドⅦ-2-④

こころの不調

こんなことありませんか？

<input type="checkbox"/> やる気がでない	<input type="checkbox"/> 活動に対する興味や喜びがなくなった	<input type="checkbox"/> 自分を大切に思えない
<input type="checkbox"/> 集中力できない	<input type="checkbox"/> 決断できない	<input type="checkbox"/> 自殺について考える

糖尿病は本人が意欲を持ち、主体的に行動を行うことが治療の一環であるため、専門職は対象者の心理的負担を軽減する方法を検討するとともに、意欲を持ち行動できるようにするため、「ジュースは飲まないようにしている」と日々の生活について話されたとき、「努力されていますね」等、対象者が行った具体的な行動に対し、肯定的な声掛けをすることが必要である。自信の行動について、認められる声かけを受けることで自己管理ができたという自覚を持ち、自信につながる。

糖尿病患者は自尊心が低下していることがあるため、自尊感情を損なわず、取り戻せるような声掛けが必要である。支援者は対象者に対して、どのような援助が必要かを判断する前に、対象者がどのような状況におかれているかを理解し、そのことによってどのような問題があるのかを理解する。

3 ストレスをコントロールする

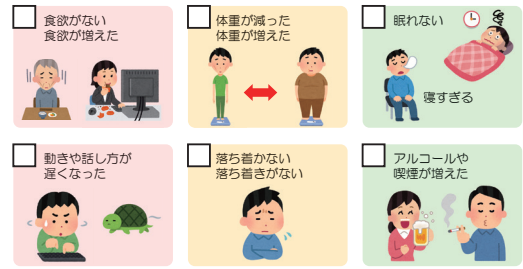
対象者は自身がストレスを受けていることに気づいていないこともある。そのため、対象者の不安や不調を聞くことで自身のストレスに気づかせることができる。また、「腹が立つ、いらいらする」等の感情が強いときは、できるだけ冷静に考え、どうすればストレスをコントロールできるかを一緒に考える。直面している問題やストレスの受け止め方を変えて、自分にとって良いことのように（ポジティブに）考えるよう促すことも必要である。時には、問題やストレスから距離を置いたり、考えないようにすることも必要であるが、ストレスを受けている内容を家族や友人等の信頼できる人に話をするすることで解消する場合もある。このほか、運動、入浴（温泉）、音楽、映画鑑賞や旅行等、自分にあった方法で気分転換を促すことも重要である。こういったことを対象者へ声掛けしていくことで、心理的負担を減少させることができる。

身体の不調やこころの不調が複数ある場合は、糖尿病で受診している医師に相談する。

スライドⅦ-2-⑤

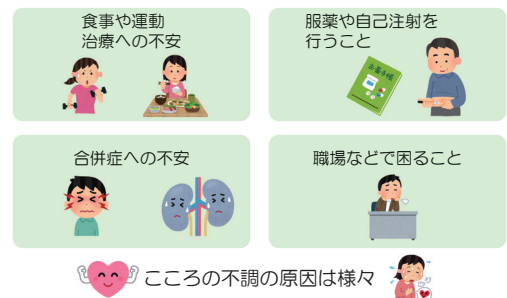
こころの不調による生活習慣の変化

こんなことはありませんか？



スライドⅦ-2-⑥

こころの不調の原因を探す



スライドⅦ-2-⑦

こころの不調を減らす方法を考える



I 指導の流れ

対象者に糖尿病スティグマの概念や種類を理解してもらおう。スティグマは言われなきものであり、あってはならないとの認識を共有する。

対象者が自己スティグマを回避するための、また既に自己スティグマを持っている場合にはそれを克服するための方法を知り、実践できるよう支援する。

一方、療養支援に携わる医療・保健従事者も、スティグマを持たないことへの決意を示すことが大事である。一方向性の支援ではないことに注意する。

自己チェック（動機付け支援）

- 1 これまでに、糖尿病スティグマにあたる経験をしたことがあったのか、または見聞きしたことがあったのかを確認する
- 2（指導者自身又は周囲の医療・保健従事者が）スティグマにあたる考え方をしたことがあったのか、または行動をとったことがあったのかを振り返る

毎日の習慣づくり（※II 指導のポイントへ）

- 1 スティグマとは何かを知る
- 2 糖尿病に関連する誤解とスティグマ
- 3 糖尿病スティグマの種類
- 4 スティグマの影響
- 5 医療・保健従事者による糖尿病スティグマ
- 6 専門職が行うべきこと
- 7 糖尿病治療の目標

実行可能な目標の設定

- 1 対象者が指導者に対して自身の思いを伝えることができる
- 2 糖尿病スティグマに直面した場合、回避するための正しい知識や方法を習得する

【目標設定を行う時の配慮】

- 1 対象者が糖尿病スティグマに対して話がしやすい場をつくる。
- 2 指導者がスティグマを生じやすい言動、行動に注意する。
- 3 必要に応じて医師、看護師、臨床心理士、保健師、管理栄養士等に相談し、アドバイスを求めるよう勧める。

評価 ※評価が行える場合

対象者の言動等から糖尿病スティグマがないかを確認する

II | 指導のポイント

医療・保健従事者は自分がスティグマを与える当事者であることを強く自覚しなくてはならない。医療・保健従事者の何気ない一言が、しばしばスティグマにつながる。医療・保健従事者は、自身の言葉遣いや行動に対して「これはスティグマになっていないか？」と常に自問する必要がある。

糖尿病スティグマの支援では、対象者の気持ちに寄り添い、思いを受け止め、否定しない姿勢が求められる。また、糖尿病スティグマの回避や解決のために医療チームや社会的サポートをどのように利用できるのか、ともに検討する。

1 スティグマとは何かを知る

スティグマとは「特定の属性に対して刻まれる負の烙印（レッテル）」を意味する。具体的には、身体的な障害、精神疾患、文化的な相違等の個人の特徴に対し、ネガティブなカテゴリーのレッテルを貼り、社会的に価値の低いものとして見下すことを言う。

2 糖尿病に関連する誤解とスティグマ

糖尿病をもつ人は、糖尿病に関する社会の知識不足や誤ったイメージの拡散によって、しばしば差別や不利にさらされる。これが糖尿病スティグマである。

たとえば、糖尿病では発症そのものが「自己責任」と誤解され、「食べ過ぎ」、「自己管理不足」、「怠惰である」等の性格や行動に関するレッテルが貼られることがある。また、「長生きできない」、「合併症に苦しむ」といった予後に関する誤解から、様々なスティグマが生じる。

特に1型糖尿病は「生活習慣病」ではなく、「インスリンの必要性＝重症」ではない。また、「小児発症の遺伝病」との誤解のために、1型糖尿病を持つ本人ばかりでなく、母親をはじめ家族や周囲の人が辛い思いをすることもある。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

3 糖尿病スティグマの類型

糖尿病スティグマには、「社会的スティグマ」、「乖離的スティグマ」、「自己スティグマ」の3つの型がある。またそれらはさらに、実際の経験である「経験的スティグマ」と、スティグマを回避するための行動である「予期的スティグマ」に分けられる。


「社会的スティグマ」には、糖尿病を理由に生命保険に入れない、住宅ローンを借りられない、就職が不利になる、結婚を断られる等、様々な不利益が知られる。これらは全て、「糖尿病をもつことで長くは生きられない」や「合併症のため健康的な社会生活を送ることができない」等、糖尿病に対する不理解や誤解から生じている。一方、糖尿病を持つ人は、これらスティグマを恐れるがために、糖尿病のことを周囲の人たちに伝えない等の行動をとることがある。これが予期的スティグマである。

「乖離的スティグマ」は、模範的な患者のイメージと患

スライドⅧ-3-① 【指導者用】


【指導者用資料】スティグマの類型			
	社会的スティグマ (社会的規範からの逸脱、レッテル)	乖離的スティグマ (規範的な糖尿病患者のイメージからの乖離)	自己スティグマ (自尊心の低下)
経験的 スティグマ (実際の経験)	・生命保険に加入できなかった ・住宅ローンを断られた ・就職できなかった ・寿命が短いという誤った認識	・間食を咎められた ・インスリンを拒否すると叱責された	・「糖尿病」の病名や診療科から受ける印象 ・医療者に「すみません」と繰り返し謝り、自分を卑下する
予期的 スティグマ (スティグマへの恐れ)	・糖尿病のことを上司・同僚、時に家族にも言わない	・しぶしぶ注射をしている ・隠れ食いをする	・宴会や会合に行くのをやめる

日本糖尿病療養指導士認定機構、糖尿病療養指導ガイドブック2024
(メディカルレビュー社)P121より引用改変



スライドⅧ-3-②

スティグマの影響	
心理・社会的	医療行動
<ul style="list-style-type: none">・自尊心の低下・抑うつ 不安の増加・治療意欲の低下・受診回避	<ul style="list-style-type: none">・治療を受ける意欲の低下・血糖自己測定やインスリン注射を人前で避ける・結果的に血糖悪化



者一人一人の普段の態度や行動との乖離によって生じる。血糖マネジメントのため（のみ）に理想的とされる生活様式や治療・療養のスタイルを全て守って生活できる人はいない。その差を医療・保健従事者や家人等にとがめられることで、解離的スティグマはより強いものになる。隠れ食いをする等の予期的スティグマは、解離的スティグマの解消にはならない。

「自己スティグマ」とは、糖尿病を持つことで悪いことをしているような気持ちや考え方になり、自尊心が低下することを指す。たとえば、医療・保健従事者に対し「食べ過ぎてしまい、すみません」、「太ってしまってすみません」等の言葉を繰り返す人がいる。そのような人は、人前で豪華な食事を摂ることが憚られる様な気持ちになり、宴会や会合に参加しない等、好ましくない予期的スティグマにつながることもある。

【参考：JADEC（日本糖尿病協会）ホームページ/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

4 スティグマの影響

スティグマの影響は、心理・社会面への影響と医療行動への影響に分けることができる。

心理・社会面への影響には、自尊心の低下、抑うつ不安の増加、治療意欲の低下等がある。

また、医療行動への影響として、受診の回避、治療アドヒアランスの低下、人前での血糖自己測定やインスリン注射を避ける等がある。

糖尿病であることを周囲に隠すことで適切な治療の機会を失うと、糖尿病及びその合併症の重症化を招く。これは医療費の総額を増やすことになり、社会保障を脅かすという社会全体にまでの影響を及ぼすことになる。

【参考：JADEC（日本糖尿病協会）ホームページ/糖尿病療養指導ガイドブック2025（日本糖尿病療養指導士認定機構）】

5 医療・保健従事者による糖尿病スティグマ

専門職は時には、糖尿病スティグマを与える当事者になり得る。「あの人は糖尿病なのに、全然言うこと聞かない」、「糖尿病気質」ってあるよね」、「HbA1c が上昇していますね。何か食べ過ぎましたか？」等、糖尿病のある人が悪いことをしていることを前提に話してしまう。逆に、「あの人は血糖値もいいし、理解力もあるから、手のかからない良い人だ」という偏見も存在する。これらの言葉は、専門職と患者の間には主従関係があるとの誤解や慢心から発せられる。また、自分にとって都合の良いことが正しいことと考えてしまう、治療者としての力が足りないことの裏返しでもある。専門職の自身に関する不理解を繰り返し露呈している、恥ずべき発言であることに気付かなくてはならない。

【参考：糖尿病治療ガイド2024（日本糖尿病学会）】

6 専門職が行うべきこと

専門職が行うべきこととして、次の点が挙げられる。

- ・スティグマを生じやすい医療用語一覧を参照に、避けるべき言葉を適切な言葉に言い替える。
- ・共感的態度で接する。頑張っているのに難しい現実を認める。患者の努力だけではなく、社会的要因、遺伝的要因を理解する。
- ・成功体験を共有する。小さな達成をポジティブにフィードバックする。
- ・正しい知識と情報提供で誤解を減らす。患者本人だけではなく、家族や地域、職場に理解を深める。支援体制の構築として、ピアサポートや患者会との連携、学校、職場への情報提供をする。

【参考：JADEC(日本糖尿病協会)ホームページ/糖尿病療養指導ガイドブック2025(日本糖尿病療養指導士認定機構)】

7 糖尿病治療の目標

糖尿病の治療の目標は、糖尿病に伴う身体的な合併症の抑制に加え、心理面での負担を軽減することで、糖尿病のない人と変わらないQOLと寿命を得ることである。糖尿病治療においてスティグマを放置することは、糖尿病を持つ人が社会活動で不利益を被るのみならず、治療に向かわなくなるきっかけにもなる。糖尿病であることを隠さずにいられる治療環境と社会システムを作る必要がある。

【参考：糖尿病治療ガイド2024(日本糖尿病学会)】

スライドⅦ-3-③ [指導者用]

【指導者用資料】スティグマを生じやすい糖尿病医療用語

避けるべき言葉	理由	適切な言葉
糖尿病患者	糖尿病であることがその人の自我の全てであるかのよう	糖尿病のある人 糖尿病と共に歩む人
療養	「療養」病気を治すため治療養生すること	医療 治療
療養指導	療養も指導も不適切 各人の個別性を配慮し、目標達成するために継続的なコラボレーションを重視すべき	支援・サポート 例 治療サポート
血糖コントロール	コントロールは他者や対象を制圧し、支配下に置くこと	血糖管理 マネジメント
血糖コントロール不良		治療目標未達成
服薬コンプライアンス		服薬実施率
合併症予防		リスク減少

スライドⅦ-3-④

糖尿病との付き合い方

糖尿病について正しく理解しましょう

- ・遺伝や環境要因も関係する病気
- ・発症やコントロールが難しくても、ご自身の性格や能力の問題ではない

発症や治療が進まないことで、社会的な役割が低下するものではありません



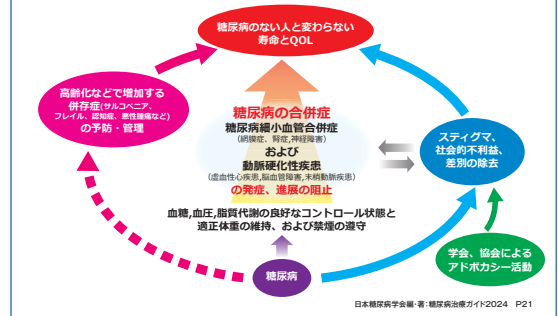
糖尿病と上手く付き合う方法を一緒に考えましょう

- ・保健指導では、1人1人の生活背景や生き方に寄り添い実践できる方法を一緒に考えます。
- ・家族や同僚などの周囲の協力も重要です。
- ・糖尿病の患者会などで、仲間を作ったり、相談することもできます。



スライドⅦ-3-⑤ [指導者用]

【指導者用資料】糖尿病治療目標



日本糖尿病学会 著 糖尿病治療ガイド2024 P21

8 配慮が必要な方への指導

I | 高齢者糖尿病の指導ポイント

高齢者糖尿病患者の指導を行う場合、一般的な成人の糖尿病患者と同様に、合併症の発症予防や重症化予防だけにとらわれず、無理なく幸せに暮らすことができ、住み慣れた街で最期の時を迎えられるよう、高齢者の精神的・身体的特徴を踏まえて以下の3つのポイントを抑えて指導を行う。1つ目は過度なエネルギー制限による低栄養によるサルコペニアの増加やADLの低下を予防することである。2つ目は高血糖の持続だけでなく、重篤な低血糖は脳に対する悪影響を与えるため、低血糖を繰り返すことによる認知機能の低下を予防することである。3つ目は罹病期間の長さやその間の血糖値の状態、その他の疾患の有無やその状態により、治療目標を一律に考えないことである。以下に3つのポイントの詳細を示す。

(1) ADL低下予防

高齢者の場合は、過度なエネルギーや糖質の制限による体重減少から、サルコペニア（筋肉量・筋力の低下）やフレイル（虚弱）にならないよう、毎日体重測定を行い記録して、目標体重を維持できるように注意が必要である。必要であれば分食や補食も検討し、必要エネルギーや栄養素量が不足しないよう工夫する必要がある。また、筋力の低下により咀嚼嚥下機能が落ちると、食品選択や食事の形態の工夫といった配慮が必要となるため、体組成の計測も重要である。

(2) 認知機能低下予防

高血糖の持続やインスリン抵抗性は、アルツハイマー型認知症の原因たんぱくである β アミロイド蛋白に影響するといわれ、疫学調査では糖尿病がある方は糖尿病がない方の2倍以上、アルツハイマー型認知症になりやすいことが示されている。また、低血糖は脳のエネルギー不足を招き、脳細胞の減少につながると言われ、繰り返される重篤な低血糖も認知機能低下の原因とされている。

また、先に述べた咀嚼嚥下機能の低下は、食物繊維が不足して消化の良い柔らかい食事に偏るため、急速な高血糖と低血糖（グルコーススパイク）を示しやすく、認知機能低下につながりやすいので、注意が必要である。

(3) 罹病期間、その他の疾患に応じた対応

高齢者糖尿病患者は個人差が大きく、例えば同じ80歳の対象者で、30年前から糖尿病が発症し合併症が進行している者と、5年前に発症し何も合併症がない者では、現在のHbA1cがともに8%であったとしても、治療目標やその厳格性は大きく異なる。加えて、年齢だけではなくADLやIADLが低下している場合も同様であり、その度合いにより治療目標の厳格性を検討する必要がある。また、高齢期に多い循環器疾患や呼吸器疾患、骨代謝疾患、リウマチ、パーキンソン症候群等他の疾患があり、その治療が優先される場合もあるので、薬物治療を含め十分に配慮する必要がある。

II | 精神疾患を持つ糖尿病患者の指導のポイント

1 統合失調症患者に対する指導

厚生労働省の患者調査（2023年）によれば、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」を有する外来患者数は約76.5万人、入院患者数は約12.6万人であり、日本では人口の約0.7%が発症するとされる。

統合失調症患者では、一般人口に比べ平均余命が約15年短く、その背景には心血管疾患があると考えられている。このことから統合失調症患者における糖尿病を含めた生活習慣病の管理は極めて重要である。

統合失調症患者では、一般人口に比べて約2倍の糖尿病発症リスクがあると言われており、下記の病態と抗精神病薬が影響する。

(1) 統合失調症の病態に応じた指導

（統合失調症の三大症状）

陽性症状：幻覚・妄想等

陰性症状：意欲低下・感情鈍麻・自閉等

認知機能障害：記憶・流暢性・注意・理解・学習・思考・判断・実行機能等の障害

上記症状が複合的に合わさることで、糖尿病そのものの病態理解が不十分となったり、食行動の異常や活動性の低下を認めるようになり、糖尿病の発症・進展に関わると推測される。血液検査結果等の客観的データを示しながら、複数人、複数の職種が繰り返し伝えていくことで、患者の中で信憑性が増していき、病態の理解、目標に沿った行動に繋がりがやすい。また、認知機能障害の中でも「注意」「思考」「判断」等の障害によって衝動統制が効かず、食べ過ぎてしまったり、陰性症状から活動性が低下し、エネルギー消費量が減少する結果、体重増加を招いている。疾患特有の症状により指導自体が難渋することもあるため、代表的な工夫点についてお示しする。

① 集中力が低下する

人影やちょっとした雑音に気を取られ、保健指導に集中ができない場合、指導室は窓がない部屋で（窓がある場合はカーテンをする）、静かな環境になるよう工夫する。

② 理解力が低下する

指導内容を理解できない場合、抽象的なアドバイスは理解しづらいため、指導内容はより具体的に伝える。

例) 補食をする場合、○○○（商品名）であれば●個 等

座学より「行動学習」が有効な場合があり、対象者自身が体を動かし、学んでいく指導方法をとる。

例) 対象者と一緒に主食を盛り付け、適正量を学んでいただく、買い物に同行し、商品の選択方法等をアドバイスする 等

対象者の理解度によって、1回の指導で伝える項目数を変える。

③ 覚えられない

指導内容を覚えることができない（薬剤の影響もある）場合、具体的な目標行動をポスターにし、普段から目のつくところに掲示する。

④ 物事を一つひとつ丁寧に考えることが苦手で、一気に結論へ飛躍する

血糖マネジメントのためには食べなければいいという極端な考えに捉われ、食べなくなってしまう場合、現実的ではない、極端な行動は継続が難しく、失敗するリスクが高い。それにより対象者は失敗体験から無力感、

自暴自棄に陥る。

長期目標を設定した上で短期目標を一緒に考え、共有し、できることから始められるようにする。

⑤ 意欲が低下する

自分の殻に閉じこもり、自閉的に過ごすことが多く活動量が低下している場合、保健指導のみで解決することは難しい。医師、精神保健福祉士等の多職種と協働し、デイケア等の社会資源の活用を検討していく。

(2) 抗精神病薬の副作用による影響

非定型抗精神病薬の服用が糖尿病の重症化や体重増加に影響する可能性がある。

抗精神病薬の種類により糖尿病治療に与える影響は異なるため、抗精神病薬の服薬の有無だけでなく、影響も含め確認することがポイントである。特にオランザピン、クエチアピンについては糖尿病患者、及び糖尿病の既往歴がある患者には使用禁忌となっている。対象者本人は生活習慣の改善に前向きに取り組んでいても、薬剤の影響で血糖コントロールが不良となっていることもある。

また薬剤の副作用により食欲が亢進している場合、対象者本人が意図しない状態で食べてしまっていることもある。他にも薬剤によっては副作用に口渇もあり、その場合、清涼飲料水の過剰摂取につながることも少なくない。対象者が食べてしまう、飲んでしまう原因を究明することが大切である。

2 うつ病患者に対する指導

厚生労働省の患者調査(2023年)によれば、「気分(感情)障害」を有する外来患者数は約156.6万人、入院患者数は約2.7万人であり、約20年前に実施された患者調査(2002年)と比較すると、特に外来においては2倍以上に急増している。

気分障害はうつ病相のみを呈する単極性うつ病と、うつ病相とともに躁病相もしくは軽躁病相を呈する双極性障害(躁うつ病)に大別されるが、ここでは生涯罹患率が10~25%と比較的高い単極性うつ病(うつ病)について触れていく。

うつ病は急性期には食欲不振や体重減少が起こりやすいが、うつ症状が遷延した場合では肥満や過栄養が問題となることが少なくない。実際に日本人男性2,764人を対象にした8年間の追跡調査※では、うつ症状を持つ者は糖尿病発症リスクが2.3倍高く、糖尿病患者のうつ病合併率が一般人口に比べて高いことは知られているが、糖尿病とうつ病については双方向性の関連があるとされている。

【※Kawakami N, et al. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. Diabetes Care. 1999 ; 22 : 1071-1076.】

(1) うつ病の病態に応じた指導

うつ病患者にみられる食生活の特徴として、下記のようなものがあげられる。

食欲不振、摂食嚥下機能の異常、手軽な食事(弁当、ファーストフード、菓子パンなど)、偏食、野菜の摂取不足、間食・夜食の実施、朝食の欠食、食事時間の乱れ、過食、健康食品やサプリメントの過剰な利用、メディアの情報からの影響

【参考：臨床栄養 第133巻 第3号(2018年9月号) 学校では習わない!? 精神科疾患患者の栄養管理「うつ病患者の栄養管理と栄養指導」(医歯薬出版)】

上記食生活の中で「過食」や「間食・夜食の実施」がエネルギーの過剰摂取となり、糖尿病の発症、重症化に繋がりがやすい。その他の項目においても「手軽な食事」や「偏食」は糖質の摂取比率が高くなりやすく、「野

菜の摂取不足」や「朝食の欠食」は血糖コントロールに影響する。糖質の摂取比率が上がると、必然的にたんぱく質の摂取比率は下がるが、古くからアミノ酸の一つであるトリプトファンが枯渇すると、うつ病患者は気分の落ち込みを引き起こす可能性があることが言われている。そのため、たんぱく質の摂取は心がけたいところではあるが、うつ病患者に見られる特徴的な食生活はあるものの、全員が必ずしも同じ食生活ではない。

対象者個々に食生活を聞き取り、問題点を抽出し、是正を支援していくことが重要であり、うつ病を持たない糖尿病患者への指導方法と大きくは変わらない。うつ病患者への指導のポイントを記載する。

① 理解力に合わせた栄養食事指導を行なう

うつ病患者は認知機能が低下していることがあり、対象者の理解力に合わせた簡潔な指導を心がける。ただし、統合失調症とは異なり、うつ症状の改善にともない認知機能も改善するため、治療の進捗状況を確認しながら病状に合わせて指導方法を変えていく必要がある。

② 称賛する

うつ病患者では自尊心が低下していることがあるため、問題点を羅列し、できていないことを責め立てるような指導は特に避けるべきである。支持的精神療法の基本姿勢をもとにできている点を探し、称賛し、行動の強化に繋げる。

③ 生活リズムを改善する

うつ病患者は夜型の生活となり、起床時間が遅く、朝食を欠食することが多い。そのような生活習慣で朝食を摂るよう指導しても現実的ではない。なぜ夜遅くなってしまうのか理由を伺い、早めの就寝を促し、起床時にはカーテンを開け、日光を浴びる等、規則正しい生活を送ることを促す。

④ 「食べられるものを食べる」指導に注意する

前述したとおり、うつ病の急性期では食事が摂れなくなることがある。その場合、まずは生きていくために必要なエネルギー摂取が優先されるため、対象者には食べられるものを食べるよう指導することがある。しかしながら、いつまでもその指導方針を継続していると栄養のアンバランスを引き起こし、肥満や生活習慣病の発症・悪化を助長し兼ねない。対象者が現在、どのような精神状態にあるのか、多職種で情報共有しながら的確に判断し、適切な指導を行なう必要がある。

(2) 抗うつ薬の副作用

統合失調症と同様に、服用している薬剤の影響により体重が増加していることがあるため、確認が必要である。

3 自閉スペクトラム症 (ASD) 患者 (成人) に対する指導

神経発達症(発達障害)には、自閉スペクトラム症(ASD)、注意欠如・多動症(ADHD)、限局性学習症(SLD)、知的能力障害(ID)、コミュニケーション症、運動症、他の神経発達症が含まれる。

ASDは「社会的コミュニケーションおよび対人相互反応における障害」と「行動、興味、活動の限定された反復的な様式」の2つが基本症状となる。

「行動、興味、活動の限定された反復的な様式」は「こだわり」と表現されることが多く、このこだわりやASDでよく見られる感覚過敏が偏食に関係すると考えられる。特定の食品以外食べないこともあり、特定の食品が血糖値の上昇しやすいもの、脂質含有量の多いものであると、糖尿病をはじめとした生活習慣病の重症化につながる可能性があるため、注意が必要である。

ASDの特性を理解した上で指導を行なうことが大切である。

① 具体的な見通しを立てる

具体的な見通しを立てることで自分が何をすべきか分かり、指導に向き合いやすくなる。

② 曖昧な表現を避け、具体的にアドバイスする

曖昧なことを理解するのが苦手なため、より具体的にアドバイスをする。特に体重や検査値は数値目標が立てられるため、効果的であることが多い。

情報を理解する際に視覚優位である人が多いと考えられており、口頭で伝えても理解が難しい場合は、紙媒体で情報提供する等、視覚的にアプローチすると良い。

③ 自尊心の回復に努める

社会的なコミュニケーションの困難さ、不注意からの叱責などから自尊心が低下していることが多い。「もっと頑張りましょう」ではなく、「よく頑張っていますね」と声をかけると良い。

④ 長い目で見ていく

こだわりが強い特性があり、急な変化への対応も苦手なため、生活習慣の改善には時間を要する傾向にある。対象者のペースに合わせ、保健指導を行なうことを心がける。

4 精神疾患を持つ糖尿病患者に対する適切な介入時期

統合失調症やうつ病等では、急性期においてはさまざまな理由で食事自体が摂れない状態が続くことがある。その場合、保健指導というより、まずはどのように栄養を確保するかということが課題になることが多い。

つまり、糖尿病におけるモニタリング時期の設定とは別に、精神疾患を患っている場合は精神症状によって介入時期を見極める必要があり、医療機関では状況に応じて敢えて次回指導まで期間を空けることもある。ただ、それは指導をしなくてもよいということではなく、その間も主治医及び看護師などの他職種と適宜、連携をとり、情報共有を行なっていくことが大切であり、多職種協働が求められる。

【参考：統合失調症に合併する肥満・糖尿病の予防ガイド（日本精神神経学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会）/精神科ナースのアセスメント&プランニングbooks 統合失調症の看護ケア（一般社団法人日本精神科看護協会）/臨床栄養 第133巻 第3号（2018年9月号） 学校では習わない!? 精神科疾患患者の栄養管理「うつ病患者の栄養管理と栄養指導」（医歯薬出版）/American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 : 267-72./臨床に役立つ精神疾患の栄養食事指導（講談社）/発達障害への看護アプローチ（精神看護出版）】

9 指導報告書作成の考え方

保健指導を行った結果は、その内容を医師や他のコメディカルスタッフに伝えて共有する必要がある。その際に用いられる記載方法がPOS (Problem Oriented System : 問題志向型診療記録) であり、実際の記録にはSOAP (Subjective Objective Assessment Plan) を用いて記載する。

近年、栄養指導の記録においてはグローバル化が進み、北米を中心に始まり世界70か国以上で使用されている栄養ケア・プロセス (NCP: Nutrition Care Process) の考え方が示され、SOAPの(A) アセスメントの中に栄養診断が加わった。栄養ケア・プロセスの記載の特徴の1つ目が、栄養診断のコードが世界基準で定められていることである。これまでの記録では、個人の主観で「栄養の摂り過ぎ」「カロリーオーバー」「摂取過剰」というように複数の表現で記載していたが、栄養診断コードを使用すれば「NI-1.3エネルギー摂取量過剰」という一つの同じ表現ができることになる。(栄養診断コードの内容は「改訂新版 第2版 栄養管理プロセス(第一出版)」に掲載)

もう一つの特徴は、(A) アセスメントにPES(Problem or Nutrition Diagnosis Label Etiology Sign/Symptoms : ピー・イー・エス)を記載することで、栄養診断(P)を下した原因・要因(E)、根拠(S)を示すことができるようになる。「Sの根拠に基づき、Eが原因となったPである」という一文になるようにPESを記載することがポイントである。

栄養ケア・プロセスの考えを取り入れたSOAPの記載方法について

(1) S : 主観的情報 (Subjective Data)、O : 客観的情報 (Objective Data)

① S : 主観的情報

患者や家族が示すメッセージを記載する。食事療法に対する思いや意欲、阻害要因や環境、間食の有無や内容、食事量・間食量等PESのEに該当する情報が多くあるため、ここに記載された内容は極めて重要になる。

② O : 客観的情報

身体計測値や臨床検査結果(定量してある食事量や栄養素の記録や食事時間、生活時間等、数値化されたもの)を記載する。

(2) A : 評価 (Assessment)

SとOから得られた情報により解明した病歴・罹病期間や合併症の有無と重症度、高齢者や障害がある場合は要支援・要介護度とADL・IADL等の生活状況の問題点を整理して記載する。

PES報告として、先に示した形式でSを根拠にEを原因・要因とする栄養診断Pを簡潔に記載する。

(3) P : 計画 (Plan)

Mx)、Rx)、Ex) に分けて記載する。

① Mx) モニタリング計画 (Monitoring Plan)

Oで得られた情報の中で、栄養治療上追跡が必要な身体計測値(体重、体組成、血圧等)や生化学検査値等を記載する。PESのSの項目は必ずモニタリング項目に該当する。

② Rx) 栄養治療計画 (Therapeutic Plan)

必要エネルギー量、たんぱく質量、その他の栄養素量と食事療法上重要な項目(食事時間、食事回数、間食、補食)や生活習慣の改善項目(起床時間や就寝時間、身体活動量の向上等)等を記載する。PESのEの項目を維持改善するための内容を記載する。

③ Ex) 栄養指導(栄養教育)計画 (Educational Plan)

Rxの項目が達成できるようにするためのスケジュールや、必要な知識を提供するためのリーフレット、サンプル、集団指導/〇〇教室の紹介等を、対象者に合わせた内容で計画して記載する。

いずれにしても対象者が実現可能なものを話し合いの中で見出して、無理のない計画を立てることが重要である。

糖尿病性腎症保健指導実施（経過・終了）報告書

年 月 日

医療機関名

医師氏名

様

保険者名

下記のとおり指導いたしましたので報告いたします。

フリガナ 患者氏名	(男 ・ 女 ・ その他)	
生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所		
保健指導実施日	(延べ指導回数 回)	
<対象者の状況（基礎状況や課題等）>		
S：主観的情報（Subjective Data） ・患者や家族が発する主観的な訴えや行動を記載する。		
O：客観的情報（Objective Data） ・身体計測や血液検査結果等の客観的な数値等を記載する。		
A：評価（Assessment） ・主観的情報（S）と客観的情報（O）から得られた情報を整理し、根拠に基づく評価を行う。 ※栄養診断 PES 報告の観点も加えると良いが、その記載方法については、「S（徴候・症状）に基づき、E（原因・要因）となったP（栄養問題）である」というように記載する。 S：徴候・症状（Sign/Symptoms） 栄養摂取量の過不足等の根拠となる栄養評価データを記載 E：原因・要因（Etiology） 栄養状態を悪化させている根本的な原因・要因を記載 P：栄養問題（Problem or Nutrition Diagnosis Label） 栄養診断（コード等）を記載 (例) BMI 32.5 kg/m ² 、体脂肪率 32.2%、HbA1c 6.7%、及び大食により指示エネルギー量より 187%と過剰摂取していることを根拠に（S）、適切な食物・飲料に関する知識不足が原因となった（E）、経口摂取量過剰である（P）。		
<目標>		
P：計画（Plan） モニタリング計画（Mx） A（評価）に記載した PES の S（栄養診断の提示）の中からモニタリングする項目を決めて記載する。 栄養治療計画（Rx） 必要栄養素量や A（評価）に記載した PES の E を改善するための数値や行動の目標を決めて記載する。		
【長期目標・短期目標を記載】		
<保健指導内容>		
栄養指導計画（Ex） モニタリング計画（Mx）や栄養治療計画（Rx）の目標を達成するための手順（工程）については、指導内容の優先順位等を考慮し、記載する。併せて、使用する教材、媒体を記載する。 ※使用する本カードのスライド番号等を記載することにより、指導した内容の共有がしやすくなる。		
<連絡事項（今後の指導方針等）>		
担当課・係名	電話番号	担当者名

10 「令和7年度 糖尿病重症化・腎症重症化 予防指導資材作成」業務に関する推進体制

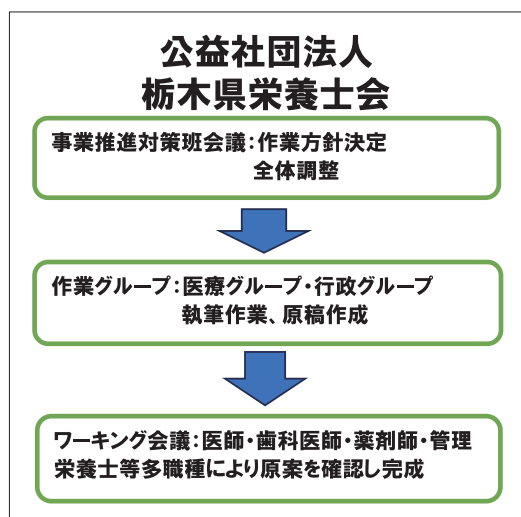
1 事業推進対策班（50音順）

No	氏名	所属	役職	備考
1	荒山 麻子	(公社)栃木県栄養士会		皆藤病院 栄養管理室 課長
2	大橋 あずさ	(公社)栃木県栄養士会		ふじた糖尿病内分泌内科クリニック 管理栄養士
3	小林 麻希	(公社)栃木県栄養士会		塩谷町 健康生活課 健康増進担当 主任管理栄養士
4	齊藤 克枝	(公社)栃木県栄養士会	副会長	獨協医科大学病院 栄養部 課長（次長待遇）
5	佐藤 敏子	(公社)栃木県栄養士会	会長	国際医療福祉大学病院 栄養課 関東地区栄養室 顧問
6	佐藤 伸彦	(公社)栃木県栄養士会		新小山市民病院 栄養管理室 室長
7	関口 昌代	(公社)栃木県栄養士会		栃木県西健康福祉センター 健康対策課 主査
8	都丸 美枝子	(公社)栃木県栄養士会	理事	
9	服部 貴子	(公社)栃木県栄養士会	副会長	なす療育園 主任
10	室井 利衣子	(公社)栃木県栄養士会		那須塩原市 保健福祉部 健康増進課 健康増進係 主査
11	横田 綾敦	(公社)栃木県栄養士会		上都賀総合病院 栄養課 課長
12	益子 浩	(公社)栃木県栄養士会	事務局長	
13	野澤 朋子	(公社)栃木県栄養士会	書記	

【オブザーバー】

1	池内 寛子	栃木県保健福祉部 健康増進課 健康長寿推進班 副主幹
2	若林 奈々恵	栃木県保健福祉部 健康増進課 がん・生活習慣病担当 主任

「令和7年度 糖尿病重症化・腎症重症化予防指導資材作成」業務推進体制 概要



1 事業推進対策班

(公社)栃木県栄養士会会員等により組織し、事業の円滑な推進を図るための各種会議の企画、運営等を行う。

2 原稿作成作業グループ

(公社)栃木県栄養士会会員にオブザーバーとして医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の有識者を加え組織し、糖尿病重症化・腎症重症化予防のための保健指導に必要な指導資材の原稿(案)を作成する。

※ 医療グループ・行政グループを設置

3 ワーキング会議

原稿作成作業グループメンバーが作成した糖尿病重症化・腎症重症化予防のための保健指導に必要な指導資材原稿(案)の内容の確認、必要な助言指導等を行う。

2 原稿作成作業グループ (50音順)

No	氏名	所属	役職	備考
1	赤石 里益	(公社)栃木県栄養士会		新小山市民病院 栄養管理室 主任 管理栄養士
2	荒山 麻子	(公社)栃木県栄養士会		皆藤病院 栄養管理室 課長
3	大石 比奈子	(公社)栃木県栄養士会		獨協医科大学病院 栄養部 係長
4	大橋 あずさ	(公社)栃木県栄養士会		ふじた糖尿病内分泌内科クリニック 管理栄養士
5	小林 麻希	(公社)栃木県栄養士会		塩谷町 健康生活課 健康増進担当 主任管理栄養士
6	齊藤 克枝	(公社)栃木県栄養士会	副会長	獨協医科大学病院 栄養部 課長 (次長待遇)
7	佐々木 千鶴	(公社)栃木県栄養士会		上都賀総合病院 栄養課 管理栄養士
8	佐藤 敏子	(公社)栃木県栄養士会	会長	国際医療福祉大学病院 栄養課 関東地区栄養室 顧問
9	佐藤 伸彦	(公社)栃木県栄養士会		新小山市民病院 栄養管理室 室長
10	関口 昌代	(公社)栃木県栄養士会		栃木県西健康福祉センター 健康対策課 主査
11	都丸 美枝子	(公社)栃木県栄養士会	理事	
12	服部 貴子	(公社)栃木県栄養士会	副会長	なす療育園 主任
13	神子谷 朋美	(公社)栃木県栄養士会		獨協医科大学病院 栄養部 課長
14	室井 利衣子	(公社)栃木県栄養士会		那須塩原市 保健福祉部 健康増進課 健康増進係 主査
15	安田 真理	(公社)栃木県栄養士会		上都賀総合病院 栄養課 管理栄養士
16	横田 綾敦	(公社)栃木県栄養士会		上都賀総合病院 栄養課 課長
17	益子 浩	(公社)栃木県栄養士会	事務局長	
18	野澤 朋子	(公社)栃木県栄養士会	書記	

【オブザーバー】

No	氏名	所属	役職	備考
1	薄井 勲	獨協医科大学 内分泌代謝内科	教授	
2	小沼 真由美	(公社) 栃木県看護協会		獨協医科大学病院 糖尿病看護認定看護師
3	佐川 敬一郎	(一社) 栃木県歯科医師会		佐川歯科医院 院長
4	田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 栄養学科	教授	
5	西村 一弘	(公社) 日本栄養士会 (公社) 東京都栄養士会	常任理事 会長	駒沢女子大学 健康栄養学科 教授
6	野澤 彰	(一社) 栃木県薬剤師会	副会長	上都賀総合病院 薬剤部長
7	藤田 延也	(一社) 栃木県医師会		ふじた糖尿病内分泌内科 クリニック 院長
8	森下 義幸	自治医科大学 腎臓内科学部門	教授	
9	和田 美紀子	特定医療法人東京さつきホスピタル 食支援センター	センター長	
10	池内 寛子	栃木県保健福祉部 健康増進課 健康長寿推進班	副主幹	
11	若林 奈々恵	栃木県保健福祉部 健康増進課 がん・生活習慣病担当	主任	

3 ワーキング会議（50音順）

No	氏名	所属	役職	備考
1	荒山 麻子	(公社) 栃木県栄養士会		皆藤病院 栄養管理室 課長
2	稲葉 節子	栃木県後期高齢者医療広域連合	主任保健師	
3	薄井 勲	獨協医科大学 内分泌代謝内科	教授	
4	大橋 あずさ	(公社) 栃木県栄養士会		ふじた糖尿病内分泌内科 クリニック 管理栄養士
5	小沼 真由美	(公社) 栃木県看護協会		獨協医科大学病院 糖尿病看護認定看護師
6	小林 麻希	(公社) 栃木県栄養士会		塩谷町 健康生活課 健康増進担当 主任管理栄養士
7	齊藤 克枝	(公社) 栃木県栄養士会	副会長	獨協医科大学病院 栄養部 課長（次長待遇）
8	佐川 敬一郎	(一社) 栃木県歯科医師会		佐川歯科医院 院長
9	佐藤 敏子	(公社) 栃木県栄養士会	会長	国際医療福祉大学病院 栄養課 関東地区栄養室 顧問
10	佐藤 伸彦	(公社) 栃木県栄養士会		新小山市市民病院 栄養管理室 室長
11	関口 昌代	(公社) 栃木県栄養士会		栃木県県西健康福祉センター 健康対策課 主査
12	田中 和美	神奈川県立保健福祉大学 栄養学科	教授	
13	都丸 美枝子	(公社) 栃木県栄養士会	理事	
14	西村 一弘	(公社) 日本栄養士会 (公社) 東京都栄養士会	常任理事 会長	駒沢女子大学 健康栄養学科 教授
15	野澤 彰	(一社) 栃木県薬剤師会	副会長	上都賀総合病院 薬剤部長
16	服部 貴子	(公社) 栃木県栄養士会	副会長	なす療育園 主任
17	藤田 延也	(一社) 栃木県医師会		ふじた糖尿病内分泌内科 クリニック 院長
18	室井 利衣子	(公社) 栃木県栄養士会		那須塩原市 保健福祉部 健康増進課 健康増進係 主査
19	森下 義幸	自治医科大学 腎臓内科学部門	教授	
20	横田 綾敦	(公社) 栃木県栄養士会		上都賀総合病院 栄養課 課長
21	和田 美紀子	特定医療法人 東京さつきホスピタル 食支援センター	センター長	
22	益子 浩	(公社) 栃木県栄養士会	事務局長	
23	野澤 朋子	(公社) 栃木県栄養士会	書記	

【オブザーバー】

No	氏名	所属	役職	備考
1	池内 寛子	栃木県保健福祉部 健康増進課 健康長寿推進班	副主幹	
2	若林 奈々恵	栃木県保健福祉部 健康増進課 がん・生活習慣病担当	主任	

【引用文献・参考資料】

- 1) 糖尿病治療ガイド2024, 日本糖尿病学会編・著, 文光堂, 2024
- 2) 糖尿病診療ガイドライン2024, 日本糖尿病学会編・著, 南江堂, 2024
- 3) 糖尿病治療の手びき2023 改訂第58版増補, 日本糖尿病学会編・著, 南江堂, 2023
- 4) 高齢者糖尿病治療ガイド2021, 日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著, 文光堂, 2021
- 5) CKD診療ガイド2024, 日本腎臓学会編, 東京医学社, 2024
- 6) 高血圧管理・治療ガイドライン2025, 日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会 編, ライフサイエンス出版, 2025
- 7) 糖尿病療養指導ガイドブック2025, 日本糖尿病療養指導士認定機構編・著, メディカルレビュー社, 2025
- 8) 日本人の食事摂取基準2025年版, 厚生労働省, 2025
- 9) 日本食品標準成分表2020年版(八訂), 文部科学省, 2020
- 10) 旭川市健康保健部健康推進課健康づくり担当ホームページ <https://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/kurashi/135/194/1991/d076880.html>
- 11) 糖尿病食事療法のための食品交換表 第7版, 日本糖尿病学会編・著, 文光堂, 2013
- 12) 医療者のためのカーボカウント指導テキスト, 日本糖尿病学会編・著, 文光堂, 2017
- 13) 健康日本21アクション支援システム～健康づくりサポートネット～, 厚生労働省
<https://kennet.mhlw.go.jp/home/>
- 14) 健康食スタートブック-生活の質向上をめざして-, 食事療法に関する委員会編, 日本糖尿病学会, 2024
- 15) 食事バランスガイド, 厚生労働省、農林水産省
- 16) 栄養成分表示を使って、あなたも食塩摂取量を減らせる, 消費者庁
https://www.caa.go.jp/policies/policy/food_labeling/health_promotion/pdf/food_labeling_cms206_20191126_09.pdf
- 17) 健康食品の正しい利用法, 厚生労働省、(独) 国立健康・栄養研究所, 2013
- 18) 「臨床栄養」別冊 JCN セレクト7 薬物-飲食物相互作用 的確な栄養療法のために, 雨海照祥 責任編集, 井上善文・佐々木雅也 監修, 医歯薬出版株式会社
- 19) 健康食品による健康被害の未然防止と拡大防止に向けて, 厚生労働省、日本医師会、(独) 国立健康・栄養研究所
https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/dl/pamph_healthfood.pdf
- 20) 外食・コンビニ・惣菜のカロリーガイド, 香川明夫監修, 女子栄養大学出版部, 2017
- 21) 減塩のコツ早わかり, 牧野直子・松田康子監修, 女子栄養大学出版部, 2015
- 22) 腎臓病たんぱく質30gの献立集, 宮本佳代子監修, 女子栄養大学出版部, 2014
- 23) 腎臓病食品交換表第10版 治療食の基準, 黒川 清監修、中尾 俊之編集、酒井 謙編集, 医歯薬出版株式会社, 2026
- 24) 臨床栄養認定管理栄養士のためのガイドブック, 鈴木壺知・丸山道生・藤谷順子著、石川祐一監修, 東京医学社, 2016
- 25) 糖尿病腎症の食品交換表第3版, 日本糖尿病学会編・著, 日本糖尿病協会・文光堂, 2016
- 26) JADEC (日本糖尿病協会) ホームページ
<https://www.nittokyo.or.jp/>
- 27) 改訂第2版『身体活動のメッツ (METs) 表』成人版, 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の栄養代謝研究室, 2024
- 28) 『身体活動のメッツ (MET60+) 表』高齢者版, 国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の栄養代謝研究室, 2024
- 29) 糖尿病運動療法 154のエビデンス, 大坂貴史著, 中外医学社, 2025

- 30) 糖尿病運動療法指導マニュアル,佐藤祐造編,南江堂,2011
- 31) 健康に配慮した飲酒に関するガイドライン,厚生労働省
- 32) 禁煙支援マニュアル(第二版)増補改訂版,厚生労働省 健康局健康課編,2018
- 33) 糖尿病患者に対する歯周治療ガイドライン2023 改訂第3版,特定非営利活動法人日本歯周病学会編,医歯薬出版株式会社,2023
- 34) 8020推進事業 お口の健康シリーズ(歯周疾患検診のおすすめ),栃木県・栃木県歯科医師会
- 35) Iwasaki M, et al. Longitudinal association of dentition status with dietary intake in Japanese adults aged 75 to 80 years. J Oral Rehabil. 2016 Oct;43(10) :737-44.】
- 36) 糖尿病の薬学管理必携 第2版 糖尿病薬物療法認定薬剤師ガイドブック,植木 浩二郎・門脇 孝・河盛隆造・清野 裕・南條 輝志男 監修,日本くすりと糖尿病学会／編,じほう,2025
- 37) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025,日本老年医学会編,メジカルビュー社,2025
- 38) 月刊糖尿病 第123号 糖尿病患者における感染症(vol.12 No.3 2020),三嶋 廣繁編,医学出版,2020
- 39) 国立健康危機管理研究機構糖尿病情報センターホームページ
<https://dmic.jihs.go.jp/>
- 40) 糖尿病看護フットケア技術 第4版,日本糖尿病教育・看護学会編,日本看護協会出版会,2024
- 41) Kawakami N, et al. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. Diabetes Care. 1999 ; 22 : 1071-1076.
- 42) 統合失調症に合併する肥満・糖尿病の予防ガイド,日本精神神経学会・日本糖尿病学会・日本肥満学会 監修,「統合失調症に合併する肥満・糖尿病の予防ガイド」作成委員会編,2020
- 43) 精神科ナースのアセスメント&プランニングbooks 統合失調症の看護ケア,一般社団法人日本精神科看護協会監修,遠藤 淑美・徳山 明広・南方 英夫編集,中央法規出版,2017
- 44) 臨床栄養 第133巻 第3号(2018年9月号) 学校では習わない!? 精神科疾患患者の栄養管理「うつ病患者の栄養管理と栄養指導」、「統合失調症患者の栄養評価ポイントと栄養食事指導効果」,医歯薬出版,2018
- 45) American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 : 267-72.
- 46) 臨床に役立つ精神疾患の栄養食事指導,功刀 浩・阿部 裕二編・著,講談社,2021
- 47) 発達障害への看護アプローチ,杉山登志郎 責任編集,精神看護出版,2011
- 48) 改訂新版 第2版 栄養管理プロセス Nutrition Care Process,栄養ケアプロセス研究会監修,木戸 康博・中村 丁次・寺本 房子編集,第一出版,2018