２．事例の紹介

大阪府内の「糖尿病対策」事例として羽曳野市および八尾市を紹介する。また、糖尿病重症化予防における八尾保健所の取り組みを紹介する。

２．１　目的および方法

これまでの実施状況から、効果的な事業の推進方策にはどのような要因があるのかを個別事例を通して明らかにするとともに、府内市町村間で情報共有し、「みんなで事業の PDCA サイクルを回す」ことを継続して実施することを目的とした。

羽曳野市を事例として選定するにあたっては、以下の点を勘案した。

（１）取り組み状況のアンケートより

・肥満、非肥満対策の優先順位がプログラムの趣旨にあっている

・受診確認まで行えている

・一部事業評価を行えている

・加えて、医師会との連携や糖尿病治療中の者（数値高値、受療回数少ない）への対策に取り組んでいる

（２）平成 26 年度の医療費等データ分析より

・重症化予防対策に関する糖尿病、メタボ指標の推移が良好である

（３）市町村規模

・府内の 6 割を占める特定健診対象者数 1 万人以上 5 万人未満の市である

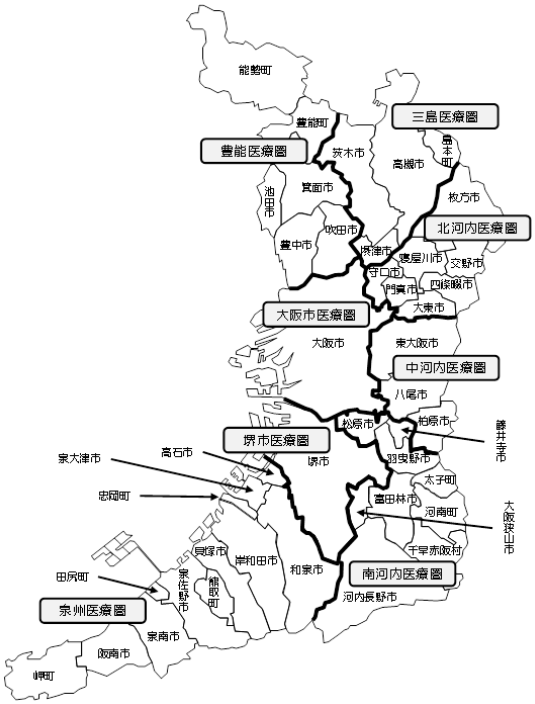
八尾市については、ポピュレーション・アプローチを行う際に、汎用性の高い行動変容プログラムのリーフレットを活用した事例として紹介する。

八尾保健所については、平成 27 年度地域・職域連携推進事業において、糖尿病重症化予防に関連した事業に取り組んでいることから、関係機関の連携を高め、府内市町村の糖尿病対策を推進するとともに、今後の展望や課題抽出を共有することを目的として、事例として取りあげた。

羽曳野市および八尾保健所には、平成 28 年 9 月 5 日に開催した行動変容推進事業フォローアップ研修会において、事例発表してもらい、情報共有を図った。

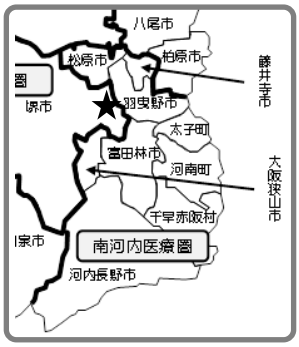
２．２　事例の紹介

以下に個別事例を紹介する。羽曳野市および八尾保健所については、研修会のスライド資料も織り交ぜながら事例集として再編集した。



（参考資料1）二次医療圏区域図
〔出典：大阪府保健医療計画〕

羽曳野市 バランスの取れた早期受診事業



■ 地域概要

二次医療圏： 南河内

総人口 （H27.10.1 国調）： 112,683 人

65 歳以上人口割合

（H27.10.1 国調）： 28.4%

特定健診対象者数（H27）： 21,274 人　特定保健指導対象者数（H27）： 891 人

特定健診受診率 （H27）： 37.2%　特定保健指導実施率 （H27）： 18.3%

■ 実施体制・担当課

保険年金課

保健師配置状況 （計22名）

部	課	担当	人数
保健福祉部 保険健康室	健康増進課	成人保健担当（特定保健指導共同実施）	6
		母子保健担当	8
	地域包括支援課		4
	保険年金課	保健事業担当	3
保健福祉部	福祉支援課		1

肥満のある未治療の糖尿病疑い者に対する受診勧奨は「直営」かつ「外部委託」で実施。非肥満に対する受診勧奨および肥満に対する保健指導は「直営」で実施。

■ 取り組み内容

特定健診・特定保健指導実績

（%）

	H21	H22	H23	H24	H25	H26
特定健診	34.9	35.0	33.3	36.3	36.1	37.0
特定保健指導	10.2	18.8	14.4	17.9	20.4	16.3

【特定健診】
・個別健診のみ。
・市民健診として14項目を追加。
【特定保健指導】
・直営型：保険年金課と健康増進課で共同実施。
・訪問型：業者委託。
・医療機関型：市内1医療機関。

平成 26 年度に比べて平成 27 年度の特定健診の受診率は 0.2 ポイント上昇、特定保健指導実施率は 2 ポイント上昇。

3 特定健診・羽曳野市民健診の受診

●特定健診の内容（基本項目）

窓口でのご負担　1,000円

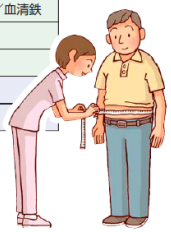
身体診察		問診／身体計測／腹囲測定／血圧測定
血液検査	脂質検査	中性脂肪／HDLコレステロール／LDLコレステロール
	肝機能検査	AST (GOT)・ALT (GPT)／γ-GT
	血糖検査	空腹時血糖／HbA1c
尿検査		糖及び蛋白の有無

●羽曳野市民健診の内容

追加のご負担　0円

血液検査	肝機能検査	ALP
	貧血検査	赤血球／血色素量（ヘモグロビン）／ヘマトクリット／白血球／血小板／血清鉄
	腎機能検査	血清クレアチニン
	その他の検査	尿酸／血清アミラーゼ／血清アルブミン／CRP定量
尿潜血検査		潜血の有無
心電図検査		心疾患の有無

特定健診は、大阪府内の実施機関で受診できますが、羽曳野市・藤井寺市内の羽曳野市民健診実施機関で受診される場合（一覧表に○のある医療機関）、心電図・貧血等の検査を含む計14項目（上記表のとおり）を市民健診として追加負担なく同時に受診することができます。（市民健診のみの受診はできません）



特定健診の自己負担額の無料化はしていない。14 項目の追加項目を市民健診として無料で実施。

特定健診結果におけるフォロー事業

特定健診受診（羽曳野市・藤井寺市医療機関等結果通知）

⇩

特定健診結果データ取り込み（委託業者・国保連）

⇩

健診結果データの階層化

⇩

- 特定保健指導対象（73歳まで）
- 早期受診・治療勧奨（73歳まで）システム抽出
- 情報提供対象者

⇩

レセプトとの突合

- 未治療等 → 早期受診・治療勧奨通知対象
- 治療中 → 通知対象外

⇩

- 特定保健指導
- 早期受診治療勧奨通知 送付1カ月後、結果報告書の返送確認
  - 非肥満血圧高値者および血糖高値者
  - その他
- 継続受診勧奨対象として通知送付
  - 治療中
  - 情報提供

⇩

結果報告書の返送なしの方へ受診確認および受診勧奨TEL（1回目）

⇩

1回目TELにて未受診の方へ再度受診確認およ受診勧奨TEL（2回目）

肥満のある未治療の糖尿病疑い者に対する保健指導は、個別呼び出し（来所）や電話で実施。
肥満のない人を含めて、早期受診・治療勧奨の対象者を抽出する体制あり。
レセプトデータを活用し、治療状況の把握を行っている。
受診確認および受診再勧奨は電話で行い、2 回まで行っている。
治療中の場合、血糖コントロールや受療回数に応じて、継続受診勧奨を文書で実施。

早期受診・治療勧奨事業

【目的：特定健診等からの二次予防】
特定健診等の結果より、早期治療が必要と判断された者に対し、医療機関への受診を勧奨することにより、的確な受診による疾患の重症化予防を図る。

【実施内容】
特定健診・羽曳野市民健診の結果、「特定健診等における早期治療勧奨域」（別表）に該当する者に対し、健診前後の治療状況をレセプトにて確認。
未治療および定期受診がない者等へ、早期治療勧奨通知（紹介状同封）を送付し、医療機関への受診を勧奨する。
受診後は、医療機関と連携し、受診結果報告書を返送してもらい受診結果を把握する。
血圧高値者および血糖高値者で、受診結果の返送がない場合には、保健師・管理栄養士より電話にて受診勧奨等を行う。

医師会との連携により医療機関受診後、受診結果報告書を返却してもらう体制あり。

非肥満血圧高値者・血糖高値者保健指導事業（早期受診・治療勧奨事業と同時実施）

	項目	内容	期間
受診・データ集約	特定健診受診	対象者が医療機関にて特定健診・羽曳野市民健診受診。	健診受診
	スクリーニング	対象者を抽出。（特定保健指導対象者を除く） ・収縮期血圧160mmHg以上または拡張期血圧100mmHg以上 ・空腹時血糖126mg/dlかつHbA1c6.5以上	受診後2か月
勧奨通知事業	早期受診・治療勧奨通知の発送	対象者へ通知 ・案内通知兼健診結果票 ・医療機関への紹介状（兼健診結果票） ・受診結果報告書 ・高血圧・高血糖に関するリーフレット	
	医療機関受診	○かかりつけ医等へ紹介状を持参し、受診。 ○医師による、受診結果報告書の記入・返送	受診後3か月
通知事業効果判定	受診結果の集約	受診結果報告書の集約 通知事業後、受診を確認できなかった者を抽出	
電話勧奨事業	受診勧奨電話	電話にて受診状況の把握および受診勧奨	
		1回目未受診だった方へ、再度受診確認および受診勧奨	受診後4か月～6か月

早期受診・治療勧奨判定値および対象者の割合（平成27年度）

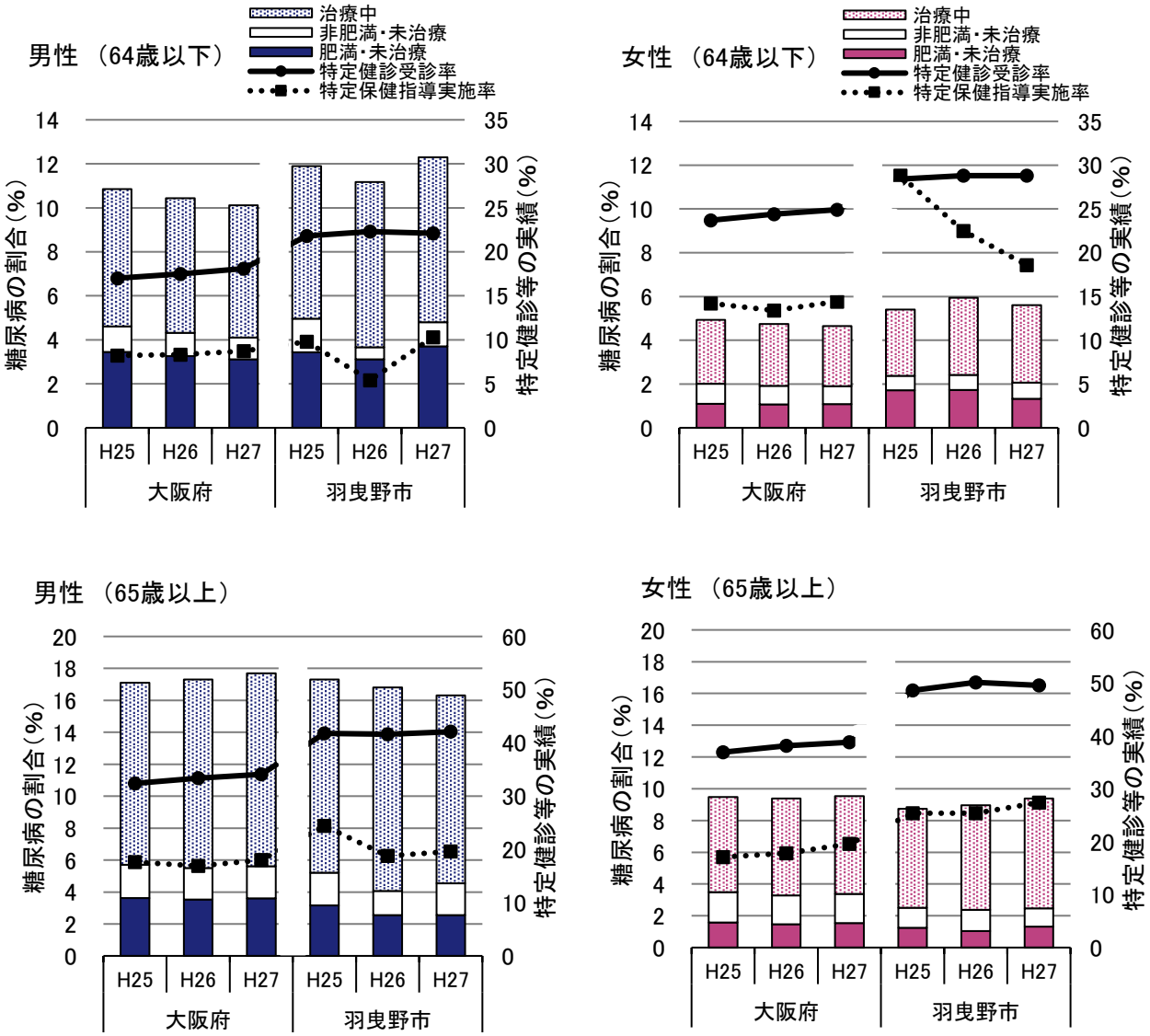
健診内容			単位	早期治療勧奨判定値	該当率 %（該当者/受診者）
血圧測定		収縮期	mmHg	160～	22.5
		拡張期	mmHg	100～	10.9
血液検査	循環器系	中性脂肪	mg/dl	400～	6.0
		LDLコレステロール	mg/dl	180～	26.8
	肝機能	AST(GOT)	U/l	51～	8.7
		ALT(GPT)	U/l	51～	10.9
		γ－GT	U/l	101～	20.2
	腎機能	尿酸	mg/dl	9.0～	6.4
		e－GFR（推算糸球体ろ過量）		～49	20.2
	耐糖能	空腹時血糖	mg/dl	126～	14.8
		ヘモグロビンA1c	%	6.5～	15.5
心電図検査		心房細動・心房粗動			1.2
受診結果報告書の返送率（H28.8末時点）					45.8

特定健診受診後の事業が時系列で管理されている。
健診受診後半年以内に、医療機関への受診確認や受診再勧奨が実施されている。
糖尿病対策だけに偏らず、高血圧を含む早期受診事業を実施。
受診結果報告書の返送もあり年度内にプロセスの評価が可能。

■ 取り組みの成果

平成 25 年度から平成 27 年度までの大阪府および羽曳野市の肥満の有無別にみた未治療の糖尿病疑い者の割合および治療中の者の割合の推移を下図に示す。

図　肥満の有無別にみた未治療の糖尿病疑い者の割合の推移
（平成 25 年度～平成 27 年度、大阪府と羽曳野市の比較）



羽曳野市では、糖尿病を始めとする優先度の高いハイリスク者に対して、早期受診を促す取り組みを行っている。直近 3 年間において、特定健診の受診率および特定保健指導の実施率は概ね大阪府平均以上であり、特に 65 歳以上の肥満のある未治療の糖尿病疑い者の割合は大阪府平均を下回っている。全体的に、治療中の割合は大阪府より高めであり、取り組みの短期的な効果と考えられる。64 歳以下男性の肥満対策が引き続き課題である。

■ 今後の課題・展開

今後の課題

- 特定保健指導未利用者の方への受診勧奨
- 糖尿病性腎症対策の実施
  （医師会との連携）
- 受診の意思がない人へのアプローチ
- 保健指導事業の評価（KDBの活用等）

八尾市　地域回覧物でポピュレーション・アプローチを展開

■ 地域概要

二次医療圏：　中河内

総人口　（H27.10.1 国調）：　268,800 人

65 歳以上人口割合

（H27.10.1 国調）：　27.4%

特定健診対象者数（H27）：　49,636 人　　特定保健指導対象者数（H27）：　2,005 人

特定健診受診率　（H27）：　30.9%　　特定保健指導実施率　（H27）：　8.5%

■ 実施体制・担当課

八尾市役所　龍華出張所

■ 取り組み内容

地域の回覧「保健だより」平成 29 年 3 月号で「糖尿病予防」をテーマに取りあげた。八尾市では、平成 26 年度より、地域の健康づくりや身近な相談場所として出張所等を活用するために、保健師が専属で配属されている。今回、龍華出張所管轄の 3 小学校区に在住世帯を対象に回覧した。

地域によっては、町会長の集う会議で、保健だよりの話題が取りあげられるなどして、地域の保健活動の推進につながっている。

龍華出張所は、コミュニティーセンター・図書館を併設した施設のため、来場者も多く、保健だよりは、出張所入口にも配架している。

汎用性の高い行動変容プログラム「糖尿病対策」のリーフレット２（全対象者用）を地域の回覧物「保健だより」にプラスして発信することで、比較的簡便に充実した内容を情報提供できる。地域の既存の媒体を使って、ポピュレーション・アプローチを展開している。

【保健だより】

八尾保健所　糖尿病重症化予防の取り組み

■ 管轄

八尾市、柏原市

■ 担当課・事務分担

担当課：　企画調整課

事務分担：　医事に関すること
企画調整に関すること
健康づくりに関すること
広域栄養指導に関すること

■ 事業紹介

管内の課題の把握

国保レセプトにおける人工透析の状況

国保被保険者外来千人対件数（平成24年度）

八尾市	4.58人
柏原市	5.00人
府内43市町村の平均	3.97人

糖尿病重症化予防に取り組もう！

取り組みの経緯

平成25年度

地域職域連携推進事業における会議・研修会
啓発媒体と病院機能一覧が必要

1　啓発資材「糖尿病の重症化予防～あなたの未来のために～」（カラー両面B4版）作成
2　管内病院における糖尿病治療機能調査実施

糖尿病患者を紹介できる
地域の診療所情報が不足。

平成26年度

1　管内の医師会代表と糖尿病専門医からなる「糖尿病重症化予防の取り組みにおける検討会」を開催し、方策を検討。
（※H28年度より管内薬剤師会・歯科医師会も参画）
2　管内診療所対象「糖尿病診療状況等に関する調査」を実施。

糖尿病連携手帳の活用（26.3%）
眼科受診を勧奨している診療所（61.0%）

平成27年度

1　管内病院における糖尿病治療機能一覧を更新
2　地域・職域連携推進連絡会議に医師会、歯科医師会、薬剤師会、大阪産業保健総合支援センター参画
3　眼科における糖尿病診療等に関する聞き取り調査

HbA1c等の情報を知りたい
内科と眼科の連携が不十分
患者が眼科を定期受診するための啓発が必要

平成28年度

※平成28年9月1日検討会で方策を検討

1　啓発媒体の作成

・眼科定期受診のための啓発ポスター
（平成28年度保健所活動特別推進事業）

・眼科受診連絡カード

2　特定健診担当者との連携

【対象】市及び協会けんぽ担当者

【目的】具体的な健診の流れや指導内容等の情報を共有し連携を図る。

【内容】連絡会にて情報共有

3　八尾市立病院、八尾市医師会との連携

八尾市立病院

糖尿病薬処方箋に「定期的な眼科受診勧奨」と「糖尿病連携手帳の持参確認」を印字

八尾市医師会

糖尿病患者への眼合併症予防啓発活動

「やお　DM-Eye 」実施

（取組期間　11月14日～12月31日）

糖尿病患者を眼科に紹介と診療所に糖尿病連携手帳・診療情報提供書（糖尿病患者紹介用)を配布

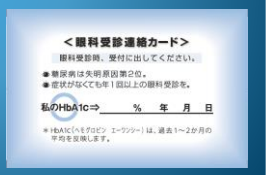
4　管内薬剤師会との連携

薬局：八尾市立病院以外の患者にも「定期的な眼科受診勧奨」と「糖尿病連携手帳の持参確認」を直接声かけ。

眼科受診連絡カードを患者に渡し勧奨

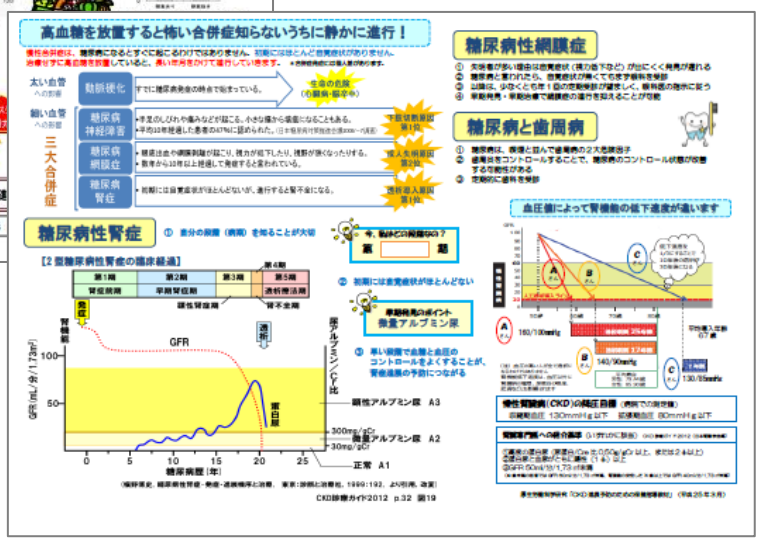
HbA1cの記載指導

眼科にて回収



平成 28 年 11 月には、八尾市医師会、八尾市歯科医師会、八尾市薬剤師会、柏原市医師会、柏原市歯科医師会、柏原市薬剤師会等の共催で「いきいき！糖尿病健康フォーラム」を後援し、一般市民や医療従事者向けに糖尿病対策の普及啓発事業に取り組んでいる。

【啓発資材「糖尿病の重症化予防～あなたの未来のために～」】



平成 25 年度にカラー両面 B4 版で作成。図やグラフを織り交ぜて、糖尿病合併症の段階がわかりやすく解説されている。

眼科受診啓発に関する取組み経過と今後

検討会での決定事項　平成２８年９月１日

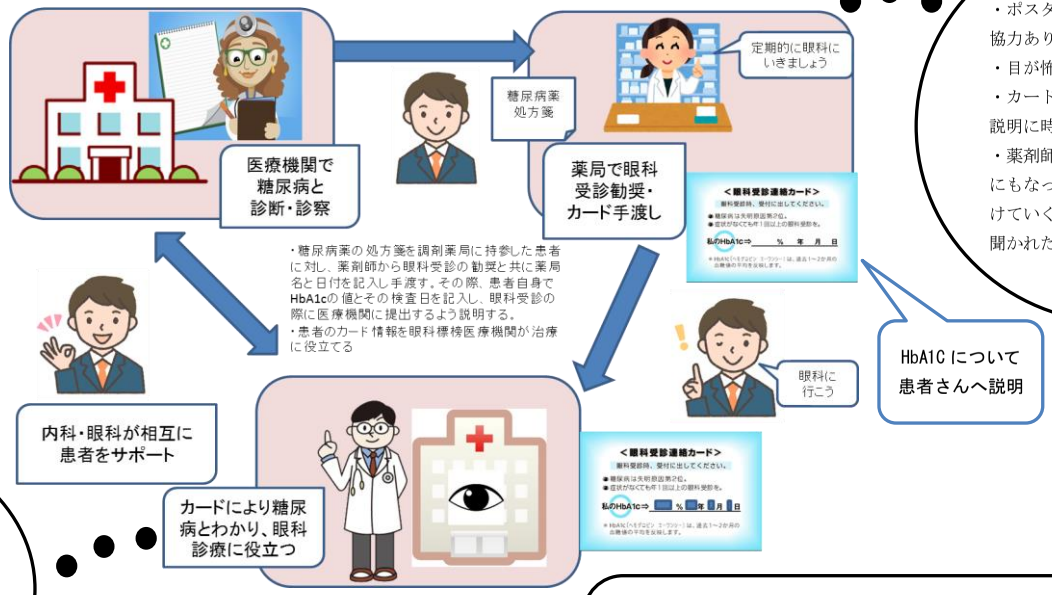
１眼科受診勧奨ポスターは、保健所より検討会にて得た助言を基に再度案を作成。
　検討会出席者の意見を再度集約し、ポスターを完成
　医師会・薬剤師会の協力を得て、各機関へ配布、掲示。
２調剤薬局より眼科受診を勧めるカードを用いたシステムづくりを進める。
　カードを調剤薬局より患者に渡し、眼科受診時に回収し、評価する。
　重症化予防として眼科受診を勧める。HbA1C の知識を広める。

その後の経過

１ポスター作成完了。平成２８年１０月２８日
　管内１５病院　２１２診療所　１０５調剤薬局　３２関係機関に配布、掲示。
２検討会出席者より助言を受けつつ、保健所にて眼科受診連絡カードとして作成。
　平成２８年１０月２８日完成。
　薬剤師会を通して調剤薬局１０５か所に配付。１１月１４日～１２月１３日の３０日間
　糖尿病薬の処方を受けた人へ説明と共にカードを渡す。
　結果について調剤薬局よりアンケート調査を実施。

・ポスター掲示の協力あり。
・紹介状を併せて出していただいた事例もあり。
・カードも配りたいとのお電話もあった！

眼科受診連絡カードの流れ



・ポスターは、１か月以上掲載の協力あり。
・目が怖いと掲示なしもあり。
・カード配布の負担、HbA1C の説明に時間がかかるとの意見も。
・薬剤師自身のブラッシュアップにもなった、重要なことなので続けていくべきなど積極的な意見も聞かれた。

・今回は、眼科の先生へは郵送での御依頼。そのため、カードを診察後患者に渡したケースも聞かれた。
・２月末をめどにカード回収予定。
・HbA1C への患者理解はまだま

次年度に向けて
眼科医療機関よりカード回収をし、事業まとめをする。
関係者を通して積極的啓発のため、カードを利用し啓発事業を再度実施
HbA1C に関する説明チラシを検討（HbA1C の理解を広げるため、また薬局での説明負担を軽減するため）
カードを利用した啓発事業において、既に眼科受診をしているケースの対応検討
病院・診療所情報について調査項目を検討　ホームページ掲載へ。

２．３　これまでの紹介事例

平成 27 年度に汎用性の高い行動変容プログラムを提示するとともに、紹介した事例を下表に示す。詳細については、平成 27 年度の行動変容推進事業報告書（汎用性の高い行動変容プログラム「糖尿病対策」）を参照されたい。

表　平成 27 年度報告書（事例集）に掲載した事例一覧

市町村等	事例のポイント
阪南市	**肥満・非肥満ともにバランスの取れた対策**
	特定保健指導の実施率向上あり。肥満のある未治療の糖尿病疑い者には特定保健指導の場を活用。肥満のない未治療の糖尿病疑い者にも受診勧奨値を設けて受診勧奨事業を実施。再勧奨や実績の把握を行い、受診勧奨の実施率は 69%であった。41%の未治療者を医療機関につなげることができた。
島本町	**健康展でプログラム資材を活用**
	町内の福祉大会で健康コーナーを設置。血糖値に関する展示を行った。汎用性の高い行動変容プログラムのリーフレット２（全対象者用）を編集して展示・配布資料を作成した。来場者は 220 人余りで、保健師・栄養士による説明を受けた人は 42 人、リーフレットを持ち帰った人は 25 人だった。
埼玉県	**糖尿病性腎症重症化予防対策事業の全県展開**
	血糖値、eGFR、尿蛋白の基準に基づき、医療機関への受診勧奨を文書で通知。重症化が疑われる場合には、電話や訪問による再勧奨を実施。3 か月間の事業で、病院受診率は 21%であった。1 か月当たりの病院受診者の割合は、受診勧奨事業前の 6 か月間の月平均 4.1%に比べて、3 か月間の月平均 8.2%（2 倍）であった。