



令和元年6月26日

第143回市町村職員を対象とするセミナー

大阪府における 糖尿病性腎症重症化予防の 取組みについて



©2014 大阪府もずやん



大阪府 健康医療部 健康推進室 国民健康保険課

事業推進グループ 保健師 谷 智代

大阪府の概況

■面積 (27.10.1現在) 
1,905.14km²

■人口動態 (27.10.1(国調))
人口 8,839,469人
人口密度 4,640人/km²
人口伸率 -0.3%
高齢化率 26.1%

■大阪府庁 

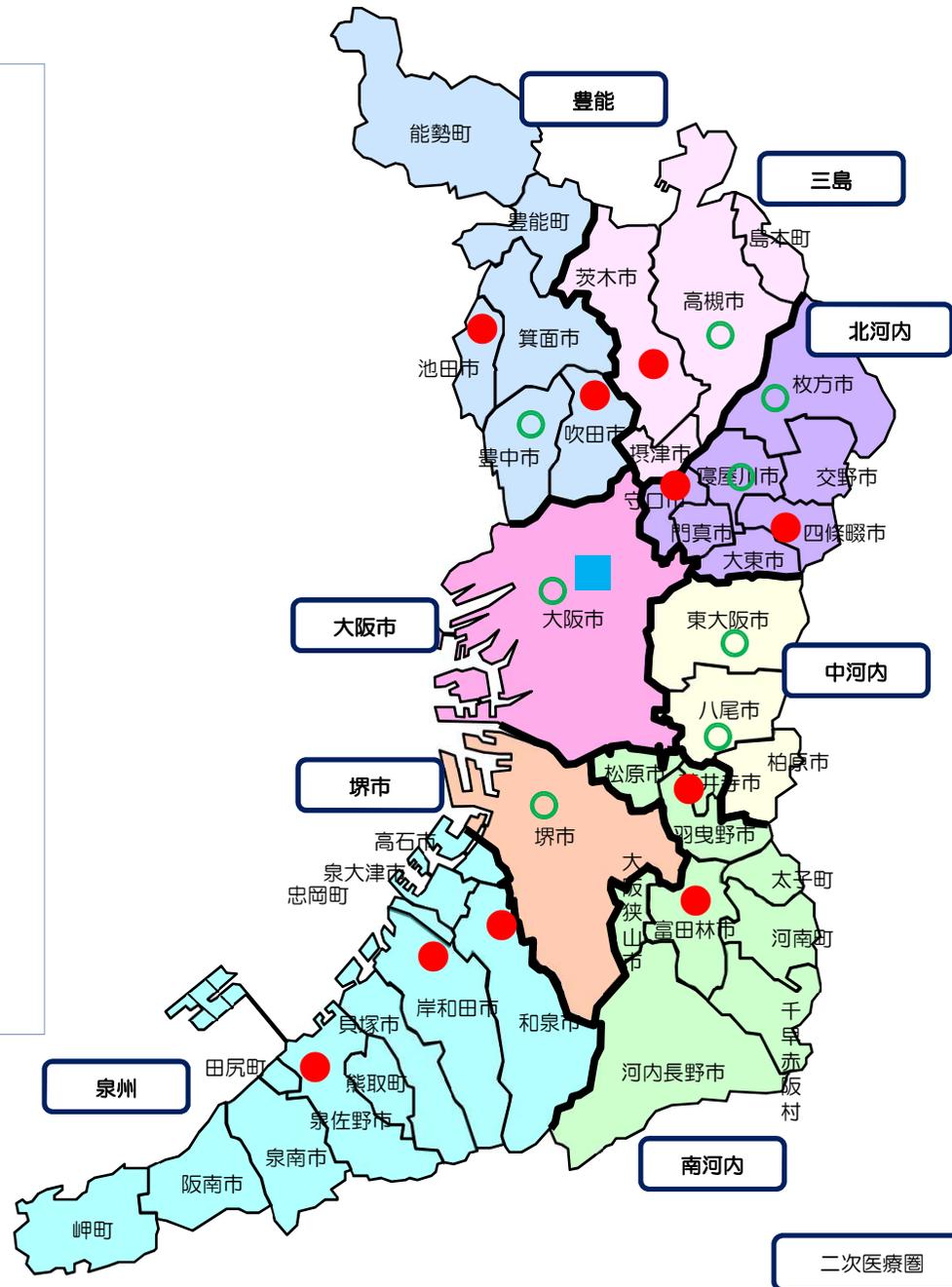
■大阪府保健所  10カ所

■市町村数 43

(保健所設置市) 

政令市：大阪市、堺市

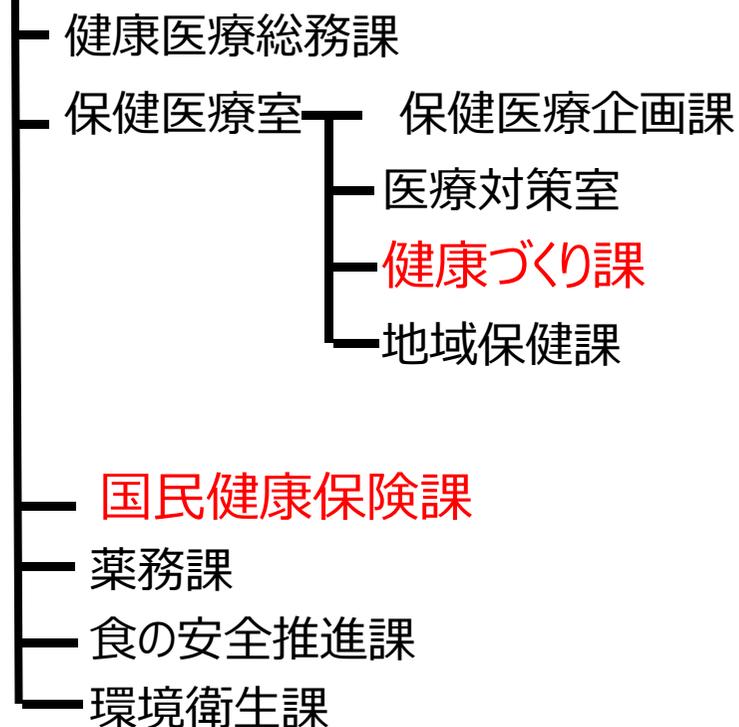
中核市：豊中市、高槻市、枚方市、
東大阪市、八尾市、
寝屋川市



大阪府健康医療部組織図

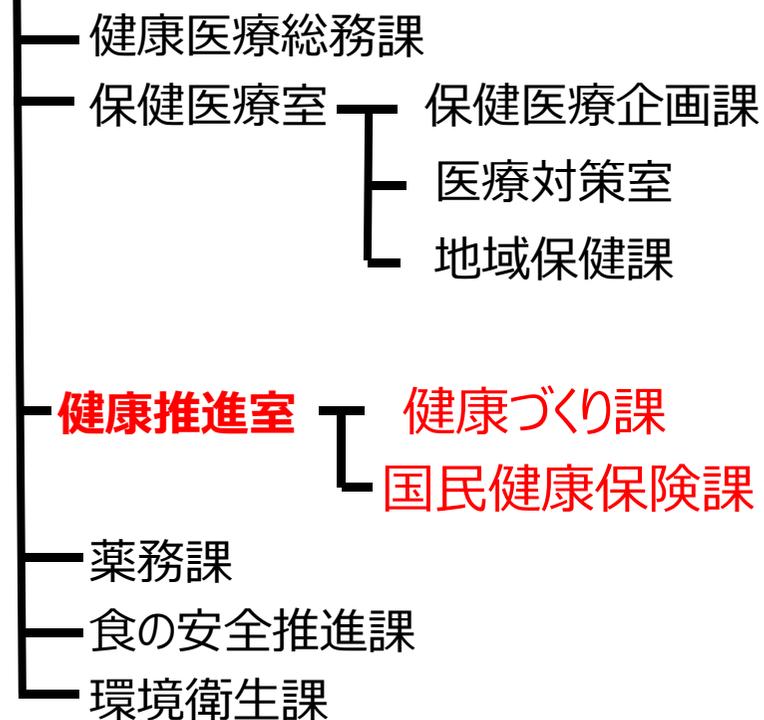
平成30年度

健康医療部



令和元年度

健康医療部



大阪府の課題

平均寿命、健康寿命とも全国と比べ低い

【取組状況】

- 特定健診、特定保健指導実施率が低い
- 市町村国保努力支援制度獲得点が低い
 - 府内市町村で差がある

【やるべきこと】

市町村の保健事業の底上げ・充実

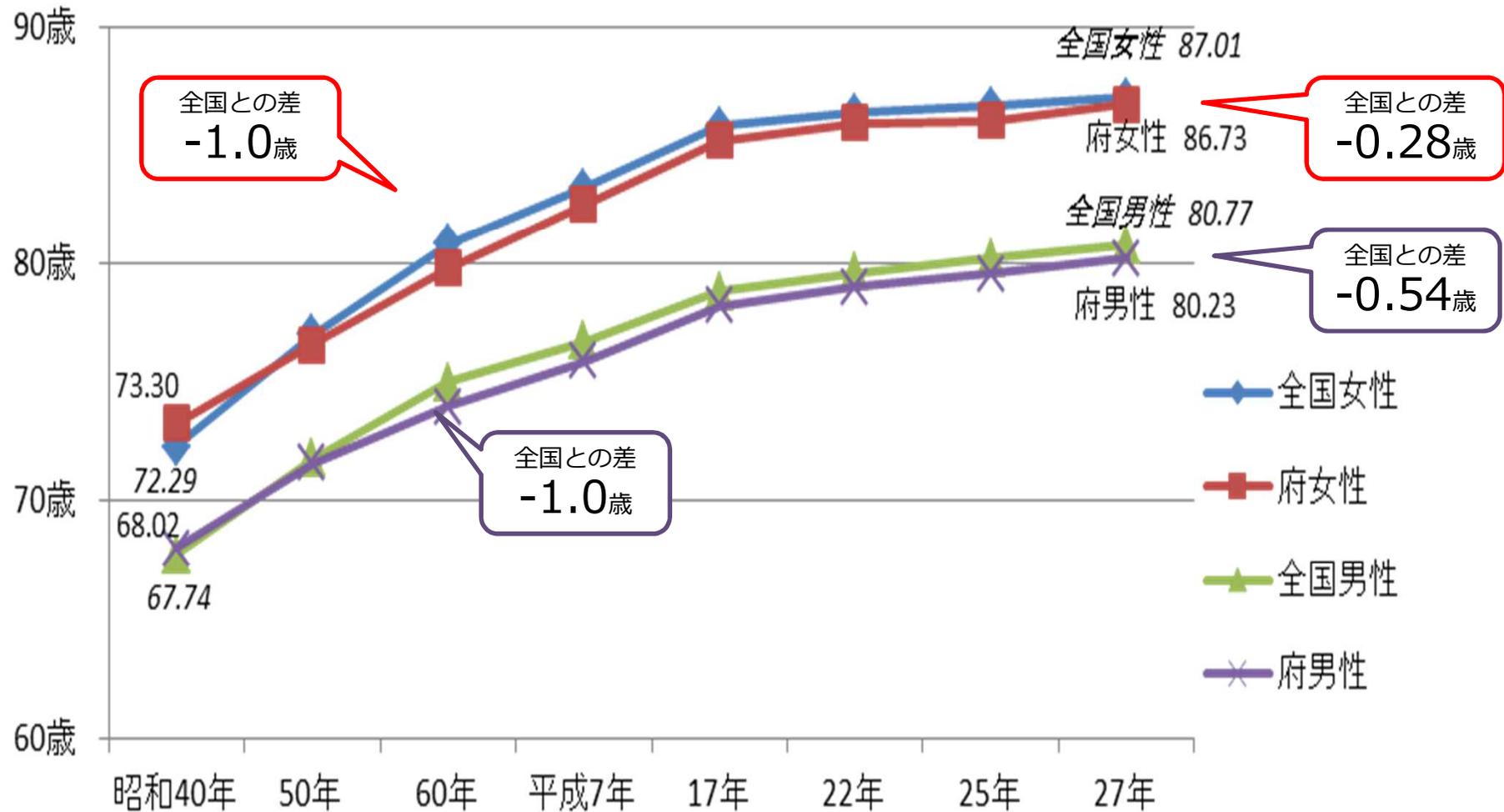


大阪府の市町村への支援を強化する

大阪府の健康指標

平均寿命

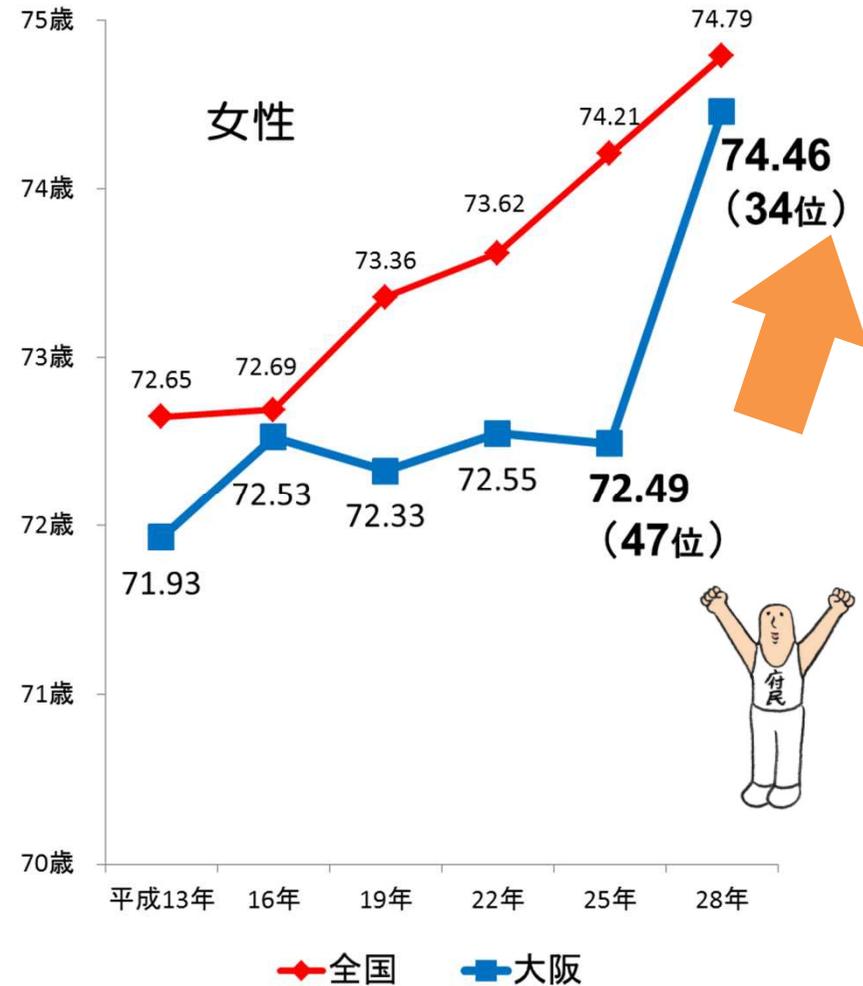
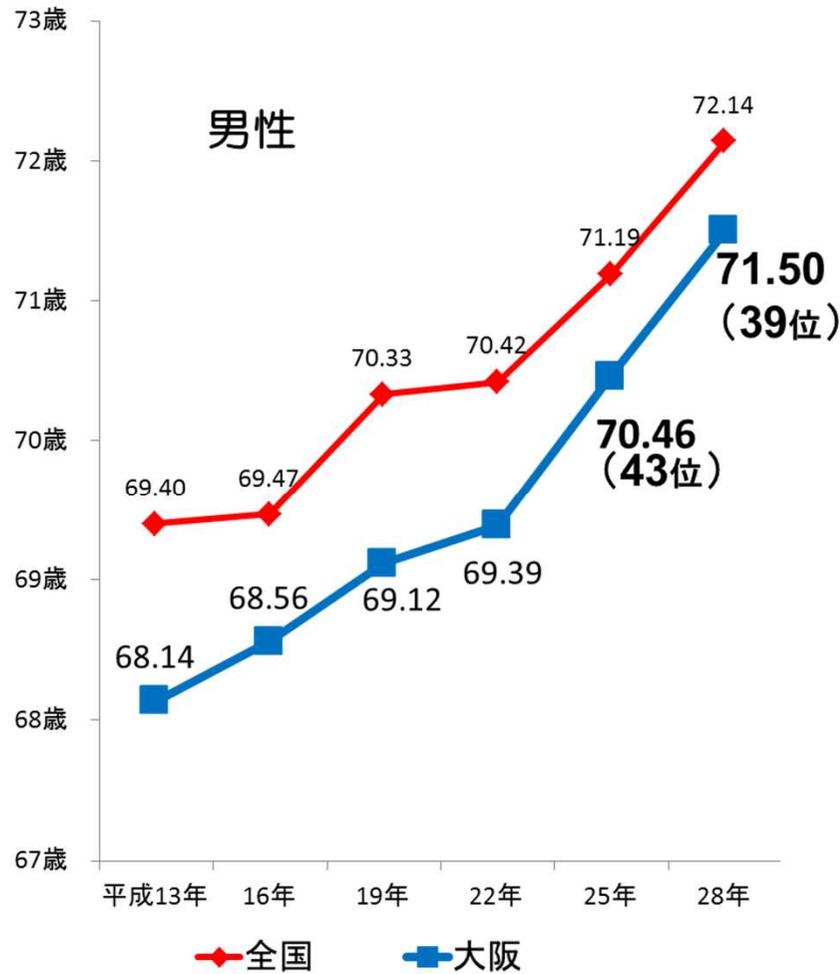
○ 大阪府の平均寿命は、男性79歳・女性86歳。男女ともに全国を下回る。



大阪府の健康指標

健康寿命

○ 女性の健康寿命の順位が、大きく向上。



2019/6/26

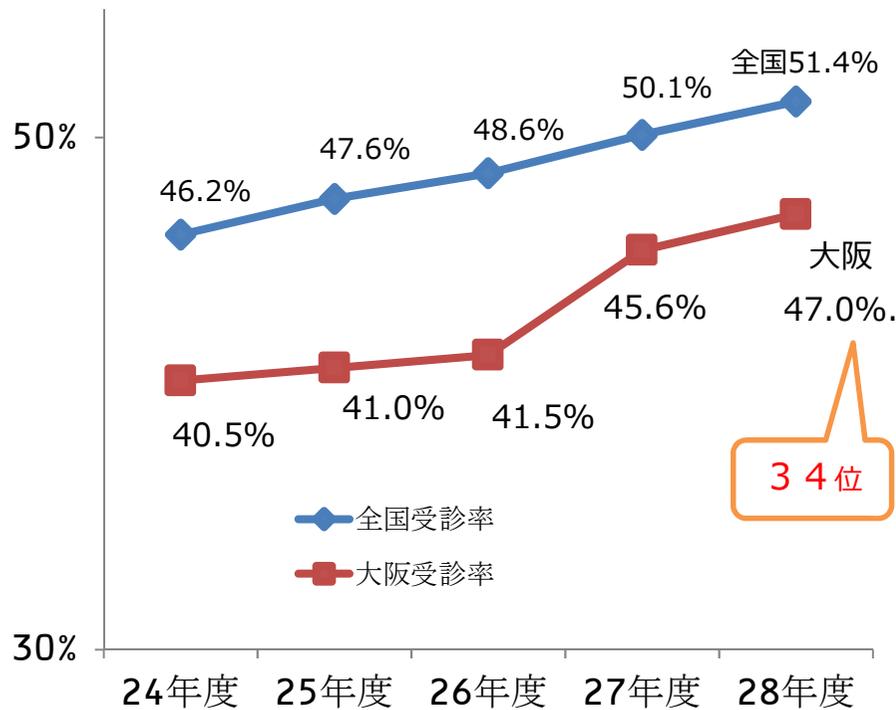
出典:健康日本21専門委員会資料(平成30年3月9日)、厚生労働科学研究報告書。

大阪府の健康指標

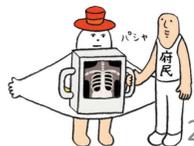
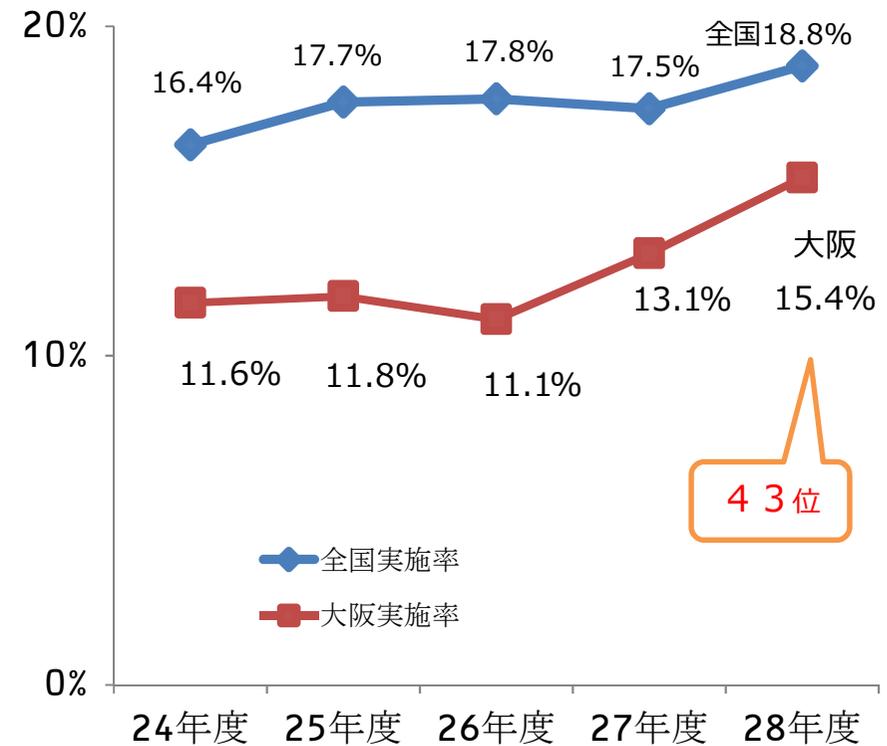
特定健診受診率・保健指導実施率

- 特定健診受診率、特定保健指導は、年々向上しているが、全国比較では低位にある。
- 医療保険者別でも、国保・協会けんぽともに、全国と比べて低い状況。

特定健康診査の受診率の推移



特定保健指導の実施率の推移



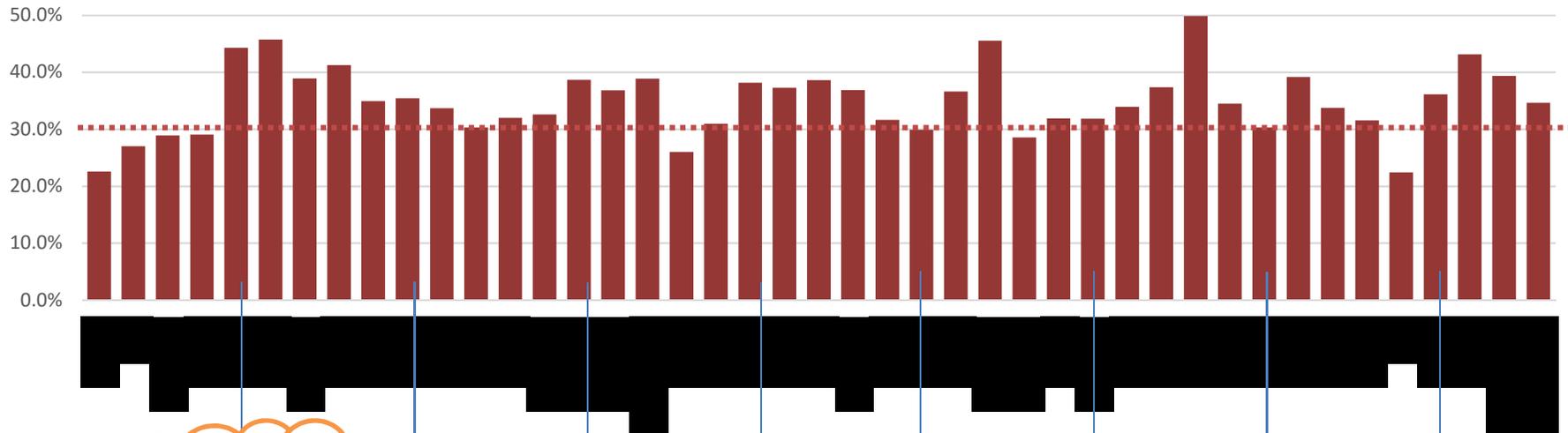
2019/6/26

大阪府の健康指標

大阪府市町村 特定健診受診率/特定保健指導実施率

特定健診受診率(H29年度)

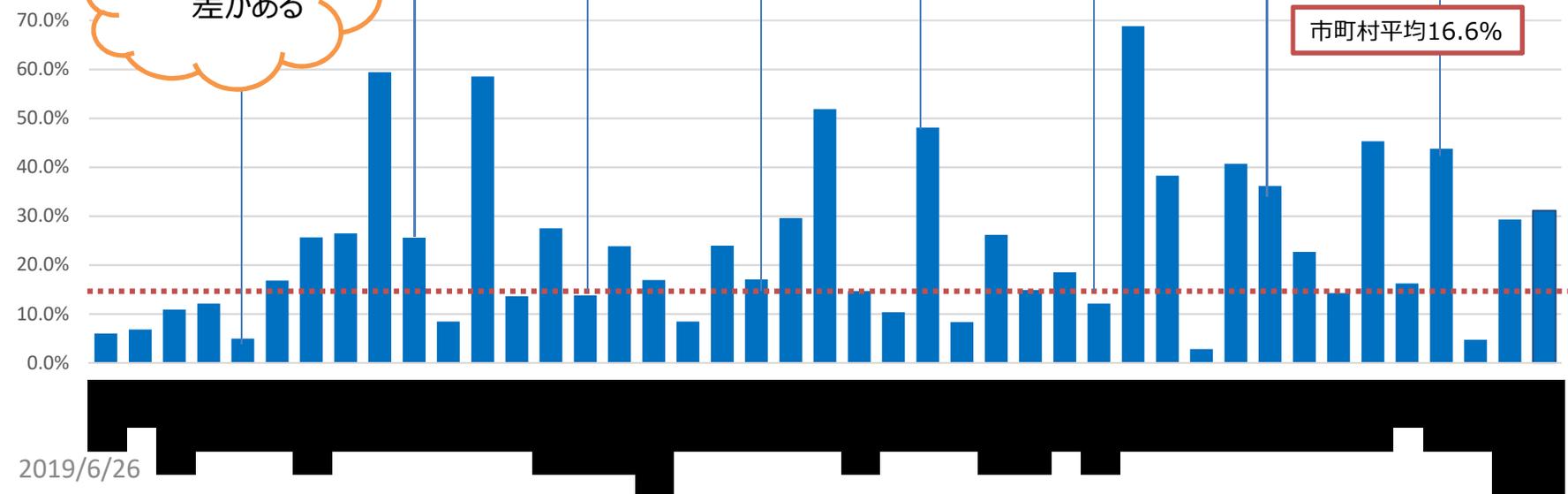
市町村平均30.3%



市町村で
差がある

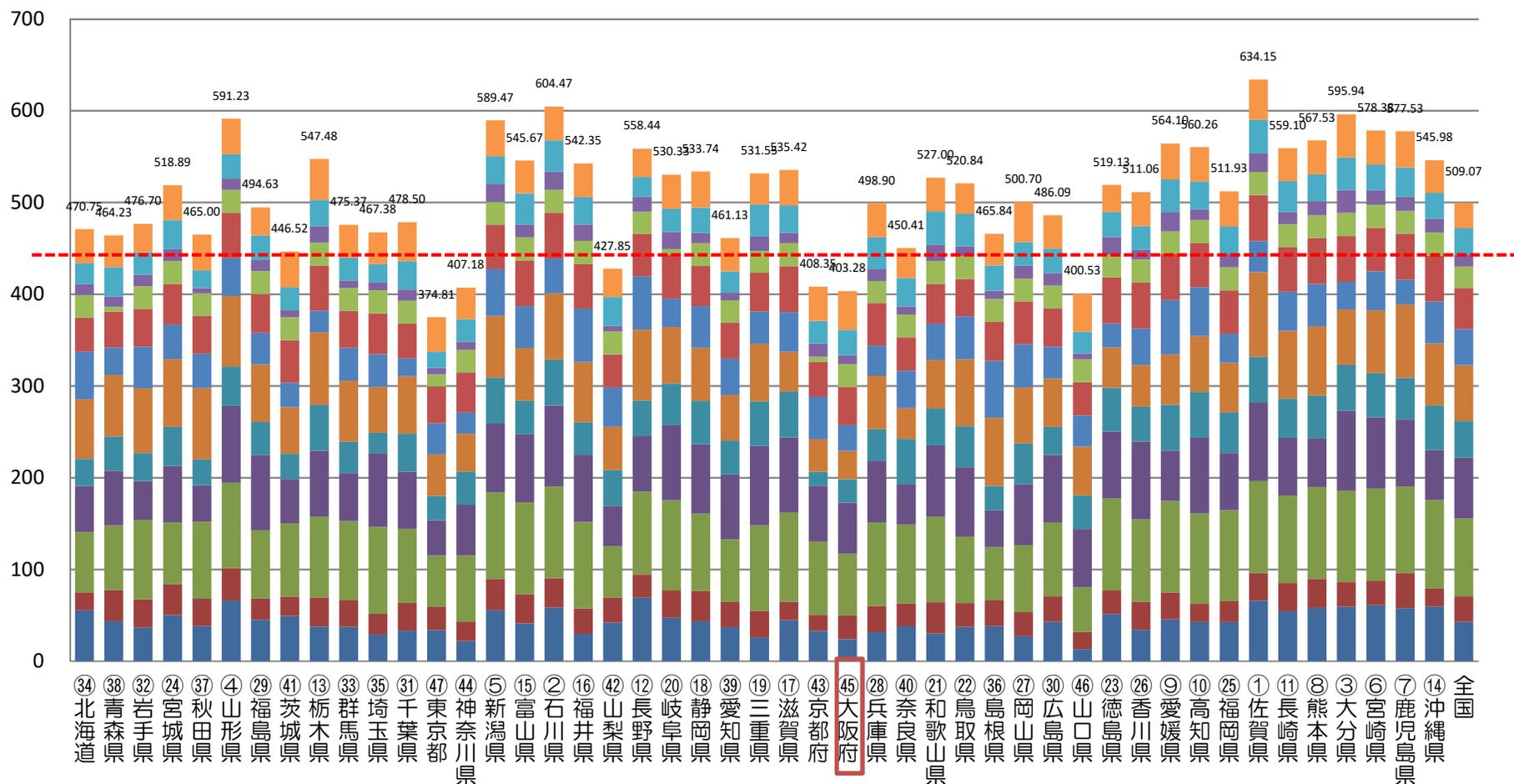
特定保健指導実施率(H29年度)

市町村平均16.6%



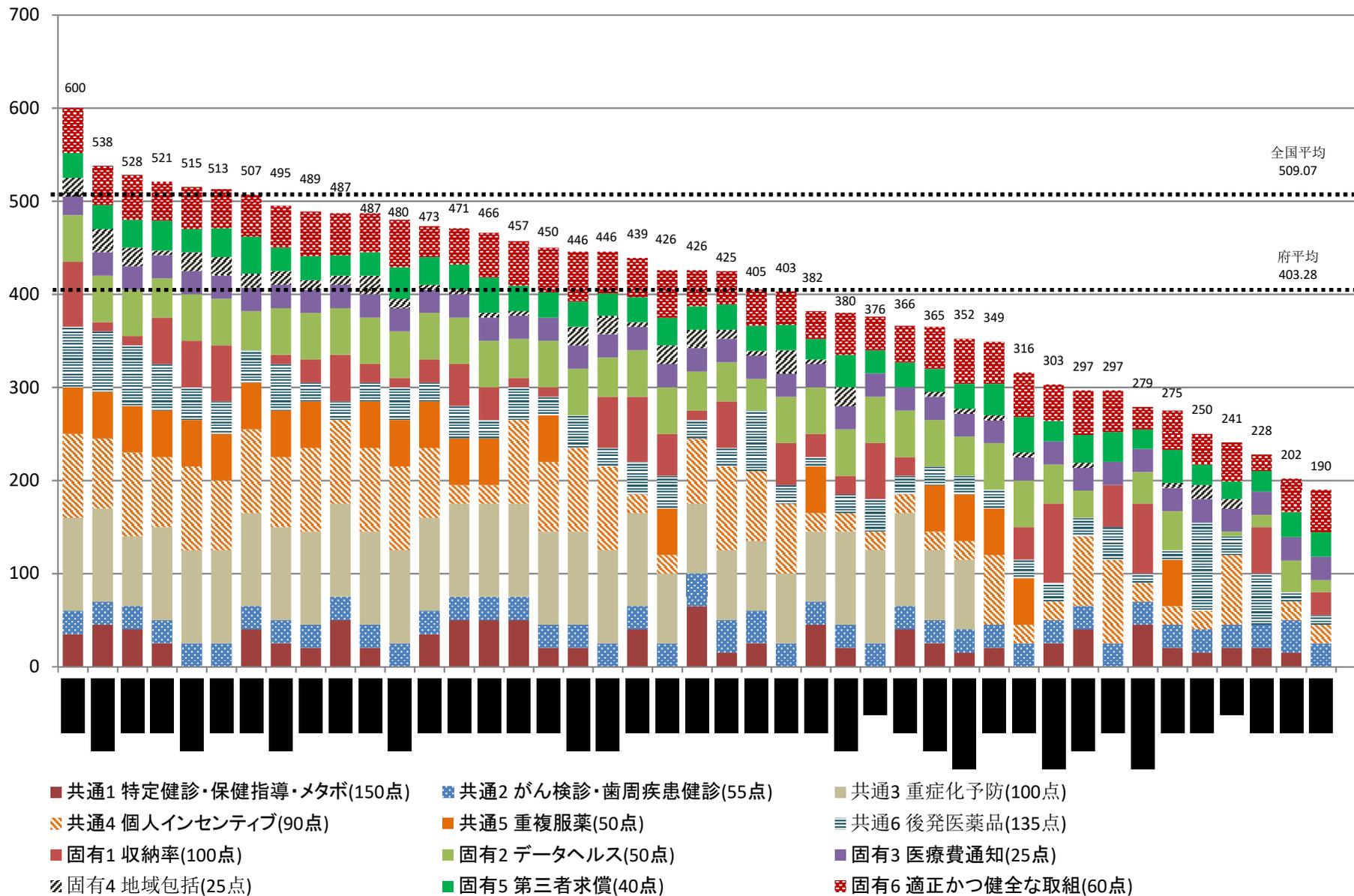
平成31年度保険者努力支援制度(市町村分) 都道府県別市町村平均獲得点 全体(体制構築加点含まず880点満点)

(得点)



- 共通1 特定健診・保健指導・メタボ(150点)
- 共通2がん検診・歯周疾患健診(55点)
- 共通3重症化予防(100点)
- 共通4個人インセンティブ(90点)
- 共通5重複服薬(50点)
- 共通6ジェネリック(135点)
- 固有1収納率(100点)
- 固有2データヘルス(50点)
- 固有3医療費通知(25点)
- 固有4地域包括(25点)
- 固有5第三者求償(40点)
- 固有6適正かつ健全な取組(60点)

平成31年度保険者努力支援制度（市町村分）（体制構築加点含まず880点満点）



健康指標の改善・市町村間の格差の縮小をめざして！ 【基本的な考え方】

【これまで】

○市町村の保健事業の取組誘導

- ・市町村の予算等に応じた施策セットモデル（行動変容PG）の作成
- ・市町村職員への研修



【現状・要因分析と全体の底上げに向けて】

①データによる現状・課題把握・要因分析

- ・レセプト・特定健診データ分析研究（市町村国保＋協会けんぽ）
- ・K D Bデータ分析（「地域差見える化支援ツール」「保健事業対象者抽出ツール」）
⇒健康増進計画において毎年度のモニタリング指標を設定

②市町村現場の現状把握（マンパワーと予算、施策の優先順位・事業評価）

- ・保健事業の人員・実施状況等について訪問ヒアリング（H30・春）
- ・重症化予防事業未実施市町村への訪問ヒアリング（H30・後半）
- ・市町村（保健＋国保）ヒアリング

③府の保健ガバナンスを強化・好事例の横展開

- ⇒広域自治体を実施・旗振りしたほうが効果的・効率的なものは府のリーダーシップのもと実施
- ⇒市町村・関係機関との連携のもと好事例の創出と横展開（モデル構築＋府のインセンティブ）
- ⇒市町村にとって真に必要な施策を府も伴走して展開

保健事業連携に関する市町村との検討体制

○国保業務と健康医療施策との一体運用により、保健事業のさらなる推進に取り組む
保健事業を実施している市町村との連携・協働を図る目的で、健康医療部に保健事業推進WGを設置

第2期健康寿命延伸プロジェクト事業 (健康格差解決プログラム促進事業)

かかりつけ医活用
による健診受診率
向上プログラム

AI等を活用し
た保健指導プロ
グラム

フレイル予防のた
めの運動・栄養
プログラム

エビデンスに基づく事業効果の検証



第2期健康寿命
延伸プロジェクト
事業チーム

健康づくり支援プラットフォーム事業

健康ポイント
事業

健康情報の
発信

データ集約・
分析

市町村への事業成果の普及

健康づくり支援
プラットフォーム
事業チーム



市町村保健事業推進WG

データ活用
チーム

ヘルスアップ
支援事業チーム

KDB・NDBデータ等を活用した 保健事業の企画立案、実施手法の検証・改善など

保健事業活性化
部会

行動変容事業
実践部会

市町村の課題に応じた 保健事業の介入支援の実証

市町村介入支援
事業

糖尿病性腎症
重症化予防
アドバイザー事業

循環器疾患予防研究事業 ～データを活用した市町村保健事業推進～

ヘルスアップ支援事業

大阪府の糖尿病の状況

大阪府の糖尿病の状況

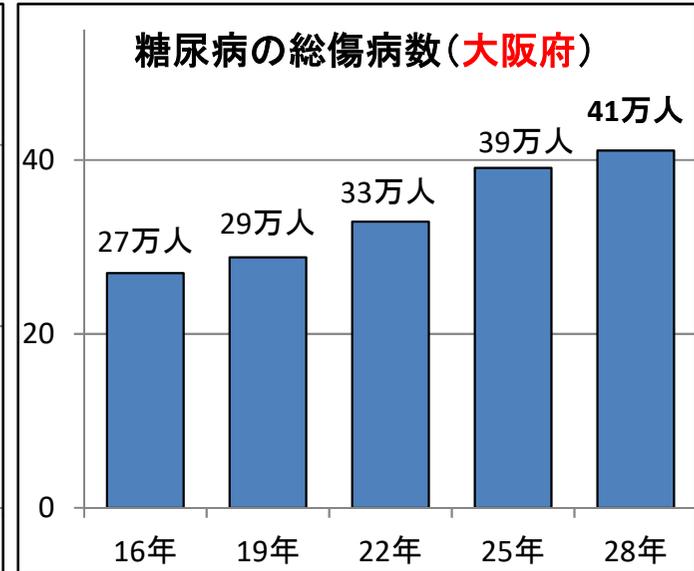
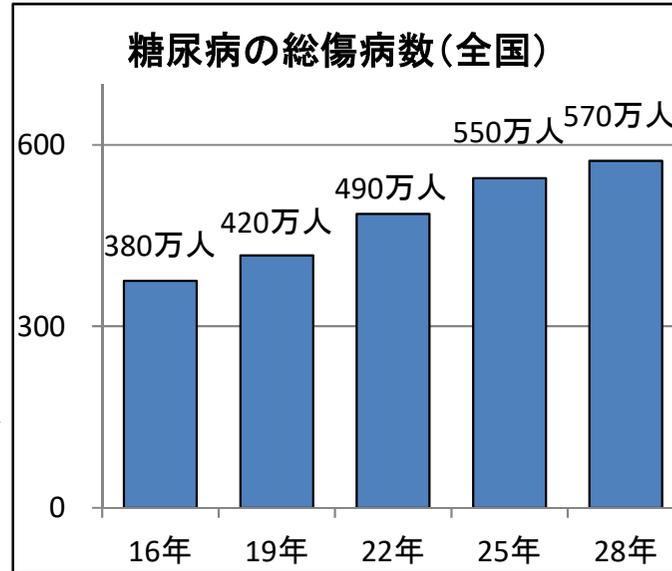
糖尿病の推計患者数（全国・大阪府）

国民生活基礎調査

糖尿病の総傷病数 = 「現在、病院や診療所に通っていますか、どのような傷病で通っていますか（複数選択）」で「糖尿病」を選択した者の総数の推計値。

調査手法

無作為抽出した国勢調査地区の全世帯に対して、世帯員の状況等を調査（全国5,000地区、22万世帯、約50万人・平成28年）

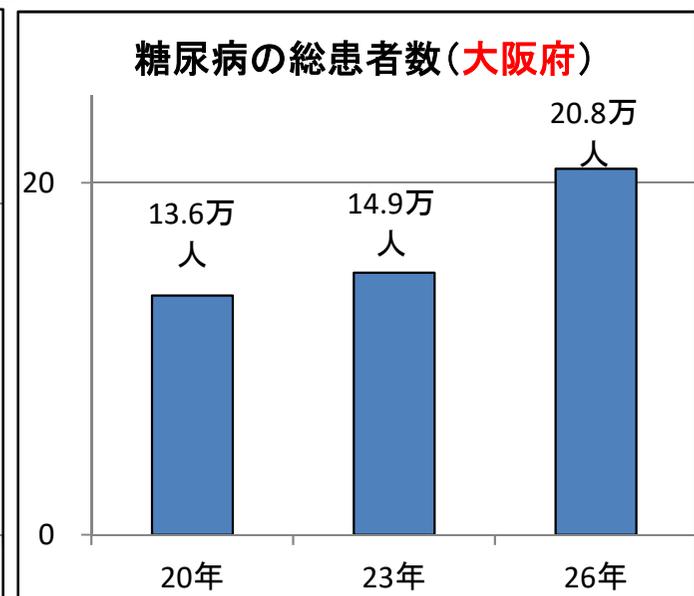
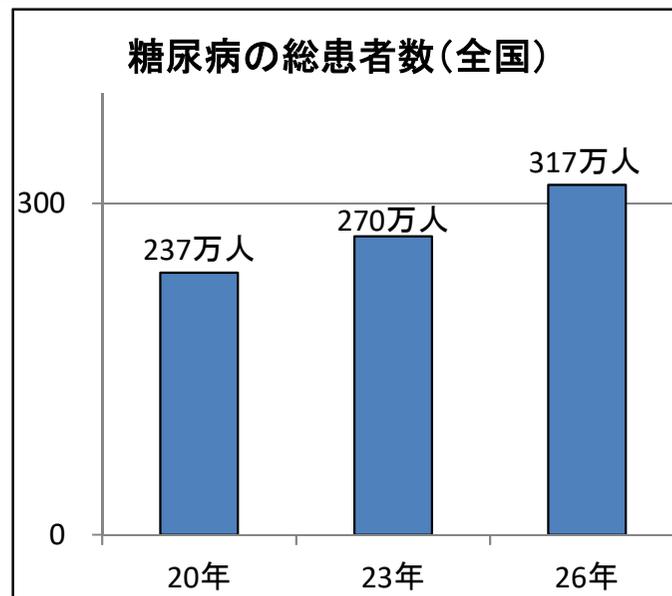


患者調査

糖尿病の総患者数 = 糖尿病で継続的に医療を受けている者（調査日に受診していない者を含む。）の総数の推計値。

調査方法

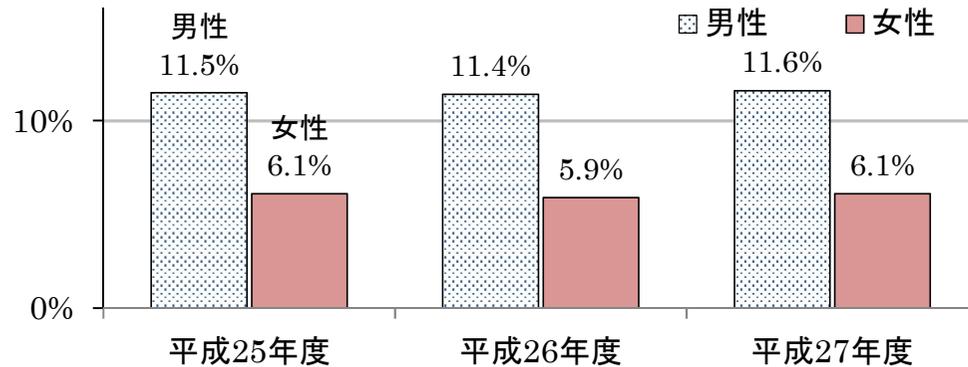
無作為抽出した医療機関に対して、指定日を受療した患者の状況等を調査（全国約1万施設・平成26年）



大阪府の糖尿病の状況

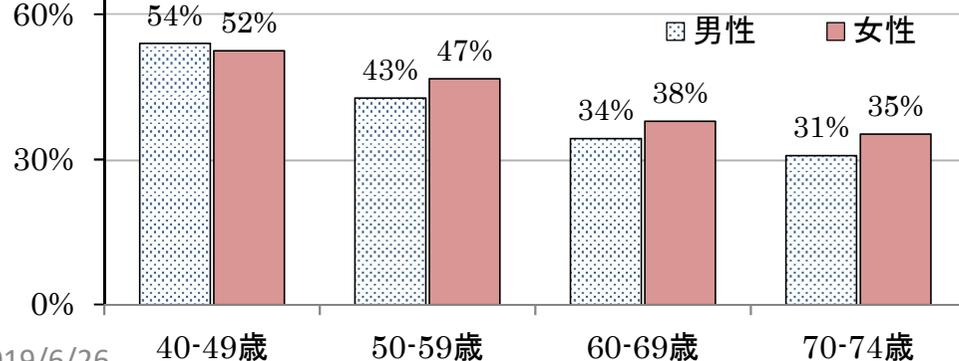
- 糖尿病の疑いがある者の割合は、男女ともに横ばい傾向。
40歳代では、糖尿病の疑いがある者の半数以上が、糖尿病の未治療者。
- 新規人工透析導入者数は横ばい傾向。原因疾患の約4割は、糖尿病性腎症。

糖尿病の疑いがある者の割合の推移（大阪府）



出典：大阪がん循環器病予防C調査報告書（特定健診結果分析）
（大阪府国保）

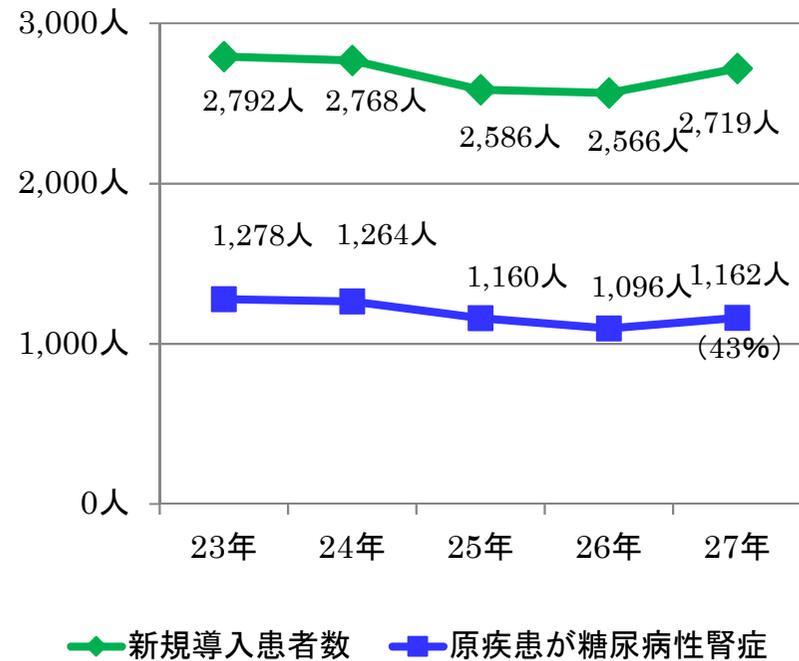
糖尿病の疑いがある者のうち、未治療者の割合（平成26年度・大阪府）



2019/6/26

出典：大阪がん循環器病予防C調査報告書
（特定健診・レセプト分析、大阪府国保及び協会けんぽ大阪支部）

新規人工透析導入者数の推移（大阪府）

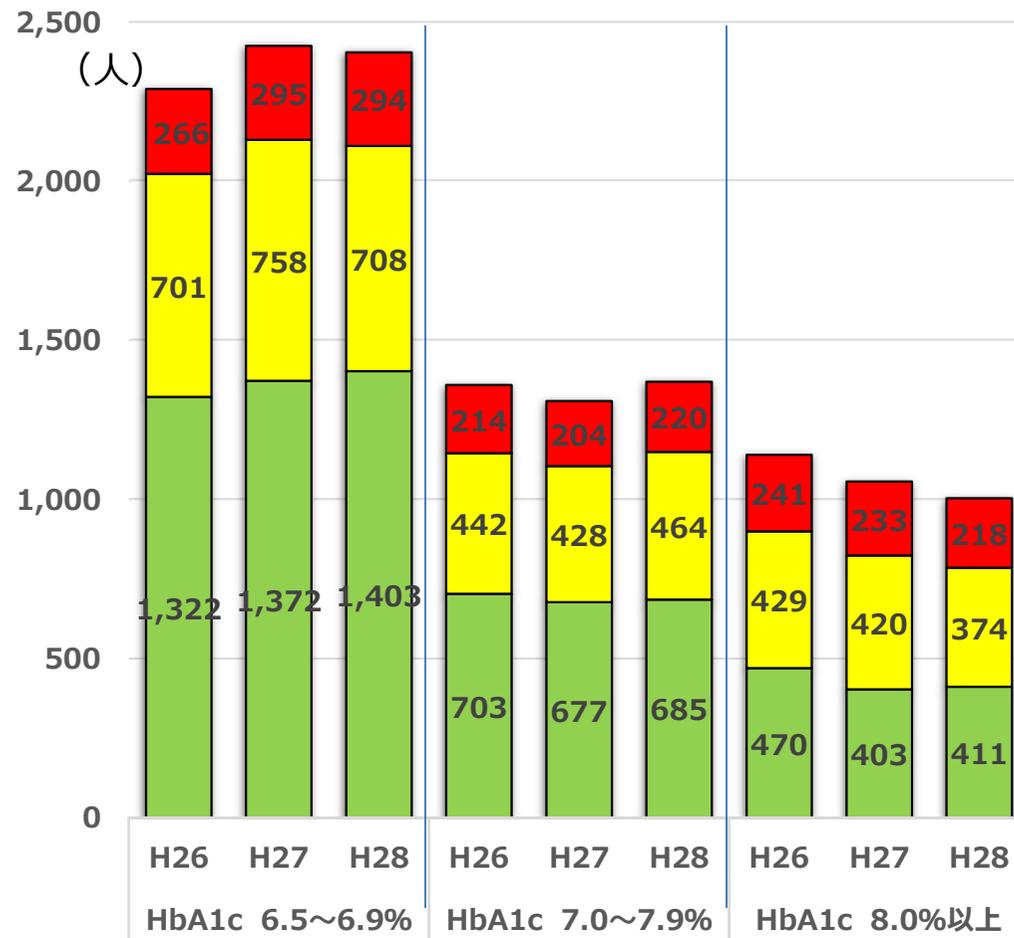


出典：2015年末の慢性透析患者に関する基礎集計
（日本透析医学会）

大阪府の糖尿病の状況

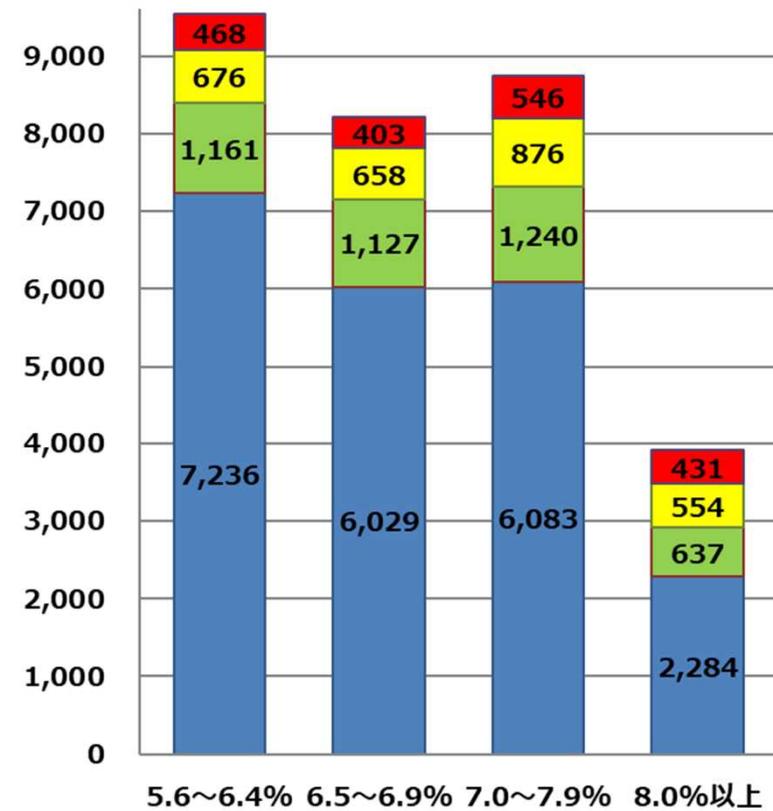
○ HbA1c6.5%以上8.0%以下での尿蛋白有所見者数は微増傾向。

大阪府市町村国保
HbA1c区分別 尿蛋白有所見者数の推移（糖尿病未治療者）



2019/6/26 尿蛋白± 尿蛋白+ 尿蛋白2+以上

H28大阪府市町村国保 特定健診受診者(432,721人)
HbA1c区分別 尿蛋白有所見数
(糖尿病 治療中の者)



尿蛋白 - 尿蛋白± 尿蛋白+ 尿蛋白2+以上

大阪府の糖尿病の取組

◆大阪府の計画へ重症化予防の位置づけ

- ・健康増進計画
 - ・医療費適正化計画
 - ・国保運営方針
- ※糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数を目標に設定

◆府民への糖尿病、糖尿病予防の啓発(意識と行動変容)

- ・府広報誌(府政だよりやSNS)、公民連携による広報・セミナーや食環境整備
- ・府民の健康づくり機運醸成(健活10・おおさか健康マイレージ『アスマイル』)
- ・職域へのアプローチ(健康経営セミナー、健康づくりアワード、産業医アンケート)



◆糖尿病医療連携・地域医療連携体制の推進

- ・大阪糖尿病対策推進会議
- ・二次医療圏域 地域医療連携推進事業
- ・保健所圏域 地域職域連携推進事業
- ・CKD連携

◆市町村の糖尿病性腎症重症化予防の取組みの支援

- ・プログラム策定
 - 行動変容プログラム糖尿病対策編
 - 糖尿病医療連携を構築を推進するためのガイド
 - ・技術支援(介入支援・研修会、事業効果分析)
 - ・財政支援
 - 特定健診項目の追加
 - 非肥満血糖高値者受診勧奨事業
 - 糖尿病対策に取り組む市町村へのインセンティブ
- 糖尿病性腎症重症化予防総合プログラム
- 人工透析新規導入患者数が
すぐに減っていかないけど
効果ある？

糖尿病対策・糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

①糖尿病対策

平成22年～市町村のニーズに応じて、市町村へ介入し 改善策の提案や実践指導、評価等の支援
↓

平成27年～汎用性の高い行動変容プログラム 糖尿病対策編

- 【 目 的 】
- 糖尿病の発症および重症化を防ぎ、健康寿命の延伸に寄与する
- ① 血糖値が受診判定値以上の未治療者を受診につなぐ
 - ② 血糖値が保健指導判定値以上の未治療者に生活習慣改善のための指導を行う

最低限の取組み

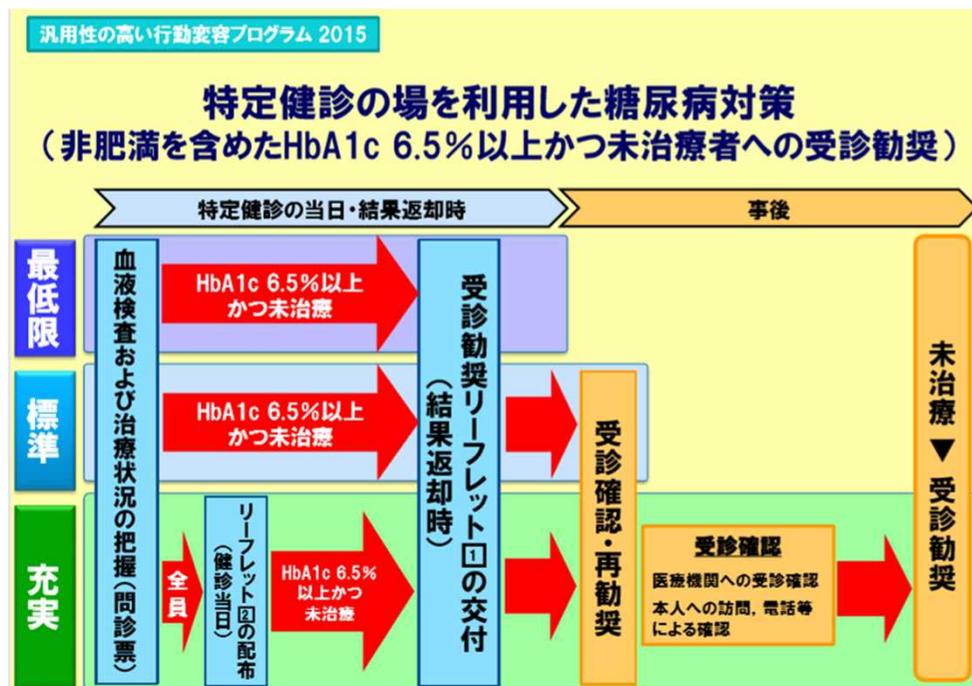
未治療の糖尿病疑い（HbA1c(NGSP)6.5%以上） に対して、結果返却と同時にリーフレット 1 を交付し、受診勧奨する。リーフレット 1 はかかりつけ医にすぐに持参できる紹介状の役割をする形式となっている。

標準的な取組み

未治療の HbA1c 6.5%以上に対して結果返却と同時に受診勧奨する。受診確認および再勧奨に努める。

充実した取組み

未治療の HbA1c 6.5%以上に対して結果返却と同時に受診勧奨する。受診確認を充実する。医療機関への受診確認、本人への訪問、電話等による確認 など健診当日にリーフレット 2 を配布して、すべての受診者に対して情報提供を行う。治療中の場合には、主治医の指示に従って治療を継続できるように支援する。



糖尿病医療連携推進の取組み

○大阪府地域医療連携推進事業

【目的】

第7次大阪府医療計画を推進する事業のひとつとして、3疾病(脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患・糖尿病)の臨床経過を踏まえた保健・福祉分野と連携した医療連携について、**地域(二次医療圏単位)の課題に応じ**、関係機関で検討し推進することを目的に実施する。

【内容】

3疾病(脳血管疾患・心血管疾患・糖尿病)について、地域特性に応じた医療連携体制を充実させるため、二次医療圏毎に連携の現状を把握し、連携推進のための事業(連携体制協議会の設置、医療従事者向け研修会、住民向け啓発等)に取り組む。

- ・**脳血管疾患**：急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療連携体制を推進する。
- ・**心血管疾患**：急性期から回復期及び慢性期までの一貫した医療連携体制を推進する。
- ・**糖尿病**：発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、**地域における連携体制を充実させる。**

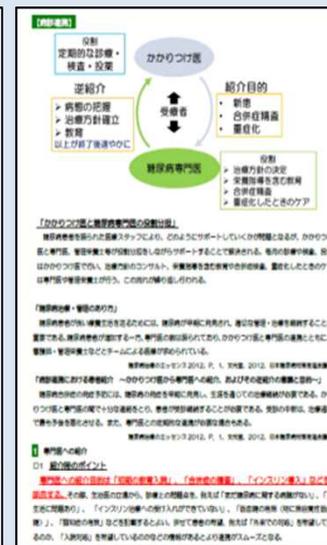
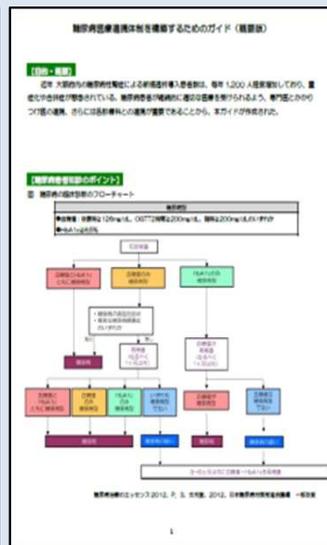
糖尿病医療連携体制を構築するためのガイド

- ・平成26年度より、大阪府医師会に委託
- ・「大阪府医師会 環境保健・健康づくり委員会」に、「大阪糖尿病対策推進会議」の幹事等で構成される「検討ワーキンググループ」を設置
- ・「糖尿病医療連携体制を構築するためのガイド」作成(28年3月)
- ⇒「ガイド」の普及に向けた研修等の取組み

糖尿病医療連携体制を構築するためのガイド

平成28年3月

大阪府医師会
(大阪府受託事業)

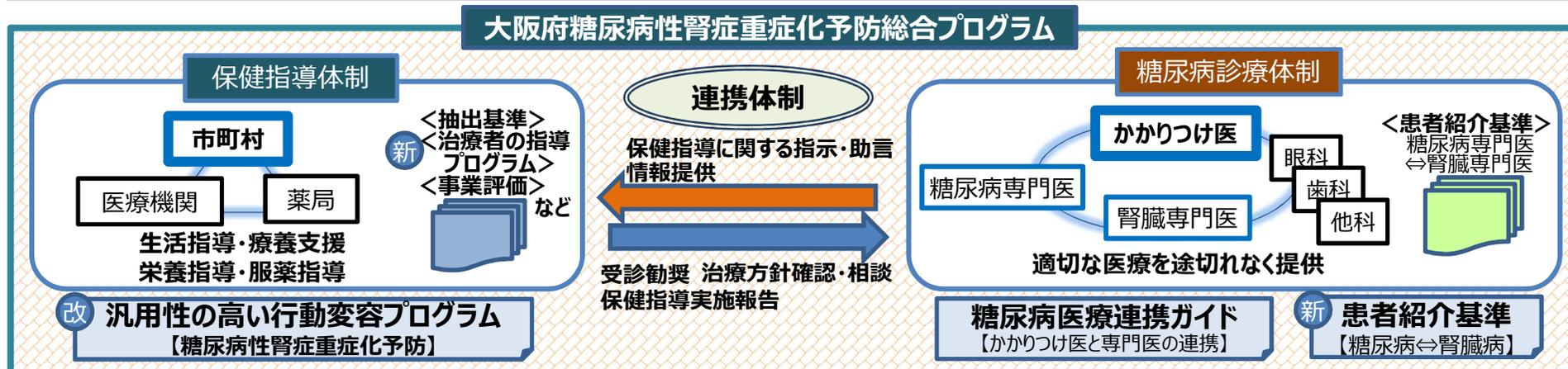


2019/6/26

ガイド詳細⇒http://www.osaka.med.or.jp/medical/med_diabetes3.html²⁰

大阪府糖尿病性腎症重症化予防総合プログラム

- 府では、H27に汎用性の高い行動変容プログラム（保健指導体制）と糖尿病医療連携ガイド（医療体制）を整備し、糖尿病の発症予防、早期発見・早期治療に重点を置いた取組を推進してきた。
- 今般、糖尿病性腎症重症化予防の更なる推進のため、国の新たな糖尿病性腎症ハイリスク者へのプログラムも踏まえ、現プログラムに糖尿病性腎症で治療中の人への取組を明記したプログラムや専門医間の紹介基準なども加え、「糖尿病性腎症重症化予防総合プログラム」として改訂。



改訂プログラムの概要

基本的な考え方

- (1)目的 重症化リスクの高い医療機関未受診者や糖尿病の治療中断者等に対し、受診勧奨・保健指導を行い治療に結び付けるとともに、治療中の患者のうち、重症化リスクの高い者に対して主治医の判断で対象者を選定し適切な保健指導を行い腎不全、人工透析への移行を防止
- (2)関係者の役割 (市町村)(大阪府)(後期高齢者医療広域連合)(医師会・郡市区医師会)(糖尿病対策推進会議)

プログラムの条件

- ①対象者の抽出基準が明確 ②かかりつけ医と連携した取り組み ③保健指導は専門職が実施 ④事業評価を実施 ⑤地域の実情に応じて糖尿病対策推進会議との連携を図る ⑥受診勧奨を対象者全員に実施、受診有無の確認、未受診者には面談等を実施 ⑦対象者のうち保健指導を同意した全ての対象者に対して実施。実施後の検査結果を確認し実施前後で評価

対象者選定

- 重症化ハイリスク者：健診データ・レセプトデータ等を活用
- 治療中の患者：かかりつけ医との連携 ○治療中断者：健診時の問診・レセプトデータ等を活用

介入方法

- ①受診勧奨 手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等
- ②保健指導 個別面談、訪問指導、電話、集団指導等

評価

- ①効果的・効率的な事業を展開するために取り組み内容を振り返る（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）
- ②新規透析導入抑制が目標であるが、単年度では効果の見えづらい事業のため短期・中長期的な評価を継続的に行う

大阪糖尿病対策推進会議

糖尿病の発症予防、合併症防止等の糖尿病対策をより一層推進し、大阪府民の健康の増進と福祉の向上を図ることを目的とし、医師会、歯科医師会、薬剤師会、日本糖尿病学会大阪府担当、大阪糖尿病協会等で構成。
大阪府、大阪市、協会けんぽ等はオブザーバー参加

主な内容

- 世界糖尿病デーのイベントの実施
- 大阪糖尿病療養指導士に関すること
- 糖尿病日常診療に関する医療従事者向け研修会の実施
- 自治体や保険者が行う糖尿病対策への助言
- 糖尿病性腎症重症化予防事業の評価検討会議への参画・助言・地区医師会への協力要請等
- 保険者努力支援制度の獲得点等を踏まえた必要な対策等について議論

<連携事業（大阪府医師会委託）>

- 糖尿病医療連携を構築するためのガイド作成と研修会の実施
- 糖尿病重症化予防のための職域・医療連携に関するアンケート調査と研修会の実施

糖尿病対策・糖尿病性腎症重症化予防事業の取組
②糖尿病性腎症重症化予防事業

市町村の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

H29年度～市町村糖尿病性腎症重症化予防事業実態把握アンケート
(毎年6月末実施)

【主なアンケート内容】

- 対象者の選定方法
- 取組み実績、評価
- 他機関との連携状況
- 受診勧奨の実施内容・方法
- 保健指導の実施内容・方法
- 委託事業所、委託料
- データヘルス計画への記載 等

平成30年度のアンケートで
糖尿病性腎症重症化予防
事業の取組みをしていないと
回答した市町村が

11市町村



ほぼ
いつかは実施したいと
思っている
と回答

※アンケートの結果は毎年糖尿病対策会議へ報告共有し助言、指導等うけている。

市町村の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

平成30年度 市町村糖尿病性腎症重症化予防プログラム 未実施自治体ヒアリング

- プログラム未実施の自治体11か所（当該都道府県内での未実施率25.6%）
- 上記の内、担当者と調整がついた10自治体へヒアリングを行った

（市町村人口規模：5千人～12万人 / 調査時期：平成30年10月～12月）

※ヒアリングは、都道府県による市町村支援の一環として実施した

各市町村を管轄する都道府県保健所の保健師も同席し、ともに今後の方策を検討

【ヒアリング実施者】大阪府健康医療部健康づくり課（保健師） 樺山 舞先生（津下班分担研究者, 大阪大学）

【ヒアリング同席者】各圏域保健所の保健師（B圏域は同席なし）

【ヒアリング対応者】下記表の通り

| 保健所圏域 | A | | | B | | | C | D | | E |
|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|-------|----------------|----------------|-------|
| 自治体No | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 国保課担当 | 保健師1名 事務職2名 | | 事務職1名 保健師1名 | 事務職1名 | | | 保健師1名 | 事務職1名 保健師1名 | 事務職1名 | 事務職2名 |
| 健康課担当 | 保健師3名 | 保健師2名 | | | 保健師1名 栄養士1名 | 保健師2名 | | 保健師1名 | 事務職1名 保健師3名 | |

～未実施市町村への個別ヒアリングより～市町村糖尿病性腎症重症化予防の課題

- 1 かかりつけ医、医師会、専門医との連携方法
- 2 専門的知識の不足による不安、国や府の制度についての知識の不足による認識の低さ
- 3 市町村の国保課と健康課との連携不足や役割分担が不明確
- 4 専門職の多忙とマンパワーの不足
- 5 事業委託している場合の精度管理、評価方法

内部の課題

- ◆ 情報不足
 - 保険者努力支援制度等の不知
 - 糖尿病対策推進会議や 国版プログラムの不知
 - 通達文書等を把握していない
 - 近隣自治体（同じ圏域、同じ医師会の自治体）の状況や取り組み内容の不知
 - 地域の専門医の情報が分からない
- ◆ データ活用
 - K D B へのアクセス権限
 - データ分析ができない（不知、能力、時間）
- ◆ マンパワー不足
 - 保健師の不足と配置（国保にいない）
- ◆ 医療域レベルの保健指導に関する不安
- ◆ 直営より委託の方針
 - 成人保健事業のスキル維持ができない
 - 医師会は、委託に懐疑的
- ◆ 医療機関との連携方法の不知
 - 同意の取り方、様式、料金

内部の連携

- ◆ 国保課と健康課の連携不足
 - 建物、部長経由、互いの意識の差
- ◆ 事業の責任所在 = 国保課なのか健康課なのか
 - 国保課に専門職がいない
 - 健康課は母子対策で多忙
 - 結果、お見合い状態

外部の課題／外部との連携

- ◆ 地元に専門医がいない
- ◆ かかりつけ医から専門医へのつなげ方
- ◆ かかりつけ医や医師会の理解
- ◆ 複数市町村の医師会圏域
 - 市町村間で足並みが揃わない
 - 医師会事務局の存在市のみ連携

市町村の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

市町村保健事業の支援として、地域の特性がわかり、地区診断に役立つツールと保健事業の対象者の抽出ができるツールを作成した。

市町村・地域差見える化支援ツール

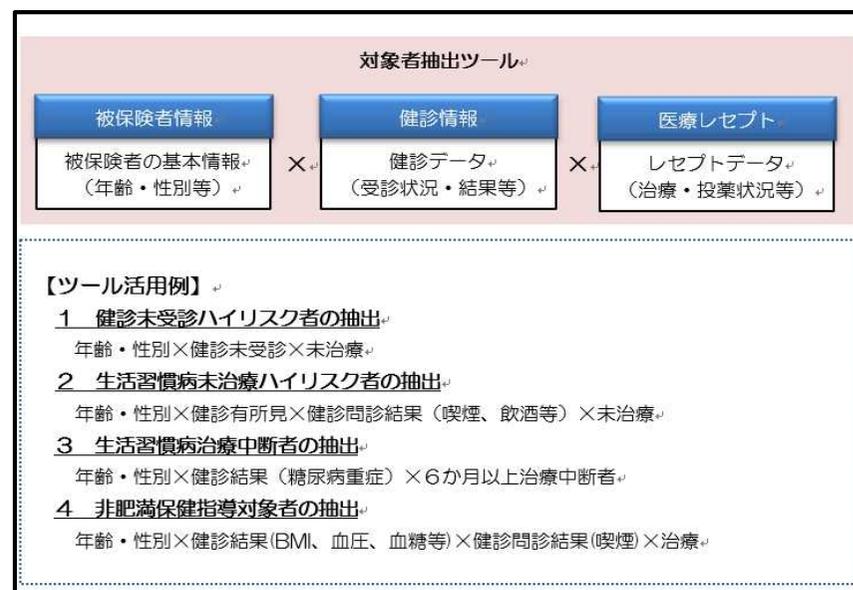
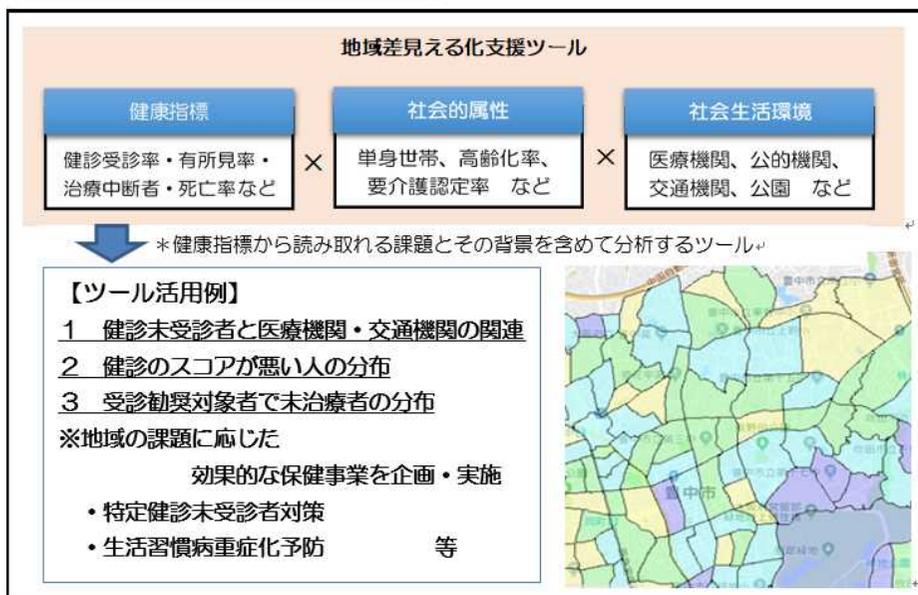
公的統計、健診データ等の指標を地図上で重ね合わせ、健康指標の地域差や特徴等を「見える化」するツール

⇒各地域の課題に対応した効果的・効率的な施策展開

保健事業の対象者抽出ツール

特定健診未受診者、生活習慣病の高リスク者などの市町村保健事業の対象者を細かな条件設定で容易に抽出できるツール

⇒治療中断者などが把握可能



市町村の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

【令和元年度】平成30年度に作成した『地域差見える化支援』等ツールの活用支援に加え、新たな支援を展開！

① データを活用した保健事業の推進事業
平成30年度作成ツールの利活用セミナーを開催

助言

② 市町村保健事業への介入支援事業
健康指標や取組状況等に課題のある市町村に
有識者を派遣し、地域診断や助言等の個別支援を実施

介入
助言

③ 糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業
技術的支援や、かかりつけ医との連携体制構築等に向け、
専門医による市町村へのアドバイスを実施

報告
確認

④ 大阪府
ヘルスアップ
支援推進会議

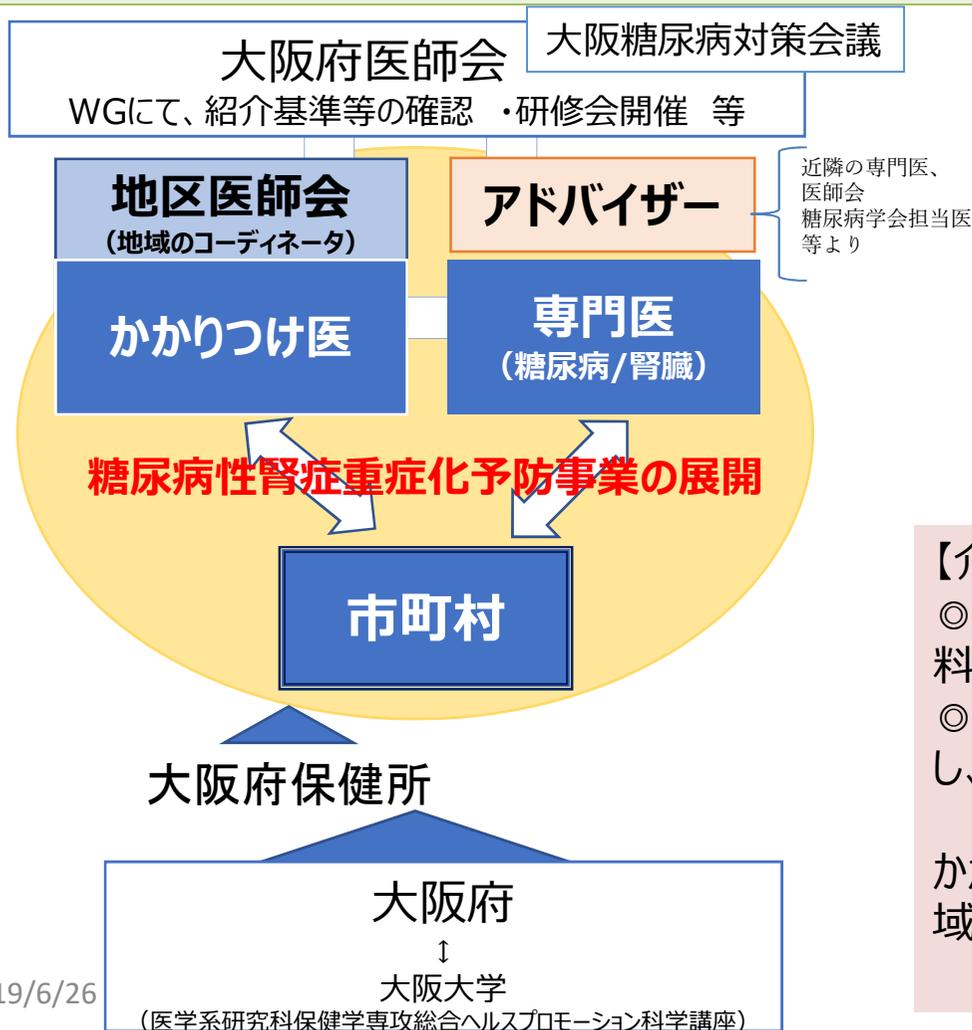
事業の評価・助言
を行い、効果的な実
施を支援するための
有識者会議を運営

市町村の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業

【目的】

平成30年度、重症化予防に取り組んでいる大阪府市町村国保は31市町村である。取り組めていない市町村を中心に、市町村の糖尿病の課題に応じた取組みのアドバイス、支援等を行うことにより、大阪府内市町村国保の重症化予防の取組みを推進するものである。



【目標】

- 1 かかりつけ医、医師会、専門医との連携の推進
- 2 糖尿病性腎症等に関する専門的知識、国や府の制度についての知識の普及
- 3 市町村の国保課と健康課との連携不足や役割分担の明確化
- 4 マンパワーの不足に対応する効果的な事業の検討
- 5 事業委託している場合の精度管理、評価方法の検討

【介入支援の内容 (例)】

- ◎ 地域の糖尿病の課題の明確化・データ分析・資料の作成支援
- ◎ 地区医師会管轄の市町村の取組み内容を調整し、効果的な事業を検討

かかりつけ医、専門医、市町村間等で糖尿病の地域の課題を共有する場や症例検討の場等の設置など

糖尿病対策・糖尿病性腎症重症化予防事業の取組

① + ②の連続性ある実施

【大阪府における糖尿病対策の概要】

予 防

早期発見

早期治療
重症化予防

①ヘルスリテラシーの向上・気運醸成

- ・「健活10」：企業との連携によるPR・動画作成（吉本興業）
- ・大学生、働く世代への健康教室、企業との連携イベント（測定会など）

②栄養・食生活環境整備

- ・ヘルシーメニューの普及
 - ⇒外食・中食：うちのお店も健康応援団の店、VOSメニュー認定、高校・食堂への啓発
 - ⇒家庭：家庭で作れるメニュー開発、野菜レシピ集配布

③インセンティブを活用した府民の健康意識・行動変容（アスマイル）

- ・歩数などに対してポイント付与
- ・国保被保険者への健診データのフィードバック

①インセンティブ制度

- ・健診受診に対してポイント付与。特に、国保被保険者には、電子マネーを付与。健診のPRと併せて展開。

②市町村保健師への技術支援

- ・府・市町村とのワーキング設置
- ・保健指導研修
- ・地域差見える化支援ツール、保健事業対象者抽出ツールの作成・普及
- ・行動変容プログラム

③かかりつけ医等との連携

- ・かかりつけ医と市町村名での受診勧奨ハガキの送付モデル（H30・茨木市）
- ・歯科診療所における受診勧奨モデル（R1）

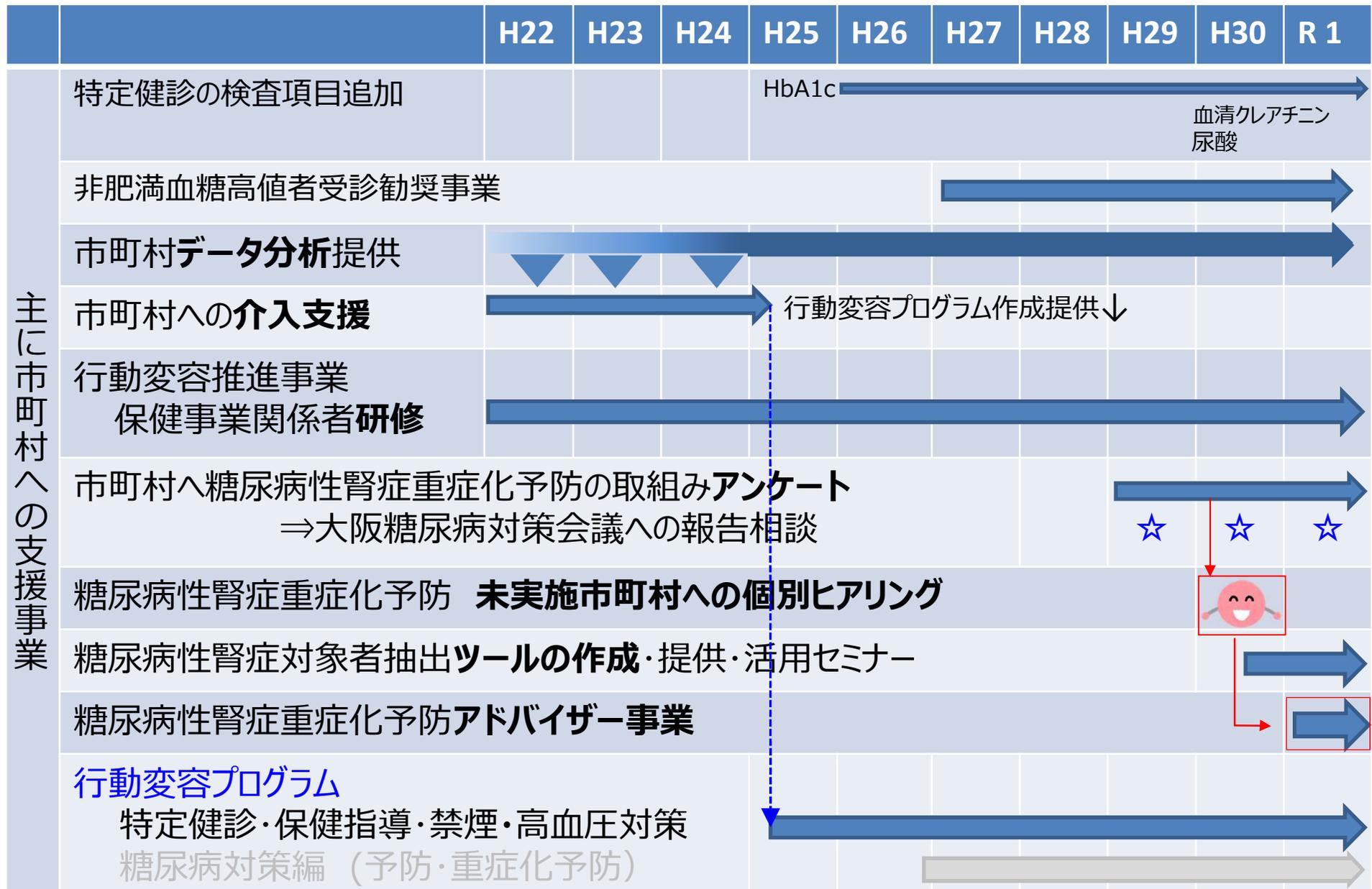
①糖尿病医療連携

- ・各医療圏単位での連携体制
- ・糖尿病連携ガイド、産業医アンケート、研修など

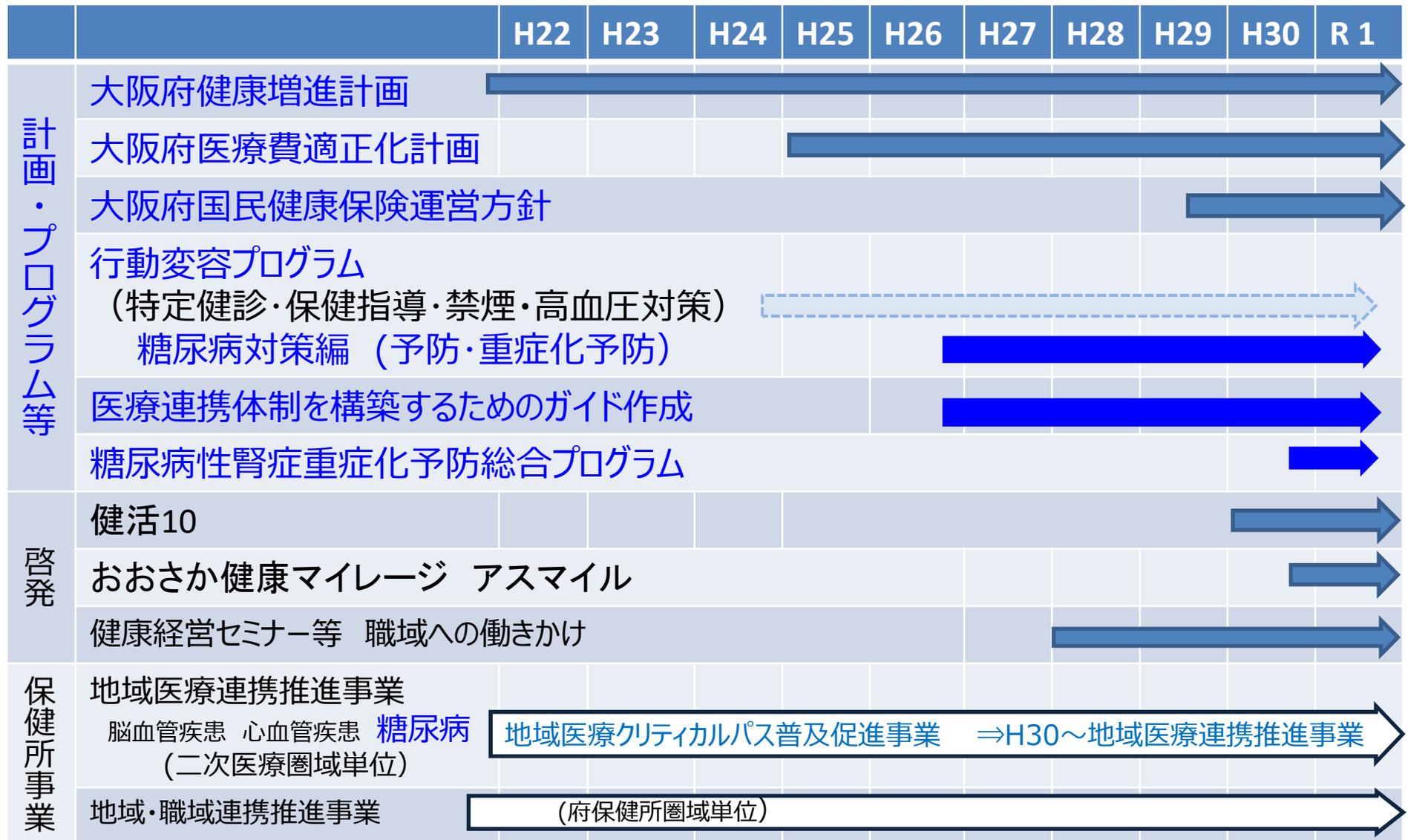
②糖尿病性腎症重症化予防事業

- ・国・府からの市町村へのインセンティブ
- ・市町村研修
- ・行動変容プログラム（重症化予防）
- ・未実施市町村における課題等調査（ヒアリング）
- ・市町村モデル事業（事業効果等）
- ・「見える化」：課題共有、施策の優先順位付け、立案と評価
 - ⇒地域差見える化支援ツール、保健事業対象者抽出ツールの作成・普及

大阪府の主な糖尿病対策の取組み経過1



大阪府の主な糖尿病対策の取組み経過2



市町村等保険者の糖尿病性腎症重症化予防対策への支援

府民の健康寿命の延伸や、医療費適正化の観点からも糖尿病の重症化予防の取組みは重要

大阪府糖尿病対策

重症化予防

三次予防

- ③ **かかりつけ医と連携した保健指導**
 - ・重症化のリスクが高い者への保健指導

特定健診やレセプト状況、医療機関からの連絡等で把握



早期発見 ・ 早期治療

二次予防

- ①② **特定健診特定保健指導の充実**
 - ・ハイリスク者への受診勧奨

未治療者：特定健診等の結果での要医療者
治療中断者：特定健診時やレセプト状況、医療機関からの連絡等で把握



発症予防 健康づくり

一次予防

- **特定健診特定保健指導の充実**
 - ・特定健診受診勧奨
 - 特定保健指導での生活習慣病予防

- **ポピュレーションアプローチ**
 - 健康セミナー、イベント、広報



糖尿病性腎症重症化予防 総合プログラム

糖尿病医療連携 ガイド

専門医



逆紹介

紹介



かかりつけ医

汎用性の
高い
行動変容
プログラム

糖尿病
対策



電子マネーやクーポンが当たる
大阪府のおトクな健康アプリ

おおさか健活マイレージ
アスマイル

アプリのダウンロードはこちら



※2019年1月21日～先行実施
※2019年10月～本格実施



※2019年10月～本格実施

「アスマイル」とは、大阪府民の健康をサポートするアプリ。健康活動を記録することで健康管理だけでなく、ポイントが貯まって電子マネーが当たるなど、うれしい機能付き。ぜひご参加ください!



<https://www.asmile.pref.osaka.jp/>

10 健活10
Osaka wellness action

<https://kenkatsu10.jp/about/>



× 清涼飲料水をよく飲む



× はや食い



× 朝食抜いて昼ガッツリ

【大阪府公式】
YouTube
もずやんと広報担当主事 其の二十一
(気を付けよう、糖尿病
知らず知らずに、糖依存!?)

https://www.youtube.com/watch?v=UziW_hM_5tc

ご清聴ありがとうございました

