

国の改定のポイント

都の改定のポイント（案）

改定のポイント（全体像）

<国プログラム改定のポイント>

①対象者の年齢層（青壮年・高齢者）に応じた取組の推進

ライフコースアプローチの観点を踏まえたライフステージに応じた取り組みを推進することが重要

②関係者（市町村・都道府県・広域連合・地区医師会・国保連等）の連携に向けた役割の提示

ライフステージに応じた取り組みを推進するため、被用者保険の取組との連携やかかりつけ医療機関等（専門医等）との連携強化、地域で活動する専門職等との情報共有など

③対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

介入の優先順位を適切に検討するために、未治療、治療中などの治療状況に応じた対象者の把握方法、健診結果（腎障害、血圧など）を踏まえた対象者の抽出基準と介入方法の一覧表を提示

④市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

市町村・都道府県それぞれの評価事項の明示、対象者ごとだけでなく、対象者全体（集団）での評価

<都プログラム改定の方針>

国プログラムの改定内容を踏まえ、都プログラムは下記の方針で改定を行う。

○区市町村国保・広域連合が活用しやすいものとする

○区市町村が糖尿病性腎症重症化予防事業を実施するに当たり、

①事業を企画する医療専門職の確保、②地域の医療関係団体との連携体制、③事業を実施する人員体制、の3つが厳しい状況においても、保険者として取り組むべき事業を実施できるようにする

<都プログラム改定のポイント>

意見照会結果を踏まえ、都独自で下記を設定する。

○対象者抽出基準の標準例を設定する

○区市町村の取組状況を比較可能なものとするため、東京都の評価指標を設定する

1. 対象者の年齢層に応じた取組の推進

ライフコースアプローチの観点を踏まえライフステージに応じた取組を推進するために以下の内容を追記

◆青壮年に対する取組（P9）（新旧対照表P17）

- 「健康な食習慣の妨げとなる点」として「仕事（家事・育児等）が忙しくて時間がないこと」の割合が多い世代であることを踏まえた取組が必要
- 糖尿病のみでなく、高血圧、喫煙、食生活の乱れ（朝食の欠食）などが腎障害の悪化につながることに留意
- 取組は継続して行うことが重要であるため、保険者協議会等を活用して、国保と被用者保険等間で、健康・医療情報や健康課題等の共有、役割分担や連携体制の確認等を行うことが重要

○「1 本プログラムの趣旨（3）取組方法」に「1）青壮年に対する取組」を追加し、左記の趣旨を反映（P4）（新旧対照表P5）

◆高齢者に対する取組（P10）（新旧対照表P18）

- 生活習慣病の重症化予防だけでなく、体重や筋肉量の減少、低栄養等によるフレイル等の予防・改善に着目した対策に徐々に転換することが必要
- 高齢者糖尿病は低血糖に対する脆弱性を有するため、低血糖症状の有無を問わず血糖が下がりすぎていないかを確認すべきであることに留意
- 市町村国保と広域連合とが連携のうえ、健康・医療情報等を分析し、地域の健康課題等を共有して、取組を進めていくことが重要
- 高齢者の保健事業を実施する際には、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版（令和元年10月厚生労働省保険局高齢者医療課）、高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版補足版（令和4年厚生労働省保険局高齢者医療課）、標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）等を参照しながら実施

○「1 本プログラムの趣旨（3）取組方法」に「2）高齢者に対する取組」を追加し、左記の趣旨を反映（P4）（新旧対照表P6）

2. 関係者の連携に向けた役割の提示

関係者の連携を促す観点から関係者の役割に以下の内容を追記

◆市町村 (P12) (新旧対照表P22)

○他の保険者の保健事業との連携

・被保険者は、市町村国保と被用者保険の間を異動することもあるため、地域での取組では、被用者保険の取組と連携することが重要

・高齢者の取組では、広域連合と市町村で連携し、保険者間の連携を密にし、継続的な支援や評価が途切れないようにすることが重要

◆都道府県 (P15) (新旧対照表P29)

○地域連携に対する支援

・保険者協議会の活用等により、被用者保険や広域連合とも連携し、取組の効果が上がるよう調整することも重要

・取組が十分にできていない市町村等に対して、保健所単位等での事業実施を検討するなど、積極的な支援の実施

◆広域連合 (P17) (新旧対照表P32)

○都道府県医師会等関係団体に対して、広域連合の取組を説明し、理解・協力を得ることが重要

◆地域における医師会等 (P18) (新旧対照表P34)

○市町村等から相談があった場合、取組に協力するとともに、対象者の健康づくりや重症化予防に向けて積極的に対応するよう、都道府県医師会等は会員等に周知

◆国保連・中央会の役割 (P21) (新旧対照表P37)

○取組状況等から支援の必要性はあるが支援を受けていない市町村に対しても、都道府県と連携して、積極的に支援することが重要

○中央会は、国保連が行う研修やKDBの活用等の支援を実施

○「3 取組に当たっての関係機関の役割等」に以下を追加

主な記載内容

◆区市町村 (P7) (新旧対照表P10)

・「③事業計画の立案」に、事業計画にアウトカム、アウトプット等の評価指標、評価の実施時期、評価方法などを記載することを記載

・「⑦ 他の保険者の保健事業との連携」を新設し、被用者保険の取組との連携や、広域連合と区市町村の連携（一体的実施）について記載

◆都 (P6) (新旧対照表P8)

・「②地域連携に対する支援」として、取組が十分にできていない区市町村等に対して、都が積極的な支援を実施することを記載

※東京都保険者協議会等への協力依頼により、被用者保険等にも取組を広げることは既に記載済

・「⑤事業評価」として、「広域的な観点から、都全体の事業評価を行うこと」や「国保連合会、広域連合と連携のうえ、区市町村の事業評価を支援すること」を記載

◆広域連合 (P9) (新旧対照表P14)

・区市町村との連携や、東京都医師会等の関係団体へ取組を説明して理解・協力を得ることを記載

◆東京都医師会及び地区医師会 (P10) (新旧対照表P15)

・区市町村等の取組に対して必要な協力を行うことを記載

※国保連の役割（区市町村等への取組支援）については記載済

3. 対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法の例示

より活用しやすいプログラムとするため、対象者の抽出基準や介入方法を例示するとともに、都プログラム独自の標準例を提示

◆対象者の抽出の考え方と取組方策（P28図表8）（新旧対照表P47）

○健康診査の結果の有無、糖尿病についての医療機関受診の有無別に、対象者の抽出基準や抽出方法を例示

○健康診査の結果がある者については、HbA1cの状況、腎障害の程度（eGFRまたは尿蛋白の状況）、血圧の状況（血圧値、治療状況）を踏まえた対象者の抽出基準と対象者の状態に応じた介入方法を例示

図表 10 健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準

健康診査の有無	腎障害の程度							
	以下のとどちらかに該当。 +HbA1c<6.5 +尿蛋白(+)以上		以下のとどちらかに該当。 +HbA1c<6.5 +eGFR<60 +尿蛋白(+)以上		以下のとどちらかに該当。 +HbA1c<6.5 +eGFR<60 +尿蛋白(+)以上		腎障害の程度 判定不可 ※3	
	受診中 高血圧 受診あり	正常範囲 受診中	受診中 高血圧 受診あり	正常範囲 受診中	受診中 高血圧 受診あり	正常範囲 受診中	受診中 高血圧 受診あり	正常範囲 受診中
HbA1c 120≧FPG	■	■	■	■	■	■	■	■
HbA1c<120	■	■	■	■	■	■	■	■
HbA1c<120	■	■	■	■	■	■	■	■
HbA1c<120	■	■	■	■	■	■	■	■

※1 健康診査の有無は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。健康診査の有無は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。
※2 高血圧は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。高血圧は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。
※3 判定不可は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。判定不可は、健診・レセプトデータから抽出した対象者を指す。

図表 13 レベルに応じた介入方法の例

レベル	受診勧奨の機会	保健指導の機会	患者本人 への 介入の程度
I	通知、健康診査等の案内（医師の機会を決定）	主に糖尿病及び生活習慣の改善に関する内容について通知、健康診査の案内	■
II	通知・電話・面談	対象者の生活習慣の改善に関する内容、糖尿病生活習慣の管理に関する内容を中心とし、通知・電話・面談	■
III	通知・電話・面談・訪問にて随時実施	腎障害の悪化を防ぐための治療や生活に関する内容を中心とし、通知・電話・面談・訪問を随時実施	■

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

「5 対象者の選定」に左記の趣旨を反映させ、以下を追加（P16）（新旧対照表P24）

主な記載内容

○後期高齢者については、糖尿病の管理目標が青壮年期等他の年齢層と異なることに留意し、その特性を踏まえて対象者を選定することを記載

○「(4)東京都における対象者抽出基準の考え方」では標準例を提示（P22）（新旧対照表P33）

◆受診勧奨

- ①健診受診者からの対象者抽出（糖尿病未治療または治療中断者）
健診結果が国プログラムが示す「受診勧奨レベルⅢ、Ⅱ」で、レセプトから直近6か月間の糖尿病受診歴がない者
- ②健診未受診者からの対象者抽出（糖尿病治療中断者）
レセプトから、過去2年で糖尿病投薬治療歴があるものの、直近6か月間で糖尿病受診歴がない者

◆保健指導

- ①上記受診勧奨対象者のうち、医療機関を受診した結果、医師が区市町村における保健指導が必要と判断した者
- ②医療機関受診中の者のうち、医師が区市町村における保健指導が必要と判断した者

4. 区市町村、都道府県等が設定する評価指標例の提示

より活用しやすいプログラムとするため、都プログラム独自の標準例を踏まえた評価指標を設定

- ◆**評価対象のとらえ方と評価方法の提示** (P45) (新旧対照表P70)
 - 計画策定時に設定した目標や評価指標、評価方法に基づいて、ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカムの視点で評価を行う。
 - 評価では、受診勧奨や保健指導を実施した被保険者個々人の単位に加えて、集団での評価も行う。
 - 評価では、①被保険者全体、②対象者抽出基準該当者、③絞込み該当者、④事業参加者、を意識して評価を行う。
 - ・抽出された対象者のうち、何人に受診勧奨等を実施できたか
 - ・受診勧奨を行った者のうち、何人が医療機関受診につながったか
 - ・受診勧奨等を行った者と行わなかった者とのアウトカム指標の比較
 - ・被保険者全体の各評価指標の中長期的な変化状況など
- ◆**市町村と都道府県が実施する評価** (P47) (新旧対照表P73)
 - 市町村
 - ・国保と後期の連続した評価を行う体制整備
 - 都道府県
 - ・アウトカム評価時の保険者間の比較に向けた分析
 - ・広域的な評価、中長期的評価における市町村等への支援
- ◆**市町村、都道府県等が設定する評価指標の例示** (P47) (新旧対照表P74)

「7 プログラム評価指標」に以下を追加 (P32) (新旧対照表P49)
主な記載内容

○**標準例を踏まえた「区市町村等及び都における共通のプログラム運用の評価指標」を設定**

①ストラクチャー・プロセス評価

- ・都内の受診勧奨・保健指導実施自治体数
- ・受診勧奨・保健指導の実施体制（医師会等との連携状況）

②アウトプット評価

- 国プログラムにおける「受診勧奨レベルⅢ」への受診勧奨の実施率

③アウトカム評価

- ・国プログラムにおける「受診勧奨レベルⅢ」の者の割合
- ・都全体での新規透析導入者数
- ・都全体での糖尿病医療費・慢性腎臓病医療費

※区市町村等と都のプログラム運用の評価指標（ストラクチャー、プロセス、アウトプット、アウトカム）等は記載済

5. 個人情報の取扱い

◆個人情報の取扱い (P50) (新旧対照表P78)

令和3年度個人情報保護法の改正（令和4年4月一部施行（地方部分は令和5年4月1日施行））により、個人情報保護法、行政機関個人情報保護法、独立行政法人等個人情報保護法の3本の法律を1本の法律に統合するとともに、地方公共団体の個人情報保護制度についても統合後の法律において全国的な共通ルールを規定し、全体の所管を個人情報保護委員会に一元化されたことを踏まえた修正

「8 個人情報の取扱い」を修正 (P35) (新旧対照表P54)

○国プログラムに合わせて記載を修正