

※下線部は変更箇所を示す。

1.本プログラムの趣旨

- 生活習慣病の重症化予防には、確実に医療機関を受診し、生活習慣の改善を図ることや、適切な薬の服用等、継続した治療等が重要。
- 特に、糖尿病は、初期には自覚症状が乏しく、未治療や治療中断者が半数を占め、血糖値が高い状態が持続すると、糖尿病性腎症による人工透析など深刻な合併症を引き起こし、患者のQOLを低下させるだけでなく、医療財政にも大きな負担。
- 都は、平成30年度から都道府県が区市町村と共に国民健康保険の保険者となり、財政運営の責任主体として中心的な役割を担うこととされたことに伴い、国民健康保険運営方針における医療費適正化の取組の一つとして、糖尿病性腎症重症化予防を掲げ、区市町村の取組を支援。
- 本プログラムは、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議、区市町村等の関係機関と連携し、事業の円滑な推進を図るため、平成30年3月に策定し、令和4年3月に改定した。
- 糖尿病性腎症重症化予防の取組実施自治体数は増加（令和6年度現在:62区市町村中、受診勧奨60区市町村、保健指導59区市町村）しているが、庁内連携体制、地区医師会等との連携、圏域別検討会議との連携、レセプトデータを活用した受診勧奨等の取組に差がみられる。
- 重症化予防の取組の質を高めることを通じて被保険者の健康の保持・増進を図り、更なる医療費適正化につなげていくため、令和7年12月に本プログラムを改定。

2.基本的考え方

- （目的）**
    - 重症化するリスクの高い未受診者・治療中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対し、保健指導等を行い、糖尿病性腎症による合併症の発症や人工透析への移行等を防止し、対象者の健康寿命の延伸を図ること。
  - （性格）**
    - 区市町村と後期高齢者医療広域連合（以下、「区市町村等」という。）が医療機関と連携して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことを目指し、重症化予防に向けた取組の考え方や標準的な内容を示すもの。
    - 区市町村等における取組内容については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源等、地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在既に行われている取組（慢性腎臓病（CKD）対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防等）を尊重するもの。
    - 効果測定を定量的に行うなど、適切なPDCAサイクルの下、実施することが望まれる。
    - 医療機関と連携して行う保健指導は限られた資源を有効に使うことが求められ、保健指導が必要な対象者への支援を取りこぼさないように留意する必要がある。
  - （取組方法）**
    - 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ことが重要。
    - 青壮年は仕事などで忙しく、未治療や治療中断が多い世代であることを踏まえた取組が必要であり、継続した取組を行うために被用者保険など他保険者との連携等が重要。
    - 高齢者はその特性を踏まえ、重症化予防のみではなくフレイル予防等に着眼した取組が必要。
- <改定のポイント>

  - ・ライフコースアプローチの観点
  - ・ライフステージ（青壮年、高齢者）に応じた取組を推進することが重要であることを追記

※下線部は変更箇所を示す。

3.取組に当たっての関係機関の役割等

(1) 関係機関の役割  
(都)

- 庁内連携体制（国民健康保険主管課及び関係部署で区市町村等の取組状況を定期的に情報共有等）
- 地域連携に対する支援（都医師会等との情報共有、取組が十分にできていない区市町村等を支援、都保健所による糖尿病医療連携推進事業を通じた情報共有等）
- 事業計画（区市町村等へデータ提供）、事業実施（事業の企画立案、見直し等に向けて助言・支援）、事業評価（都全体の事業評価や区市町村が行う事業評価への支援）
- 人材確保・育成（国保連合会とも連携したKDB等のデータ分析研修等、区市町村等の取組事例の横展開、腎症に関する専門的知識を学ぶための研修）

(区市町村)

- 庁内連携体制（国民健康保険担当課と関係部署との連携、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の効率的活用）
- 地域連携を通じた課題分析と情報共有（健康課題を分析して地区医師会や圏域別検討会等との共有、広域連合との連携等）
- 事業計画の立案（事業計画に評価指標や評価時期・方法などを記載等）、事業実施（国保連による支援も受け関係部局が連携して実施）
- 事業評価（PDCAを実施、後期高齢者医療制度移行者について国保から継続した評価）、人材確保・育成（外部事業者に委託する場合の留意点等）
- 他の保険者の保健事業との連携（被用者保険との連携や高齢者の保健事業との一体的実施）

(東京都後期高齢者医療広域連合)

- 「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照し、一体的実施に係る区市町村との役割分担、連携体制、実施計画を定める。
- 区市町村における事業実施や事業評価を支援するための情報提供、区市町村の取組状況の整理及び好事例の横展開、関係団体からの理解・協力を得られるよう説明

(東京都医師会及び地区医師会)

- 都及び区市町村等が取組を行う場合に、会員に対する周知、かかりつけ医と専門医等との連携強化など、必要な協力を実施。
- 都や区市町村等から相談があった場合には協力し、対象者の健康づくりや糖尿病性腎症重症化予防に向けて積極的に対応するよう促す。
- 専門医が継続的に糖尿病性腎症重症化予防に助言することが望ましい。糖尿病診療及び腎疾患診療におけるガイドラインの活用 等

(東京都糖尿病対策推進会議)

- 都の動向等について構成団体に周知。医学的・科学的観点からの助言など、都及び区市町村等の取組に協力するよう努める。
- 糖尿病学会等から提供されている保健指導に有用な教材を活用し、地域の住民や患者への啓発、医療従事者への研修に努める。

(東京都歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等)

- 都の動向等について会員等に周知し、都及び区市町村等の取組に協力するよう努める。
- 区市町村等と連携し、かかりつけ医等の指示の下で療養指導、対象者のセルフケアを支援。健康サポート機能を有する薬局や栄養ケア・ステーション等の有効活用を検討。

(東京都国民健康保険団体連合会)

- 保健事業支援・評価委員会を中心に、区市町村等が実施する重症化予防の取組について支援・評価等。
- KDBシステム等を活用し、事業の企画・実施・評価の各段階に有用な医療費分析情報を区市町村等に提供。情報活用に関する研修会開催等の支援。

<改定のポイント>

- ・関係者の連携を促すため、それぞれの役割を追記

3.取組に当たっての関係機関の役割等

（2）地域における関係機関との連携

- 地区医師会・専門医療機関・都・糖尿病対策推進会議・国保連合会と事業の枠組みについて問題認識を共有
- 区市町村等は、プログラムの実施状況や評価結果について、地区医師会や圏域別検討会等の地域の関係者に情報提供
- 必要に応じてかかりつけ医と専門医の連携、医科歯科連携ができる体制をとることが望ましい。
- 日本糖尿病学会と日本腎臓学会が定める紹介基準等の活用
- 地域の中核的医療機関の専門医、糖尿病療養指導士等との連携

4.プログラムの条件

- ①対象者の抽出基準が明確であり、対象者の状態像に応じた取組であること  
HbA1c等の健診結果のみならずレセプトデータも活用して対象者を抽出。  
腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度等を考慮して抽出することが有効。該当者数によっては優先順位づけが望ましい。
- ②かかりつけ医と連携した取組であること  
事業実施時のみならず事業企画時、準備時、評価時なども連携。特に治療中の者に保健指導を行う際には指導内容や支援の方向性を共有することが重要。  
リスクマネジメントの観点からも、保険者の保健事業のみで腎症患者に対応すべきではないことに留意。
- ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること  
糖尿病の適切な管理のためには、多種の専門職で取り組むことが重要。後期高齢者においては、一体的実施が重要であり、介護関係の各専門職種との連携も重要。
- ④事業の評価を実施すること  
アウトプット指標のみならずアウトカム指標も用いて実施する。短期的な評価だけでなく、中・長期的な視点での評価も実施する。健診データやレセプトデータ等での病期別の評価が重要。
- ⑤取組の実施に当たり、東京都糖尿病対策推進会議等との連携（対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること  
糖尿病対策推進会議等に対して、情報提供を行うのみならず助言を受け、事業に反映。

<改定のポイント>

・事業評価においては、短期的な評価のみならず中・長期的な視点での評価も実施することを追記

5.対象者の選定

(1) 対象者の基本的な考え方

①対象者：下記のア・イのいずれにも該当する者とし、下記の（２）～（４）の方法を組み合わせで抽出

ア 糖尿病であるか糖尿病が疑われる状態であること：（ア）から（ウ）のいずれかを満たすこと

（ア）空腹時血糖または随時血糖126mg/dl以上、またはHbA1c6.5%以上

（イ）現在糖尿病で医療機関を受診している

（ウ）過去に糖尿病薬（経口血糖降下薬・インスリン・GLP-1受容体作動薬等）使用歴がある

または糖尿病で医療機関の受診歴がある（ただし、直近の健診データ等により糖尿病の診断基準に該当しない対象者を除く）

イ 腎障害が存在しているか存在が疑われる状態であること：（ア）から（エ）のいずれかを満たすこと

（ア）腎症第4期：eGFR30ml/分/1.73㎡未満

（イ）腎症第3期：尿蛋白陽性

（ウ）レセプトデータに糖尿病性腎症又は腎障害の悪化を示す病名が記載されている。

（エ）腎症第2期以下の場合には、次の情報を参考にすること。

・eGFR45ml/分/1.73㎡未満      ・eGFR60ml/分/1.73㎡未満のうち、年間5mL/分/1.73㎡未満以上低下

・糖尿病網膜症の存在      ・微量アルブミン尿の確認、あるいは尿蛋白（±）

・高血圧のコントロールが不良（目安：140/90mmHg、後期高齢者150/90mmHg以上）

②留意点：後期高齢者においては、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、その特性を踏まえた対象者を選定する必要があるため、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」で定められている基準値を用いることが望ましい（一体的実施・K D B活用支援ツールを活用して選定）。

(2) 健康診査結果を活用した対象者の抽出方法、(3) 健診未受診者の対象者抽出方法

○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を例示

(4) 東京都における対象者抽出の考え方（標準例）

○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

<改定のポイント>

・対象者の抽出方法や介入方法を例示するとともに、「東京都における対象者抽出の考え方」では対象者抽出の標準例を提示

・後期高齢者については、その特性を踏まえ、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」で定められている基準値を用いることが望ましいことを追記



6.介入方法

○対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例（レベルに応じた介入方法の例）を提示

＜高齢者を対象とした取組の実施＞

○後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、フレイル、サルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなることから、高齢者の特性を踏まえた対象者選定基準、保健指導方法を検討。

○糖尿病性腎症患者は免疫力が低下し、感染症にかかりやすいことから、感染予防のための日常的な衛生管理についても指導。

○青壮年期における生活習慣病対策から、低栄養や口腔機能、運動機能、認知機能の低下等のフレイルにも着目しライフステージに応じた対策が必要。

○後期高齢者に対しては、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施によるフレイル予防に係る取組が重要であるため、かかりつけ医との連携等きめ細やかな保健指導により、適切な医療・介護等のサービスに接続することが必要。

○「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等の各種ガイドラインを参考に実施。

（１）受診勧奨

○手紙送付、電話、個別面談、戸別訪問等の方法により実施（受診勧奨レベルごとの取組例を提示）。

○抽出したすべての対象者に行い、医療機関受診へとつなげることが原則。

○特に受診勧奨レベルの高い人については、電話や訪問等により個別に速やかに受診勧奨を行い、受診につながっていない場合は、再度受診勧奨をするなど、適切な対応を行う。

○医師会を通じて医療機関には本事業の目的、対応方法について事前に説明。

○健診結果や事業の必要性を本人が納得しているかが重要。受診勧奨通知等を通じてかかりつけ医に事業の目的が伝わるように工夫。

○受診勧奨を行う前に個々の対象者の情報（健診結果やこれまでの病歴、治療状況等）を収集しておくことが重要。

○本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性が理解できているか確認することが望ましい。

○糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等、未受診の要因が明らかとなった場合は、関係機関と連携して解決を図る。

（２）保健指導

○電話等による指導、個別面談、訪問指導、集団指導等の方法により実施（保健指導レベルごとの取組例を提示）。

○支援の際はそれぞれの特性を踏まえた方法で実施（ICTの活用等）。

○生活習慣の包括的な管理とあわせて、歯周病の管理も必要であり、歯科未治療者に対しては歯科受診勧奨の検討も必要。

○糖尿病性腎症の対象者は、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であり、保健事業の実施にあたって、リスクマネジメントの体制確保が重要。

特に腎症第 3、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ことが必要。

※プログラム参加同意書やかかりつけ医による保健指導指示書の様式は、地域の実情に応じて設定が可能。

＜改定のポイント＞

- ・対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例（レベルに応じた介入方法の例）を提示
- ・後期高齢者については、その特性を踏まえた対応が必要であることを追記

※下線部は変更箇所を示す。

7.プログラム評価指標

（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）

- 対象者抽出基準の標準例に合わせて区市町村等及び都における共通の評価指標にて評価を行う。
- 後期高齢者については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」で定められている基準値を用いることが望ましいことから、本指標による評価対象から除外する。
- （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

（区市町村等における評価）

- 実施状況の把握・分析や評価に基づき、事業の取組内容の見直しなど、PDCAサイクルを回すことが重要。
- KDBシステムは、事業対象者の抽出、事業対象者の経年的なデータ抽出、区市町村等全体のマクロ的な評価が可能であり、評価ツールとして活用が有用。
- 国保から後期高齢者医療制度へ自治体の中で切れ目なく事業評価できる体制の整備が必要。
- 事業の分析結果、評価やそれに基づく改善方策等について関係者で協議する場を設け、必要に応じ、対象者選定基準や保健指導方法、評価方法等について、マニュアルの修正や体制図の更新等を実施。
- （1）ストラクチャー評価：医師会等関係機関との連絡・協力体制の確保、人員の確保、専門職員の設置等実施体制の確保 等
- （2）プロセス評価：プログラム実施手順書等の作成、実施手順の各段階における評価、対象者に合わせた実施内容の準備 等
- （3）アウトプット評価：受診勧奨実施人数、保健指導実施割合 等 ※各レベルの対象者における割合を把握する。
- （4）アウトカム評価 ※中長期的には事業参加者と不参加者との比較により評価することが望ましい。
  - ①短期的指標：医療機関受診につながった人数、行動変容、検査値の改善率 等
  - ②中長期的指標：医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況、検査値の評価、透析導入率 等
  - ③長期的指標：医療機関受診につながった人の継続した受療率・服薬状況、透析導入率 等

（都における評価）

- 区市町村等における取組状況や評価の実施状況を把握し、必要な対策案を検討するなど、PDCAサイクルを回しながら、区市町村等における取組を支援。
- 事業実施による効果について、結果を区市町村等に情報提供。
- （1）ストラクチャー評価：糖尿病の診療内容、地域連携クリティカルパス導入率、糖尿病地域連携登録医療機関数 等
- （2）プロセス評価：医師会等関係機関への周知・啓発、関係機関における都の対応策や保険者の取組内容の共有 等
- （3）アウトプット評価：プログラム実施区市町村数 等
- （4）アウトカム評価：失明発症率、新規透析導入率、年齢調整死亡率、都民医療費 等

<改定のポイント>

- ・対象者抽出の標準例を踏まえた「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

※下線部は変更箇所を示す。

8.個人情報の取扱い

- ＜改定のポイント＞
- ・ 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、記載を修正