東京都糖尿病性腎症重症化予防プログラム

平成30年３月
令和４年３月改定
令和７年12月改定
東京都医師会
東京都糖尿病対策推進会議
東京都

１　本プログラムの趣旨

○　生活習慣病の重症化を予防するためには、確実に医療機関を受診し、かかりつけ医の指導の下、生活習慣の改善を図ることや、適切な薬の服用等、継続した治療を行うことが重要である。

○　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ており、糖尿病になり、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や、糖尿病網膜症による失明など、深刻な合併症を引き起こし、患者のＱＯＬ（生活の質）を著しく低下させるのみならず、医療財政にも大きな負担となる。

○　都では、東京都健康推進プラン２１（第三次）、東京都保健医療計画において、糖尿病による新規人工透析導入率や失明発症率を減らすことを目標に定め、糖尿病の発症、重症化予防に向けた取組を推進している。

○　また、平成30年度から、都道府県は、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、都は、平成29年12月に、国民健康保険運営方針を定め、令和６年２月に改定した。その中で、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していくこととしている。

○　このため、都は、平成30年３月に、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、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、令和４年３月に改定した。

○　都内の62区市町村のうち、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施している自治体数は、令和６年度時点で受診勧奨事業60区市町村、保健指導事業59区市町村と増加している。

○　一方、取組実施自治体においても、庁内連携体制、地区医師会等との連携、糖尿病医療連携圏域別検討会議との連携及び対象者の抽出に当たってのレセプトデータの活用等の取組内容にばらつきがみられる。

○　また、高齢者の特性を踏まえた取組の観点から、介護予防やフレイル対策、生活習慣病等の疾病予防・重症化予防を効果的に実施するため、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施について、法改正が行われた。（「医療保険制度の適正かつ効率的な運営を図るための健康保険法等の一部を改正する法律（令和元年法律第９号）」）

○　こうした状況等を踏まえ、今後、保険者におけ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、本プログラムを改定する。

２　基本的考え方

（１）目的

○　本プログラムは、都内の区市町村国保及び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、糖尿病が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（以下、「ハイリスク者」という。）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を目的とする。

（２）本プログラムの性格

○　区市町村等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である。

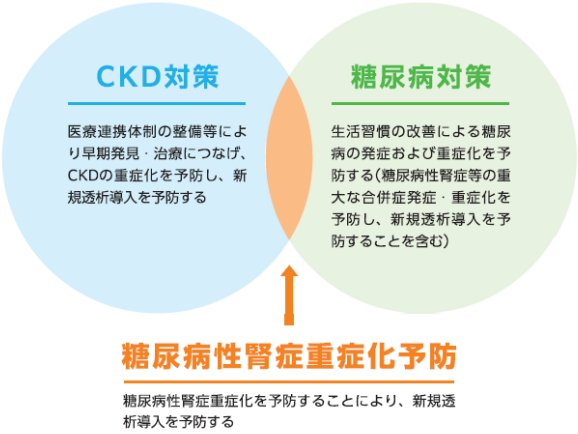
○　このため、区市町村等における取組内容については、健康課題の優先順位や保険者の実施体制、医療資源、既存の取組内容、取り組みやすさなどの地域の実情に応じて柔軟に対応することが可能であり、現在各区市町村において既に行われている取組（糖尿病対策としての生活習慣の改善による発症予防や糖尿病性腎症等合併症の予防、慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策として早期発見・治療へつなげることによる重症化予防等）を尊重するものである。

○　区市町村等が実施主体であることから、データヘルス計画を策定している場合には同計画と連動させる必要がある。

○　また、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。

○　なお、都民全体への展開を目指し、区市町村等以外の医療保険者についても、本プログラムに基づき取組を推進することが望ましい。

○　本プログラムに基づく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る。そのため、状況に応じて介入の優先順位を検討し、一定程度、対象者数を絞るなどの対応が必要になる場合がある。例えば、前年度より腎障害の悪化が顕著である者、予防効果が期待できる青壮年期層、生活習慣上改善の必要を認める者などに対象者を絞ることが考えられる。介入の優先順位を適切に検討するに当たっては、地域の健康課題や関連する保健事業と連動させるなど、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。



糖尿病性重症化予防　事業実施の手引き（令和６年度版）抜粋

（３）取組方法

○　本プログラムの基本的な取組は、

①　健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導

②　治療中の患者に対する医療と連携した保健指導

③　糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

である。

基本的な取組の流れは、体制整備（庁内連携・地域連携）、事業計画、事業実施、事業評価、改善（次年度事業の修正）である。

○　健康課題やその取り巻く状況はライフステージにより異なるため、健康日本21をはじめとする各種保健事業の取組において、ライフステージに応じた健康づくりの取組を進めてきた。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、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である。

○　糖尿病の発症・重症化には、食生活の乱れや多量飲酒、身体活動量の低下等、生活習慣が大きく関与している。また、受動喫煙を含めた喫煙、睡眠の質や量の低下、うつ傾向や精神的ストレスが発症の危険因子であることや、歯周病が血糖コントロールに影響を与えていることが報告されている。

○　このため、青壮年においては、特定健康診査で使われる標準的な質問票、後期高齢者においては、後期高齢者医療制度の保健事業で使われる後期高齢者の質問票などの情報も参考にしつつ、対象者本人からの聞き取り等により、生活習慣の状況や身体状況等を把握し、受診勧奨や保健指導に活用することが重要である。

○　また、う蝕（むし歯）、歯周病、歯の喪失やそれ以外の歯・口腔に関わる疾患等により咀嚼機能が低下すると、野菜や肉類等の摂取量が減少するとともに、生活習慣病や低栄養のリスクが高まると報告されている。特に、血糖コントロールの不良は歯周病を重症化させることや、歯周病が重症であるほど血糖コントロールが不良となること、歯周病治療によって血糖コントロールの状態も改善することが報告されており、糖尿病性腎症重症化予防の取組においても、必

要に応じて口腔衛生の指導をするとともに、歯周病の未治療者に対しては継続的な歯科受診を勧奨する。併せて、糖尿病の合併症の１つである糖尿病網膜症の進行防止の観点から、定期的、継続的な眼科受診を勧奨する。

１）青壮年に対する取組

○　高齢期に至るまで健康を保持するためには、青壮年期からの取組が重要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組においても青壮年期から取り組む必要がある。

○　糖尿病が疑われる者は、40歳代から増加し、特に男性では50歳代になると急増する。また、高血圧を有する者も増加する。糖尿病が疑われる者が急増するこの年齢層に対して糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことにより、糖尿病についての適切な治療継続や生活習慣の改善等が期待でき、それに伴い合併症の発症・重症化予防や合併症による臓器障害の進行予防等も期待できる。また、人工透析の導入時期も遅らせることが期待でき、対象者本人の生活の質を維持することができるほか、医療経済への影響も小さくすることが期待できる。

○　青壮年、特に30歳代から50歳代では、「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60歳代以上に比較すると多く、糖尿病未治療者や治療中断者が多い世代でもある。糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するに当たっては、これらのことを考慮した取組となるよう配慮する。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する。

○　糖尿病性腎症をはじめとする糖尿病の合併症は、発症後、長期間を経て徐々に進行していくと考えられることから、青壮年が多く加入している被用者保険の保険者においても、糖尿病性腎症重症化予防に取り組むことが必要である。糖尿病性腎症重症化予防の取組は継続して行うことが重要であるため、例えば保険者協議会や地域・職域連携推進協議会等を活用して、区市町村国保と国保組合、被用者保険との間で、健診データやレセプトデータ等（以下「健康・医療情報」という）やそれぞれが捉えている地域の健康課題、保健事業の実施状況等の共有や、役割分担しながらどのように取組を進めていくかなどの連携体制の確認等を行うことが非常に重要である。

２）高齢者に対する取組

○　令和２年４月から高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施が開始され、後期高齢者医療広域連合から委託を受けた区市町村により、後期高齢者の保健事業として、糖尿病性腎症重症化予防に関する事業が実施されている。

○　高齢者の特性を踏まえた健康支援をしていくためには、高齢者に見られる心身機能の特徴や老年症候群の合併頻度が高いこと、学会のガイドライン等の動向や関係部局による事業の方向性等に関する見識を深めておくことが必要である。

（後期高齢者の特性）

① 前期高齢者と比べ、加齢に伴い虚弱な状態であるフレイルが顕著に進行しやすい。

② 複数の慢性疾患を保有し、フレイル等を要因とする老年症候群の症状も混在するため、包括的な疾病管理がより重要となる。

③ 医療に係る課題として、多医療機関の受診や多剤処方等がある。

④ 健康状態や生活機能、生活背景等の個人差が大きい。

⑤ 医療のみならず、介護や福祉等の様々なニーズを併せ持つ状況にある者が多い。

○　高齢者への健診・保健指導では生活習慣病の重症化予防だけではなく、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である。特に、75歳以上の者への保健指導については、生活習慣病等の慢性疾患の重症化予防に加え、後期高齢者の質問票等を活用し、フレイル等に関連する老年症候群（低栄養、転倒・骨折、誤嚥性肺炎等）等の心身機能の低下とそれに起因する疾病の予防に着目し、実施する必要がある。また、その方法については、本人が主体的に選択できるように配慮するとともに、認知機能の程度を含む加齢による心身の特性の変化や性差、生活状況等の実情に応じた内容とし、地域包括ケア推進における関係者や地域住民も含めて地域ぐるみでの支援を行うことに留意する。

○　個人ごとの健康状態の差が大きくなり多様性が更に高まることや、75歳以上の多くの者が医療機関を受診していることを勘案すると、医療機関と連携した取組を推進する必要がある。

○　医療機関に通院していない高齢者については、青壮年期と同様、健診等の機会を活用して、生活習慣病が軽症のうちに医療につなげ、重症化を予防することが重要である。

○　高齢者糖尿病において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する。低血糖により認知機能低下や心血管イベントの増加等をきたしやすく、要介護認定のリスクが高い疾患の一つであることに留意する。

○　事業の展開に当たっては、高齢者の多くが加入する区市町村国保と東京都後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という。）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である。

○　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、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、実施する。

（４）データヘルス計画等各種計画を踏まえた事業展開

○　糖尿病性腎症重症化予防の取組は保健事業の一環として行われるものである。事業の実施に当たっては、例えば、データヘルス計画、東京都健康推進プラン２１（第三次）、東京都保健医療計画等をはじめとする保健事業と密接に関係する計画を踏まえて事業を展開する必要がある。

（５）本プログラムの見直し

○　特定健診・特定保健指導制度等の改正が行われた場合やプログラムに基づく取組実績の検証結果を踏まえ、必要に応じて本プログラムを見直すものとする。

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

○　地域における取組を検討するに当たって、関係機関は「２基本的考え方（３）取組方法」及び次の役割分担例を念頭に、各段階において密接に連携して対応するものとする。＜図表１参照＞

（都の役割）

①　庁内連携体制

・国民健康保険主管課、健康推進（増進）主管課、医療政策主管部署及び高齢者保健福祉担当主管部署で区市町村等の取組状況について定期的に情報共有する等、庁内全体で区市町村の取組を支援するために庁内連携を図る。

②　地域連携に対する支援

・本プログラムを関係団体へ周知し、都民に啓発するとともに、東京都医師会、東京都糖尿病対策推進会議と継続的に連携し、医療関係者等との情報共有を図る。

・区市町村等がプログラムの取組を円滑に実施できるよう、東京都糖尿病医療連携協議会及び糖尿病医療連携圏域別検討会を活用し、区市町村等における重症化予防の取組内容を共有するとともに、課題等について対応策の議論や助言を行い、事業実施を支援・フォローする。

・区市町村等が、糖尿病性腎症重症化予防にまだ取り組むことができていない場合や十分に取り組むことができていない場合に、都が積極的に支援する。

・区市町村において広域連合からの委託による高齢者の保健事業の一体的な実施に関する取組が着実に進むよう、保健事業を担う医療専門職等の人材育成、取組状況の把握・共有等により支援する。

・都保健所は、糖尿病医療連携推進事業を通じて、圏域別検討会での地域の医療関係者等への研修の実施、管内自治体の取組状況に関する情報共有、地域の医療機関への情報提供等を行う。

・取組が、都内の区市町村等以外の医療保険者にも広がるよう、東京都保険者協議会等にも協力を依頼し、プログラムの目的や取組についての理解促進を図る。

③　事業計画

・区市町村等が現状分析や計画の立案、評価等を行うに当たって活用可能なデータ等を、適宜、提供する。

④　事業実施

・区市町村の効果的かつ効率的な事業を推進するとともに、小規模町村が地域の実情に応じて円滑に事業を実施することができるよう、事業の企画立案、見直し等に向けて助言や支援を行う。

⑤　事業評価

・「７　プログラム評価指標」のとおり事業評価を行う。

・区市町村が広域連合と連携して実施する高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施について、取組や事業評価等が円滑に行われるよう支援を行う。

・また、区市町村が行う事業評価についても、広域連合、国保連合会と連携のうえ、支援を行う。

・都は区市町村が行う糖尿病性腎症重症化予防の取組の効果について、広域的な観点から、都全体での評価を行う。

⑥　人材確保・育成

・東京都国民健康保険団体連合会とも連携し、ＫＤＢシステム等のデータ分析や対象者抽出・評価等ができる人材の確保・育成に向けて区市町村等の担当者への研修等を実施する。

・区市町村等の取組事例を収集し、横展開を図る。

・都及び東京都保険者協議会において、腎症に関する専門的知識やスキルを継続的に学ぶ機会を提供するための、研修会を実施する。

（区市町村の役割）

①　庁内連携体制

・糖尿病性腎症重症化予防の取組は、住民の健康保持・増進、健康寿命の延伸及びＱＯＬの向上につながるものであるとともに、医療費適正化にもつながることから区市町村全体として取り扱うことが重要である。

・国民健康保険担当課、健康増進担当課、高齢者医療担当課等の担当者による庁内連携体制を図り、定期的な会議・情報共有の場を持つ等、糖尿病性腎症重症化予防事業に取り組む意義について共通認識を持つ。

・取組には、財源の確保、人材育成、地域連携、ＫＤＢシステム等を活用した健康課題分析や対象者抽出・評価などの事務作業が生じることから、効率的に取組を進めるため、手続きを事務職等が進めていくことが重要である。その際、内外の関係者と連携することが多くなるため、窓口担当者を外部の関係者に明示する等、業務における情報共有や協議を円滑に進めやすくする工夫が必要である。なお、人事異動の際は、後任者に確実に業務を引き継ぐとともに連携先に連絡をとること。

・実施に当たっては、健康増進担当課等と連携を深め、保健師・管理栄養士等の専門職や事務職の人材を効率的に活用する。

②　地域連携を通した課題分析と情報共有

・健診データやレセプトデータ等により、被保険者の疾病構造（患者数や医療費の多寡等）や地域の健康課題等を分析し、地区医師会、糖尿病医療連携圏域別検討会等の関係機関と課題の共有を行う。

・後期高齢者医療制度の被保険者を対象として糖尿病性腎症重症化予防事業を一体的に実施するに当たっては、広域連合との連携内容を十分協議する。

・分析に当たっては、その区市町村や医療圏が有する保健医療等に関する資源の実態（医療機関等の社会資源、糖尿病専門医等の医療人材の有無や数、かかりつけ医や専門医療機関との連携体制の状況など）を明らかにする。

③　事業計画の立案

・②で明らかになった課題について、優先順位等を考慮し、対策を立案する。

・立案に当たっては、地域の医療機関との連携体制のあり方、ハイリスク者を抽出する健診項目や健診実施方法、食生活改善や運動対策などのポピュレーションアプローチなど、様々な観点から地区医師会等の関係団体と協議したうえで、医療機関への受診勧奨や保健指導の内容について検討する。（地域におけるプログラムの作成等）

・評価指標はアウトカム・アウトプットを中心とし、設定したアウトカム・アウトプットを達成するために必要となるプロセス・ストラクチャーについても評価できるように、事業計画に記載する。評価の実施時期や評価方法等も記載する。評価指標の設定は、短期的な評価指標だけではなく、中長期的な評価指標も設定することが望ましい。

④　事業実施

・③で立案した対策に基づき事業を実施する。事業実施に当たっては、東京都国民健康保険団体連合会による支援も受けながら、区市町村内の関係部局が連携して実施する。必要な場合は、民間事業者への委託等についても考慮する。

⑤　事業評価

・④で実施した事業について、結果を評価し、ＰＤＣＡサイクルにより次の事業展開につなげる。

・保健指導等の対象者が後期高齢者医療制度へ移行することにより、指導や評価が途切れることのないよう、ＫＤＢシステムを活用する等、保険者間の引継ぎを密にして継続的な評価を行う。

⑥　人材確保・育成

・保健指導を効果的に実施するためには、腎症の病態や保健指導の方法、保健事業の企画、地域の医療関係者とのコミュニケーション、データによる評価やＫＤＢシステム等についての知識やスキルが必要であることから人材の資質向上が重要である。

・専門職や事務職を問わず、積極的に研修会等に参加してプログラムに関する

知識を得るよう努める。

・外部事業者に業務を委託する場合には、糖尿病性腎症重症化予防の目的を踏まえて外部事業者を選定する。委託後にも外部事業者に任せきりにせず、事業の詳細、進捗状況を把握し、委託期間の終了時の評価以外にも定期的（月ごと、あるいは委託期間の中間時）に評価する等、全体のプロセスを管理し、事業全体の評価は委託元自らが実施することが重要である。その他委託に当たっての留意点は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版） 第１編第１章１－５健診・保健指導の外部委託」を参照する。

⑦　他の保険者の保健事業との連携

・区市町村国保では国保被保険者を対象に保健事業を展開するが、　同様の事業は被用者保険でも展開されている。被保険者は、区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、地域での取組に当たっては、そうした被用者保険の取組と連携することも重要である。

・また、75歳以上になると、区市町村国保の被保険者は後期高齢者医療制度へ移行する。加入する医療保険制度が変更することに伴い、対象者の指導や評価等の支援が途切れる現象がみられる。高齢者の保健事業の実施に当たっては、広域連合と区市町村で連携し、保険者間の引き継ぎを密にし、継続的な支援や評価を可能にすることが重要である。委託等により区市町村が一体的に保健事業を実施することで、年齢に関わらず継続した支援を可能にするといった対応をとることが考えられるが、広域連合が実施する場合においても、保険者間の連携を密にし、支援が途切れることがないように取り組む必要がある。

（東京都後期高齢者医療広域連合の役割）

○　広域連合は、後期高齢者について、区市町村への委託等により事業を実施するに当たっては、区市町村が上記の役割を果たせるよう、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（厚生労働省保険局高齢者医療課）」を参照しながら、広域計画に国民健康保険の保健事業との一体的実施に係る区市町村との役割分担や連携体制、実施計画を定め、保有する医療情報等の提供、区市町村の取組状況等の把握、広域的な健康課題の把握等を行う。

○　各区市町村における適切な事業実施や事業評価を支援するための取組として、都全体を俯瞰して高齢者の健康・医療情報を分析加工した統計資料等の提供や、区市町村の取組状況の整理と好事例の横展開、同様の情報の東京都医師会・東京都薬剤師会・東京都歯科医師会、東京都国民健康保険団体連合会等との情報共有などが考えられる。

○　区市町村に委託して保健事業を実施する場合または広域連合が直接保健事業を実施する場合のいずれにおいても、広域連合は区市町村と連携し、双方が主体的に取り組めるよう、企画・実施・評価を行える体制構築に努めることが望ましい。

○　被保険者が後期高齢者医療制度へ移行する際に、保健事業が円滑に接続されないケースや評価が途切れるケースがみられた。そのため、令和２年度より、

区市町村において区市町村国保から連続した事業の実施・評価を適切に行えるよう「高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施」を開始した。広域連合の役割として具体的には、区市町村の国保や介護予防部門との連携を密にし、国保保健事業や介護予防の取組との一体的な実施を推進してきているところであり、引き続き、継続的な事業実施ができるような体制づくりが求められる。

○　東京都医師会等関係団体に対しては、広域連合が取組内容を説明し、理解及び協力を得ていくことが重要であり、都と連携しながら調整する場合や区市町村による調整の支援を行う場合など、状況に応じた調整を行うことが求められる。

（東京都医師会及び地区医師会の役割）

○　東京都医師会は、本プログラムを地区医師会へ周知し、必要に応じ助言する。

○　東京都医師会及び地区医師会は、都及び区市町村等が本プログラムに係る取組を行う場合には、会員である医療機関及び医療従事者に対して周知し、取組が円滑に実施できるよう協力するとともに、かかりつけ医と専門医等との連携の強化等、都及び区市町村等との連携体制の構築に向け必要な協力を行う。また、都や区市町村等から相談があった場合には、糖尿病性腎症重症化予防の取組に可能な限り協力するとともに、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。

○　東京都医師会をはじめとする地域の医療関係団体は、区市町村等の糖尿病性腎症重症化予防の取組に対し、取組が円滑かつ効果的なものとなるように、区市町村等の求めに応じて実施方法等について助言する等、必要な協力を行う。

○　例えば、眼科治療中もしくは他の疾患にて治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが発見された場合、糖尿病に対応できる医療機関を紹介するとともに区市町村等に連絡し保健指導につなげるなど、区市町村等の取組に協力するよう努める。

○　また、かかりつけ医は、病歴聴取や診察、保険診療における検査等により対象者の病期判断、循環器疾患等のリスクや糖尿病合併症等の状況を把握し、本人に説明するとともに、保健指導上の留意点を保健指導の実施者に伝えることが求められる。

○　なお、専門医が継続的に、糖尿病性腎症重症化予防事業に対して助言することが望ましい。

○　糖尿病診療においては、日本糖尿病学会編・著「糖尿病診療ガイドライン」「糖尿病治療ガイド」、日本糖尿病対策推進会議編「糖尿病治療のエッセンス」や日本糖尿病学会・日本老年医学会編・著「高齢者糖尿病診療ガイド」「高齢者糖尿病治療ガイド」等の積極的な活用が求められる。

○　腎疾患診療においては、日本腎臓学会編・著「エビデンスに基づくＣＫＤ診療ガイドライン」の積極的な活用が求められる。

（東京都糖尿病対策推進会議の役割）

○　糖尿病性腎症重症化予防に係る都における動向等について、構成団体に周知

するとともに、医学的・科学的観点から都内区市町村等が実施する糖尿病性腎症重症化予防の取組について助言を行うなど、都及び区市町村等の取組に協力するよう努める。

○　糖尿病学会や糖尿病協会から開発提供されている、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、東京都薬剤師会、東京都看護協会、東京都栄養士会等の役割）

○　東京都歯科医師会、東京都薬剤師会、東京都看護協会、東京都栄養士会等関係団体は、糖尿病性腎症重症化予防に係る都における動向等について会員等に周知し、都及び区市町村等の糖尿病性腎症重症化予防に係る取組に必要な協力を行うよう努める。

○　例えば、歯科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した場合や、薬局や地域の健康イベント等における健康相談において糖尿病治療を中断していることが判明した場合、糖尿病に対応できる医療機関を紹介するとともに区市町村等に連絡し保健指導につなげるなど、区市町村等の取組に協力するよう努める。

○　また、本プログラム対象者が、確実に受診を継続できるように、区市町村等と連携してかかりつけ医と専門医等の指示の下で看護師、栄養士等が療養指導を行い対象者のセルフケアを支援する。その際、健康サポート機能を有する薬局や栄養ケア・ステーション等を有効活用できるよう検討する。

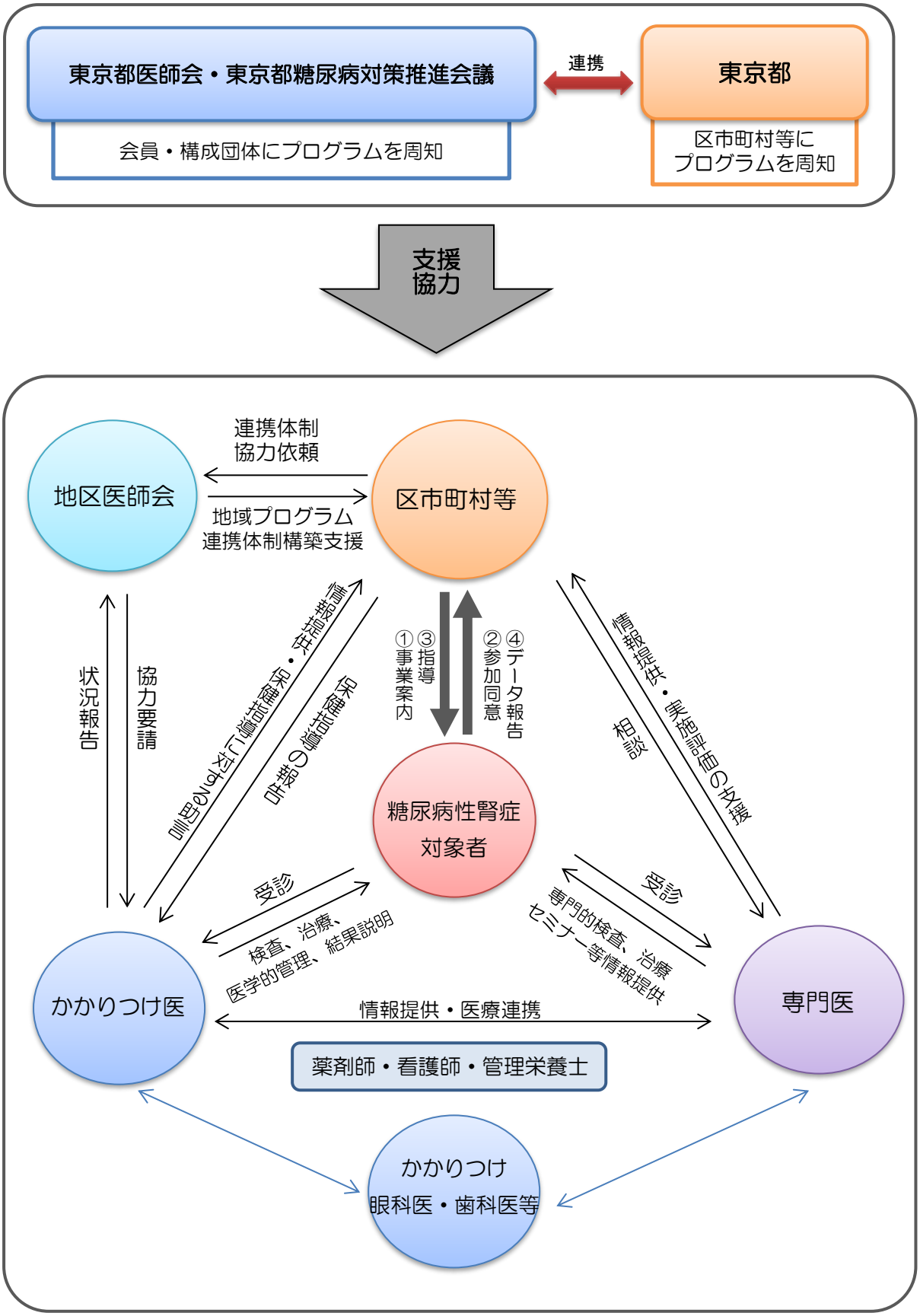
○　地域で活動する保健医療等の専門職・地域住民による、主体的な健康の保持・増進を積極的に支援する機能を備えた機関等がある地域においては、それらの資源が糖尿病性腎症重症化予防の体制整備に有効に活用されるよう、医療関係団体等は、都、区市町村や広域連合に情報共有するなど共に検討する。

（東京都国民健康保険団体連合会の役割）

○　保健事業支援・評価委員会を中心に、区市町村等が策定するデータヘルス計画に基づき実施する重症化予防の取組について支援・評価等を行う。

○　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するとともに、その医療費分析情報の活用に関する研修会等を開催する等の支援を行う。

＜図表１：関係機関の連携図＞



（２）地域における関係機関との連携

○　本事業は区市町村等のみで行うのではなく、地区医師会・専門医療機関・都・東京都糖尿病対策推進会議・東京都国民健康保険団体連合会と事業の枠組みについて問題認識を共有し、合意形成を図り、個々の患者の状況に応じた対応を確保しつつ進める必要がある。

○　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も、地域の関係者（図表２に示すように、地区医師会、かかりつけ医、保健所、圏域別検討会等が考えられる。）に情報を提供し、協議の場を持つ。

○　必要に応じてかかりつけ医と腎臓専門医等の専門医が連携できる体制をとることが望ましい。

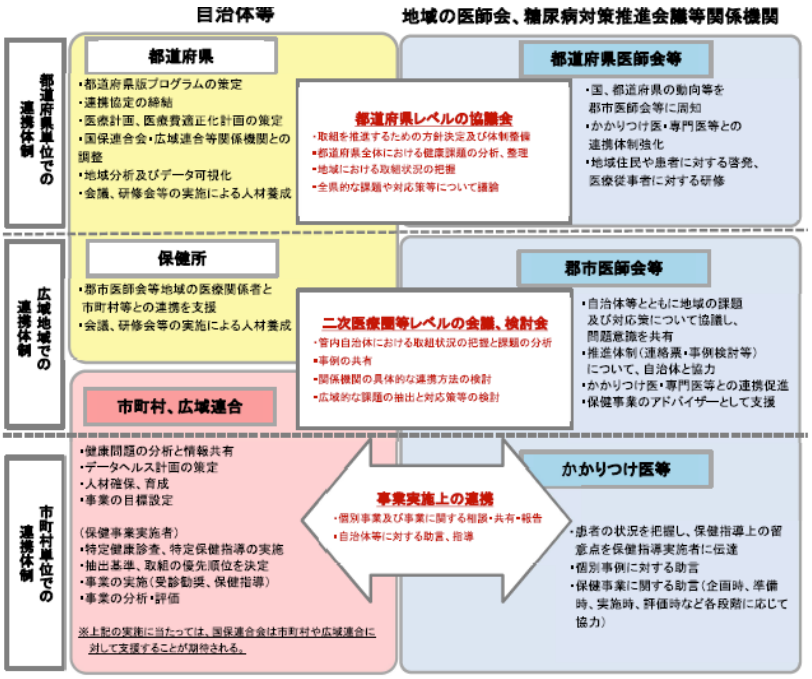
○　紹介については、日本糖尿病学会及び日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」（図表３）に基づき行うことが望ましい。

○　糖尿病の合併症の一つとして網膜症、歯周病及び歯の喪失等があることから、相互受診の勧奨など眼科等他科との連携、医科歯科連携の仕組みを構築し活用することが望ましい。

○　高齢者については、必要に応じて地域包括支援センターとも連携する必要がある。

○　慢性腎臓病（ＣＫＤ）対策等と連動させて糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合においては、地域の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等との連携、栄養士会等の職能団体との連携を拡大することができれば、より包括的な地域連携体制を構築することが可能となる。

＜図表２：地域における関係機関の連携イメージ＞



（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

＜図表３：日本糖尿病学会及び日本腎臓学会作成の「かかりつけ医から専門医・専門医療機関への紹介基準」＞

かかりつけ医から糖尿病専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本糖尿病学会、監修：日本医師会）
～主に糖尿病治療ガイドより～

1．血糖コントロール改善・治療調整

○薬剤を使用しても十分な血糖コントロールが得られない場合、あるいは次第に血糖コントロール状態が悪化した場合（血糖コントロール目標（※1）が達成できない状態が3ヵ月以上持続する場合は、生活習慣の更なる介入強化や悪性腫瘍などの検索を含めて、紹介が望ましい）。

○新たな治療の導入（血糖降下薬の選択など）に悩む場合。

○内因性インスリン分泌が高度に枯渇している場合（1型糖尿病等）。

○低血糖発作を頻回に繰り返す場合。

○妊婦へのインスリン療法を検討する場合。

○感染症が合併している場合。

※1．血糖コントロール目標

目標	血糖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（%）	6.0未満	7.0未満	8.0未満

高齢者については"高齢者糖尿病の血糖コントロール目標"を参照

2．教育入院

○食事・運動療法、服薬、インスリン注射、血糖自己測定など、外来で十分に指導ができない場合（特に診断直後の患者や、教育入院経験のない患者ではその可能性を考慮する）。

3．慢性合併症

○慢性合併症（網膜症、腎症（※2）、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合。

○上記糖尿病合併症の発症、進展が認められる場合。

※2．腎機能低下やタンパク尿（アルブミン尿）がある場合は"かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準"を参照のこと。

4．急性合併症

○糖尿病ケトアシドーシスの場合（直ちに初期治療を開始し、同時に専門医療機関への緊急の移送を図る）。

○ケトン体陰性でも高血糖（300mg/dl以上）で、高齢者などで脱水徴候が著しい場合（高血糖高浸透圧症候群の可能性があるため速やかに紹介することが望ましい）。

5．手術

○待機手術の場合（患者指導と、手術を実施する医療機関への日頃の診療状態や患者データの提供が求められる）。

○緊急手術の場合（手術を実施する医療機関からの情報提供の依頼について、迅速に連携をとることが求められる）。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準（作成：日本腎臓学会、監修：日本医師会）

原疾患		蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病		尿アルブミン定量（mg/日） 尿アルブミン/Cr比（mg/gCr）		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
				30未満	30～299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他		尿蛋白定量（g/日） 尿蛋白/Cr比（g/gCr）		正常 (-)	軽度蛋白尿 （±）	高度蛋白尿 （＋～）
				0.15未満	0.15～0.49	0.50以上
GFR区分（mL/分/1.73m²）	G1	正常または高値	≧90		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60～89		血尿+なら紹介、蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度～中等度低下	45～59	40歳未満は紹介、40歳以上は生活指導・診療継続	紹介	紹介
	G3b	中等度～高度低下	30～44	紹介	紹介	紹介
	G4	高度低下	15～29	紹介	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	＜15	紹介	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。
上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的（原疾患を問わない）

1）血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
2）進展抑制目的の治療強化（治療抵抗性の蛋白尿（顕性アルブミン尿）、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。）
3）保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

1）腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
2）それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
①糖尿病治療方針の決定に専門的知識（3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など）を要する場合
②糖尿病合併症（網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など）発症のハイリスク者（血糖・血圧・脂質・体重等の難治例）である場合
③上記糖尿病合併症を発症している場合
なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

４　プログラムの条件

○　区市町村等が糖尿病性腎症重症化予防に取り組む場合には、以下のいずれも満たすものである必要がある。(保険者努力支援制度の指標参照)

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

②　かかりつけ医と連携した取組であること

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

④　事業の評価を実施すること

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

○　より効果的・効率的な事業実施や、さらに事業を発展させるためには、以下の点に留意することが必要である。

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、レセプトデータの請求情報(薬剤や疾患名)も活用し、被保険者の全体像を把握したうえで、いずれの集団を対象として取組を実施するかを決定する。これにより、特定健診等未受診者層や、治療中断者、治療中の者から事業対象者を抽出することができる。

・腎症の病期、健診データ（HbA1c、血圧等）の重症度、併存疾患（高血圧、心不全、感染症等）、腎機能の変化（eGFR 低下速度等）を考慮して抽出することが有効と考えられる。該当者数によっては優先順位付けを行うことが望ましい。

・プログラム対象外とする場合の条件の整理も重要である。

②　かかりつけ医と連携した取組であること

・事業の実施時のみならず、事業の企画時や準備時、評価時など様々な時点できめ細かくかかりつけ医と連携する。特に治療中の者に保健指導を行う際にはかかりつけ医機能を有する医療機関との間で対象者の状態像（疾患や症状等の医療的側面に関する状況、社会生活面のアセスメント状況等）や保健指導の内容について十分に情報共有するとともに、支援の方向性を共有することが重要である。

・保健指導の機会を通じて生活習慣のアセスメント及び生活指導を行うことにより、普段の生活状況を知り診療上有用な情報が得られるなど、かかりつけ医にとってもメリットがある。

・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する。

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、医師による診療と処方のほか、保健師による包括的な保健指導、管理栄養士による栄養指導、薬剤師による服薬期間中の継続的な服薬状況の把握と服薬指導、歯科医師・歯科衛生士による口腔健康管理、健康運動指導士等による身体活動支援などが必要であり、多種の

専門職で取り組むことが重要である。
・後期高齢者においては、その特性を踏まえながら、保健事業と介護予防を一体的に実施することが重要であり、地域包括支援センターをはじめとする介護関係の各専門職種との連携も重要である。
・これらの専門職種が効率的に事業に関われるように、それぞれの観点でのアセスメント結果の共有、指導内容や指導結果の共有方法の確立が必要である。

④　事業の評価を実施すること
・アウトプット指標（保健指導対象として抽出された者のうち保健指導の実施人数等）のみならず、アウトカム指標（特定健診等結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いて事業評価を実施する。この際、短期的な評価だけではなく、中・長期的な視点での評価も実施する。
・区市町村等が保有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であり、全ての自治体での実施が望ましい。医療機関と連携して情報を収集し、より精度の高い評価方法を検討していくことも重要である。

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
・東京都糖尿病医療連携協議会等に対して、情報提供を行うのみならず、助言を受け、その助言を事業に反映する。

５　対象者の選定

（１）対象者の基本的な考え方

①　対象者について

○　プログラムの対象者は、下記のア及びイいずれにも該当する者とし、次の（２）～（４）の方法を組み合わせて抽出することが考えられる。
　なお、対象者の選定に当たっては、以下の抽出条件に加えて、年齢や個別の状況を総合的に勘案し、地域の実情に応じて実現可能な対象者を絞り込むなど、自治体ごとに検討することが推奨される。
　次のいずれかに該当する者は除く。
・１型糖尿病の者及びがん等で終末期にある者
・認知機能障害がある者
・糖尿病透析予防指導管理料又は生活習慣病管理料（Ｉ）の算定対象となっている者

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※1 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）

※1 空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

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）検査値より腎症第４期：eGFR30ml/分/1.73㎡未満

（イ）検査値より腎症第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（±）※2

・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 糖尿病に加えて尿蛋白(＋)以上であれば第３期と考える。また尿蛋白(±)は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨される。

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。

○ 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おける保健指導が原則となるため、対象者の選定にあたっては、一体的実施・ＫＤＢ活用支援ツールを積極的に活用されたい。なお、一体的実施・ＫＤＢ活用支援ツールにおける抽出基準は、高齢者保健事業実施計画(データヘルス計画)で用いられる共通評価指標の数値の算出基準となっているため、活用を推奨するものである。

○　また、後期高齢者は疾病の重複が多く、個別の疾患のガイドラインでは対応できない点も多くなる。そのまま適用すると重複受診、薬剤の過剰投与にもなるおそれもあるため、かかりつけ医と連携の上、専門職によるきめ細やかなアウトリーチを主体とした健康支援に取り組むことが適当である。

○　本プログラムは、糖尿病性腎症による透析等の合併症の発症を防止することが目的であることから、対象者の選定に当たっては上記の基準を踏まえつつも、優先順位を考慮した上で、ハイリスク者にアプローチすることが重要

である。

○　糖尿病性腎症病期分類第４期については、心血管イベント、心不全の発症リスク、死亡リスクが高いことに十分に留意する必要がある。

○　特定健診等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。また尿蛋白（±）は微量アルブミン尿の可能性が高いため、医療機関で積極的に尿アルブミンの測定を行うことが推奨されている。合わせて、医療機関で測定した血清クレアチニン（eGFR)、尿アルブミン、尿蛋白等の検査値については、本プログラムの実施結果を評価する際に不可欠であるため、本人の同意のもと、保健指導の実施者とデータを共有する必要がある。

○　糖尿病が存在することにより、早期から特徴的な病理学的所見が腎臓にみられる。本プログラムでは＜図表４：糖尿病性腎症病期分類＞のとおり、対象者を糖尿病性腎症として広く取り扱う[1]。ただし、網膜症や神経障害等、糖尿病特有の細小血管症の合併状況や糖尿病罹病期間を参考にすることが重要である。

[1]糖尿病患者に腎機能障害がある場合、①糖尿病が原因で腎機能が悪化した状態、②別の原因により腎機能が低下している患者に糖尿病が合併している状態、がある。糖尿病性腎症は狭義では①を指し、正確な診断のためには病歴、網膜症等他の合併症の状況、生検等の検査が必要となる。一般的には健診で①と②を区別することは困難と考えられるので、本プログラムでは①、②を含め、広く取り扱うこととする。

＜図表４：糖尿病性腎症病期分類＞

	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）[34]	GFR（eGFR）注3 （推算糸球体濾過量） （mL/分/1.73 ㎡）
	第１期	正常アルブミン尿（30未満）	30以上
医療機関で診断	第２期[35]	微量アルブミン尿（30～299）	30以上
健診で把握可能	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
保険者等による詳細健診の血清Cr測定で把握	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（日腎会誌　2023；65(7)：847-856　糖尿病性腎症病期分類2023の策定　糖尿病腎腎症合同委員会・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/1.73㎡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。

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

（２）**健康診査結果**を活用した対象者の抽出方法（図表５のA+B+C）

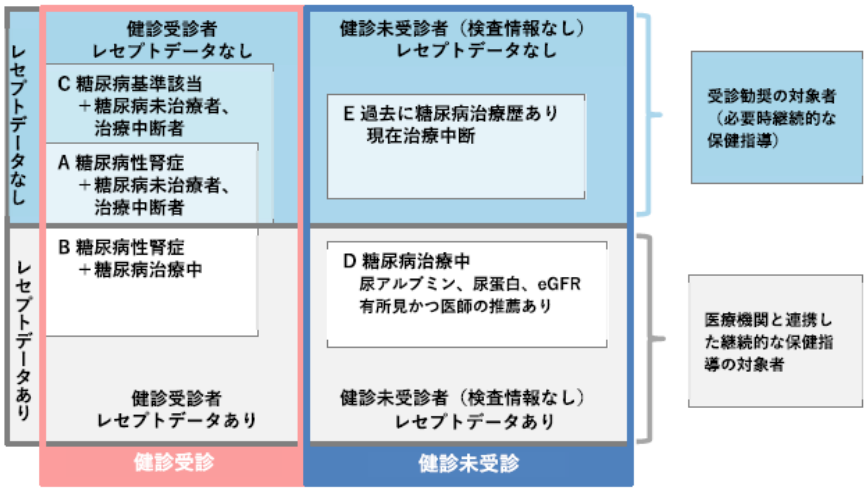
○　対象者の抽出基準においては、図表６に示すように、健診時の尿蛋白（尿定性）やeGFRから腎障害が存在している者を把握、糖尿病については治療の有無とHbA1c・血糖の状況、血圧についても治療の有無と受診勧奨値以上であるかを把握することを基本とする。

○　表は腎障害が存在している者、HbA1cが高い者、高血圧の治療をしていない者に対して優先的に受診勧奨（面談等）、保健指導を行うことを基本として作成されている。高血圧で受診中であるが糖尿病の治療を受けていない者については、主治医との相談を促すことが必要であり、受診勧奨ではなく保健指導として分類されている。

○　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、保健指導の対象者選定においてより優先順位の高い者に絞る必要がある。

○　医療機関等で測定した尿アルブミン値や網膜症、神経障害等の糖尿病特有の細小血管障害の合併状況、糖尿病罹病期間を参考にすることも有用である。

＜図表５：健診・レセプトデータの有無と対象者の抽出の考え方＞



（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

＜図表６：健診・レセプトデータを基にした対象者抽出基準＞

糖尿病未受診者　※１

		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（±）			以下の両方に該当。 ・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										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

点線青枠、実線赤枠：健診・レセプトデータから糖尿病と判断できないため、糖尿病性腎症重症化予防事業の対象外
（CKD 対策＜点線青枠＞、高血圧対策＜実線赤枠＞としての受診勧奨・保健指導等は必要に応じて行う）

糖尿病受診中の者　※４

		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（±）			以下の両方に該当。 ・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										
	7.0～7.9										
	6.5～6.9										
	6.5未満										

糖尿病受診中の場合には、HbA1c＜6.5%も糖尿病性腎症重症化予防事業の対象。糖尿病受診中で主治医があるため、高血圧未受診でも受診勧奨ではなく、保健指導とする。

保健指導Ⅰ　保健指導Ⅱ　保健指導Ⅲ　受診勧奨Ⅰ　受診勧奨Ⅱ　受診勧奨Ⅲ　CKD対策　高血圧受診勧奨

※保健指導Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、受診勧奨Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの内容については図表 13参照

※１　糖尿病未受診者：対象年度に２型糖尿病の受診実績がない者
※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

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

（健診結果を基にした抽出に当たっての留意点）

○　自治体における対象者抽出基準検討においては、年齢や治療状況、保健事業に関する資源（予算、マンパワー、委託等）を勘案して検討する。対象者への通知などはできるだけ広く情報提供する。保健指導など介入の濃度が高いものについては、病態、年齢、生活状況等を総合的に勘案し、優先順位を決める必要がある。

○　例えば、基準値を高めに設定すると、対象者の範囲が狭まり、予防可能な段階での介入ができない可能性がある。一方低めに設定すると、対象者数が多くなりすぎ、一部の対象者しか保健指導が行き届かないこともあるため、受診勧奨した結果の受診率や保健指導への参加率が低くなるおそれがある。これら評価指標の到達度等の可能性も勘案しながら、取組内容の評価を適切に行ったうえで、地域の実情に合わせて柔軟に抽出基準を変更することも考えられる。

○　なお、本プログラムに基づき実施される事業の対象者の抽出に当たっては、糖尿病性腎症に関する日本糖尿病学会、日本腎臓学会等各関連学会の最新のガイドラインを参照し、健診等で得られるデータと突合して抽出されるハイリスク者を対象とする。

○　高齢者は低血糖防止等の観点から、「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023」において青壮年期よりも緩和した基準が提示されており、それを踏まえた対応が必要である。特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

（３）健診未受診者の対象者抽出方法（図表５のD＋E）

○　特定健康診査をはじめとする健診を受診していない者の中にも、糖尿病である者やその疑いがある者、糖尿病の治療が中断している者、血糖コントロールが良好でない者等の受診勧奨や保健指導が必要となる者がおり、これらの者に対しても受診勧奨や保健指導を行う必要がある。保険者が保有する健診・医療情報を活用した対象者抽出の考え方は図表６の通りであるが、健診未受診者からの対象者の抽出方法としては以下のような方法が挙げられる。

○　なお、特定健康診査をはじめとする健診は、健康づくりの観点から経時的に受診することが望ましく、糖尿病について受診中であっても、健診の受診を勧奨することが必要である。

○　特に、後期高齢者に対する糖尿病性腎症重症化予防については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」等を参照し、医師会等地域の関係機関と抽出基準や保健指導の方法等について相談することが望ましい。

①糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法

○　以下の者等を対象として状況確認を行い、健診・医療機関受診を勧める。

・過去に糖尿病治療歴がある、又は過去３年間程度の健診にて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における糖尿病受療歴がない者

・歯科や眼科治療中の患者において糖尿病治療を中断していることが判明した者
・薬局やイベント等における健康相談において糖尿病の履歴があり十分に管理されていない者

②医療機関における抽出方法

○ 糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と医師が判断した患者を対象とする。例えば
・生活習慣改善が困難な方
・治療を中断しがちな患者
・自施設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
・専門医療機関との連携が困難な地域
・その他、地域包括ケア等の連携体制の中で、地域の実情により連携が望ましいと考えられる場合
などが想定される。地域の実情に合わせ、区市町村等は地区医師会等地域の関係機関と抽出方法をあらかじめ相談しておくことが望ましい。

（４）東京都における対象者抽出基準の考え方（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）
１）健診結果が以下の者で、レセプトから直近６か月間の糖尿病受診歴がない者
※＜図表６＞受診勧奨レベルⅢ【優先順位①】
・HbA1c8.0 以上の者
・HbA1c7.0～7.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上の者
・HbA1c6.5～6.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上かつ、収縮期血圧 140 ㎜ Hg 以上または拡張期血圧 90 ㎜ Hg 以上の者
２）健診結果が以下の者で、レセプトから直近６か月間の糖尿病受診歴がない者
※＜図表６＞受診勧奨レベルⅡ【優先順位②】
・HbA1c7.0～7.9 の者のうち、eGFR45 以上 60 未満または尿蛋白（±）の者
・HbA1c7.0～7.9 の者のうち、eGFR60 以上または尿蛋白（－）かつ、収縮期血圧 140 ㎜ Hg 以上または拡張期血圧 90 ㎜ Hg 以上の者
・HbA1c6.5～6.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上の者
・HbA1c6.5～6.9 の者のうち、eGFR45 以上 60 未満または尿蛋白（±）かつ、収縮期血圧 140 ㎜ Hg 以上または拡張期血圧 90 ㎜ Hg 以上の者
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＞
○ 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

○　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

※医師が区市町村における保健指導が必要と判断するのは以下の場合が考えられる

・治療を中断しがちな者

・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等

６　介入方法

○　各区市町村において、本事業の対象者抽出基準を検討した後は、抽出した対象者に対し、どのように関わっていくかを検討する。

○　対象者の状況別の受診勧奨及び保健指導の対応例は＜図表７：レベルに応じた介入方法の例＞、＜図表８：標準的な受診勧奨＞及び＜図表９：標準的な保健指導＞の通りである。なお、各様式は地域の実情に応じて記載内容を変更することも可能である。

○ 健診受診者（図表５のA＋B＋C）については、図表６の基準を参考に対象者の状態像を区分することが可能であり、その区分別に介入方法を変える等の工夫も求められる。

※後期高齢者の抽出基準については、「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン」を参照すること。

＜図表７：レベルに応じた介入方法の例＞

レベル	受診勧奨の場合	保健指導の場合
Ⅰ	通知、健康教室等の案内（面談の機会を設定）	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、健康教室の案内
Ⅱ	通知・電話／面談	腎障害の悪化を予防するための、糖尿病等生活習慣病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／訪問にて確実に実施	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／訪問を確実に実施

緊急度に応じた介入の程度

弱

強

（厚生労働省「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」抜粋）

○ 上記の方法でも、年齢により有効な介入方法も異なる。年齢層が低い世代にはICTの活用を検討する、年齢層の高い世代には対面での介入を行う等、工夫する必要がある。

○ なお、図表６の基準値に該当する者のうち、医療機関で治療中の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関との十分な連携のもとに保健指導を行う。

○ 適切な評価と支援の引継ぎを行うために、誰に対し、いつ、どのような受診勧奨を実施したかやどのくらいの期間や介入強度で保健指導を実施したかについて、記録・保管しておくことが必要である。

＜高齢者を対象とした取組の実施＞

○　高齢者、特に後期高齢者については、複合的な疾病合併のみならず、加齢に伴う諸臓器の機能低下を基盤としてフレイル、サルコペニア、認知症等の進行により個人差が大きくなり、多病・多剤処方の状態に陥るなど、健康上の不安が大きくなる。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する。

○　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する。

○　青壮年期における生活習慣病対策から、体重や筋肉量の減少を主因とした低栄養や口腔機能、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を行っていく必要がある。

○　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とされている。このため、疾病の重複によるリスクや、生活環境などを含む個々の状態を把握する必要があり、かかりつけ医との連携や、アウトリーチを主体とした医療専門職による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必要がある。

○　「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン（厚生労働省保険局高齢者医療課）」、「高齢者糖尿病診療ガイドライン2023（日本老年医学会・日本糖尿病学会）」、「エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2023（日本腎臓学会）」、「高齢者高血圧診療ガイドライン2017（日本老年医学会）」、「高齢者脂質異常症診療ガイドライン2017（日本老年医学会）」等の各種ガイドラインを参考に実施する。

（１）受診勧奨

○　受診勧奨は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である。特に、図表６に示す　受診勧奨レベルⅡとⅢについては、可能な限り、電話や訪問等により、個別に速やかに受診勧奨を行い、受診勧奨後に継続的な受診につながっているかを必ず確認し、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。

○ 腎障害の程度にかかわらず HbA1c が 6.5%以上の者のうち、高血圧については受診中で、糖尿病は未受診の者に対しては、かかりつけ医機能を有する医療機関に健診結果を持参の上、血糖検査の結果が受診勧奨判定値（糖尿病の診断基準）を超えていることについて、速やかに相談するよう保健指導を行う。

○　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し、対応に整合性をとる必要がある。

○　健診結果や糖尿病性腎症重症化予防の必要性を本人が納得しているかが重要であるとともに、受診勧奨通知や紹介状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する。

○　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である。

○　特に受診勧奨レベルが高い人に対し受診勧奨を実施する場合には、単に通知

するだけではなく、個別に電話や対面等により、対象者本人と直接接点を持ち受診が必要である旨を伝えるとともに、受診勧奨後の受診状況の確認を行う。

○　また、本人から受診後の感想を聞き、継続的な治療の必要性について理解できているかを確認することが望ましい。（薬剤が処方されない場合や、食事療法等の指導が行われない場合には、一度の受診だけで中断するケースが少なくない。薬剤がすぐに不要であるからこそ、生活習慣を改善の上、経過を見るために継続して検査を受けることの大切さを伝えることが重要である。）

○　受診勧奨の際、糖尿病に対する恐怖心や経済的理由、家庭問題等の理由が未受診の背景に隠れていることがある。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。必要時、主治医との情報共有や行政内の他部門の支援へとつないでいくことも解決策として考えられる。

（実施方法等）

○　＜図表８：標準的な受診勧奨＞のとおり、実施に当たっては、受診勧奨の方法について検討し、必要に応じて数回、数種類の受診勧奨を行う。また、実施後は、受診継続や保健指導につながるような支援を行う。

・対象者の状況に応じ、検査値を伝え、医療機関での受診が必要という通知を行うだけの軽い受診勧奨から、保健指導と組み合わせて本人が受診の　必要性を十分に理解でき、受診行動につながるまで関わるものまで、本人への関わり方の濃淡をつけることが考えられる。

・また、必要に応じて受診後のフォローも行うことが考えられる。治療を中断しやすい人については、受診継続についての抵抗要因を検討し、その軽減に向けた支援を行う。

＜受診勧奨レベルごとの取組例＞

○ 受診勧奨レベルⅠ

・健診結果通知時に、糖尿病性腎症のおそれがあり医療機関の定期的な受診が必要であることについて、標準的な健診・保健指導プログラムのフィードバック文例集や糖尿病性腎症重症化予防に関する事業実施の手引き等を参照し、文書で通知する。

・必要に応じて、上記通知に加え、電話や案内した健康教室参加時等に受診勧奨を行う。

○ 受診勧奨レベルⅡ

・レベルⅠの文書による通知に加え､結果説明を行うための電話や面談により、個別に医療機関への受診勧奨を行う。

・受診勧奨とともに、生活実態を把握したうえで、対象者の状況に合わせた保健指導を行う。

○ 受診勧奨レベルⅢ

・可能な限り、訪問や面談等の対面により個別での受診勧奨を速やかに行う。

・受診勧奨とともに、生活実態の把握をしたうえで、生活習慣の改善を促す保健指導を行う。

※いずれの受診勧奨レベルにおいても、受診勧奨後に、対象者が継続的な受診につながっているかについて、医療機関からの回答、対象者本人への確認、レセプトの確認等により受診状況を確認することが必要である。

（２）保健指導

○　糖尿病性腎症による新規透析導入者を減少させるためには、血糖に加え血圧、脂質のコントロールや薬剤の適正使用が重要である。また、肥満の是正、食生活の改善、禁煙指導、過度の飲酒の是正、睡眠の質の向上、適度な運動の推奨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となる。保健指導を行うに当たっては、状態に応じた予防、管理の考え方を踏まえた上で、保健指導を行う専門職が対象者と対面・電話等により接点を持ちながら、生活改善の指導を行うとともに、歯科未治療者に対しては歯科受診勧奨も検討する必要がある。

○　対象者の糖尿病に対する思いや生活状況を踏まえた血糖、血圧管理等の指導を行う。その際に聞き取った情報、特に治療を中断しがちな患者の情報等は医療機関にとっても有用であるため、医療機関との情報共有が重要である。

○　糖尿病連携手帳や保健指導報告書等の様式を通じて、かかりつけ医との情報共有を行う。保健指導実施期間中に、医療機関で実施した検査結果を事業の効果評価等に活用する目的で確認する場合には、検査結果を入手することについて、あらかじめ対象者の同意を得ておく。

○　保健指導期間中は対象者とともに生活習慣改善のための行動目標を立案するが、腎症病期や検査値経過を参考に、個人の健康状態や生活背景にあった目標であるかを見直すとともにかかりつけ医や地域担当医へ相談するなどし、安全管理に留意した運営を行う。

○　保健指導は、個人又は集団を対象として行う方法があり、更に各々について対面及びICT等を活用した方法がある。支援の際は、それぞれの特性を踏まえ、適切に組み合わせて実施する。また、保健指導の際に活用する資料の一つとして自己実践を支援するための資料（特に継続的に支援するための資料）の活用も効果的であり、対象者が設定した行動目標の達成のために活用する実践状況の記録、通信による支援等に用いられる。これらには、体重変化や食事内容、活動量等を対象者自身がモニタリングできるようなアプリケーション等ICTを活用したものも含まれる。これら保健指導期間中のフォローにおいては、対象者の状況、ICT リテラシー等に応じて、支援の途中であっても支援形態を必要に応じて見直すことが望ましい。

（実施方法等）

○　＜図表９：標準的な保健指導＞のとおり、参加意向の確認後、かかりつけ医と連携しながら、概ね６か月程度の保健指導を行う。

・病期に応じた保健指導内容は＜図表８：病期に応じた保健指導内容＞のとおり

（保健指導における留意点）

＜リスクマネジメント体制の確保＞

○　糖尿病性腎症の対象者に対して保健指導を実施する場合は、医療との連携が欠かせない。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必要がある。また、腎不全のみならず、循環器疾患発症リスク、死亡リスクが高い集団であることから、保健事業の実施にあたっては、特にリスクマネジメントの体制が確保されていることが重要である。

○　特に、腎症第４期については、腎臓専門医が関与する必要があるので、保健指導のみで対応することがないようにする。

（実施までの手順）

○　区市町村等は、次の手順により、本人の同意及びかかりつけ医の指示を得るものとする。

＜区市町村等が抽出する場合＞

ア　区市町村等は、保健指導対象者の受診状況をレセプトデータで確認し、保健指導の内容を説明した上で、対象者に保健指導の参加意向を確認する。

イ　対象者は、参加意向がある場合には、「（様式１）糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書」（以下「同意書」という。）を区市町村等宛てに提出する。

ウ　区市町村等は、同意が得られた対象者について、かかりつけ医宛てに「（様式２）糖尿病性腎症保健指導指示書」（以下「指示書」という。）の作成を依頼する。

エ　かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、区市町村等宛てに提出する。

＜医療機関が抽出する場合＞

ア　かかりつけ医は、糖尿病治療中に尿アルブミン、尿蛋白、eGFR等により腎機能低下が判明し、保健指導が必要と判断した場合、保健指導を要する対象者が所在する区市町村等が本プログラムに基づく保健指導を実施している場合には、対象者に保健指導への参加勧奨を行う。

イ　対象者は、参加意向がある場合には、「同意書」をかかりつけ医宛てに提出する。

ウ　かかりつけ医は、対象者の受診時に治療及び保健指導方針について協議の上、「指示書」を作成し、「同意書」とともに区市町村等宛てに提出する。

＜保健指導レベルごとの取組例＞

○ 保健指導レベルⅠ

・糖尿病や生活習慣の改善等に関する情報を中心に提供し、生活習慣の改善を促す集団指導による健康教室等への参加を促す。

○ 保健指導レベルⅡ

・レベルⅠの情報提供や集団指導等への参加勧奨に加え、医療機関と連携し、腎障害の悪化を予防するための糖尿病を含む生活習慣病の管理に関する内容を中心に、電話や訪問等により保健指導を行う。合併症の進行を防ぐための継続的な治療の必要性、本人の年齢や生活状況に応じた生活改善の方法など具体的な助言を行うことが重要である。

○ 保健指導レベルⅢ

・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に、医療機関と連携し、訪問や個別面談等対面による保健指導を行う。医療機関で指導されたことが十分に理解できているか、疑問点はないかなどを確認し、必要に応じて医療機関につなぐことが求められる。

（情報の共有）

○　区市町村等は、必要に応じて、保健指導の実施状況をかかりつけ医に報告する。保健指導終了後、区市町村等は、保健指導の実施結果を「（様式３）保健指導実施報告書」により、かかりつけ医に報告する。

（事業を円滑に進めるための留意点）

＜ICT を活用した取組の実施＞

○　区市町村等が行う受診勧奨や保健指導において、ICT を活用した介入（オンライン面接、アプリ活用等）が実施されることも考えられる。対面での面談が難しい青壮年期層では積極的な活用が望ましい。

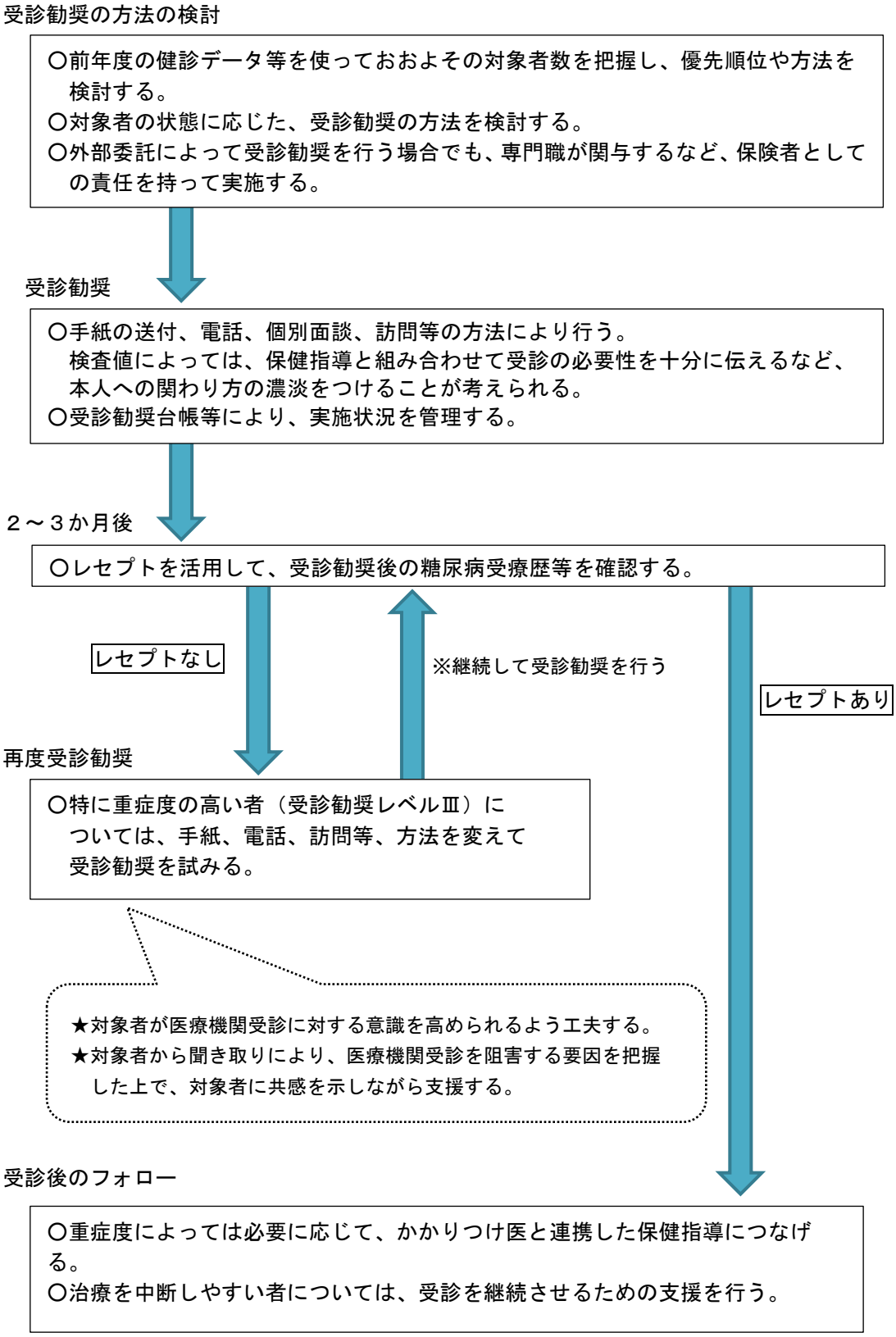
○　遠隔面接による保健指導では、本人確認を確実に行うことやプライバシーが保たれるようにすること、保健指導の質の担保のための資料の工夫が必要である。アプリケーション等を用いた保健指導の際の個人情報の取扱い等に留意する必要がある。

○　ICT を活用した保健指導の実施に当たっての留意点の詳細は「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）第３編第３章３-３ICT を活用した保健指導とその留意事項」並びに「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第４版）」を参照する。

○　また、保健指導が終了した後も、対象者が健康的な生活習慣を維持し、更なる改善に取り組めるよう、社会資源の活用等を行いながら、対象者に応じた継続的な支援を行うことが求められる。

○　ICT の利活用に慣れていない者を対象に ICT を活用する場合は、ICT を活用する際の手順等について支援する機会を設定する等の工夫が必要である。

＜図表８：標準的な受診勧奨＞



＜図表９：標準的な保健指導＞

指導前

○区市町村等又はかかりつけ医は、対象者へプログラムの案内を行い、参加意向を確認し、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、同意書（様式１）とともに、区市町村等に提出する。

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
○かかりつけ医の指示のもと、食事、運動指導を行う。
・血糖･血圧のコントロールの必要性、禁煙、適量飲酒を中心に指導
・病期によって、網膜症の有無の確認や蛋白制限等も実施

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把握
○行動目標の改善状況の確認、評価
○継続的な自己管理のための励まし

※月１回程度の支援を基本とするが、支援方法や頻度については対象者及び保険者の実情に応じて柔軟に対応。
※個別の保健指導に限らず、保険者による保健事業（集団指導等）による指導も可能。

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

指導終了
※保健指導の実施結果を「保健指導実施報告書（様式３）」により、かかりつけ医に報告

＜図表10：病期に応じた保健指導内容＞

病期	保健指導
第２期 早期腎症期 ［次のいずれにも該当する方］ ○空腹時血糖126mg/dl以上 又は HbA1c 6.5%以上 ○尿蛋白（±）以下 ○eGFR≧30ml/分/1.73㎡ （検査数値がある場合） ○微量アルブミン尿 30～300mg/gCr 未満 （検査数値がある場合）	・糖尿病の管理、腎症改善のための指導 ・治療を継続することを指導 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導 ※第２期の初回指導は集団による指導も可
第３期 顕性腎症期 ［次のいずれにも該当する方］ ○空腹時血糖126mg/dl以上 又は HbA1c6.5%以上 ○尿蛋白 （＋）以上 ○eGFR≧30ml/分/1.73㎡ （検査数値がある場合） ○顕性アルブミン尿 300mg/gCr 以上 （検査数値がある場合）	・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、)医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・治療を継続することを指導 ・網膜症の有無の確認 ・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施なお、高齢者の過度の制限に留意する。 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動を指導
第４期 腎不全期 ○eGFR＜30ml/分/1.73㎡	・(未治療者及び治療中断者には受診勧奨し、)医療と連携したリスクマネジメントが適切に行われる状況で実施 ・治療を継続することを指導 ・網膜症の有無の確認 ・蛋白制限はかかりつけ医の指示のもとに実施なお、高齢者の過度の制限に留意する。 ・血糖・血圧のコントロール、禁煙、減塩、適量飲酒を中心に指導 ・腎排泄性の薬剤の使用状況を確認する。 ・栄養指導と生活状況を踏まえた指導(口腔保健を含む。) ・適度な身体活動・運動をかかりつけ医の指示のもとに実施

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。

○　区市町村等及び都は、これら以外にも、実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。

○　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

○各区市町村における以下の者への受診勧奨の実施率

※＜図表６＞受診勧奨レベルⅢ

・HbA1c8.0 以上の者

・HbA1c7.0～7.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上の者

・HbA1c6.5～6.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上かつ、収縮期血圧 140 ㎜ Hg 以上または拡張期血圧 90 ㎜ Hg 以上の者

（３）アウトカム評価

○都全体での特定健診結果における以下の者の割合

※＜図表６＞受診勧奨レベルⅢ

・HbA1c8.0 以上の者

・HbA1c7.0～7.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上の者

・HbA1c6.5 ～6.9 の者のうち、eGFR45 未満または尿蛋白（＋）以上かつ、収縮期血圧 140 ㎜ Hg 以上または拡張期血圧 90 ㎜ Hg 以上の者

○　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プログラム運用の評価）

○　区市町村等は、本プログラムに基づく受診勧奨及び保健指導について、次の評価指標を参考に取組評価を行う。

　なお、これら以外にも、各区市町村等の実情に応じて評価項目を具体的に定めることができる。

　また、事業の実施状況の評価等に基づき、今後の事業の取組を見直すなど、ＰＤＣＡサイクルを回すことが重要である。

○　ＫＤＢシステムでは、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を行うことが可能であり、評価ツールとして活用することが有用である。

○　国保加入時に保健指導を受けていても、後期高齢者医療制度に加入後は評価が困難になる自治体も少なくない。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であり、国保担当課、高齢者医療担当課との連携が不可欠である。あらかじめ長期的追跡を見込んだ計画を立てておく。

○　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間で協議の場を設ける。協議の結果、改善を要する点がある場合は、具体的な方策について助言を得ながら検討していくことが望ましい。関係者に対し報告・共有を行うことにより、対応策の改善ひいては次年度に向けた事業内容の見直しにもつながる。

○　対象者選定基準や保健指導方法、評価方法など、早期に修正した方がよいものはマニュアルに修正を加える。体制整備等ストラクチャーに係る見直しが生じた場合は、体制図の更新等を行うことも必要である。

（１）ストラクチャー評価

○　目標を設定し、医師会等関係機関（委託の場合は委託業者も含む）と連絡・協力体制を確保しているか

○　プログラム実施に必要な人員の確保はしているか

○　保健指導の実施者は、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等専門の職員を置くなどして、実施体制を確保しているか　　等

（２）プロセス評価

○　プログラム実施手順書等を作成するなどして、関係機関の間で意見を交換し情報共有しているか

○　対象者の抽出、事業説明、受診勧奨、保健指導、評価等、各段階で評価しているか

○　対象者に合わせた実施内容を準備できているか　　等

（３）アウトプット評価

○　受診勧奨を行った人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数）

○　対象者のうち、保健指導が実施できた割合（保健指導対象者数の内、初回面談が実施できた人数・保健指導を完了した人数）　　等

※上記のような自治体が絞り込んだ対象者に対する割合だけでなく、図表７で分類される各レベルの対象者における参加者の割合を把握する。

（４）アウトカム評価

①　短期的指標（保健指導終了前・後・１年後）

○　医療機関受診につながった人の人数（医療機関未受診者数のうち、受診勧奨を行った人数・医療機関受診につながった人数）

○　生活習慣改善への行動変容（食生活改善・運動習慣・禁煙・減酒 等）、ＱＯＬの向上

○　対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等）の改善率

○　プログラム内容に関する満足度や参加者の意識変化　　等

② 中長期的指標（２年～４年）

○ 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

○ 対象者の検査値（体重・BMI、空腹時血糖値、HbA1c、eGFR、尿蛋白、尿アルブミン等）の評価、及び特定健診等受診者全体の検査値の評価

○ 医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率） 等

※いずれも、事業に参加した人と参加しなかった人を比較して評価することが望ましい。

③ 長期的指標（５年～１０年）

○ 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

○ 医療費、糖尿病性腎症による透析導入数（率） 等

※いずれも、事業に参加した人と参加しなかった人を比較して評価することが望ましい。

（都におけるプログラム運用の評価）

○ 都は、区市町村等における取組状況や評価の実施状況を把握するとともに、下記の評価を行い、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適切に支援していく。

○ 事業実施による効果については、結果を区市町村等に情報提供する。

（１）ストラクチャー評価

○ 糖尿病に関する診療内容

・東京都医療機関案内サービス「ひまわり」の糖尿病関連項目より設定

○ 糖尿病医療連携に参画する多職種の人数

・都内の「東京都医師会糖尿病予防推進医講習会」修了者数等

○ 地域連携クリティカルパスの導入率

○ 「糖尿病地域連携の登録医療機関」の医療機関数

○ 地域ごとの連携率

・他の医療機関と連携している医療機関数

・糖尿病患者を継続的に診療している医療機関数 等

（２）プロセス評価

○ 医師会や医療機関、保険者等関係機関への周知・啓発を実施しているか

○ 関係機関の間で、プログラムに関する都の対応策や保険者の取組内容の共有を図っているか 等

（３）アウトプット評価

○ プログラム及び糖尿病性腎症重症化予防の取組区市町村数（国民健康保険保険者努力支援交付金（市町村分）申請区市町村数） 等

（４）アウトカム評価

○　糖尿病による失明発症率

・糖尿病による失明発症率（人口10万人対）（人）/18歳以上

・新規失明者数（人）/18歳以上

○　糖尿病性腎症による新規透析導入率

・糖尿病による人口透析新規導入率（人口10万人対）（人）

・糖尿病による人口透析新規導入患者数（人）

○　年齢調整死亡率

・糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）（人）/男性

・糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）（人）/女性

○　都民医療費　　等

８　個人情報の取扱い

○　糖尿病性腎症重症化予防の取組を進めるに当たっては、健診データやレセプトデータ等の個人情報が、対象者の抽出や受診勧奨・保健指導、現状確認等に活用される。

○　特に、健診データやレセプトデータは、一般的に個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下、「個人情報保護法」という。）に定める要配慮個人情報に該当し、他の個人情報よりも慎重に取り扱う必要があることから、あらかじめ個人情報の取扱いについて整理することが必要である。

○ 保険者においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。

○　なお、個人情報の取り扱いについては、以下のガイドライン並びにガイダンス等を参照すること。

・個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（行政機関等編）（令和４年１月（令和５年 12 月一部改正）個人情報保護委員会）

・医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年４月 14 日、令和５年３月一部改正、個人情報保護委員会 厚生労働省）

○ その他、「標準的な健診・保健指導プログラム（令和６年度版）第３編第３章３－３ ICT を活用した保健指導とその留意事項／第４編第３章３－４ 個人情報の保護とデータの利用に関する方針」を参照のこと。

（事業者に委託する場合の対応）

保険者が事業の実施の一部を事業者に委託する際に、委託業務の遂行のために健診結果やレセプトデータ等を当該事業者に提供する場合には、当該データの盗難・紛失等を防ぐための組織的、人的、物理的、技術的な安全管理措置及び外的環境の把握等に留意して委託仕様等を作成するとともに、委託先において当該個人データの安全管理措置等が適切に講じられるよう、保険者が必要かつ適切な管理、監督をするなど、個人情報の管理について万全の対策を講じる。

様式１

糖尿病性腎症保健指導プログラム参加同意書

年　　月　　日

（保険者名）様

フリガナ
氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所　〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、糖尿病性腎症重症化予防の重要性の他、次の説明を受け、糖尿病重症化予防プログラムに参加することに同意します。

１　（保険者名）は、かかりつけ医から指示を受けた内容に基づき、電話・面談等により、生活習慣の改善に向けた保健指導を行うこと

２　保健指導の期間は概ね６か月程度であり、その間、保険者とかかりつけ医は、必要に応じ、診療情報等の保健指導に必要な情報を共有すること

３　糖尿病治療に関する指示はかかりつけ医に従うこと

※かかりつけ医と連携した保健指導を行うため、下記にかかりつけ医療機関名をご記入ください。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式２

糖尿病性腎症保健指導指示書

年　　月　　日

（保険者名）様

医療機関名
住　　所
電 話 番 号
医 師 氏 名　　印

フリガナ 患者氏名		性別	男　・　女
生年月日	年　月　日 （　　歳）	職業	
住　　所			
傷　病　名 (該当するものに○をつけてください)	２型糖尿病 糖尿病性腎症　（　　期） 糖尿病性網膜症（　無　・　有　）、糖尿病性神経障害（　無　・　有　） 高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患 その他（　　）		
家　族　歴	糖尿病の家族歴（　無　・　有　・　不明　）		
現在の治療状況 今後の治療方針	食事療法	エネルギー摂取量　＿＿＿＿＿＿kcal 炭水化物比率（　50%　55%　60%　）	
	運動療法		
	薬物療法		
保健指導における具体的な指示事項	目標体重　：　＿＿＿＿＿＿kg（現在　　kg） 塩分制限　：　無　・　有（　　g） たんぱく質制限　：　無　・　有（　　g） カリウム制限　：　無　・　有（　　mEq） その他　：　（　　）		

検査データ （検査日　年　月　日）	血糖	(空腹時・随時)　mg/dl	血圧	／　mmHg
	eGFR	ml/分/1.73 ㎡	HbAlc	%
	アルブミン尿	mg/gCr	尿蛋白	

その他の留意事項	□　生活習慣改善が困難である □　治療が中断しがちである □　その他（　　）

様式３

年　　月　　日

（医療機関名）
（医師名）　　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　）	
生年月日	年　　月　　日（　　歳）	
住　　所		
保健指導年月日	年　　月　　日～　　（延べ指導回数　　回）	
＜行動目標＞		
＜保健指導内容＞		
担当課・係名	電話番号	担当者名

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

かかりつけ医⇔専門医（糖尿病・腎臓・その他）・眼科・歯科紹介用

紹介年月日　　年　　月　　日		返信年月日　　年　　月　　日	
【かかりつけ医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名	紹介 ⇒ ⇐ 返信	【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名	
カルテNo.		カルテNo.	

患者氏名	フリガナ 氏名	男　女	年　月　日生（　　）歳
患者住所	〒 電話：　－　－		
診断名	糖尿病　1型 ・ 2型　その他（　　）		
合併症	糖尿病網膜症　不明・無・有（　　） 糖尿病腎症　不明・無・有（　　） 大血管症　不明・無・有（　　） その他（　　）	糖尿病神経障害　不明・無・有（　　） 足病変　不明・無・有（　　） 歯周病　不明・無・有（　　）	
患者情報	糖尿病の家族歴（2親等以内）　□あり　□なし　□不明 喫煙歴　□あり（　本/日・年数　年）　□なし　□過去にあり 飲酒歴　□あり（頻度：毎日・（　）日/週・月）　□なし　□過去にあり		
検査所見	身長　cm、体重　kg、腹囲　cm、血圧　／　mmHg 検査日 / 血糖値（空腹・食後） / HbA1c% TC　mg/dl　LDL－C　mg/d　HDL-C　mg/d　TG　mg/d 血清Cr　mg/d　eGFR　ml/min/1.73㎡　尿蛋白（　）　尿蛋白（定量）　g/gCr 尿中アルブミン　mg/gCr　その他 ※検査結果は、別紙添付等でも可		
生活習慣指導	食事療法の指導　□実施している　□実施していない	運動療法の指導　□実施している　□実施していない	

かかりつけ医 ⇔ 紹介先医療機関		紹介目的・相談事項	紹介・相談事項への返信
		紹介先診断名・所見・特記事項等	
糖尿病専門医	紹介目的・相談事項等	□ 血糖コントロール　□インスリン導入 □ 合併症検査・治療　□ 治療方針のアドバイス □ 教育入院　□外来での教育 □栄養指導　□ その他（　　）	□ 治療方針決定（合併症含む） □ コントロール改善 □ 指導・検査終了 □ その他（　　）
	診断・所見・特記事項等		
腎臓専門医	紹介目的・相談事項等	□ 腎症評価※ ※参考：日本腎臓学会作成紹介基準 □腎代替療法の相談 □腎不全に伴う合併症評価 □その他（　　）	□糖尿病腎症：病期（ 第1・2・3・4・5期 ） □血液透析　□腹膜透析 □ その他（　　）
	診断・所見・特記事項等		
眼科医	紹介目的・相談事項等	□ 眼科合併症検査・治療依頼 □その他（　　）	□経過観察（　　）ヶ月後 □網膜光凝固（未・済） □その他（　　）
	診断・所見・特記事項等	□網膜症なし　□単純糖尿病網膜症（右・左・両）　□前増殖糖尿病網膜症（右・左・両） □糖尿病黄斑浮腫（右・左・両）　□増殖糖尿病網膜症（右・左・両）　□その他（　　） □視力　右（　　）　左（　　） □その他（　　）	
歯科医	紹介目的・相談事項等	□ 歯周病の疑い □ 口腔内精査依頼 □その他（　　）	□当院（科）にて治療　□専門歯科医療機関紹介 □治療完了・当院（科）で経過観察 □その他（　　）
	診断・所見・特記事項等	□歯周病（軽度・中度・重度）　□う蝕（　　歯）　□その他（　　）	

治療経過・連絡事項等	かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等 以上・裏面へ続く	紹介先からの連絡事項等 以上・裏面へ続く

治療経過・連絡事項等	
かかりつけ医での治療経過・現在の処方・相談事項等	紹介先からの連絡事項等

糖尿病患者診療情報提供書

東京都 標準様式

歯科⇔医科紹介用

紹介年月日　　年　　月　　日　　返信年月日　　年　　月　　日

【歯科医】 名称 所在地 電話番号 医師氏名	紹介 ⇒ ⇐ 返信	【紹介先医療機関】 名称 所在地 電話番号 医師氏名
カルテNo.		カルテNo.
患者氏名　フリガナ 氏名	男　女	年　月　日生（　　）歳
患者住所	〒 電話：　－　－	
歯科診断名	□歯周病（軽度・中度・重度）　□う蝕（　歯）	

紹介内容・相談事項		紹介目的・相談事項	内科診断・紹介・相談事項への返信
	紹介	□糖尿病精査・治療依頼	□診断確定　糖尿病（1型・2型） □その他（　　）
		□その他（　　）	□当院（科）にて治療　（外来・入院・その他（　　）） □他専門医療機関紹介　□その他（　　）
	相談事項	□使用可能薬剤の相談　□抗生剤予防投与の相談	□使用可能薬剤　□抗生剤予防投与　必要・不要 具体的指示事項 ［　　］
		□外科処置（抜歯含む）予定	□外科処置禁忌　□外科処置可能 具体的指示事項 ［　　］
		□その他（　　）	□その他（　　）

検査所見	身長　　cm、体重　　kg、腹囲　　cm、血圧　　／　　mmHg					
	検査日					
	血糖値（空腹・食後）					
	HbA1c%					
	※検査結果は、別紙添付等でも可					

合併症	歯科以外の合併症 □糖尿病腎症　不明・無・有（　　）　□糖尿病神経障害　不明・無・有（　　） □糖尿病網膜症　不明・無・有（　　）　□その他　不明・無・有（　　）

食事指導・処置	食事療法指導	□ 有 □ 無	内服治療	□ 有 □ 無	インスリンの使用	□ 有 □ 無

臨床情報・処置方針・相談事項・追加事項等	歯科からの連絡事項等	医科からの返信事項等
	主訴・治療経過・今後の処置方針・連絡事項等 以上・裏面へ	治療経過・現在の処方・連絡事項への返信等 以上・裏面へ

治療経過・連絡事項等	
歯科での治療経過・今後の処置方針・相談事項等	医科からの連絡事項等