

国の改定のポイント

都の対応のポイント（案）

1 プログラム改定の背景

○日本健康会議の「宣言2」として掲げられている5つの達成要件を達成した市町村や広域連合においても取組の質にはばらつきが見られる。	○都の現状を踏まえ、「1 本プログラムの趣旨」に以下を追加 ・糖尿病性腎症重症化予防事業の都内の取組自治体数は増加しているが、令和元年度に実施した調査や毎年度の取組状況調査では、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。
○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 ○高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施法制化の検討（※令和2年4月改正法施行）	○「1 本プログラムの趣旨」に以下を追加 ・関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、 更なる推進を目指していくために改定 ・ 高齢者の保健事業との一体的実施の開始を踏まえて改定

2 プログラムの基本的考え方

○呉市等の先行的取組を全国に広げていくため国レベルでプログラムを策定し、取組を推進してきたが、関係者の連携や取組内容等実施上の課題に対応し、 更なる推進を目指していくために改定 するもの。	○左記の趣旨を「1 本プログラムの趣旨」に反映
○区市町村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に当たり、 CKD対策等、既存の取組を活用することも考えられる。	○「2 基本的考え方（2）本プログラムの性格」に以下を追加 ・自治体の既存の取組（CKD対策等）を活用した糖尿病性腎症重症化予防の取組が考えられる旨追記

（市町村）

○庁内体制の整備

・健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課（広域連合）等の担当者による庁内連携体制を整え、共通認識を持つ

・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

○地域連携を通した課題分析と情報共有

・郡市医師会や地域の専門医療機関、都道府県（保健所を含む。）、広域連合、糖尿病対策推進会議等の関係機関との関係性構築。

○事業評価

後期高齢者医療制度への移行者に一体的に保健事業を実施し継続支援

○人材確保と育成

・外部事業者に業務を委託する場合には、事業の目的を踏まえて選定できる能力や、事業の詳細を把握し、全体のプロセスをコントロールすることが重要。

（都道府県）

○庁内体制の整備

・担当課だけでは対応できない問題がある場合には、関係部署が連携して取り組むことが重要

○地域連携に対する支援

・高齢者の保健事業の一体的な実施の取組が着実に進むよう、好事例の横展開を始め、援助が必要

・保健所を活用した取組や市町村、広域連合への支援も実施

○事業計画

・都道府県内の健康課題等の現状分析や計画の立案、評価等に活用可能なデータを提供する必要

○事業実施

・市町村や広域連合における事業実施状況を定期的に把握し、進んでいない市町村等を重点的に支援することが重要

○事業評価

・被用者保険や後期高齢者医療とも連携を取り、取組の効果が上がるよう調整することも重要

○人材育成

・データ分析や評価等の支援、市町村や広域連合の担当者等への研修等

・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ことが重要

○「3 取組に当たっての関係機関の役割等」に以下を追加 （区市町村）

・「①庁内連携体制」を新設し、健康増進担当部門＜保健師、管理栄養士、保健所等＞、高齢者医療担当課等との連携を図る旨記載

・「②地域連携を通した課題分析と情報共有」に、糖尿病医療連携圏域別検討会に対する情報提供や広域連合との連携等を追記。なお、地区医師会等の関係機関と課題の共有を行うことは、記載済。

・「⑤事業評価」に、後期高齢者医療制度移行者について国保から継続して評価をすることが望ましいことを追記。

・「⑥人材確保・育成」について新設し、外部委託業者に業務を委託する際の留意点を記載

※事業計画の立案、事業評価等、表現の修正があった箇所は文言整理

（都）※市町村の役割と対応するよう、段階ごとの取組を整理

・「①庁内連携体制」として、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との連携を図る旨記載

・「②地域連携に対する支援」として、以下を記載

ア 一体的実施に対する人材育成等の支援

イ 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

ウ 保険者協議会と連携した保険者の取組の被用者保険への周知等

・「③事業計画」として、区市町村や広域連合への活用可能なデータの提供を記載

・「④事業実施」として、区市町村の効果的・効率的な事業の推進、小規模町村が地域の実情に応じて円滑に事業を実施できるよう、事業の企画立案や見直し等に向けた助言・支援を記載

・「⑤事業評価」として、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の取組や事業評価等の支援について追記

・「⑥人材確保・育成」として、国保連とも連携したKDB等のデータ分析等に向けた研修等、区市町村や広域連合の担当者への研修、区市町村や広域連合の事例の収集・横展開、都及び保険者協議会の研修会等について記載

3 関係者の役割

（広域連合）

- 後期高齢者医療制度と国保の保健事業が一体的に実施されるよう調整するなど、市町村との連携が不可欠
- 市町村の保健指導実施を支援するための情報提供が重要
- 国保から連続した保健事業等の適切な評価への協力が重要

（地域における医師会等）

- 専門医が継続的に保健事業のアドバイザーとなることが望ましい。
- 糖尿病診療及び腎疾患診療におけるガイドラインの積極的活用

- 健康サポート薬局や栄養ケア・ステーション等、住民による主体的な健康の保持・増進を支援する機関等の有効活用の検討。

（都道府県糖尿病対策推進会議）

- 糖尿病対策推進会議は、自治体で行う糖尿病性腎症重症化予防の取組に助言等を行うことが期待される。
- 住民への普及啓発等には、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利用することも期待される。

（国保連合会の役割）

- KDBの活用によるデータ分析・技術支援、課題抽出、事業実施後の評価分析などにおいて区市町村や広域連合の取組を支援

（東京都後期高齢者医療広域連合）

- ・一体的な実施に係る区市町村との連携を追記
- ・保健事業実施と事業評価の支援のための情報提供を追記

（東京都医師会及び地区医師会）

- ・専門医が継続的に保健事業に助言することが望ましいこと、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を追記

（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）

- ・セルフケアの支援に、健康サポート薬局や栄養ケア・ステーションなどの有効活用を検討することを追記

（東京都糖尿病対策推進会議）

- ・区市町村への協力については記載済
- ・住民等への啓発や医療従事者への研修に当たって、教材を利用することも期待されることを追記。

（国保連合会）【記載済】

4 地域における関係機関との役割

- 地域の医師会・専門医療機関・都道府県・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
- 都道府県レベル、二次医療圏等レベルで協議会や検討会を実施する等、地域の関係者間で顔を合わせ議論
- 市町村や広域連合は、医師会等に対象地域の健康課題や本事業の狙いについて情報提供
- 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

- 「6 かかりつけ医や専門医との連携」を「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」へ移動し、左記の趣旨を踏まえ記載を整理

5 プログラムの条件

（１）効果的・効率的な事業を実施するための条件

①対象者の抽出基準が明確であること
・**レセプトの請求情報（薬剤や疾患名）も活用**し被保険者の全体像を把握した上で抽出することにより、健診未受診者層等からの抽出が可能

②かかりつけ医と連携した取組であること
・事業の**実施時のみならず企画時や評価時などきめ細かく連携**することにより、PDCAサイクルに基づく取組を実施

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
・**医師・歯科医師・薬剤師等多職種連携による取組**を行うことにより保健指導の質の向上につながる

④事業の評価を実施すること
・**アウトカム指標（特定健診結果の値や人工透析新規導入患者数の変化等）を用いた事業評価**を行うことにより、重症化予防効果等の測定が可能

⑤取組の実施に当たり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携（各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有など）を図ること
・**情報提供のみならず専門的助言を受け、更に事業へ反映**することにより取組の質の向上へとつながる

※保険者努力支援制度等では、上記５項目に加え、取組の質に配慮し、アウトプット、アウトカムに着目した評価指標を設定

（２）更に事業を発展させるための留意事項

①腎症の病気、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リスクマネジメントの観点からも、保健事業のみで腎症患者に対応すべきではない。
③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健診データやレセプトデータ等での病気別の評価が重要。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
⑤糖尿病対策推進会議においては専門医の役割が重要。

○「**2（５）プログラムの条件**」を「**4 プログラムの条件**」へ移動し、（１）下線部及び（２）の趣旨並びに令和４年度保険者努力支援制度（取組評価分）の評価指標の趣旨を踏まえ記載を整理

（指標抜粋）

・特定健診受診者で糖尿病基準に該当するが医療機関未受診の者及び特定健診未受診者で過去に糖尿病治療歴があり現在治療中断している者を抽出し、受診勧奨を実施していること。
・保健指導対象者の医療機関受診状況に加え、保健指導終了後のHbA1c、eGFR、尿蛋白等の検査結果を確認し、取組の実施前後でアウトカム指標により評価していること。

6 取組方策

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）

○「2 基本的考え方」（3）取組方法に追記

7 プログラム対象者選定の考え方

- ・自治体の保健事業において扱う糖尿病性腎症対象者の定義の明確化
- ・後期高齢者においては、壮年期よりも緩和した基準を提示している学会ガイドラインもあり、地域の実情に合わせ、医師会等地域の関係機関と抽出基準について相談することが望ましい。
- ・「糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法」について、対象者の例として「過去3年間程度の健診にてHbA1c6.5%以上」に変更

○左記の趣旨を踏まえ「5（1）対象者の基本的な考え方」の記載を整理

- ・腎症対象者の定義の明確化
- ・後期高齢者の抽出基準は、HbA1c8.0%以上等との例示に加え、高齢者の新規透析導入患者数が増加していることから、地域の実情に合わせ、地域の関係機関と抽出基準について相談することが望ましいことを追記
- ・「糖尿病治療中断かつ健診未受診者の抽出方法」を「**HbA1c7.0%からHbA1c6.5%以上**」にするなどの変更

8 介入方法

①受診勧奨

- ・基本的に抽出した全ての対象者に行い、医療機関受診へつなげる。等

②保健指導

- ・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
- ・壮年期における生活習慣病対策から、フレイルにも着目し、ライフステージに応じた対策を行う。

○左記の趣旨を踏まえ「6 介入方法」の記載を整理

○下記を追記

②保健指導

- ・保健指導時の新型コロナウイルス感染症拡大防止策 等

9 プログラムの評価

(1) 目的

- ①より効果的・効率的に事業を展開するために取組内容を振り替えること
- ②短期・中長期的な評価を継続的に行うこと

(2) 方法

- ・KDB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、自治体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
- ・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構築が必要。

(3) 短期・中長期的な評価

- ・中長期的には、事業参加者と不参加者の比較により、検査値や腎症病期、新血管イベントや合併症の発症、透析導入等に着眼した評価を行う。

(4) 改善点の明確化とその対応

- ・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。
- ・必要に応じマニュアルの修正や体制図の更新等を行う。

○左記の趣旨を踏まえ「7 プログラム評価指標」の記載を整理

- ・中長期的な評価に当たっては、国の大規模実証事業（検査値の変化等）を注視していくことを追記

10 個人情報の取扱い

取組に当たっては、基本情報に加え健診データやレセプトデータ等個人情報を活用することから、取扱いに留意する必要がある。

○「8 個人情報の取扱い」を新設

- ・国民健康保険法の改正等を踏まえ、健診データやレセプトデータ等個人情報の取扱いについて整理