

大 東 保 第 3037 号
令 和 6 年 9 月 25 日

一般社団法人 大東・四條畷医師会
会長 福田 泰樹 様
関係医療機関 御中

大東市保健医療部保険年金課長

令和 6 年度糖尿病性腎症重症化予防事業の実施にかかるご協力について（依頼）

平素は、本市の国民健康保険の運営にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では、糖尿病の重症化や人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸と医療費の適正化を図るため、下記のとおり糖尿病性腎症重症化予防事業を実施いたします。

つきましては、事業対象者が主治医様を受診された際は、ご高配を賜りますようよろしくお願い申し上げます。また、貴院にて本事業の対象と思われる患者様がおられましたら、是非ご紹介ください。

記

【令和 6 年度大東市糖尿病性腎症重症化予防事業の概要】

1. 予定期間

参加者募集文書発送：令和 6 年 10 月 3 日

参加者募集締切：令和 6 年 10 月 17 日

保健指導：令和 6 年 10 月～令和 7 年 3 月（6 か月間）

2. 事業対象者

・レセプト及び特定健診データから抽出された、大東市国民健康保険・後期高齢者医療制度被保険者のうち、比較的早期に人工透析への移行が疑われる人

（第 3 期：顕性腎症期、第 4 期：腎不全期）

・1 型糖尿病、がん治療者等を除く

・最大人数 国民健康保険：15 名

後期高齢者医療制度：10 名

3. 目的

糖尿病性腎症重症化のおそれのある事業対象者に対し、医療機関と連携を図りながら保健指導を実施し、自ら体調管理を促すことで重症化を遅らせること。

4. 実施方法

保健師・看護師・管理栄養士等の専門職が実施します。

委託事業者のプログラムに沿って

国民健康保険 : 面談 2 回、電話 10 回 計 12 回

後期高齢者医療制度 : 面談 2 回、電話 5 回 計 7 回 を標準として実施します。

5. 事業の流れ

①参加者募集

・患者様から医療機関に申し込みがある場合

対象の患者様に対し、事業のご案内と「参加意向確認書 兼 生活指導確認書」(別紙 5 参照)を郵送いたします。患者様ご本人が保健指導を希望する場合、「参加意向確認書」欄に患者様が記入され、かかりつけの医療機関へ持参されます。保健指導の対象として適切な患者様であれば、「生活指導確認書」欄に主治医様をご記入のうえ、同封の返信用封筒にてご返送をお願い申し上げます。

・主治医様から患者様へ申し込みをご提案していただく場合

「別紙 1 リーフレット」「別紙 2 申し込み方法」をご参照ください。

・81 歳以上の対象の患者様へは、参加希望のお申し出があった場合のみ事業のご案内と「参加意向確認書 兼 生活指導確認書」を郵送いたします。

※文書作成料は 3,000 円(税抜き)としています。この費用は患者様ではなく、大東市が負担いたします。(後日請求書をお送りいたします。)

※参加希望者が最大人数を超過した場合、先着順となります。人数超過により不参加となった場合も、文書料をお支払いいたします。請求書の送付とともに、対象の患者様がご参加いただけることとなったかどうか、併せてお知らせいたします。(別紙 7 見本参照)

②保健指導実施・報告

返送があった希望者に対し、「生活指導確認書」に沿った形で、面談および電話にて、食事指導や運動指導等を行います。なお保健指導の実施状況や内容については、主治医様に指導月の翌月に報告書をお送りいたします。

6. 事業評価に係る血液検査について

保健指導前後の改善状況評価にあたり、意識・行動変容を確認する為のアンケートと併せて血液検査の結果を用います。主治医様に実施時期等を指定して情報提供をもとめるのではなく、元々の糖尿病治療のスケジュールに沿って実施された検査の数値をご本人様にヒアリングいたします。

【問合せ先】大東市保健医療部保険年金課

国民健康保険・・・給付・庶務グループ 電話：072-870-4012

後期高齢者医療保険・・・後期高齢グループ 電話：072-870-9629