

こんな患者様はいらっしゃいませんか？

大東市の 糖尿病等重症化予防プログラムに 無料参加できる可能性があります！



診療時間内であれこれ聞き取ったり、細かく指導する時間を取れず、
家での食事や運動がうまくいっているか心配…

診察の時は「頑張っています」と言ってくれるけれど、最近検査数値が思わしくない。
モチベーションの保持に不安がある…



大東市では、保健指導のプログラムをご用意しています！

（事業実施：大東市保険年金課 委託業者名：株式会社データホライズン）

ご応募いただける患者様の要件

- ・2型糖尿病で、糖尿病性腎症ステージ2期・3期・4期
- ・大東市国民健康保険の被保険者の方、
または大阪府後期高齢者医療の被保険者で大東市にお住まいの方
- ・80歳以下

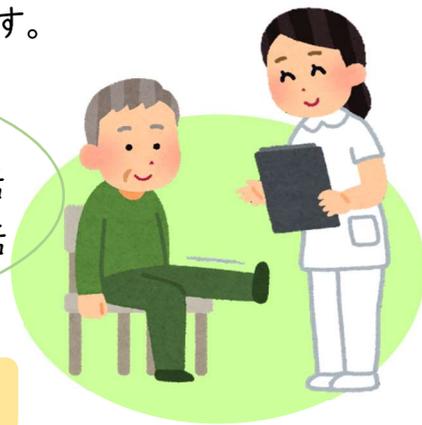
国保：先着10名
後期：先着10名
まで！

糖尿病性腎症について専門の研修を積んだ保健師や看護師が、
かかりつけ医様の治療方針（別紙 生活指導確認書にご記入ください）のもと、
患者様の症状や生活に合った食事指導や運動指導をいたします。
保健指導の内容は、毎月末に報告書にてフィードバックいたします。



6か月間のサポート
国保：2回面談/10回電話
後期：2回面談/5回電話

ご家族も同席OK★



申込方法

①患者様が、参加要件を満たしているかを確認。

満たしている場合、かかりつけ医様記入欄（生活指導確認書）に記入。
生活指導確認書の文書料は大東市が負担します。

②患者様に、参加の意向を確認。

参加を希望されたら、患者様記入欄（参加確認書）への記入を依頼してください。



③ご本人様、またはかかりつけ医様が大東市役所へ送付。

定員に達していなければ、そのまま参加確定です。
定員に達しご参加いただけない場合は、患者様にお電話にてご連絡いたします。

返送期限：9月30日



④(1)患者様が参加となったか、不参加となったかのお知らせ

(2)文書料の請求書 が届きます。



参加の場合は、担当保健師・看護師より患者様へお電話し、プログラムが始まります。
定員に達し不参加となった場合は、よろしければ、また来年度以降ご応募ください。
（参加・不参加は文書料の支払いには影響ありません。）

ご参考・お願い

前年度の特健診・レセプト情報から、この事業の対象となる可能性が高い患者様にも、このプログラムのご案内と、参加確認書・生活指導確認書を送付しております。

〈抽出条件〉

- ・空腹時血糖 126 mg/dl 以上、または HbA1c 6.5% 以上（75 歳以上は 7.5%）
- ・「糖尿病治療薬あり」と回答、またはレセプトに糖尿病服薬情報あり
- ・eGFR30 以上 ・尿蛋白+

患者様がこれらの書類を持参され、ご参加を希望された場合、参加要件を満たしていましたら、ぜひお申込みください。

（患者様に届いた書類、かかりつけ医様に届いた書類、どちらでお申込みいただいても、その後の流れに変わりありません。）



大東市 保険年金課

「糖尿病等重症化予防プログラム」のご案内

平素から、大東市国民健康保険事業にご理解とご協力いただき、厚くお礼申し上げます。

大東市国民健康保険・後期高齢者医療制度では、「糖尿病等重症化予防プログラム」を実施します。これは教材や手帳を使い、専門の研修を積んだ保健師・看護師と共に、健康管理について個別の面談や電話でわかりやすく学ぶプログラムです。6か月間・月2回程度、お電話または大東市役所にて直接お会いしてお話しさせていただきます。

是非この機会に参加ください。

送付書類一覧・「糖尿病等重症化予防プログラム」のご案内（本書）

- ・リーフレット・申込方法案内
- ・参加意向確認書 兼 生活指導確認書
- ・個人情報の取扱いについて
- ・返信用封筒

※書類の到着確認のため、プログラム実施会社よりお電話（TEL:0120-028-088）させていただきます場合がございます。

■事業の委託・個人情報保護について

この事業は、大東市が主体となり、プログラム実施を株式会社データホライゾンに委託しています。
プログラム実施のための個人情報を委託先に提供しますが、目的外に使用することは一切ありません。

プログラム実施会社：株式会社データホライゾン

住所：大阪市浪速区難波中1-13-8-8F TEL：050-1724-7943

大東市 保険年金課 住所：大東市谷川1-1-1 TEL：072-872-2181

国民健康保険…給付・庶務グループ (内線番号 3151～3153)

後期高齢者医療…後期高齢グループ (内線番号 3143～3144)

参加前に必ずお読みください

ご参加いただけない方

- ・1型糖尿病の方
- ・腎不全の方(eGFR 値が15未満)
- ・悪性腫瘍(一般にガン)の治療中の方
- ・精神疾患等の既往があり、コミュニケーションが困難な方
- ・上記のほか、プログラム実施が困難であると株式会社データホライゾンが判断した場合、ご参加をお断りする場合がございます。

ご確認事項

- ・株式会社データホライゾンよりお電話いたします。
- ・プログラム途中で1か月以上お電話がつかない場合は、辞退扱いとなります。出張や旅行などで長期間連絡が取れなくなる場合、事前にお知らせください。
- ・プログラム実施前から終了後まで検査結果の報告や簡単なアンケートにご協力をお願いいたします。
- ・医学的に根拠が証明された方法で予防プログラムをご提供するため、危険や不利益はありません。指導は専門の訓練を受けた看護師・保健師が、医師や管理栄養士らと協力しながら実施します。
- ・この予防プログラムは危険性のない食事療法や運動療法を主体としたものであり、実施することによる危険性は想定されません。そのため、何らかの健康障害が起こった場合は、プログラムの影響とは考えにくいことから、金銭的補償は行われません。補助的に使用する教材は、すでに市販されていて安全性が確認されているものです。
- ・指導において得た情報は、かかりつけ医に提供することがあります。

よくあるご質問

Q 1 : かかりつけ医がいないのですが・・・？

A1: お早目にお近くの専門医へ受診をお願いいたします。
その際、「参加意向確認書 兼 生活指導確認書」を専門医へお渡しし、「生活指導確認書」欄のご記入をお願いしてください。

Q 2 : 参加に費用はかかりますか・・・？

A2: プログラム自体の参加費用は大東市が負担するため無料です。
ただし、面談会場までの交通費や、かかりつけ医に受診される費用(検査・お薬代等)は自己負担となります。

糖尿病等の重症化・人工透析を予防したい方へ

糖尿病等重症化予防プログラムのご案内

(事業実施:大東市保険年金課 委託業者:株式会社データホライゾン)

プログラム終了後には、スマートウォッチをプレゼント!

- ★ 参加できる人 この通知が届いた方
- ★ 定員 国民健康保険・後期高齢者医療制度 10名ずつ
- ★ 期間 令和7年10月から令和8年3月まで
- ★ 参加費用 無料



プログラムの内容

専門の研修を積んだ保健師や看護師が、かかりつけ医の治療方針のもと、ひとりひとりの症状や日常生活に合った食事改善や運動習慣をサポートします。

6か月間のサポート

国保 : 2回個別面談 / 10回電話

後期高齢 : 2回個別面談 / 5回電話



1回目の個別面談で、希望者にはスマートウォッチをお渡しします。
歩数や心拍数を確認できます。

参加方法

- ご自身で、「参加意向確認書」を記入する。
- かかりつけ医に、「生活指導確認書」を記入してもらう。
- 9月30日(火)までに**返信用封筒を用いて返送する。
- 初回面談の日程調整について、担当者から電話が来る。

電話番号 050-1724-7943



自身の体調とうまく付き合っていくために、参加してみませんか??

【返送期限：9月30日】

参加意向確認書

患者様記入欄

記入した日	年 月 日
お名前（自署） ※不参加の場合もご記入ください	
ご生年月日	年 月 日
文書送付先のご住所	〒574- 大東市
平日・日中のご連絡先	() ※携帯可
連絡可能時間帯 (9:00~18:00の間)	下記時間帯以外にもお電話をさせて頂くことができます。 : ~ :

参加を希望します

【確認事項】

「個人情報の取扱いについて」を読み、同意しました。

この用紙と「かかりつけ医様へのご案内」、
返信用封筒をかかりつけ医にお渡しいただき、
生活指導確認書（下記・裏面）の記入・返送を
かかりつけ医に依頼してください。

参加しません

【理由】

- 自己管理出来ているから
- 参加する時間がないから
- 参加対象外だったから
- その他

ご記入は以上です。同封の
返信用封筒にてご返送くだ
さい。

生活指導確認書

かかりつけ医様記入欄

プログラム実施期間の生活指導は本書の内容を基に行ってまいります。

※定員に達した場合、プログラムへご参加いただけません。

(参加・不参加の結果は、患者様にご連絡するとともに、文書料請求書送付時にかかりつけ医様にもお知らせします。)

※プログラム実施期間中はかかりつけ医様宛に下記の住所へ毎月1回指導報告書を送付いたします。

1 医療機関名とかかりつけ医名のご記入をお願いいたします。

記入日 西暦 年 月 日

医療機関名 _____ かかりつけ医名 _____ 先生

医療機関 電話番号 _____

医療機関 住所 (〒 -)

【医療機関のスタンプ押印欄】

※医療機関名、かかりつけ医名、
医療機関住所のスタンプをお持ち
でしたら右の空欄をご利用ください。

2 病名について、該当する病名に○をお願いいたします。

- ・2型糖尿病
- ・糖尿病性腎症(ステージ)
※ステージ5の場合対象外となり、ご参加いただけません
- ・糖尿病網膜症
- ・末梢神経障害
- ・高血圧
- ・脂質異常症
- ・虚血性心疾患
- ・その他()

3 生活指導の内容についてご指示ください。

診療ガイドラインどおりであれば、次のいずれかに○をお願いいたします。

- ・糖尿病診療ガイドライン(または糖尿病治療ガイド)
- ・CKDガイドライン
- ・その他()

4 (診療ガイドライン以外の指導内容の場合のみ)

生活指導について、特に指示があればご記入をお願いいたします。

目標値	体重 ()kg を目標とする
	HbA1c (NGSP) (~) % 以下を目標とする
	血圧 (~) mmHg 以下を目標とする
	その他、検査値など
運動	運動制限 有 ・ 無
食事目標	1日摂取カロリー () kcal
	1日塩分量 () g
	タンパク質量 () g ※ 糖尿病性腎症の場合

5 生活指導に関して特に注意事項等がございましたら、ご指示をお願いいたします。

ありがとうございました。お手数をお掛けしますが、返信用封筒にてご返送をお願いいたします。

■保険者■

大東市 保険年金課 TEL : 072-872-2181 給付・庶務グループ(内線 3151~3153)
後期高齢グループ (内線 3143~3144)

■プログラム実施会社 (保健指導に関するお問合せ先)■

株式会社データホライゾン 健康管理部 大阪健康管理課
TEL : 050-1724-7943

※後日、生活指導確認書の文書作成料の請求書をかかりつけ医様宛てにお送りいたします。

必要事項を記載の上、ご返送いただいた後、上記実施会社よりお振込みさせていただきます。

個人情報取扱について

ご一読の上、保管ください

株式会社データホライゾン（以下、「当社」とする）は、各種指導プログラムおよびそれに付随する各種支援のサービス提供のため、サービス上必要となる個人情報を取得します。

これらの個人情報は、当社の「個人情報保護方針」に基づき以下のとおり取り扱います。

1. 取得及び利用目的

サービス上必要となる個人情報（注1）を取得しますが、これらの個人情報は、保険者様より委託されたご本人様の健康指導を最善のものにするために利用します。

個人情報は、その利用目的の範囲内で正確かつ最新の内容を保持して利用します。

なお、指導時に取得した情報は個人を特定できない形式で統計的に処理し、サービス向上のための検証、学術的な研究・発表、商品開発や説明資料に使用することがあります。

サービスを受けた方の不利益になるような公開や、個人を特定する情報として外部に公表することは一切ありません。

2. 個人情報の提供

個人情報は、法令で定める場合、人の生命、身体または財産その他の権利利益を害する場合であって、ご本人の同意を頂く事が困難な場合を除き、ご本人様の同意を得ずに、第三者へは提供しません。なお、当社はサービス提供状況をプログラム参加時の提出書類に記載された保険者様、かかりつけ医に報告します。

3. 個人情報の委託

個人情報を第三者に委託することはありません。個人情報は、定められた責任者・管理者のもとで万全な保護体制を構築して安全に管理します。

4. 個人情報の安全管理

利用目的に応じて保存期間を定め、保存期間経過後に適正に廃棄・消去します。

個人情報を厳重に取り扱うため、従業員等に対し、適切な監督と必要な研修を行います。

5. 個人情報提供の任意性について

個人情報の提供はご本人の任意となっております。サービス上必要な個人情報が得られなかった場合、誠に不本意ながらご要望に沿ったサービスの提供ができなくなることをご了承の上、プログラムおよびそれに付随する支援にご参加ください。

6. 個人情報に関するお問い合わせについて

取得した個人情報について、開示等（注2）をご希望される場合、苦情の相談をされる場合、法令および当社規程に基づき、適正かつ誠実に対応します。下記問い合わせ先へお申出ください。

なお、その場合には、当社は保険者様に報告の義務があることをご了承願います。

【個人情報の問合せ先】

〒733-0834 広島県広島市西区草津新町一丁目 21 番 35 号 広島ミクス・ビル
株式会社データホライゾン
個人情報保護管理者 伊藤 康太郎
電話 082-279-5552 E-mail pmark@dhorizon.co.jp
個人情報保護方針：<https://www.dhorizon.co.jp/company/policy.html>

（注1）取得する個人情報

- ① 氏名、性別、年齢、住所、電話番号、病名、かかりつけ医療機関
- ② 検査データ、血圧、年齢、身長、体重、罹患年数、処方状況、アンケート結果、受診状況
- ③ 指導内容、結果、生活状況、一日の食事内容
- ④ 処方薬剤、処方医師、処方薬局
- ⑤ プログラム実施結果、分析、評価、考察、まとめ
- ⑥ コールセンター音声記録（指導内容の記録、苦情対応）

（注2）当社は、当社が取得した個人情報に関して、ご自身の情報の開示等をご希望される場合はご自身及びお申し出いただいた方がご本人であることを確認した上で、合理的な期間、法令等に定められた範囲内で対応いたします。

<開示等の内容>

- ① 利用目的の通知
- ② 開示
- ③ 内容の訂正、追加又は削除
- ④ 利用の停止又は消去
- ⑤ 第三者への提供の停止

なお、開示等に伴う、プログラムおよびそれに付随する支援への利用の停止又は消去に伴い、不本意ながらご要望に沿ったサービスの提供ができなくなる場合がありますので、あらかじめご了承の上ご請求ください。

糖尿病等重症化予防プログラム

参加・不参加の確定のお知らせ 兼 文書作成料 請求書

●●病院 ▲▲先生 (計■人)

ご参加が確定された方 _____ 様・ _____ 様

定員超過のため、ご参加いただけない方 _____ 様・ _____ 様

この度は生活指導確認書のご記入に、ご協力いただきありがとうございました。
以下の請求書にご記入いただき、同封の返信用封筒に入れてご返送ください。
(書類のご返送後1~2か月後にご指定の口座へお振込みいたします。)

請 求 書

令和 ____年 ____月 ____日

株式会社データホライズン様

_____ 円 (税込)

大東市の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に係る「生活指導確認書」
文書作成料として

医療機関名・代表者名 _____ (印)

■お振込先 銀行口座記入欄

ご指定口座	金融機関名				支店名		
		銀行	信用金庫	信用組合	農協	支店	支所
預金種目	1. 普通・総合 2. 当座	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)					
フリガナ							
口座名義人							

■文書作成料に関する請求先／お問い合わせ先■ 株式会社データホライズン

住所：大阪市浪速区難波中 3-5-2-6F TEL：06-4395-5736