

参考資料 1

令和 6 年度糖尿病性腎症重症化予防事業協力依頼について [概要]

【目的】

糖尿病が重症化するリスクの高い未受診者・受診中断者を医療に結びつけるとともに、糖尿病性腎症で治療中の患者のうち、重症化するリスクの高い通院患者に対して保健指導を行い、人工透析への移行を防止することで、健康増進及び医療費の適正化を目指します。

【対象】

川越市国民健康保険に加入する被保険者のうち「受診勧奨対象者」及び「生活指導対象者」「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」によって選出。

【内容】

①レセプト及び健診結果から生活習慣病が重症化するリスクの高い未受診者、治療中断者を抽出し、医療受診を勧奨する。【受診勧奨】

②通院中で生活指導が必要な者（データから病期が 2～4 期と推定される患者）を抽出し保健指導を実施する。【保健指導】

※主治医が生活指導を含めた総合的な治療管理を行い、生活習慣病管理料を算定している患者は対象としない。

医師会様への依頼事項

- 1 共同事業に協力いただける医療機関の選定（4月25日（木）まで）
- 2 事業参加医療機関への説明資料の配布協力

事業参加医療機関様への依頼事項等

- 1 市から送付された候補者名簿一覧から、保健指導の対象者を選定する。
* 候補者名簿一覧にない患者様であっても保健指導の対象者として推薦することも可能。
(6月10日まで) (謝金：選定人数にかかわらず、かかりつけ医様ごとに一律 10,000 円)
- 2 「謝金振込先口座指定依頼書」のご記入（6月10日まで）
- 3 申込みのあった対象者の「糖尿病保健指導指示依頼書」のご記入（7～8月頃）
(謝金：指示依頼書の記入 1～4 人までは人数にかかわらず一律 10,000 円、
5 人目から 1 人につき 2,500 円を加算します。)

※保健指導の実施は委託企業が実施し、その経過等はかかりつけ医様に共有いたします。

※事業にご協力表明された場合でも、患者様の状況によっては対象者が存在せず、謝金が発生しない場合もございます。予めご了承下さい。

糖尿病保健指導指示依頼書

令和 年 月 日
様

医療機関名 _____

主治医 _____ 印
(フルネームでのご署名と押印をお願いします)

下記のとおり保健指導を依頼します。

患者氏名	生年月日	性別
住所		

保健指導に関する指示事項

↓該当する場合は、✓ (チェック)をお願いします。



糖尿病性腎症患者に対して、「糖尿病診療ガイドライン」(日本糖尿病学会)及び保健指導プログラムのとおり実施することが適当である。

※I型は対象外となります。

(任意) 上記の他、留意することがある場合のみ、ご記載いただける範囲でご記入下さい。

例えば、合併症の状況、運動・塩分制限、摂取カロリー等 ※楷書にてご記入下さい。

(任意) 最新の検査値がございましたら可能な範囲でご記入下さい。

[検査日: 令和 年 月 日現在]

身長	体重	クレアチニン	収縮期血圧	拡張期血圧
cm	kg	mg/dl	mmHg	mmHg
HbA1c	eGFR	尿中微量アルブミン	尿蛋白(定性)	空腹時血糖・随時血糖
%	mL/min/1.73 m ²	mg/L	-・±・+・2+・3+	mg/dl

検査値等の個人情報の提供については、プログラムへの参加同意書にて患者本人より同意を得ています。



糖尿病性腎症患者に対する保健指導プログラム



