

尼崎市糖尿病窓口負担金助成事業（尼崎市医師会）実施要領（案）

当該事業を実施するにあたり、以下の内容について留意し、実施を行う。

1 制度の目的・概要

糖尿病重症化予防対策として、糖尿病治療における経済的な負担を原因とする治療中断又は未治療の国保被保険者に医療費の内の窓口一部負担金を助成し、保健指導に基づき生活習慣の改善を図ることで、糖尿病の重症化を予防することを目的とする。

助成額は、通院にかかる糖尿病治療にかかる窓口一部負担金のうち、月2万円（院外処方の場合は1万円 院内処方の場合は2万円）を上限とし、上限額を超えた場合、超過分は本人が負担する。

なお、助成の期間は1年間とするが、本人申請により、継続も可能とする。

2 対象者

- (1) 尼崎市国民健康保険被保険者であること。
- (2) 尼崎市国保特定健康診査、又は生活習慣病予防健診を受診していること。
- (3) 尼崎市国保が実施する保健指導を利用している者であること。
- (4) 市民税の非課税世帯の者であること。ただし、非課税でなくなった場合においても、助成開始から3ヶ月間は助成を継続する。
- (5) 尼崎市国保の保険料を滞納していない者（分納誓約履行者を含む）であること。
- (6) 限度額適用認定証を取得している者であること。
- (7) 上記(2)の健康診査又は予防健診を受診した結果、HbA1cが8.0%（NGSP値）以上であること。

3 医療機関受診までの流れ

(1) 対象者の決定

市において、2の条件を満たす者の中から、保健指導等で対象者の経済状況も含めた生活実態を把握し、当該制度の条件を満たすかを確認した上、制度の説明を行い、対象者からの制度利用申請により、決定を行う。

(2) 受診医療機関への連絡

当該事業の協力医療機関の中から、受診希望の医療機関を聴取し、その医療機関へ市から連絡する。

4 医療機関受診後の流れ

(1) 医療機関受診時の取り扱い

ア 受付

(ア) 被保険者証で、尼崎市国民健康保険被保険者であることを確認する。

(イ) 市で発行した糖尿病窓口負担金助成券(別紙1)及び情報提供書を受け取る
(3枚複写を3枚とも)

イ 診療

必要な糖尿病診療。

ウ 会計(窓口自己負担額の徴収等)

(ア) 窓口自己負担額の徴収

1か月の診療にもとづく窓口自己負担額のうち、助成限度額である月2万円(院外処方の場合は1万円、院内処方の場合は2万円)までは、市が負担を行い、助成限度額を超えた自己負担額については、患者本人から徴収を行うこと。

(イ) 助成対象となる費用の範囲

糖尿病の治療にかかる範囲とし、同一医療機関内で、糖尿病治療と同月に他の疾病の診療が行われた場合は、他の疾病にかかる経費も適応範囲内とする。

ただし、同月に糖尿病診療が全く実施されていない場合の他疾病にかかる経費は適応外とする。

<例>

・院外処方の場合

	ケース1	ケース2	ケース3
1月の診療・投薬内容	糖尿病のみ	糖尿病および糖尿病以外の疾病	糖尿病以外の疾病のみ
助成対象となるかどうか	対象	対象	対象外
1月分の合計点数(例)	830点	6,716点	1,000点
本人負担額(3割負担の場合)	2,490円	17,148円	3,000円
助成額	2,490円	10,000円	0円
窓口で徴収する額	0円	7,148円 (17,148 - 10,000円)	3,000円

・院内処方の場合

	ケース1	ケース2	ケース3
1か月間の 診療・投薬内容	糖尿病のみ	糖尿病および糖尿病以 外の疾病	糖尿病以外の疾病のみ
助成対象となるかど うか	対象	対象	対象外
1月分の合計点数 (例)	1,600点	11,432点	1,000点
本人負担額 (3割負担の場合)	4,800円	34,296円	3,000円
助成額	4,800円	20,000円	0円
窓口で徴収する額	0円	14,296円 (34,296円-20,000円)	3,000円

(2) 結果報告

診療結果については、糖尿病診療結果情報提供書（別紙3）に記載し、1か月ごとに、情報提供書に同封している返信用封筒に入れ、市に返送するか、請求手続きを行う際に、医師会に提出すること。

なお、当該診療結果情報提供書の発行は、診療報酬点数表「診療情報提供料I」に該当するものである。

(3) 費用請求

1月ごとに「糖尿病窓口負担金助成事業にかかる窓口一部負担金請求書」（別紙1）に必要事項を記入の上、3枚複写の2枚目3枚目および、診療報酬明細書（レセプト）の写しを医師会事務局に提出し、一枚目は医療機関で保管すること。請求は、医師会事務局が一括して尼崎市へ行う。

5 市での継続保健指導

市では、対象者に対し、毎月の診療情報提供にもとづき、家庭訪問を原則とし、面談、電話、手紙等で保健指導を実施する。6月、9月、12月、3月の保健指導時に継続要件に合致するか判断し、翌月以降の助成券を交付する。なお、実施した保健指導結果の報告については、情報提供書を作成し、次回受診時に対象者が医療機関へ持参するものとする。

6 助成終了となる場合

助成期間は原則1年間とし、翌年の健診でHbA1cが6.9%以下となっている場合は継続申請しないことを基本とする。

なお、助成対象者が次項に掲げる要件をどれか一つでも満たした場合は助成開始から1年未満であっても、終了することがある。

助成を終了する際は、市から医師会事務局を通じ、受診医療機関へ通知を行う。

- (1) 国保被保険者でなくなったとき
- (2) 糖尿病の治療を中断または終了したとき
- (3) 尼崎市国保が実施する保健指導の利用を中断したとき
- (4) 非課税世帯でなくなったとき
- (5) 国民健康保険料を滞納したとき
- (6) 本人による助成終了の申し出があったとき

以 上

糖尿病窓口負担金助成券【医療機関用】

平成 年 月 日

様（被保険者番号）
（住所）

尼崎市糖尿病窓口負担金助成事業実施要綱第9条に基づき、平成 年 月分の医療助成券を、この券面を以て交付します。

ただし、この助成券は、糖尿病窓口負担金助成事業実施要綱第7条により決定した以下の機関でのみ有効となるものです。

医療機関名称
（所在地）

尼崎市長 稲村 和美 印

糖尿病窓口負担金助成事業にかかる窓口一部負担金請求書

尼崎市長 様

尼崎市糖尿病窓口負担金助成事業実施要綱に基づいて行なわれた、診療にかかる窓口一部負担金を、関係書類を添えて次のとおり請求します。

診療年月日	平成 年 月分	診療日数	日間
診療における窓口一部負担金 [A]			円
糖尿病窓口負担金助成以外に受けた医療費の給付等 [B]			円
今回請求額計 糖尿病窓口負担金助成の対象となる費用 [A] - [B]			円

○ 関係書類 診療報酬明細書の写し

糖尿病診療結果情報提供書（添付 市へ送付済み）

医療機関名 _____

所在地 _____

代表者 _____ 印

【医療機関・尼崎市医師会・尼崎市】

情報提供書

別紙2

平成 年 月

先生御侍史

尼崎市市民サービス部
健康支援推進担当課長

平素は尼崎市国民健康保険の円滑な運営にご尽力いただきありがとうございます。
さて次の方について、本市で実施する健診の結果、HbA1c8.0%(NGSP値)を超えておりました。貴院にてのご精査、ご加療について本人も希望しておりますことから、本日ご紹介申し上げます。

なお、「尼崎市国保糖尿病窓口負担金助成事業」として、治療中断を防ぐことなどを目的に、本市において、継続的に保健指導を実施する予定にしております。

フリガナ		昭和・平成	
氏名		生年月日	年 月 日(歳) 男・女
住所	尼崎市		
既往歴 (家族歴) 過去の治療状況 自覚症状 実施した保健指導内容 その他連絡事項	平成 年 月 日に特定健康診査等を受診されたところ、別紙のとおり結果でした。 ご精査、ご高診いただきますよう、お願い申し上げます。		

<連絡先> 尼崎市 市民協働局 市民サービス部 健康支援推進担当
〒660-8501 尼崎市東七松町1-23-1
TEL06-6489-6797 FAX06-6481-1409

糖尿病診療結果情報提供書

別紙3

平成 年 月 日

尼崎市長 様

医療機関名

住所

電話番号

医師

下記の方につきまして、次のとおり診療結果について情報提供します。

フリガナ				昭和	年	月	日	男・女
氏名				生年 月日				(歳)
住所	尼崎市							
精査内容	検査内容			結果				
	HbA1c(NGSP)			%				
	血糖値(空腹時・随時)			mg/dl				
	その他検査							
診断名								
直近の診察 所見、指導 内容等	治療内容 経口薬内容 インスリン内容 その他指導内容等							
保健指導 実施時の 注意点等								

尼崎市糖尿病窓口負担金助成事業(尼崎市医師会) 実施フロー図(案)

当事業の対象者には、市より「糖尿病窓口負担金助成券」(別紙1)が発行されています。
対象者はこの助成券を持参し、医療機関を受診します。

