

1 概要

- ・市町村の特定健診から該当患者を拾い上げる
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業に腎硬化症のリスク要因である「高血圧」を要件として加えることで実施
- ・既存の糖尿病性腎症重症化予防事業と連携して事業を進める
- ・糖尿病性腎症重症化予防事業の紹介基準で該当した患者はこれまでどおり糖尿病専門医へ紹介するが、「高血圧」の紹介基準で該当した患者はかかりつけ医（連携医療機関）または腎臓専門医へ紹介する
- ・紹介を受けた腎臓専門医は、かかりつけ医での診療が望ましいと判断される場合には逆紹介し、2人主治医制で患者の治療にあたる
- ・市町村ヘルスアップ事業予算内で実施することを検討
- ・細かい部分は各地域の実状に応じて、取り組みやすいように進めてもらう

2 紹介基準のイメージ（糖尿病性腎症重症化予防事業との比較）

NEW

CKD診療連携モデル事業

eGFR 45～59_{ml/分/1.73m²}
かつ

高血圧〇〇以上



糖尿病性腎症重症化予防事業

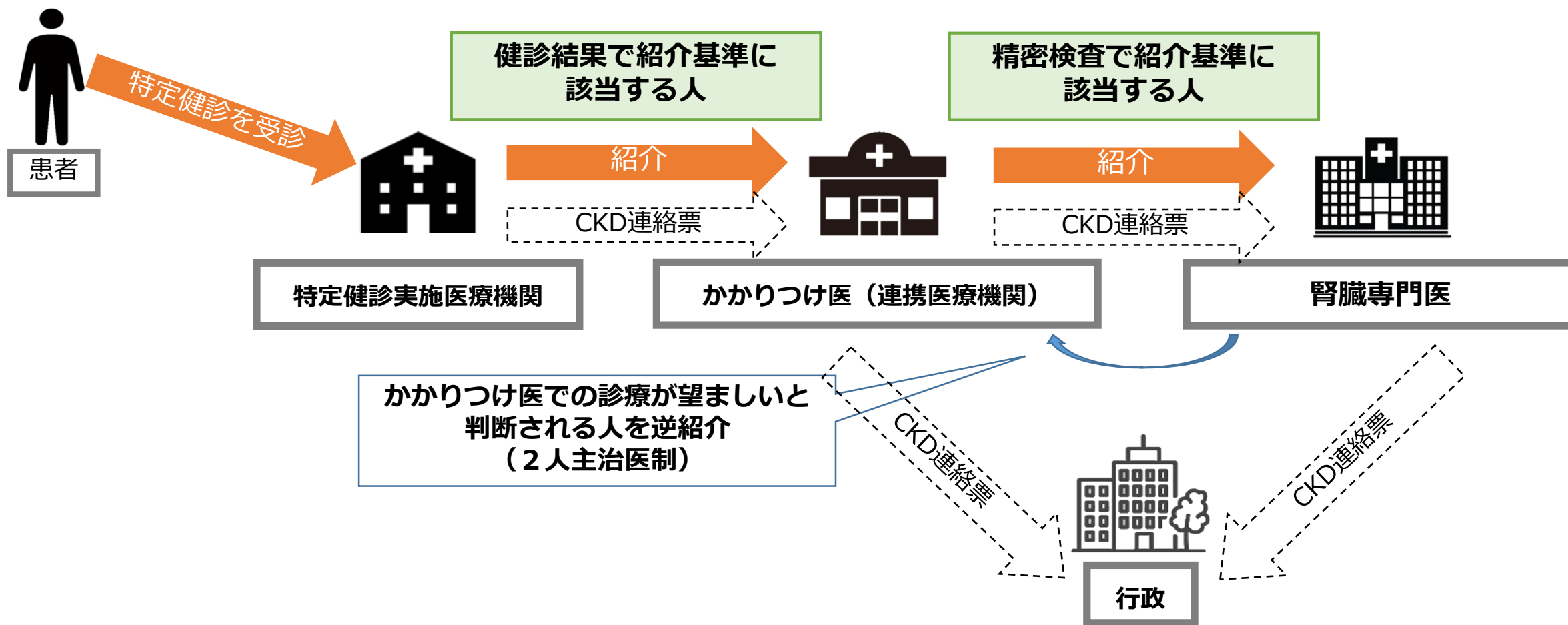
eGFR 45～59_{ml/分/1.73m²}

かつ

いずれかひとつ

- HbA1c 6.5
- 血糖値 126以上
- 尿蛋白±

3 診療連携のイメージ



4 実施に向けての調整

(1) 関係団体との調整

- ・候補市町村所管の**郡市医師会に協力を打診**

(2) 会議体の設置

- ・モデル事業を実施する市町村、郡市医師会、腎臓専門医で**地域協議会を立ち上げ**
- ・もし可能であれば、他保険者にも、この仕組みに参加してもらうことを打診

(3) 紹介基準の決定

- ・**地域協議会で議論**して決定

(4) CKD診察依頼書の決定

- ・**地域協議会で議論**して決定