

シンポジウム①

糖尿病透析予防の地域展開に向けて

～透析予防地域システムと

高度腎機能障害患者指導加算(100点)医療機関(専門医療機関)～

糖尿病性腎症重症化予防プログラム(改定版)

と

透析予防地域システム(概説)



令和元年2月15日

大館市立総合病院 内分泌・代謝・神経内科 池島 進

5大疾病

医療計画における記載すべき疾病及び事業について

(医療法第30条の4第2項第4号)

生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項

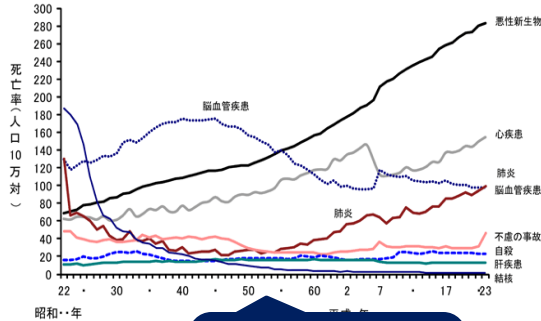
(医療法施行規則第30条の28)

疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病及び精神疾患とする。

疾病・事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日付 医政指発 0720001号)

疾病・事業のそれぞれについて、内容として次の事項を記載することとした。

①「必要となる医療機能」 ②「各医療機能を担う医療機関等の名称」 ③「数値目標」



不慮の死を回避=救命

患者の個別最適

全体最適

● がん

● 脳卒中

● 急性心筋梗塞

● 糖尿病(平成19年～)

● 精神疾患(平成25年～)

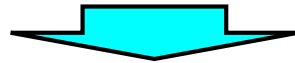
国民皆保険制度を救命する為の指定(医療経済)

透析開始原因の1位は **糖尿病性腎症 43.7%**

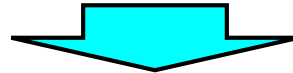
某県 H27国保総医療費ベスト10			
	疾患名	費用額(円)	費用割合
1位	高血圧症	5,366,678,340	6.3%
2位	統合失調症	5,359,880,540	6.3%
3位	糖尿病	4,647,944,630	5.5%
4位	慢性腎不全	3,490,417,220	4.1%
5位	脂質異常症	3,125,378,950	3.7%
6位	関節疾患	2,768,407,830	3.3%
7位	うつ病	2,519,282,100	3.0%
8位	不整脈	1,762,864,940	2.1%
9位	大腸がん	1,593,984,200	1.9%
10位	狭心症	1,524,726,880	1.8%

糖尿病性腎症透析予防に向けた医療政策の展開

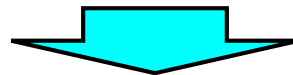
平成24年4月 診療報酬：
糖尿病透析予防指導管理料 350点



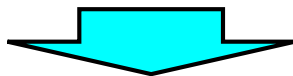
平成28年4月 診療報酬：
腎不全期患者指導加算 100点



平成28年4月 『糖尿病性腎症重症化予防プログラム』



平成30年4月 診療報酬：
高度腎機能障害患者指導加算 100点



平成31年4月 『糖尿病性腎症重症化予防プログラム改訂』

『プログラム』改定のポイント

『2022年の糖尿病からの新規透析導入者数を15,000人に削減』を目標に、

①（行政に対して）

- ・国保から後期高齢者まで連続した対象者の把握と支援のための、**庁内連携体制整備**。
- ・**国保連合会と連携**し、KDBの活用によるデータ分析や課題抽出、事業の評価分析などの技術支援を通し、**地域の現状を可視化**。

②（医療者に対して）

- ・本事業に理解と熱意を持つ専門医等が、継続的に事業のアドバイザーとして関わり、地域医療機関や専門医療機関の医師等と連携協働する。
- ・かかりつけ医と専門医等の連携強化（日本糖尿病学会と日本腎臓学会作成の、「**かかりつけ医から専門医・専門医療機関（100点加算病院）への紹介基準**」の積極的活用）。

③（地域システムに対して）

- ・市町村や広域連合が主体となって、地域の医師会、専門医療機関や他の保険者、地域団体など地域の関係者と協議の場を持つ（**地域協議体の形成**）。
- ・アウトカム創出と事業の継続性の担保のための、**中長期的な視点**。

かかりつけ医から腎臓専門医・専門医療機関への紹介基準(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・専門医療機関への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化(治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管理、腎代替療法の導入。

原疾患に糖尿病がある場合

- 1) 腎臓内科医・専門医療機関の紹介基準に当てはまる場合で、原疾患に糖尿病がある場合にはさらに糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - 2) それ以外でも以下の場合には糖尿病専門医・専門医療機関への紹介を考慮する。
 - ① 糖尿病治療方針の決定に専門的知識(3カ月以上の治療でもHbA1cの目標値に達しない、薬剤選択、食事運動療法指導など)を要する場合
 - ② 糖尿病合併症(網膜症、神経障害、冠動脈疾患、脳血管疾患、末梢動脈疾患など)発症のハイリスク者(血糖・血圧・脂質・体重等の難治例)である場合
 - ③ 上記糖尿病合併症を発症している場合
- なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

かかりつけ医から腎臓専門医・**専門医療機関**への紹介基準(作成:日本腎臓学会、監修:日本医師会)

原疾患	蛋白尿区分		A1	A2	A3
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
			30未満	30~299	300以上
高血圧 腎炎 多発性嚢胞腎 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
			0.15未満	0.15~0.49	0.50以上
GFR区分 (mL/分/ 1.73m ²)	G1	正常または高値	≥90	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G2	正常または軽度低下	60~89	血尿+なら紹介、 蛋白尿のみならば生活指導・診療継続	紹介
	G3a	軽度~中等度低下	45~59	40歳未満は紹介、 40歳以上は生活指導・診療継続	紹介
	G3b	中等度~高度低下	30~44	紹介	紹介
	G4	高度低下	15~29	紹介	紹介
	G5	末期腎不全	<15	紹介	紹介

上記以外に、3ヶ月以内に30%以上の腎機能の悪化を認める場合は速やかに紹介。

上記基準ならびに地域の状況等を考慮し、かかりつけ医が紹介を判断し、かかりつけ医と専門医・専門医療機関で逆紹介や併診等の受診形態を検討する。

腎臓専門医・**専門医療機関**への紹介目的(原疾患を問わない)

- 1) 血尿、蛋白尿、腎機能低下の原因精査。
- 2) 進展抑制目的の治療強化 (治療抵抗性の蛋白尿(顕性アルブミン尿)、腎機能低下、高血圧に対する治療の見直し、二次性高血圧の鑑別など。)
- 3) 保存期腎不全の管

原疾患に糖尿

- 1) 腎臓内科医・専門医
- 2) それ以外でも以下
 - ① 糖尿病治療方針
 - ② 糖尿病合併症(網
 - ③ 上記糖尿病合併症

なお、詳細は「糖尿病治療ガイド」を参照のこと。

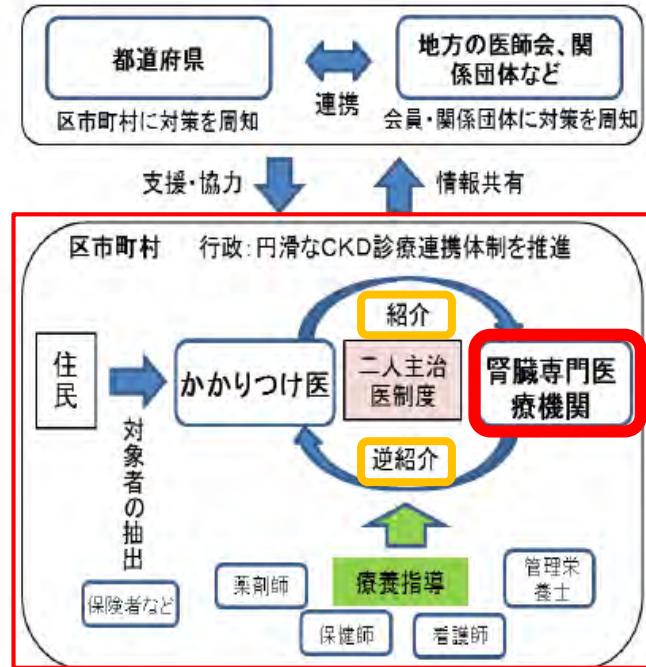
**専門医療機関とは、
100点加算医療機関である。**

考慮する。

ある場合

事業目的

- 高齢化の進展に伴い、腎疾患患者の増加が予想されているため、10年ぶりに、腎疾患対策検討会を実施し、今後10年で新規透析導入患者の10%削減等の目標を設定。透析導入の主原因である糖尿病対策に加え、増加傾向の腎硬化症、難病対策とも連動した対策等が必要。
- 対策の好事例は存在するものの、横展開が十分とは言えない。対策を均てん化するため、行政と医療従事者とが連動して対策を実施することが必要。
- 市町村単位のモデル事業を全国に広げるには時間と手間がかかるため、都道府県と市町村を一括したモデル事業を実施し、都道府県を軸とした市町村への均てん化可能なCKD診療連携体制構築の一助とするものである。



事業実施のイメージ(案)

平成31年度

平成32年度

平成33年度～

【事業内容例】

- ① 保険者や地方公共団体と、医療従事者が連携した腎疾患対策推進のための会議体の設置、研修会等の実施
- ② 腎疾患対策検討会報告書に基づいた戦略策定と対策の実践
(地域における実態把握、既存の糖尿病対策や日本腎臓学会の地域における担当者等との連携構築、戦略的な普及啓発活動の実施等)
- ③ 評価指標等に基づく対策の進捗管理の実施
- ④ 報告会の実施 (進捗状況の見える化)

【事業内容例】

- ① 腎疾患対策検討会報告書に基づく対策の実践および進捗管理の継続
- ② 対策の市町村への横展開を実施
- ③ 診療連携構築モデル事業に参加していない地方公共団体向けの成果報告会を実施

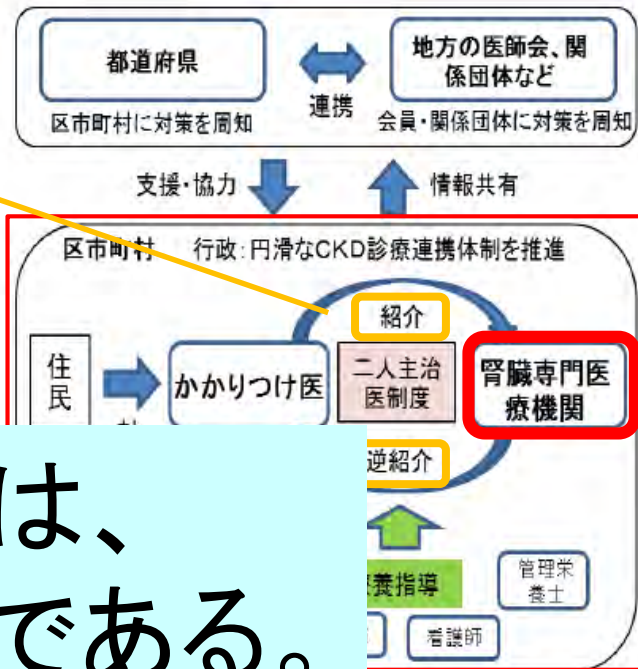
全国の都道府県・市町村がモデルから選択した対策を活用

対策の均てん化による腎疾患対策の推進

事業目的

- 高齢化の進展に伴い、腎疾患患者の増加が予想されているため、10年ぶりに、腎疾患対策検討会を実施し、今後10年で新規透析導入患者の10%削減等の目標を設定。透析導入の主原因である糖尿病対策に加え、増加傾向の腎硬化症、難病対策とも連動した対策等が必要。
- 対策の好事例は存在するものの、横展開が十分とは言えず、普及・定着化するため、行政と医療従事者とが連動して対策を実施することが必要。
- 市町村単位のモデル事業を全国に広げるには時間と手間がかかるため、都道府県と市町村との連携が重要。

重症度に応じた受診先の最適化



専門医療機関とは、 100点加算医療機関である。

事業実施のイメージ(案)

平成31年度

平成32年度

平成33年度～

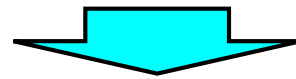
会議体の設置とは、 保険者・医師会・専門医療機関からなる 協議会の設立である。

透析予防地域システム確立の三段階

『プログラム』改訂の趣旨を踏まえた
糖尿病性腎症重症化予防の地域展開

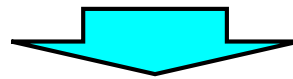
第一段階：腎保護治療の供給体制の確立

地域に透析阻止可能(糖防管+100点加算算定)な専門医療機関の確立



第二段階：地域内のハイリスク患者の全数把握

医療および検診データ、KDB等を活用した地域の透析ハイリスク患者の全数把握



最終段階：地域内ハイリスク患者の適正受診

ハイリスク患者を地域の合意の元、

透析阻止可能な専門医療機関(100加算病院)へ再配置するための協議体の設立

透析予防地域システム確立の三段階

『プログラム』改訂の趣旨を踏まえた
糖尿病腎症重症化予防の地域展開

第一段階：腎保護治療の供給体制の確立

地域に透析阻止可能(糖防管+100点加算算定)な専門医療機関の確立



第二段階：地域内のハイリスク患者の全数把握

医療および検診データ、KDB等を活用した地域の透析ハイリスク患者の全数把握



最終段階：地域内ハイリスク患者の適正受診

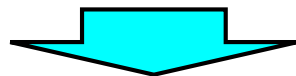
ハイリスク患者を地域の合意の元、

透析阻止可能な専門医療機関(100加算病院)へ再配置するための協議体の設立

糖尿病性腎症透析予防の地域展開の進め方：医療側

糖尿病診療の中心になっている医療機関

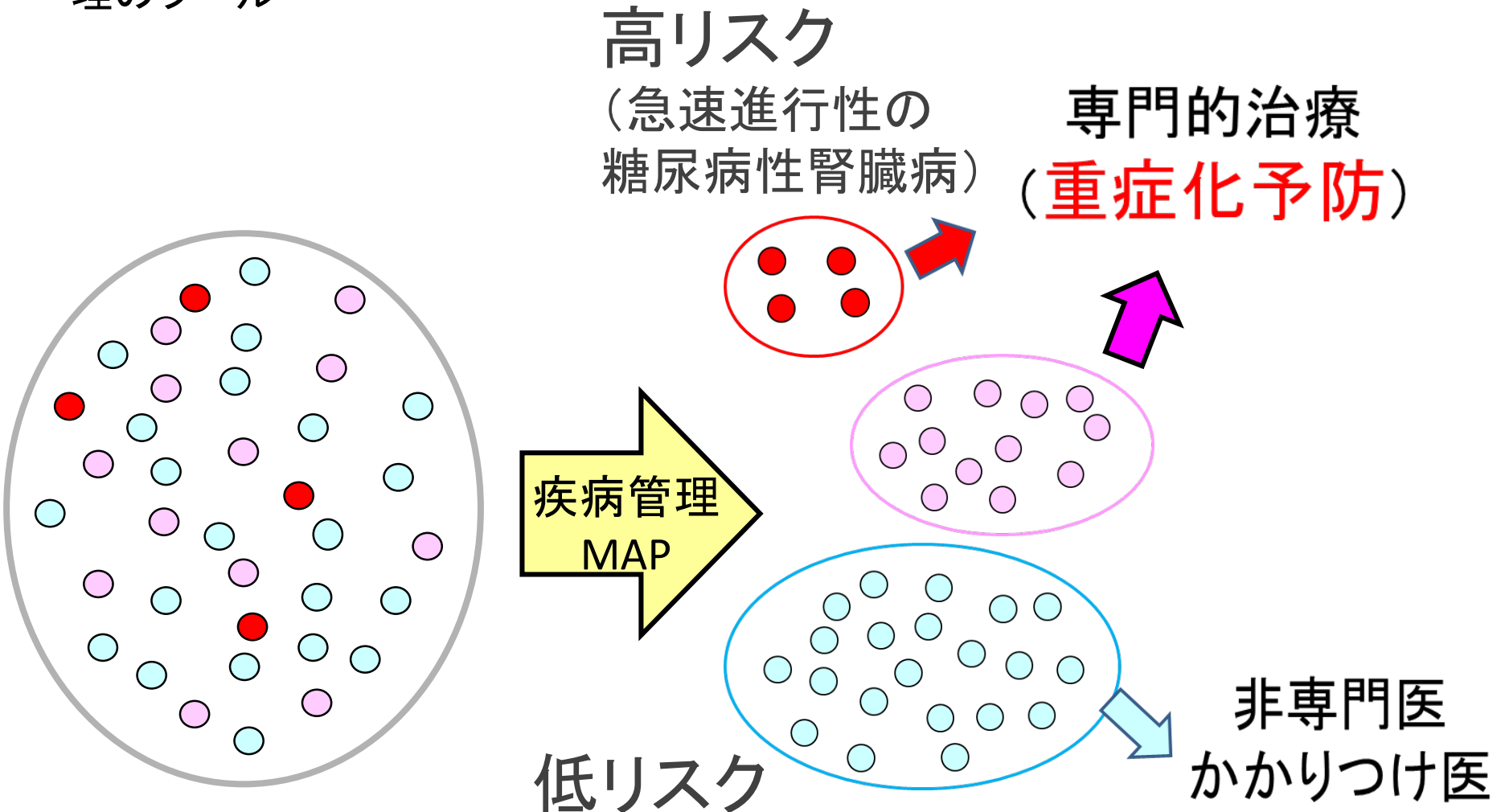
① 通院糖尿病患者から Δ eGFRを活用して、急速進行性の糖尿病性腎臓病患者の層別抽出



② 糖尿病透析予防指導管理料の算定施設取得
推定塩分摂取量測定導入＋減塩指導

疾病管理MAP・ハイリスクアプローチ

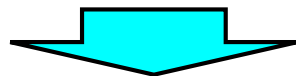
疾病管理MAPは、対象患者全体を母集団として、介入優先度の高い患者のトリアージ(抽出層別化)を行い、全体での診療の最適化を図る集団疾病管理のツール



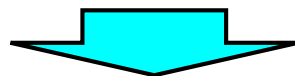
糖尿病性腎症透析予防の地域展開の進め方：医療側

糖尿病診療の中心になっている医療機関

① 通院糖尿病患者から Δ eGFRを活用して、急速進行性の糖尿病性腎臓病患者の層別抽出

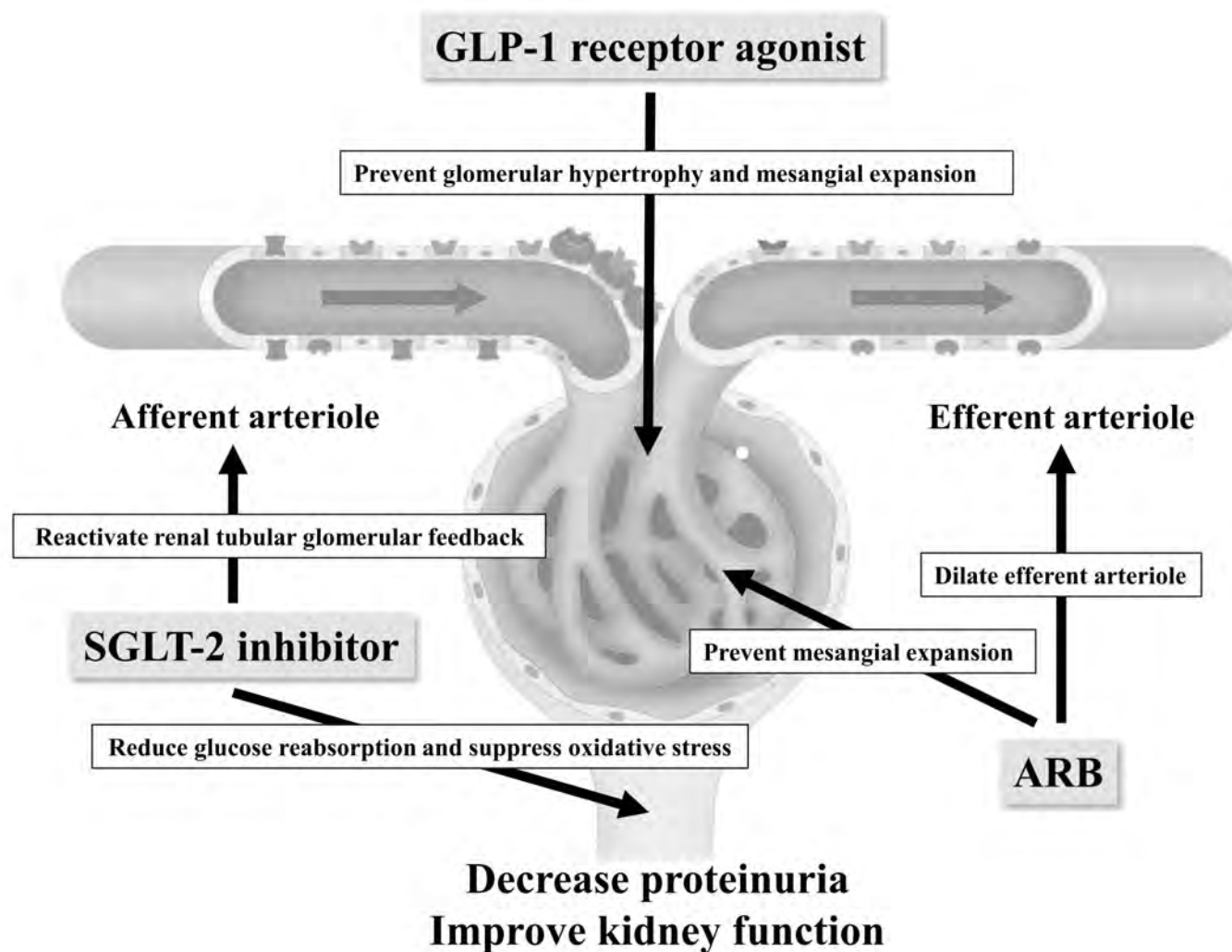


② 糖尿病透析予防指導管理料の算定施設取得
推定塩分摂取量測定導入＋減塩指導



③ 腎保護トリプルセラピーの導入実践

Triple therapyの作用機序



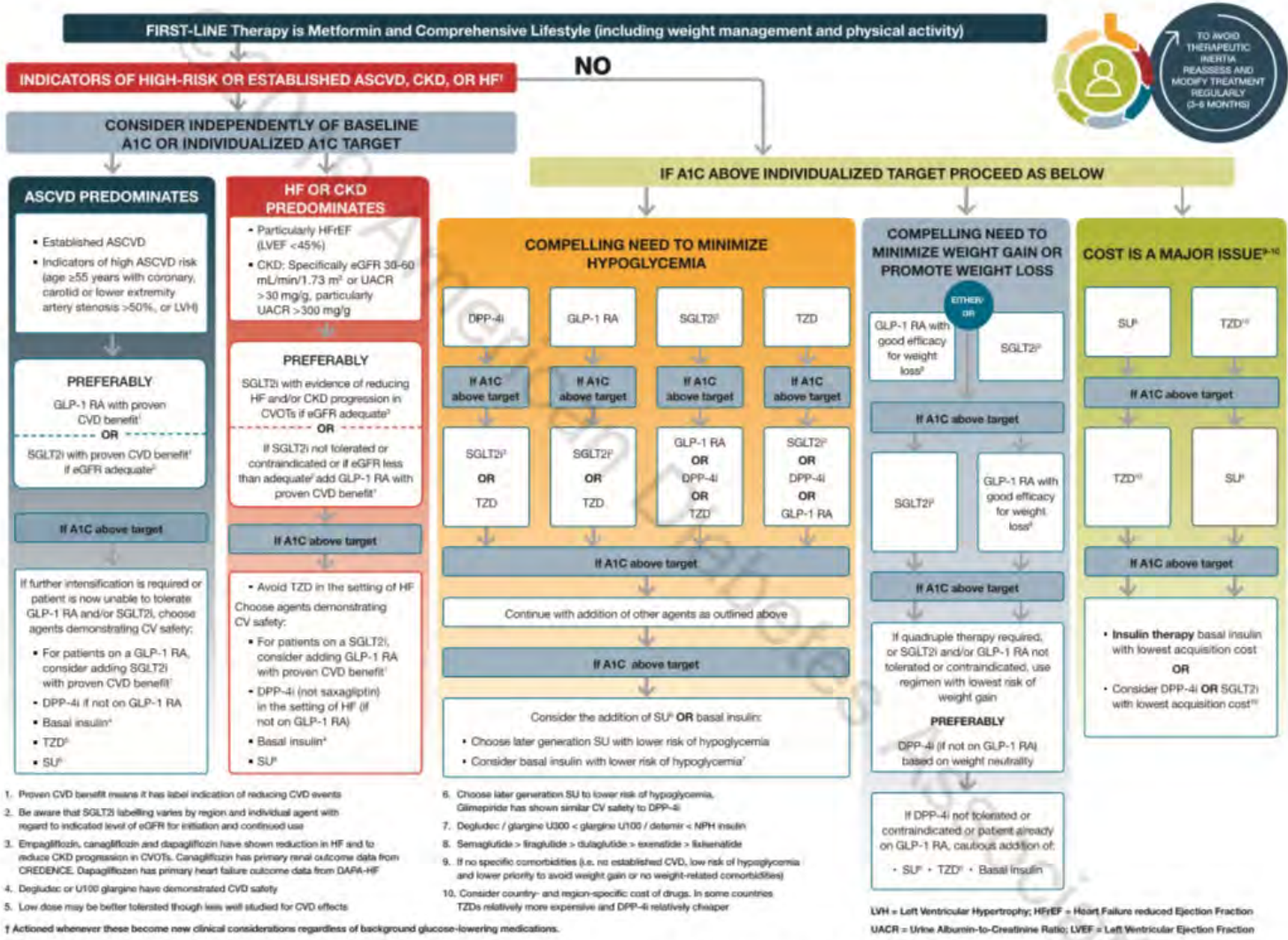
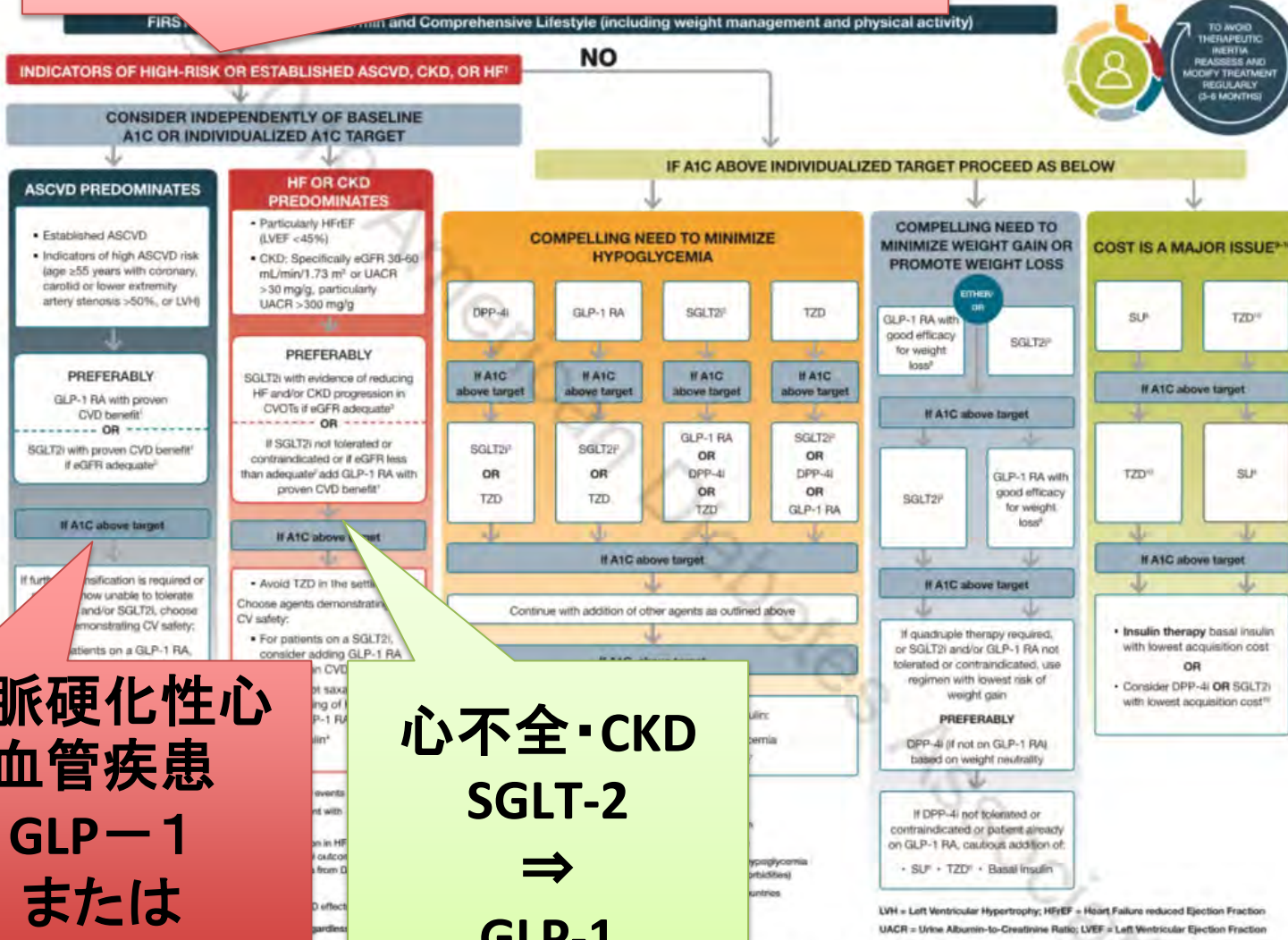


Figure 9.1—Glucose-lowering medication in type 2 diabetes: overall approach. For appropriate context, see Fig. 4.1. ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; CKD, chronic kidney disease; CV, cardiovascular; CVD, cardiovascular diseases; CVOTs, cardiovascular outcomes trials; DPP-4i, dipeptidyl peptidase 4 inhibitor; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GLP-1 RA, glucagon-like peptide 1 receptor agonist; HF, heart failure; SGLT2i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitor; SU, sulfonylurea; TZD, thiazolidinedione. Adapted from Davies and colleagues (33,34).

動脈硬化性心血管疾患の既往、CKD、 心不全の既往または高リスク



動脈硬化性心血管疾患
GLP-1
または
SGLT-2

心不全・CKD
SGLT-2
⇒
GLP-1

**第一段階
腎保護治療の供給体制**



地域の中核病院

**糖尿病透析予防指導管理料
(350点)**

+

**高度腎機能障害患者指導加算
(+100点)**

透析予防地域システム確立の三段階

『プログラム』改訂の趣旨を踏まえた 糖尿病性腎症重症化予防の地域展開

第一段階：腎保護治療の供給体制の確立

地域に透析阻止可能(糖防管+100点加算算定)な専門医療機関の確立



第二段階：地域内のハイリスク患者の全数把握

医療および検診データ、KDB等を活用した地域の透析ハイリスク患者の全数把握

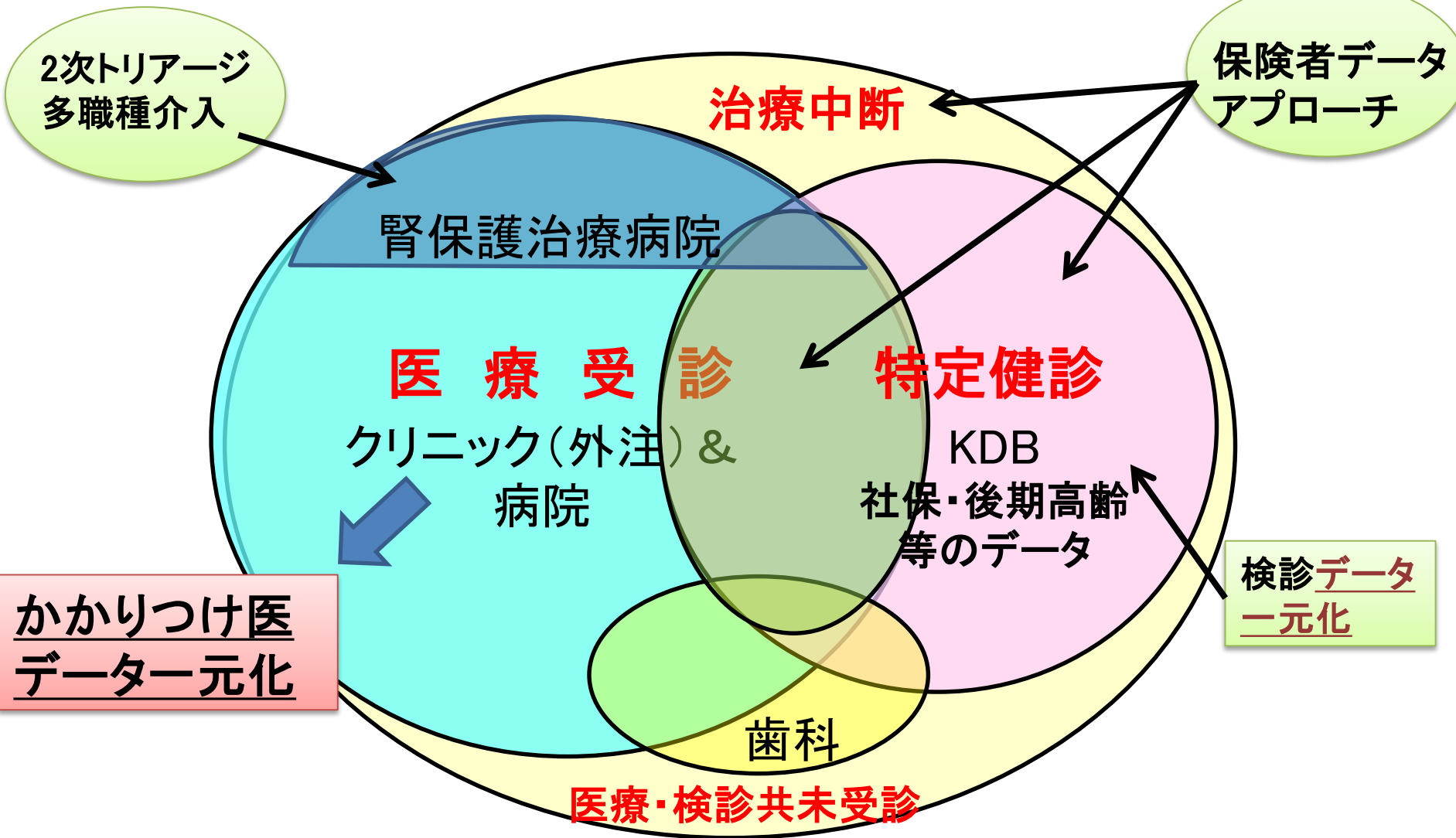


最終段階：地域内ハイリスク患者の適正受診

ハイリスク患者を地域の合意の元、

透析阻止可能な専門医療機関(100加算病院)へ再配置するための協議体の設立

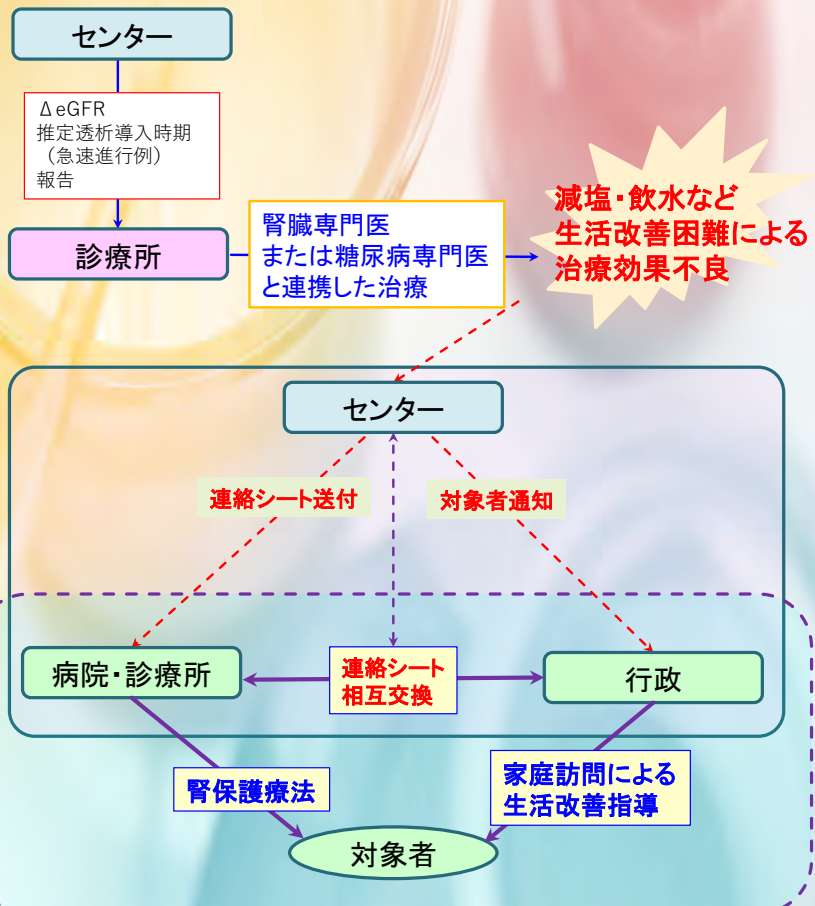
第二段階 地域のハイリスク患者全員の把握



行政と医療(中核(病院&医師会)の協働

地域医師会と行政の業務提携による糖尿病性腎症重症化予防プログラムの実施 医師会検査センターを中心とした展開 富士吉田医師会

糖尿病性腎症重症化予防 事業の概略図



医師会員からの血液検査受託時に、検査オーダーの有無に関わらず、全検体でeGFRを測定し、医師会検査センターから 医師会員宛に 腎症進展に係る報告書を出している

透析予防地域システム確立の三段階

『プログラム』改訂の趣旨を踏まえた 糖尿病性腎症重症化予防の地域展開

第一段階：腎保護治療の供給体制の確立

地域に透析阻止可能(糖防管+100点加算算定)な専門医療機関の確立



第二段階：地域内のハイリスク患者の全数把握

医療および検診データ、KDB等を活用した地域の透析ハイリスク患者の全数把握



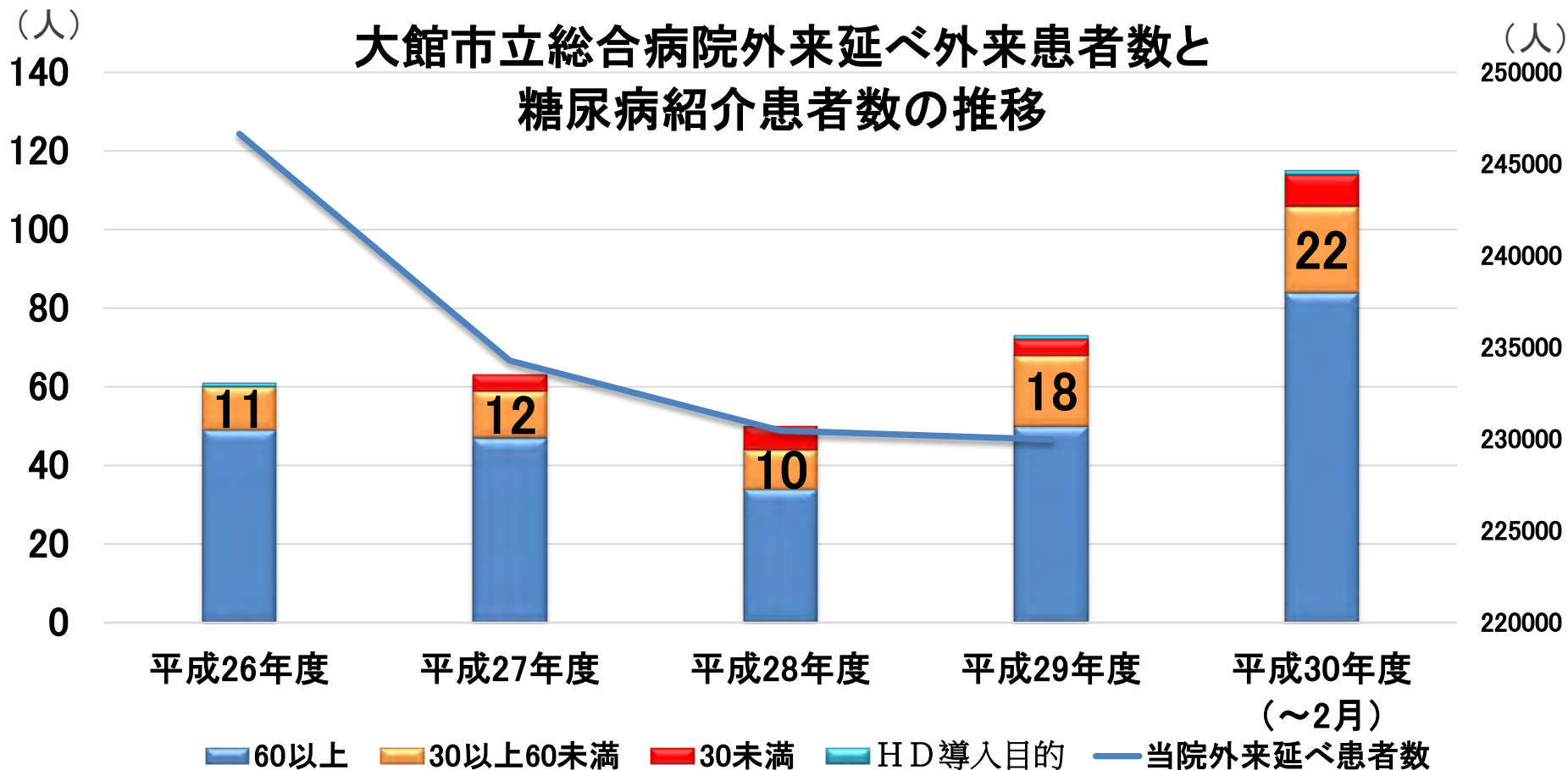
最終段階：**地域内ハイリスク患者の適正受診**

ハイリスク患者を地域の合意の元、

透析阻止可能な専門医療機関(100加算病院)へ再配置するための協議体の設立

最終段階

患者の重症度に応じた受診最適化



糖尿病腎症の紹介患者は増加傾向

⇒病診連携(循環型)を通じて、軽症者はかかりつけ医で 合併症発症者(透防管対象)は当院でという医療連携体制が進みつつある

平成30年度糖尿病性腎症等重症化予防事業 フロー図(案)
(かかりつけ医との連携について)

臼杵市国民健康保険特定健診（または若年者健診）受診者のうち、以下のいずれかが該当
① eGFRが60 (ml/min/1.73m²) 未満かつ、2年前よりeGFRが30%以上低下
② (糖尿病治療歴があり) 尿蛋白2+以上
③ (糖尿病治療歴があり) eGFR 50 (ml/min/1.73m²) 未満

腎症判定会議で介入の適否、重症度を決定 1回/2ヶ月
スタッフ：臼杵市医師会代表医師、糖尿病専門医、市保健師および栄養士

介入対象高リスク者

介入対象低リスク者

非介入対象者

A：急速進行例
(5年以内の透析導入予測)
B：顕性腎症(3期)以降

専門医療機関
(コスモス病院)

循環型連携診療

かかりつけ医

診療・検査

指示書

・指示伺い
・報告

指示書

・指示伺い
・報告

保健師による保健指導
支援計画を立て、保健指導(月1回程度、3~4か月間)

市長や医師会長の連名の文書

* 赤枠はH30年度の変更点です。

通院患者データ

健診患者データ

行政主導
協議会通知型

医師会と病院
病診連携型

透析ハイリスク患者

腎症進展
阻止病院

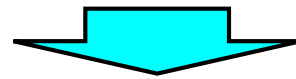
逆紹介・循環型パス

透析予防地域システム確立の三段階

『プログラム』改訂の趣旨を踏まえた
糖尿病性腎症重症化予防の地域展開

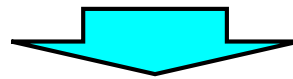
第一段階：腎保護治療の供給体制の確立

地域に透析阻止可能(糖防管+100点加算算定)な専門医療機関の確立



第二段階：地域内のハイリスク患者の全数把握

医療および検診データ、KDB等を活用した地域の透析ハイリスク患者の全数把握



最終段階：地域内ハイリスク患者の適正受診

ハイリスク患者を地域の合意の元、

透析阻止可能な専門医療機関(100加算病院)へ再配置するための協議体の設立

各都道府県の350点・100点加算状況：NDBから(1)

北海道・東北

コード	診療行為	点数	総計	01	02	03	04	05	06	07	
				北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	7,526	1,173	513	1,842	912	629	830
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	6,712	1,246	597	1,692	830	588	808
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	6,358	1,067	843	1,793	988	670	853
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	-	-	-	84	-	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	-	-	-	43	63	-	-

関東

コード	診療行為	点数	総計	08	09	10	11	12	13	14	
				茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	3,026	989	2,193	3,735	4,902	15,132	8,220
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	2,428	1,016	2,259	3,103	4,315	14,853	9,103
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	2,856	1,177	2,469	2,311	2,786	15,664	9,609
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	-	-	-	56	32	108	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	11	-	28	64	17	69	-

中部・東海

コード	診療行為	点数	総計	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
				新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	1,441	1,936	1,890	659	1,032	3,614	2,273	1,677	7,045	1,232
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	1,577	2,073	2,338	686	1,003	2,976	2,026	1,490	7,092	1,443
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	1,402	2,104	2,556	531	807	2,874	1,671	1,222	6,941	1,423
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	11	82	-	-	-	14	77	-	31	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	-	-	-	-	-	32	120	-	13	-

各都道府県の350点・100点加算状況：NDBから(2)

近畿

診療行為コード	診療行為	点数	総計	25	26	27	28	29	30	
				滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	1,290	1,311	10,907	8,141	547	395
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	1,197	1,711	12,374	8,467	285	511
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	1,408	2,020	12,564	8,304	338	350
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	-	23	101	159	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	-	11	217	124	-	-

中国・四国

診療行為コード	診療行為	点数	総計	31	32	33	34	35	36	37	38	39	
				鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	165	416	1,750	939	554	244	367	1,165	1,395
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	400	379	1,731	1,139	636	401	521	1,669	419
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	430	458	1,765	1,175	593	590	665	3,433	375
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	-	-	51	-	-	-	-	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	-	-	22	-	-	-	-	76	-

九州・沖縄

診療行為コード	診療行為	点数	総計	40	41	42	43	44	45	46	47	
				福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	
H27	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,645	6,067	687	938	5,072	1,449	91	2,563	771
H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	5,696	653	1,386	4,269	1,324	123	2,539	979
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	5,020	767	1,508	4,025	1,369	109	2,946	966
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	241	-	-	-	-	-	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	284	-	-	-	-	-	-	-

各都道府県の350点・100点加算状況：NDBから(2)

近畿

診療行為	診療行為	点数	総計	25	26	27	28	29	30
------	------	----	----	----	----	----	----	----	----

100点加算病院(腎症進展阻止病院)は

大きな地域間格差がある！

関東・近畿に集中し、

北海道・東北、中国・四国、

九州・沖縄には

ほとんどない！

H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	5,696	653	1,386	4,269	1,324	123	2,539	979
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	5,020	767	1,508	4,025	1,369	109	2,946	966
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	241	-	-	-	-	-	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	284	-	-	-	-	-	-	-

各都道府県の350点・100点加算状況：NDBから(2)

継続

JMAPのミッションは、
100点加算病院のない県に
一つでも
100点加算病院を
つくること！

H28	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	121,063	5,696	653	1,386	4,269	1,324	123	2,539	979
H29	113013610	糖尿病透析予防指導管理料	350	122,153	5,020	767	1,508	4,025	1,369	109	2,946	966
H28	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,078	241	-	-	-	-	-	-	-
H29	113018370	腎不全期患者指導加算	100	1,225	284	-	-	-	-	-	-	-

100点加算が進まない理由

- ①運動療法の評価、指導方法がわからない
マンパワー不足、リハビリの協力が難しい



PTチームの取り組み報告

- ②栄養指導を含めた効果的指導が分からない



栄養チームの取り組み報告

- ③施設基準の計算が複雑 施設基準達成の難しさ



自院の取り組み報告

- ④周囲・上層部の理解不足



自院の取り組み報告

- ⑤全国にどうやって横展開していくか？



看護師チームの取り組み報告