

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における
保健指導に関する指示事項記入に係る標準的な事務の取扱いについて

令和 2 年 1 1 月
(令和5年11月一部改正)
群馬県保険者協議会

1. 趣旨

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（令和2年8月改定）では、かかりつけ医が作成した「[参考様式 2-2] 保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票」に記載された保健指導に関する指示事項に基づき、保険者が保健指導を実施することとしていますが、かかりつけ医及び保険者の事務の円滑化と軽減に資するため、次のとおり、かかりつけ医が当該連絡票の指示事項を記載した際の料金やその支払い方法等の標準化を図ることとしました。

なお、医療保険者と医療機関の間で料金等について特段の定めをしている場合は、この取扱いによらないこととします。

2. 標準的な「指示書」作成料金

保険者による保健指導の必要性「有」が選択され、保健指導に関する指示事項の記載がある保健指導連絡票（以下「指示書」という。別紙参照）

1 件当たり 2, 5 0 0 円（税別）

※診療報酬の診療情報提供料（1）250点を参考に群馬県保険者協議会において設定

3. 標準的な「指示書」作成料の請求・支払事務の取扱い

(1) 「指示書」作成料の請求（かかりつけ医→医療保険者）

【請求書作成時の留意事項】

- ① 保健指導対象者の医療保険者ごとに請求書を作成
- ② 登録番号、住所、医療機関名、請求額、口座振込先等、必要事項を記入の上、代表者印を押印

【請求書送付時の留意事項】

- ① 「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票 指示事項記載にかかる費用請求書（別添様式）」を保健指導対象者の医療保険者（後期高齢者医療の場合は住所地の市町村）へ提出。
- ② 請求書の送付先情報（医療保険者の名称、住所、電話番号等）は、「群馬県国民健康保険団体連合会ホームページ（群馬県保険者協議会ページ）」に公表する。

<公表する情報のイメージ>

○群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに基づく保健指導を実施する
保険者の情報 (令和○年○月時点)

医療保険者名	住所	所管部署	電話番号	受診勧奨	保健指導
○○○○○○	□□□□□	○○部●●課	●●-●●●●	令和2年4月	令和2年9月
△△△△△	▲▲▲▲▲	○○課●●課	▼▼-▼▼▼▼	令和3年4月予定	令和3年4月予定

(2) 「指示書」作成料の支払 (医療保険者→かかりつけ医)

- ① 各医療保険者は、かかりつけ医から送付された「請求書」を受領し、「[参考様式 2-2] 保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票」の記載事項と**突合**する。
- ② **各医療保険者は、請求書を受領した月の翌月末までに、指示書作成料を指定口座へ振込む。**

4. その他

上記事務に係る以下の様式は、群馬県国民健康保険団体連合会（群馬県保険者協議会ページ）のホームページからダウンロード可能。

URL <http://gunmakokuho.or.jp/> ⇒ 「群馬県保険者協議会」

【請求書】

- ・群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票
指示事項記載にかかる費用請求書

【参 考】「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」より

- ・(参考様式 2-1) 糖尿病性腎臓病重症化予防 保健指導対象候補者連絡票
- ・(参考様式 2-2) 保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票

様式

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

(元号) 年 月 日

(医療保険者名) (代表者名) 殿
(保険者番号:)

登録番号 _____
住 所 _____
医療機関番号 _____
医療機関名 _____
代表者 _____ 印
連絡先 () - _____

下記のとおり請求します。

(元号) 年 月請求分

件 数 (①) ※内訳は別記のとおり	件
指示書作成料単価 (②) 1件当たり2,500円 (税別)	2,500 円
請 求 額 (①×②×消費税10%)	0 円
	うち消費税額 0 円

【別記】 件数 (①) の内訳

氏 名	性 別	生年月日

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

(群馬県保険者協議会作成)

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書」
記載要領及び注意事項

様式
群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

(記載例)

(医療保険者名) (代表者名) 所 (元号) 年 月 日
<保険者番号> ()

住所
〒
医療機関番号
医療機関名
代表者
通称先

診療番号
住所
医療機関番号
医療機関名
代表者
通称先

件数 (①)
※件数は2位のとなり

指示書「治療単価」(②) (1件当たり2,500円/1000円)	2,500	円
請求額 (①×②×消費税10%)	0	円
消費税額	0	円

下部のとおり入力します。

【印刷】 件数 (①) の内訳

氏名	性別	生年月日

【印刷先】

預金種別名	
支店名	
種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

紙に直接記入される場合は、消えないボールペン等をお願いします。

請求書を作成した年月日を記入

医療保険者名・代表者名・保険者番号を記入

登録番号・住所・医療機関番号・医療機関名・代表者・捺印・連絡先の確認

請求年月を記入
例：医療保険者に5月に請求する場合は「〇〇年5月」と記載

作成した指示書の件数を記入

件数(①)、1件当たり単価(②)及び消費税(10%)を乗じた合計金額
※件数を入力すると、請求額欄及び消費税欄は自動計算

件数(①)の内訳を記載。健康保険証等から「氏名」「性別」「生年月日」を転記

指示事項作成料の振込先口座情報を記入
※「預金種目」欄は、プルダウンメニュー(普通・当座・その他)より選択

別紙

(標準的な取扱)

保険者が「指示書」記載にかかる費用を負担する場合

「保険者による保健指導の必要性「有」が選択され、保健指導に関する指示事項の記載がある保健指導連絡票」とは、「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」 「[参考様式 2-2]保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票」の赤枠の部分に保健指導に関する指示事項が記入（検査結果はコピー添付可）されていることといたします。

【参考様式2-2】(保健指導用)表紙 *本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導 医療機関一保険者

保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票

(保険者名を記入) 様 年 月 日

医療機関名 _____
医師氏名 _____

氏名	(男・女)	生年月日	(歳)
住所			
診断名 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎臓病(糖尿病性腎症) <input type="checkbox"/> 腎臓病以外の糖尿病合併症【口神経障害 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> その他()】 <input type="checkbox"/> その他()			
保険者による保健指導の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 理由 <input type="checkbox"/> 自院で実施又は実施済 <input type="checkbox"/> その他() 以下の記入は必要ありません。			

保険者による保健指導の必要性「有」の場合、保健指導に関する指示事項の記入をお願いします。

指 示 書

■保健指導の内容について該当項目の□にチェックをお願いします。

糖尿病治療ガイドに準拠する その他 ()

■検査結果の情報提供にあたり、該当項目の□にチェックをお願いいたします。

検査結果は本人に渡している(例:手帳等に記載している)ので、本人から聴取すること。
 検査結果のコピーを添付。
 検査結果を裏面に記載。 → 裏面への記入をお願いいたします。

■ご指示及び注意事項等がございましたら、該当項目の□にチェックをお願いいたします。

『定期受診の確認』と『受診継続の支援』
 服薬管理の支援
 6ヶ月後の目標体重 (_____ kg)
 1日あたり摂取カロリー 【 指示あり(_____ kcal) / 指示なし 】
 1日あたり塩分摂取量 【 指示あり(_____ g未満) / 指示なし 】
 運動制限 【 指示あり() / 指示なし 】
 その他 ()

■処方している内服薬等について可能な範囲でご記入をお願いいたします。
欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

■保険者が行う保健指導に関して、特に注意事項等がありましたらご記入をお願いいたします。
欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

— 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム —

【参考様式2-2】(保健指導用)裏面 *本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

保険者が保健指導を実施するにあたり、直近の検査結果等について、可能な範囲でご記入をお願いいたします。
 (結果コピーの添付でも可能です。)

検査項目	検査結果	検査日
HbA1c	%	
血糖値	mg/dL (口 空腹時 □ 随時)	
尿検査	蛋白 □- □± □+ □++ □+++以上	
尿アルブミン/Or比	mg/gOr	
血清クレアチニン	mg/dL	
eGFR	mL/分/1.73m ²	
血圧	mmHg	
その他	□にチェックをお願いします。	

連絡事項等

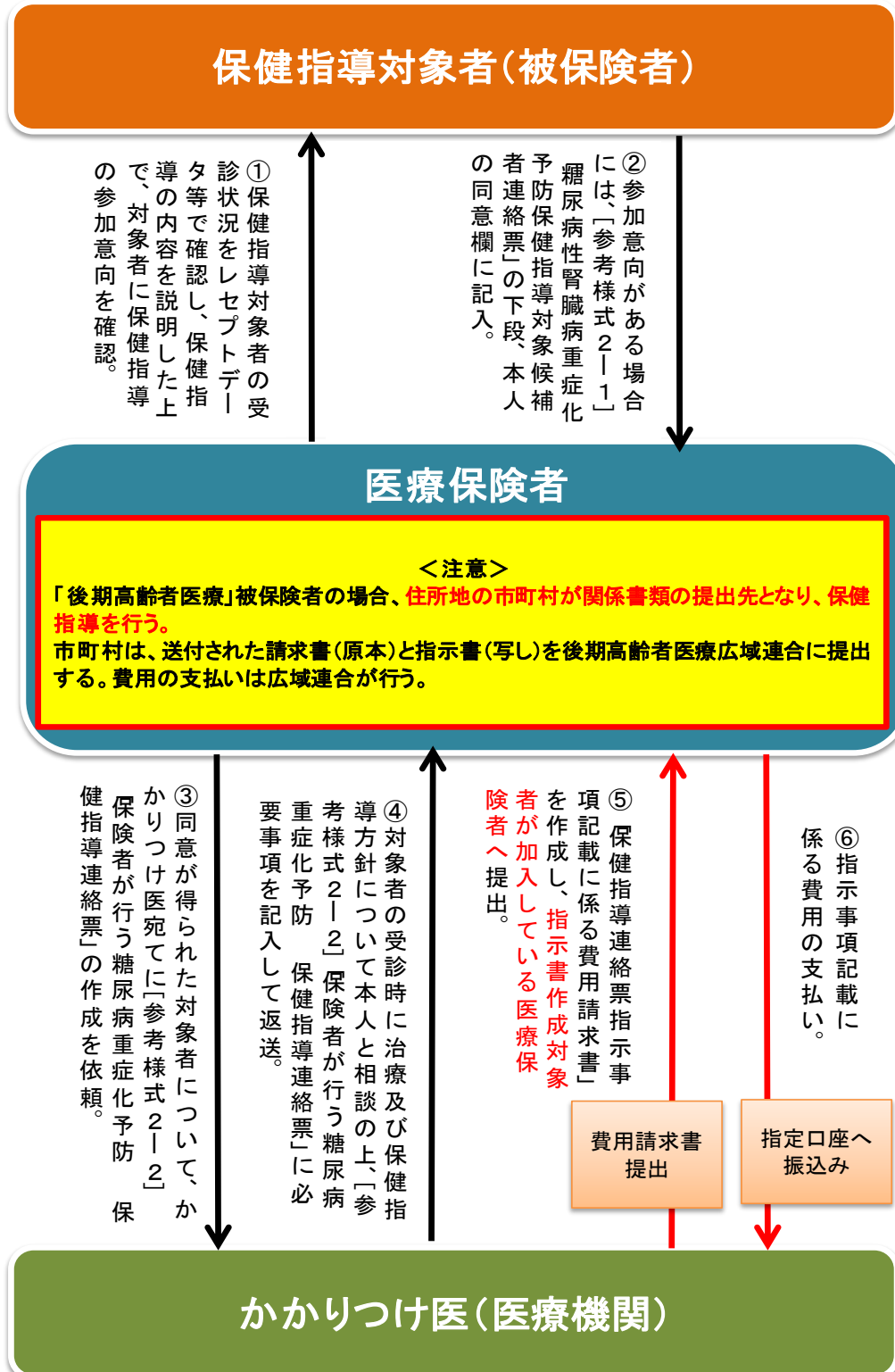
【参考】

「保険者が行う糖尿病重症化予防 保健指導連絡票」作成の標準的な事務手順

(*保健指導の実施手順については「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム 4 介入方法 (2)

保健指導を参照)

<保険者が対象者を抽出する場合>



<医療機関が対象者を抽出する場合>

