

113 年推動慢性腎臟病健康識能提升 申請作業說明

壹、計畫依據：

衛生福利部國民健康署「113 年糖尿病與腎臟病前期防治暨識能提升計畫-分項三：推動慢性腎臟病健康識能提升」

貳、主辦單位：衛生福利部國民健康署
承辦單位：台灣腎臟醫學會

參、參與辦法：

一、參與機構：有執行成人預防保健服務之診所。

備註：若參與機構家數超過 500 家，以有執行成人預防保健服務篩檢個案數大於 100 人，且有參加健保署「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案-初期慢性腎臟病」(Early Chronic Kidney Disease, Early CKD) 計畫之診所優先。

二、執行期限：

113 年 7 月 1 日至 9 月 30 日

三、收案對象定義：

健康署成人預防保健篩檢中有血糖、血壓、血脂、腎絲球過濾率(eGFR)及尿液檢查異常個案，目前未被收案加入健保署糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)照護整合方案、糖尿病(DM)照護方案、初期慢性腎臟病(Early CKD)照護方案者。

四、腎臟病識能導入作業：

針對收案對象之腎臟病風險因子如三高、吸菸、肥胖及 NSAID 用藥之高風險群、腎臟病初期及晚期個案為健康識能介入管理對象。

肆、腎臟病相關風險因子(NSAIDs 用藥、三高、吸菸及肥胖)定義

一、NSAIDs 用藥：依據台灣腎臟醫學會非類固醇消炎止痛藥(Non-steroidal anti-inflammatory drugs, NSAIDs)於慢性腎臟病病人開立規範、照護標準、施行做法、及監測指標

- 單次 NSAIDs 開立超過 5 日以上，依上面規範執行

二、三高定義：依據國民健康署國人三高盛行率-國民營養健康狀況變遷調查

危險因子	指標定義
高血壓	收縮壓 ≥ 140 mmHg 或舒張壓 ≥ 90 mmHg 或因高血壓接受藥物治療
高血脂	總膽固醇 ≥ 240 mg/dL 或三酸甘油酯 ≥ 200 mg/dL 或服用降血脂藥物
糖尿病	空腹血糖值 ≥ 126 mg/dL 或 HbA1C $\geq 6.5\%$ 或因血糖升高接受藥物治療

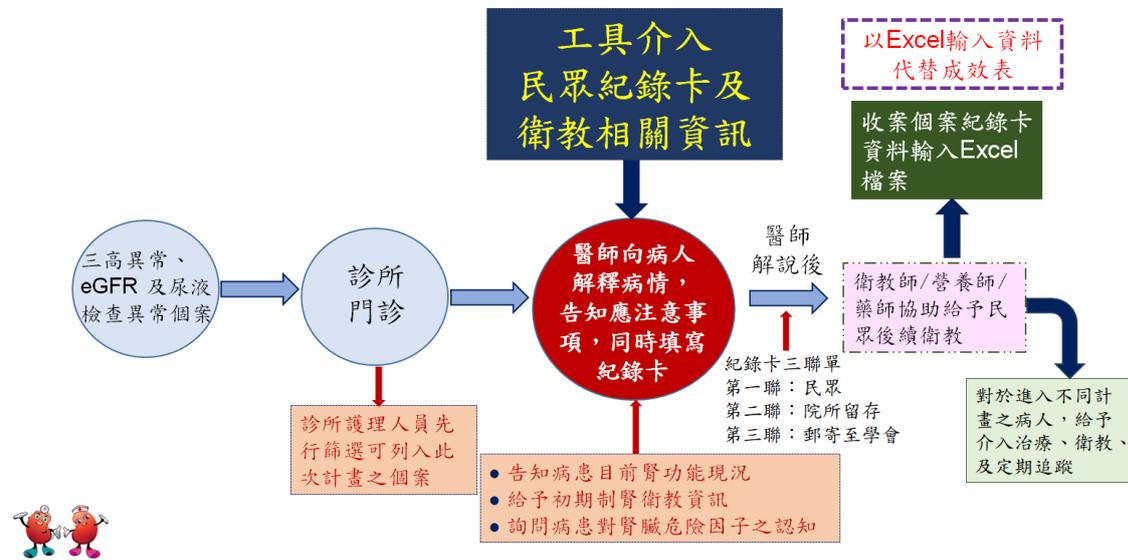
三、肥胖定義：依據國民健康署暨台灣肥胖醫學會編撰「成人肥胖防治實證指引」2018

體位定義	身體質量指數 (BMI) (kg/m ²)	腰圍 (公分)
體重過輕	BMI < 18.5	
健康體位	18.5 \leq BMI < 24	
體位異常	過重：24 \leq BMI < 27 輕度肥胖：27 \leq BMI < 30 中度肥胖：30 \leq BMI < 35 重度肥胖：BMI \geq 35	男性： ≥ 90 公分 女性： ≥ 80 公分

四、吸菸：依據國民健康署「國人吸菸行為調查」

- 吸菸者定義，係指以前到現在吸菸超過 100 支〈5 包〉，且最近 30 天內曾經使用菸品者

伍、機構執行與收案流程：



陸、經費：

一、參與執行之機構，須達成下面預期目標，依評比給予運作經費。

(一) 每家機構需至少需收案 50 人。

(二) 使用「腎功能指數及尿液檢查」紀錄卡

(三) 提交介入成效報告 (附件 2，Excel 檔案欄位格式)

二、運作經費核撥方式(每家診所提供運作經費上限 1 萬元)：

(一) 第一階段：

1. 由台灣腎臟醫學會邀請專家、學者組成評審委員，依據機構提交之介入成效報告(附件 2)進行評分，委員針對各機構之評審項目分別評分後加總，並依加總分數高低轉換為序位，各級總序位最低者為第 1 名，次低者為第 2 名，餘依此類推。

2. 依評分之排序給予運作經費，機構核撥比例視實際執行家數狀況，做滾動式調整：

甲、80%機構(約 400 家診所)，給予運作經費 8 千元

乙、20%機構(約 100 家診所)，給予運作經費 7 千元

(二) 第二階段：

1. 將第一階段評比之結果，依健保分區排序(共分 6 區)，每一區排名前 40%獲選為「腎病識能友善績優診所」。

健保分區縣市別：

健保分區	縣市
臺北業務組	臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣
北區業務組	桃園市、新竹市、新竹縣、苗栗縣
中區業務組	臺中市、彰化縣、南投縣
南區業務組	雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市
高屏業務組	高雄市、屏東縣、澎湖縣
東區業務組	花蓮縣、臺東縣

2. 前 40%獲選之「腎病識能友善績優診所」(約 200 家診所)給予運作優良經費 2 千元及獎狀或獎牌。(經費核撥金額依實際執行家數狀況，做滾動式調整)

柒、評比指標項目：

(一)資料填寫完整性及正確度

(二)收案個案資料來源

1. 單純完成成人健檢至門診看檢驗報告
2. 單純一般門診常規治療

(三)有腎臟病相關風險因子之病人納入預防及管理(納入定期追蹤)

1. 病人進入【糖尿病及初期慢性腎臟病(DKD)照護整合方案】追蹤治療
2. 病人進入【糖尿病(DM)照護方案】追蹤治療
3. 病人進入【初期慢性腎臟病(Early CKD)照護方案】追蹤治療
4. 病人進入【代謝症候群照護方案】追蹤治療

5. 病人非上述四種方案，只定期到診所定期門診追蹤

(四) 個案識能提升之成效

1. 衛教後病人病識感之提升
2. 病人對自己腎功能狀況之認知
3. 病人自我照護腎臟健康之認知

捌、申請作業辦法：

一、受理申請日期：113 年 6 月 10 日至 6 月 25 日或額滿為止

二、受理申請方式：線上申請，如有困難請聯繫學會協助提供線上或書面申請。

有意參與之機構請於受理截止時間前，點選網址

(<https://forms.gle/8qMJF6EEEn37ZZpqA9>)或掃描 QRCode 填寫申請表單。



玖、其他事項：

1. 計畫執行前，台灣腎臟醫學會將郵寄「腎功能指數及尿液檢查紀錄卡」50份給各執行機構。
2. 計畫截止前(113年9月30日前)參與機構需將完成的Excel檔案以電子郵件寄送至台灣腎臟醫學會(E-mail帳號：snroctpe@ms1.hinet.net)、「腎功能指數及尿液檢查紀錄卡」第三聯50份郵寄至台灣腎臟醫學會。
3. 機構聯絡地址及聯絡人請務必填寫清楚，以便台灣腎臟醫學會郵寄資料及聯繫機構經費核撥相關事宜。
4. 此申請作業說明可逕至[台灣腎臟醫學會網站](http://www.tsn.org.tw)下載，網址：www.tsn.org.tw/文件下載/腎臟病健康促進機構/

附件如後：

附件 1：腎功能指數及尿液檢查紀錄卡 (三聯單，由腎臟醫學會印製郵寄給各參與機構)

附件 2：成效表 Excel 檔案欄位格式 (Excel 檔案請逕至腎臟醫學會網站下載，網址：www.tsn.org.tw/文件下載/腎臟病健康促進機構/)

註 1：每家診所當年度所收個案不可重複。

註 2：診所需提供可辨識個案之相關資訊。

註 3：有參與本計畫之診所需造冊並記錄診所照護人數。

台灣腎臟醫學會

聯絡地址：台北市 100 青島西路十一號四樓之一

聯絡電話：(02) 2331-0878 傳真：(02) 2383-2171

E-mail：snroctpe@ms1.hinet.net

網址：<http://www.tsn.org.tw>

腎功能指數及尿液檢查 紀錄卡



醫療機構：_____

負責醫師：_____

民眾姓名：_____

健檢日期：_____

病歷號：_____

您的腎功能狀況，未來透析的風險

			尿蛋白		
			(-)	(±)	(+)-(++++)
腎絲球過濾率 (GFR)	第1期	>90			
	第2期	60-89			
	第3A期	45-59			
	第3B期	30-44			
	第4期	15-29			
	第5期	<15			

您沒有下列腎臟病風險因子； 您有下列腎臟病風險因子：

- 糖尿病
- 高血壓
- 高血脂
- 肥胖
- 抽菸
- 長期服用止痛藥

病人對腎臟病風險的認知



Q1 您是否知道自己現在的腎功能狀況？

Q2 您知道您自己有哪些「腎臟病風險因子」？

Q3 您知道回去後，要注意那些事情，可以讓腎臟健康嗎？

第一聯：病人留存；第二聯：診所留存可貼在健檢查單上；
第三聯：郵寄至腎臟醫學會

(流水號) 第一聯

護腎保健康

血糖

空腹血糖 80-130 mg/dL

血糖若有不正常，請確認是否有糖尿病，請找醫師給予諮詢

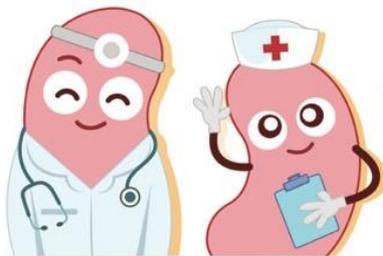
血壓

每天早晚量血壓
控制在**130/80** mmHg 以下



血脂

低密度脂蛋白膽固醇(俗稱壞膽固醇)控制在**100** mg/dL 以內



良好生活

不抽菸、少油、**少鹽**、少糖、不熬夜

維持體重

保持理想體重 遠離肥胖

規律持續運動



每次運動
約20~30分鐘



每週
至少3次



視體力狀況採漸進式
每週運動至少150分鐘



避免長期服用止痛藥及來路不明的成藥。

更多資訊，請至國民健康署網站查看
本經費由國民健康署運用菸品健康福利捐支應



台灣腎臟醫學會 關心您!!



附件 2：成效表 Excel 檔案欄位格式

項次	項目	格式	說明
1	醫療機構名	文字	
2	參與民眾病歷號	文字	
3	生日	民國年/月/日	
4	性別	數字	1. 男；2. 女
5	成人健檢日期	民國年/月/日	
6	個案來源	數字	1. 常規門診病人 2. 非常規門診病人 3. 其他
7	是否有腎臟病風險因子	數字	1. 有 (若勾選"有"，請繼續填寫 8) 2. 無
8	腎臟病風險因子	數字 (可複選) 1. 糖尿病 2. 高血壓 3. 高血脂 4. 肥胖 5. 抽菸 6. 長期服用止痛藥	1. 有 2. 無
9-a	腎功能狀況	數字	0. 腎功能正常 1. CKD 第一期 2. CKD 第二期 3. CKD 第三 A 期 4. CKD 第三 B 期 5. CKD 第四期 6. CKD 第五期
9-b	是否有蛋白尿	數字	1. 有 2. 無
10	病人是否有後續追蹤管理	數字	1. 原已在門診追蹤之個案 2. 此次新進入追蹤之個案 3. 無 (若勾選"1"或"2"，請繼續填寫 11)
11	病人後續追蹤管理狀況	數字 (可複選)	1. 病人進入【糖尿病及初期慢性腎臟病 (DKD)照護整合方案】追蹤治療 2. 病人進入【糖尿病(DM)照護方案】追蹤治療 3. 病人進入【初期慢性腎臟病 (Early CKD)照護方案】追蹤治療

			<p>4. 病人進入【代謝症候群照護方案】追蹤治療</p> <p>5. 病人非上述四種方案，只定期到診所定期門診追蹤</p>
12	病人對腎臟病風險因子的認知		
12-a	你是否知道您自己現在腎功能的狀況？	數字	<p>1. 了解</p> <p>2. 不是很了解</p> <p>3. 非常不了解</p>
12-b	你知道您自己有哪些「腎臟病風險因子」？	數字	<p>1. 知道</p> <p>2. 不是很了解</p> <p>3. 完全不知道</p>
12-c	你知道回去後，要注意那些事情，可以讓腎臟健康嗎？	數字	<p>1. 知道</p> <p>2. 不是很了解</p> <p>3. 完全不知道</p>