

西濃地区CKD（慢性腎臓病）医療連携パス運用要項

岐阜県CKD（慢性腎臓病）医療連携パス運用要項に準ずる

本要項の対象連携パス

目的

CKD（慢性腎臓病）医療連携パスを用いることで、

- 1) 地域における各医療機関の機能を明確化し、患者の治療継続を促すとともに、提供する医療レベルの更なる向上を図る。
 - 2) 定期的な検査を、重複を避けながら確実に施行し、腎機能維持を図る。
- ことを目的とする。

対象症例（次のいずれか）

- 1) 随時尿にて尿蛋白 2 +以上又は随時尿にて尿蛋白/尿 Cr が 0.5 g /gCr 以上
- 2) 随時尿にて尿蛋白、尿潜血がともに 1 +以上
- 3) 随時尿にて尿潜血 3 +以上が持続
- 4) 40 歳未満で $eGFR < 60\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$
40～69 歳で $eGFR < 50\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$
70～80 歳で $eGFR < 40\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$
80 歳以上で $eGFR < 30\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$
- 5) 尿アルブミン 300mg/gCr を超える糖尿病性腎症

基本原則

- 1) CKD医療連携パスを利用するか否かは、患者と相談の上、病院の担当医が決定する。
- 2) 病院の担当医は、かかりつけ医に対し、CKD医療連携パスによる共同診療を紹介状で依頼する。
- 3) 病院への通院は、病態に応じて3～6ヶ月に1回とする。
- 4) 実施した検査については、CKD医療連携パスに記載する。検体検査などは、保険診療の範囲内で実施する。
- 5) 心エコー検査、頸部エコー検査、ABI、PWVなどの検査は、病院側で行う事を原則とする。
ただし、かかりつけ医において実施することも可とする（検査の分担については、病院の担当医とかかりつけ医との相談で決める）。
- 6) 栄養相談は病院通院時に実施し、年に1回以上を原則とする。今後、栄養ケアステーションが整備された場合は、その活用も計る。
- 7) 投薬は、原則としてかかりつけ医が担当するが、年末年始や連休などは病院側も適宜行う。
後発品への変更は可とする。
- 8) 合併症を含めた日常の管理は、かかりつけ医が担当する。
- 9) 糖尿病性腎症の患者さんは糖尿病連携手帳を使用する。ただし、専門医がCKD連携パス

も必要と判断した場合は、2冊の手帳で管理を行う。

10) 目標（アウトカム）は、評価表には以下のように記載する。

目標（アウトカム）

腎機能の保持

記載例

◎・・・改善 ○・・・不変 ×・・・悪化

CKD医療連携パスの運用

1) 記載について

CKD医療連携パスの対応箇所に適宜記載する。空欄部も有効に使用し、適宜必要な医療情報を記載する。

2) バリエーションについて

達成目標が達成できない場合をバリエーションという。

バリエーションには、治療方法などの修正の上で、CKD医療連携パスを継続するレベルのもの（注意指針参照）と、CKD医療連携パスを中止（脱落）するレベルのもの（パスの中止参照）などがある。

3) バリエーションの連絡について

バリエーションが発生した場合は、病院の担当医に連絡をする。その他必要時には病院受診を勧める。

4) 情報の共有について

地域連携担当部署は、FAXの授受等を行う。このFAXを用いて事務的な連絡も行う。

注意指針 — こんな時は定期受診の前でも専門医を受診

- 1) 血清Crが1mg/dl上昇
- 2) 尿蛋白の急激な増加
- 3) 治療しても血清カリウム5.5mEq/L以上
- 4) コントロール不能の高血圧
- 5) 肺水腫
- 6) 浮腫の急激な悪化

CKD連携パスを中止するケース

- 1) 死亡
- 2) 透析導入
- 3) 重篤な心血管イベント
- 4) 来院せず