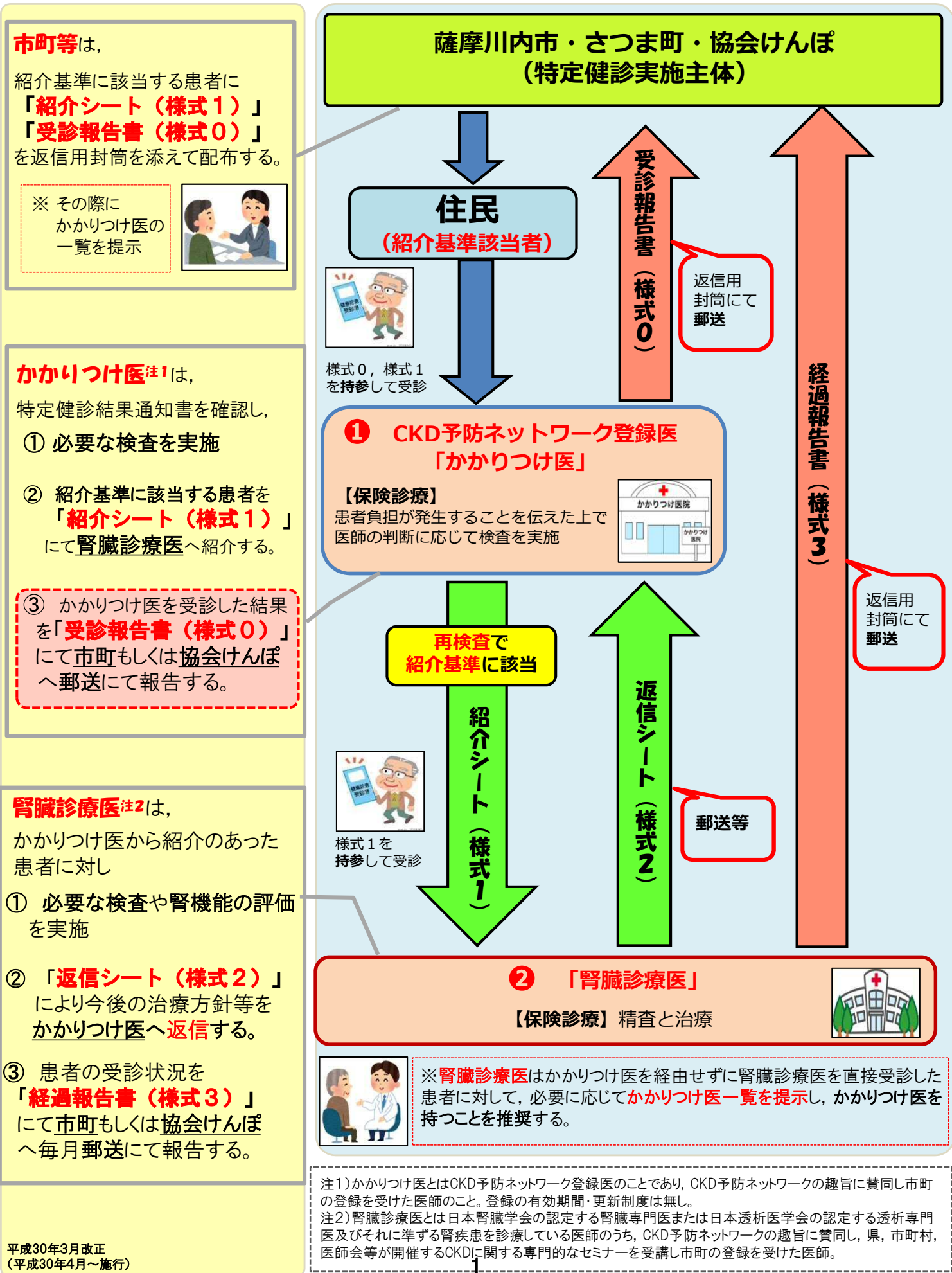


川薩圏域CKD予防ネットワーク図 ~それぞれの役割と様式の流れ~



川薩圏域CKD連絡様式の流れ及び記載方法等 ①

～ **かかりつけ医** が使用する様式「**様式0 (受診報告書)**」「**様式1 (紹介シート)**」～

「様式0」受診報告書

対象：**受診者全員**

かかりつけ医を受診した者について、受診結果を**市町**もしくは**協会けんぽ**に報告する様式

住民 (基準該当者)

患者が持参

かかりつけ医

返信用封筒にて郵送

薩摩川内市
さつま町
協会けんぽ

平成31年4月1日～

(CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医) → 薩摩川内市・さつま町・協会けんぽ)

薩摩川内市・さつま町CKD予防ネットワーク<受診報告書>

下記の患者が受診されましたので、経過につき報告します。

受診日	平成 年 月 日	受診歴	有 / 無
医療機関名	①「受診日」「医療機関名」等		
患者氏名(ふりがな)	性別	生年月日	年齢
患者氏名・性別・生年月日・年齢・住所は市町・協会けんぽが記載			
住所	薩摩川内市 さつま町		
再検査(血)	②「検査所見」		
検査項目	検査結果	単位	備考
血圧		mmHg	
eGFR		mg/dL	
尿蛋白			
結果と今後の方針等	③「再検査結果」		
再検査結果	eGFR値(mL/min/1.73m ²)による紹介基準 ① eGFR45未満(40歳以上) ② eGFR60未満(40歳未満) ③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下 蛋白尿による紹介基準 ④ 蛋白尿±(A1)以上 ⑤ 蛋白尿±(A2)以上		
紹介基準に該当	④「今後の方針」		
紹介先医療機関	<input type="checkbox"/> 再検査で異常なし → 継続で経過観察 <input type="checkbox"/> ② 自院で経過をみる。 <input type="checkbox"/> ③ 自院以外の、患者のかかりつけ医で経過をみる。 <input type="checkbox"/> ④ 既に腎臓診療医 () <input type="checkbox"/> ⑤ その他 () <input type="checkbox"/> ⑥ 腎臓診療医 () 病院へ紹介 <input type="checkbox"/> ⑦ 患者の意向により、自院で経過をみる。 <input type="checkbox"/> ⑧ 既に腎臓診療医 () でフォロー中 <input type="checkbox"/> ⑨ その他 ()		

※ 受診報告書は患者受診後、添付の返信用封筒により下記宛にて郵送してください。

川内保健センター 平895-0055 薩摩川内市西開町6-10 電話: 22-8811
 さつま町保健福祉課 平896-1803 さつま町意之城屋敷1565-2 電話: 53-1111
 協会けんぽ鹿児島支部 平892-8540 鹿児島市加治屋町18-8三井生命鹿児島ビル 電話: 099-219-1735

平成30年4月～開始

青枠で囲った部分の記載・をお願いします。

①「受診日」「医療機関名」を記載

注)但し、協会けんぽからのシートは住所・生年月日・年齢は空欄

② かかりつけ医で実施した検査所見(再検査結果)を記載
※ 検査結果の写しの添付でも可

③「再検査結果」の該当項目に

④「今後の方針」の該当項目に

「様式1」紹介シート

対象：**基準該当者**

(腎臓診療医へ紹介する方)

かかりつけ医における再検査の結果、紹介基準に該当した方を**腎臓診療医**へ紹介する様式

住民 (基準該当者)

患者が持参

かかりつけ医

患者が持参

腎臓診療医

平成31年4月1日～

(CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医) → 腎臓診療医)

薩摩川内市・さつま町 紹介シート (診療情報提供書)

下記の患者をご紹介申し上げます。ご高診をよろしくお願い致します。

平成 年 月 日

様式1

【紹介先医療機関】	医療機関名	病院	科
【紹介元医療機関】	医療機関名	医師名	印
患者氏名(ふりがな)	患者氏名・性別・生年月日・住所及び参考欄の紹介基準 <input checked="" type="checkbox"/> は市町・協会けんぽが記載		
検査項目	検査結果	単位	備考
血圧		mmHg	
eGFR		mg/dL	
尿蛋白			
早朝蛋白尿(定性)			
糖尿病性腎症が疑われる場合	血糖	mg/dL (空腹時・食後 時間)	
	HbA1c	% (NGSP値)	
合併症(含む既往歴)	③「合併症」「既往歴」「現病歴」「現在の処方」等		
現病歴(治療歴)	糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症 <input type="checkbox"/> その他 ()		
現在の処方(処方箋のコピー可)	④「専門医への依頼」		
専門医への依頼項目	<input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 研修 <input type="checkbox"/> 指導 <input type="checkbox"/> 共同診療 <input type="checkbox"/> その他 ()		
紹介後の方針	⑤「紹介後の方針」		
紹介後の方針	<input type="checkbox"/> 基本的に自院で経過をみる。 <input type="checkbox"/> 専門医へ依頼する。		

青枠で囲った部分の記載・をお願いします。

但し、協会けんぽからのシートは患者氏名のみ記載。

①② 検査実施後、該当する紹介基準欄に○をつけ、検査所見欄の「必須項目」を記載
※ 結果詳細は検査データの添付でも可

③ 合併症の有無に 現病歴や処方を記載
※ 糖尿病連携手帳の写しの添付でも可

④「専門医への依頼」の該当項目に

⑤「紹介後の方針」の該当項目に

※「基本的に自院で診る」とは腎臓診療医で検査・治療方針決定後はかかりつけ医でフォローするという意味

川薩圏域CKD連絡様式の流れ及び記載方法等 ②

～ 腎臓診療医 が使用する「様式2（返信シート）」「様式3（経過報告書）」～

「様式2」返信シート

対象：かかりつけ医から紹介を受けた方

再検査・腎機能の評価等を実施し、今後の治療方針等をかかりつけ医へ返書する様式

腎臓診療医 → CKD予防ネットワーク登録医(かかりつけ医)

薩摩川内市・さつま町 返信シート (診療情報提供書)

※同内容であれば、電子カルテや通常使用の返信様式でも可

【返信先医療機関】

① 「返信先医療機関」

【返信元医療機関】

② 「患者氏名」「受診日」等

検査結果

③ 「再検査結果」

④ 「検査結果と治療方針」等

⑤ 「栄養指導」

⑥ 「次回受診予定」

赤枠で囲った部分の記載・☑をお願いします。

① 「返信先」の医療機関名等を記載

② 受診した患者氏名及び受診日等を記載

③ 腎臓診療医で実施した再検査結果を記載

※詳細はデータ添付でも可

④ 検査結果と治療方針を記載

⑤ 栄養指導や次回受診予定を☑もしくは記載

腎臓診療医

郵送等

かかりつけ医

「様式3」経過報告書

月ごとに腎臓診療医を受診した者の名簿を市町もしくは協会けんぽへそれぞれ報告する様式

薩摩川内市 さつま町 CKD予防ネットワーク <経過報告書>

協会けんぽ

年 月分

腎臓診療医 氏名 所属医療機関名

受診回数	かかりつけ医からの紹介の有無	患者氏名	性別 (男・女)	生年月日 (T S H)	かかりつけ医への返信の有無
1	初診・再診	有・無	男・女	T S H	有・無
2	初診・再診	有・無			有・無
3	初診・再診	有・無			有・無
4	初診・再診	有・無			有・無
5	初診・再診	有・無			有・無
6	初診・再診	有・無			有・無
7	初診・再診	有・無			有・無
8	初診・再診	有・無			有・無
9	初診・再診	有・無			有・無
10	初診・再診	有・無			有・無

※ ご記入後は月毎にまとめて、返信用封筒でご郵送ください。

① 月ごとに受診者名簿作成

② 該当項目を○で囲む、もしくは必要事項を記載

腎臓診療医

返信用封筒にて郵送

薩摩川内市 さつま町 協会けんぽ

※「薩摩川内市」、「さつま町」、「協会けんぽ」それぞれで作成

慢性腎臓病（CKD）病診連携患者紹介基準

紹介基準

- 下記「紹介基準」に該当する患者は「紹介シート（様式1）」を用いて腎臓診療医へ紹介します。

下記①～⑥のいずれかに該当する場合

eGFR値(ml/min/1.73m ²)による紹介基準	蛋白尿による紹介基準
① eGFR45未満（40歳以上）	④ 蛋白尿1+(A3) 以上
② eGFR60未満（40歳未満）	⑤ <u>血尿(1+以上)を伴う蛋白尿±(A2)</u> 以上
③ 3ヶ月以内に、30%以上のeGFRの低下	⑥ <u>eGFR60未満</u> の 蛋白尿±(A2) 以上

（「CKD病診連携マニュアル2018」に準拠して作成）

再紹介基準

- かかりつけ医にて、腎臓診療医とのCKD病診連携を行っている患者が、以下のいずれかを呈する場合は、すみやかに腎臓診療医への再紹介を行うことが推奨されます。 ※様式1（紹介シート）使用

下記①～④のいずれかに該当する場合

①	eGFRの急激な低下 (3ヶ月以内に血清クレアチニン値が30%以上上昇)
②	血清K値5.5mEq/L以上
③	著大な体重増加, 浮腫, 心不全症状
④	急激な尿蛋白の増加 (尿蛋白/クレアチニン比が前値の2倍以上)

（「CKD病診連携マニュアル2012」に準拠して作成）

2019年4月1日～適用

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)		正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿
	尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)		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)		正常 (-)	軽度蛋白尿 (±)	高度蛋白尿 (+~)
	尿蛋白/Cr比 (g/gCr)		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。