


令和7年度PDCAサイクル(透析予防外来チーム)

P

計画




<背景>
2024年6月からの診療報酬改定に伴い、慢性腎臓病(以下CKD)患者に対し、慢性腎臓病予防外来指導管理料300点(2年目以降250点)が新設され、CKD患者(糖尿病患者と透析患者は除く)で、医師が透析予防指導の必要性を認めた外来患者に対し、医師、看護師、管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に、月1回に限り算定できることとなった。

<体制構築>
○チーム編成、役割分担
主治医:診察、透析予防に関する指導
看護師:透析予防のための生活指導
管理栄養士:食事管理(主治医の指示のもとで指導を行う。)

<チーム活動の目標>
・CKD患者自身が、腎臓病と向き合い、その人らしく保存期を維持し、透析予防につなげることができる。
・患者に対する生活指導や病態管理を強化する。(年間10名以上を目標とする)

D

実行




<募集方法>
①腎臓病教室を受講済みのCKD患者で、透析予防外来の算定要件に当てはまる患者に主治医より声かけを行う。
②栄養指導を希望または医師のすすめで受講、透析予防外来の算定要件に当てはまるCKD患者に主治医より受講を声かけする。
③金曜日の定期受診CKD患者で透析予防外来算定要件の該当患者を医師が抽出し、受診時に主治医から透析予防外来の受講を声かけする。
④既存の腎臓病療養指導外来紹介となるデータで、透析予防外来算定要件に当てはまる患者の場合は、1回目は透析予防外来とし、2回目以降を腎臓病療養指導とする。(データに応じ腎臓病療養指導外来2回終了後でも可)

<活動内容>
透析予防外来は毎月第1金曜日に実施。(上記で、金曜日以外で受診している患者は金曜日に予約が必要。)
①(採血がある患者は)採血 ②管理栄養士からの栄養指導(塩分指導等、医師の指示による)
③看護師からの個別指導(生活指導) ④主治医より診察・指導(病態管理、薬剤調整等)

2回目以降の受講は、患者の希望、チーム内でのカンファレンスにより実施検討する。

C

評価




<募集方法の評価>
○年間目標10名に対して9名実施。
・案内チラシは減るが、自発的な申し込みが少ない。参加は主治医からの声かけが中心。
・2025.9月カンファレンス実施
外来主治医からの受講案内は継続。患者からの参加希望を期待し案内用チラシを作成し、腎臓内科待合室に設置。
案内方法については次年度検討する。

<活動内容の評価>
・2025.11月カンファレンス実施→効果的な指導のため単回ではなくシリーズ化へ。
・指導回数・内容の検討
外来枠の増加(外来日が金曜以外の患者も参加しやすくする目的)→栄養課で指導できるスタッフが限られるため金曜固定は必要。
枠増は可能
にて1枠→3枠とする。
・医師にてパンフレット作成・・・2026.3月～4回シリーズへ
・資料の渡し方、タイミングについては4回すべて行うかは患者と相談。資料は最初に渡しておく。

<その他>
・予約方法→わかりやすいようにフローチャート作成

A

改善



【来年度にむけた取り組み】

<募集方法の評価>
・チラシは減るが自発的な申し込みが少ない。→患者周知について検討する(DVD作成等)

<活動内容の評価>
・4回シリーズを開始後、間もないため、実施しながら改善していく。

<その他>
・患者のCKD進行を予防できたかは今後評価する必要あり。
①CKD進行リスク因子の変化
1) 高血圧: 正常血圧(病院血圧<130/80、高齢者には配慮要)に到達できた患者の割合、自己血圧測定の頻度、降圧剤の減量等
2) 体重、浮腫変化
3) 尿タンパクの減少した患者の割合
②腎保護に対する効果 1) eGFRの低下速度が改善した患者の割合(もしくは改善率) 等
主治医が、指導実施前後1年間のデータで評価検討する。