

別紙 1. 腎デナベーション治療適正使用チェックリスト（適応確認申請時）

施設名： _____

施設患者 ID： _____

患者生年月： _____ 年 _____ 月 性別： 男性・女性

（１）腎デナベーション治療の概要に関する本人への説明		はい	いいえ
腎デナベーション治療の概要の説明	✓ 腎動脈にカテーテルを挿入して行う治療法で、治療には入院が必要であること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	✓ 専門家チームが治療法を実施することの適応があるかを検討するのに 1～2 ヶ月かかること	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（２）治療抵抗性高血圧の判定（すべて「はい」を確認する）		はい	いいえ
1)生活習慣修正状況	✓ 減塩を含む食事管理、適切な運動、適正体重の維持、節酒、禁煙、良質な睡眠、ストレス管理など、生活習慣の修正に継続的に取り組んでいる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)服薬アドヒアランス関連状況(いずれか)	① 服薬アドヒアランスは良好(残薬や服薬忘れはない)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 服薬アドヒアランスが不良と判断されれば、患者とのパートナーシップを築けているか注意して、処方工夫(下記)など原因に応じて高血圧管理・治療ガイドラインに沿って対応をする ◇ 降圧薬について力価の強い1剤か配合剤への変更 ◇ 服用薬の種類は5-6剤未満が目安 ◇ 内服薬の一包化、服用法の単純化 ◇ 患者の生活に合わせた服薬スケジュール	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)降圧薬の適切な処方	✓ 薬の増量、または現在の処方とは異なる作用機序の降圧薬の追加の可能性を検討する ✓ 降圧利尿薬が処方されていない場合、理由を確認の上、処方を検討する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)正しい血圧測定と降圧目標の理解	✓ ガイドラインで推奨された測定条件で血圧測定を実施しているかを確認する ✓ ガイドラインで推奨された降圧目標を理解しているかを確認する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)二次性高血圧の除外	✓ スクリーニング検査を行い、ガイドラインに準じ二次性高血圧を除外する ✓ 薬剤誘発性高血圧の原因として、グリチルリチン酸、非ステロイド性抗炎症薬、健康食品等について問診する	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（３）選択基準		はい	いいえ
HRT チームで(2)治療抵抗性高血圧と判定を確認し、適切な治療状況にも関わらず下記の基準を満たす患者		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
血圧基準(いずれか) (診察室外血圧のみが基準を満たす場合、総合的に判定する)	① 診察室血圧が 140/90mmHg 以上、かつ ABPM で 24 時間血圧が 130/80mmHg 以上、若しくは昼間血圧が 135/85mmHg 以上、又は夜間血圧が 120/70mmHg 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	② 診察室血圧が 140/90mmHg 以上、かつ早朝若しくは就寝前家庭血圧が 135/85mmHg 以上、又は夜間家庭血圧が 120/70mmHg 以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
降圧薬使用条件	✓ 利尿薬を含む異なったクラスの 3 剤以上の降圧薬処方 ✓ 利尿薬以外の降圧薬は原則、最大忍容量	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腎デナベーションが不適格な患者(除外基準)にあてはまらない	✓ eGFR <40 ml/min/1.73m ² に当てはまらない ✓ 使用予定の腎デナベーションシステムの添付文書にある禁忌・禁止条項に当てはまらない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家庭血圧などの測定	✓ 初診から家庭血圧を測定している(家庭血圧計を利用できない患者では適宜 ABPM を実施している)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

記載_____年____月____日

登録施設高血圧専門医署名_____

評価：☐適応あり　・　☐適応なし

コメント：

最終確認_____年____月____日

日本腎デナベーション協議会高血圧専門医署名_____

評価：☐適応あり　・　☐適応なし

コメント：