

# がんの地域医療連携クリティカルパス運用マニュアル

## 1. 目的

がんの地域連携クリティカルパス（以下、「連携パス」という。）は、患者に安心して質の高い医療を提供するため、連携医療機関（かかりつけ医）とがん診療拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の医師（専門医）が、患者の治療経過を共有するためのツールとして活用されることを目的とする。

## 2. 対象医療機関

連携パスを共有し、パスによるがん連携医療を希望される連携医療機関を対象とする。但し、拠点病院等における連携パスの運用、各がん治療等に関する説明会を受講した連携医療機関であることが望まれる。

## 3. 連携パス運用（適応）開始時期

個別の患者に対する連携パスの適応開始は専門医が判断するが、概ね下記に掲げる《適応規準》を充たした状態の安定した症例であり、かつ連携医療機関での治療が可能な患者さんを想定する。

## 4. 対象患者《適応規準》

連携パスの対象患者は、原則として以下を満たす者とする。

- ①がん治癒切除術後
- ②告知済み
- ③放射線治療終了
- ④点滴化学療法終了
- ⑤直近の検査で異常なし
- ⑥連携病院での診療希望者

当面はがん治療後、症状の安定した再発の危険が少ない患者を対象として連携パスを開発する。

## 5. 実施（運用）手順について

《 運用の手順 》※連携パス運用のフローチャート参照

### ◆拠点病院等の医師（専門医）◆

#### 《 運用決定まで 》

(1) 患者の希望を確認・決定と運用開始の届出・・・・・・・・・・フローチャート①②

- ①がんと診断され、がんの治療目的における初回入院時等に治療方針決定後に適宜、地域連携の可能性の把握と希望の確認をする。

（担当：専門医）

- ②入院担当看護師は患者に連携（パス）私のカルテの内容について説明し、連携医療を内諾した場合、入院担当医は、がん地域連携パス運用開始（依頼）届《様式1》（以下、「様式1」という。）を作成し、連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等拠点病院ごとに担当部署を決定しておく）へ提出する。

（入院担当医と担当看護師）

(2) 連携の同意書を取得・・・・・・・・・・フローチャート③

- ①患者に連携希望先の連携受諾報告と連携の同意書を取得する。

※私のカルテの具体的な使用方法等を説明する。

- ②同意書は2部コピーし、拠点病院等・連携医療機関・患者がそれぞれ保管する。  
※原本は患者（私のカルテ）が保管し、写しを拠点病院等（の診療録）に保管する。写しを連携医療機関（かかりつけ医）へも送付する。

（担当：拠点病院等の担当医）

- (3) 連携コーディネートの開始・・・・・・・・・・・・・・・・・・フローチャート④⑥  
《様式1》及び診療情報提供書をFAX送信し、連携医療機関に連携パスによる運用を打診し、受諾（受入の可否と初回受診日）を得る。  
※受諾が得られなかった場合は、看護師と協働し患者の意向を聞き、他施設との再調整を図る。

（担当：（連携担当部署の）医療連携コーディネート担当）

- (4) 連携パス運用開始《関連資料の作成と送付(交付)》・・フローチャート⑦

- ①医療者用の連携パス一式の準備と連携医療機関への送付

（担当：（連携担当部署の）医療連携コーディネート担当）

## 《 運用開始後 》

- (1) 連携パス運用開始《関連資料の作成と送付(交付)》・・フローチャート⑦

- ①医療者用の連携パス一式の準備と連携医療機関への送付

### ア 連携パスの作成

拠点病院等（の医師）は治療方針に従い共同診療計画書を決定し、共同診療計画書（写し）を保管します。

### イ 連携医療機関（かかりつけ医）への連携パスの送付

拠点病院等は、患者の退院時に、診療情報提供書とともに、共同診療計画書（原本）を連携医療機関（かかりつけ医）へ送付します。連携医療機関（かかりつけ医）へは原則として当該書類を患者が持参することを想定していますが、医療機関ごとに連携担当者が「患者に手渡しする」、「連携医療機関（かかりつけ医）へ直接届ける・郵送する」など送付方法を確定しておくこととします。

### ウ 連携医療機関（かかりつけ医）への連絡【定期受診時】

拠点病院等は定期受診時、「地域連携がん診療経過報告書」《必要に応じ、検査データ、所見、医療者シート(写し)等》を患者に託します。連携医療機関（かかりつけ医）への報告は、患者が当該報告書を持参することを想定していますが、状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

### エ 患者への連携パスの交付

拠点病院等は、患者へ「私のカルテ」を交付します。

※その他、患者保管用として必要に応じて共同診療計画書（写し）を別途交付することも可能です。

### オ 連携医療機関（かかりつけ医）への連絡

（連携パスの運用期間終了・脱落・中止時）

拠点病院等は、連携パス運用終了時には「地域連携がん診療経過報告書」（脱落・中止時には脱落・中止の報告書）を連携医療機関（かかりつけ医）へ送付します。状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

- カ 連携医療機関（かかりつけ医）からの定期受診予約の際の対応  
拠点病院等は、連携パス患者の定期受診予約については、検査予約も含めて電話、FAX 等の連絡のみで、患者の来院なしでも予約できるようにする。定期受診以外の受診に対しては柔軟に対応する。

#### 《医療者用連携パスの構成》

（注）連携パスにより用意されていない書類があります。

- i) 説明書（同意書）
- ii) 診療情報提供書
- iii) 決定した連携先医療機関の一覧  
病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の連携医療機関を決定し施設名、連絡先の情報を共有します。
- iv) 共同診療計画書  
患者の退院後の標準的な治療計画等を明記したものです。
- v) 医療者用シート  
患者の術後のフォローに必要な問診、定期検査、投薬等の目安を示したチェックシートとなります。医療者シートを参考に投薬と可能な範囲での検査等をお願いします。

（担当：専門医／看護師／医療連携コーディネータ担当）

#### ②患者が携帯する患者用パス一式（私のカルテ）の交付

##### 《私のカルテの構成》

（注）連携パスにより用意されていない書類があります。

- i) 患者基礎情報用紙  
患者さんのプロフィールやアレルギー歴、くすりの副作用情報、診断名、今までにかかった病気等を記入します。
- ii) 決定した連携医療機関の一覧  
病院、診療所、調剤薬局、訪問看護ステーション等の連携医療機関を決定し、施設名、連絡先の情報を共有します。
- iii) 患者さん用連携パス  
共同診療計画表を患者さん用にわかりやすく明記したものです。
- iv) 患者さん用自己チェックシート記載例  
副作用等について患者が自己チェックする用紙の記載例です。
- v) 治療・療養生活について（治療・内分泌療法・薬・副作用等）  
患者さん向けに治療方法や療養生活のヒントをまとめたものです。
- vi) 地域医療連携課がん相談窓口の案内
- vii) 患者さん用連携パス説明書（同意書）
- ix) 患者さん用自己チェックシート  
副作用等について患者が自己チェック（○、△）する用紙です。
- ix) 患者さん用メモ  
患者さんが気になったことなどを自由に記載する用紙です。
- x) 医療者用連絡メモ  
医療者が連絡事項等について自由に記載する用紙です。

（担当：看護師／医療連携コーディネータ担当）

## ◆ 連携医療機関（かかりつけ医） ◆

### 《 運用決定まで 》

- ①連携依頼の受信と回答・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・フローチャート⑤  
拠点病院等からの連携パス運用の打診（様式1及び診療情報提供書）に対し、  
《様式1》にて受入の可否等をFAXする。

### 《 運用開始後 》

#### (1) 連携パスの管理と日常診療

##### ア 連携パスの保管

連携医療機関（かかりつけ医）は、拠点病院等の医師（専門医）から送付を受けた診療情報提供書及び共同診療計画書（原本）をカルテに保管するとともに、患者の診察時に随時該当項目に記入（カルテに記入）します。

##### イ 拠点病院等への連絡（患者の拠点病院等の外来受診時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、患者が拠点病院等へ外来受診する際には、「地域連携がん診療経過報告書」《必要に応じ、検査データ、所見、医療者シート(写し)等》を患者に託します。拠点病院等への報告は、患者が当該報告書を持参することを想定していますが、状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。なお、拠点病院への連携パス患者の定期受診予約については、検査予約も含めて電話、FAX等の連絡のみで、患者の来院なしでも予約できるようにする。その他、臨時の拠点病院等への受診に対しては柔軟に対応する。

##### ウ 拠点病院等への連絡（連携パスの運用期間終了・脱落・中止時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、連携パス運用終了時には「地域連携がん診療経過報告書」（脱落・中止時には脱落・中止の報告書）を拠点病院等へ送付します。状況によっては郵送する・FAXするなど、適宜柔軟に運用するものとします。

- ①投薬については、基本的に連携医療機関でお願いします。  
②投薬間隔は1～3ヶ月毎（連携医療機関の判断）でお願いします。  
③副作用等が疑われる場合は、連携医療機関にて適宜、投薬の中止・再開をしていただいで結構です。  
④投薬終了後の通院間隔は連携医療機関のご判断でお願いします。  
（できれば3～6ヶ月）  
⑤5年目以降の連携医療機関の診療は必要時（3～6ヶ月）にお願いします。

## ◆ 患者 ◆

患者は「私のカルテ」及び拠点病院等や連携医療機関（かかりつけ医）で必要に応じて交付された検査結果等の写しを保管・管理するものとします。

なお、パスの対象疾患以外で医療機関を受診する際もできる限り診療経過表を持参するものとします。

## ◆ その他 ◆

拠点病院等及び連携医療機関（かかりつけ医）は、他方の医療機関への連携パスに関連する書類の送付時には適宜控えをとるなど紛失等に備えるものとします。

## 6. 対処方法

バリエーション		対処法
再発が疑われるとき	症状がないとき	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
治療による副作用が疑われるとき	症状がないとき	2週間以内を目処に拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	極力近いところで拠点病院等の外来受診、画像検査を予約する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	電話連絡ののち拠点病院等の外来あるいは救急外来を受診する。
その他合併症が疑われるとき	症状がないとき	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。2週間を目処に拠点病院等に報告を行う。
	症状があるが差し迫った生命の危険はないと思われるとき	診断、治療を進めると共に、精査、専門医への紹介等必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	専門外来受診、救急入院等の必要な措置を講ずる。遅滞なく拠点病院等に報告する。
連携医療からドロップアウトしたとき	たちまちには危険がないとき	患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。次回フォロー予定期日までに解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。定期的に連携システムの改善を図る。
	今後の症状悪化が心配されるが、差し迫った生命の危険はないと思われるとき	患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。4週間以内に解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。個別対応として再ドロップアウトを防止する。速やかに連携システムの改善を図る。
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	遅滞なく患者・家族との連絡を取り、フォローアップを再開する。解決しない場合は連携先医療機関との連絡を取る。個別対応として再ドロップアウトを防止する。速やかに連携システムの改善を図る。

不測の事態が発生した場合は、連携する全ての医療者が協力して解決に当たる。

## 7. \_\_\_\_\_ 病院（拠点病院等）問い合わせ先

（平日） \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :

連携担当部署（地域医療連携課、相談支援センター等）

担当者氏名 \_\_\_\_\_ (Tel) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

（平日時間外及び土、日、祝祭日）の緊急時の連絡は

日直／夜間当直（※看護師） (Tel) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_



地域連携がん診療経過報告書

地域連携クリティカルパス (□□□□□□□□)

報告日 年 月 日

共同診療開始日 年 月 日

計画策定病院 \_\_\_\_\_ 殿

連携医療機関 \_\_\_\_\_

<b>患者情報</b>	氏名	性別 ( M F )
	生年月日 T・S・H	年 月 日
下記の通り共同診療計画に基づいた実施日と変更点について報告します。		
共同診療計画に基づく診療の実施日		
次回の予定		
共同診療計画に ( 変更なし 変更あり )		
変更となった項目 ( 診察・観察 検査 治療 薬剤 処置 ケア )		
具体的な内容 :		
・その他の特記する事項		
画像・検査データ添付 ( あり なし )		

<b>FAX 送信表</b>
----------------

癌地域連携パス運用中の患者さんにつきまして、下記のとおり、がん地域連携パス脱落・中止届を FAX 送信のうえ、ご報告させていただきます。

連携医療機関 _____ 担当者 _____ Tel :    -    - Fax :    -    -	←	_____ 病院 (計画策定病院) がん相談・医療連携担当者 _____ Tel :    -    - Fax :    -    -
	→	

### がん地域連携パス脱落・中止届

医療機関名	
患者番号	
患者氏名	
パスの種別	1. 乳がん 2. 胃がん 3. 大腸がん (Stage I・II) 4. 肺がん 5. 肝がん 6. その他 (                    )
脱落・中止の理由	1. 再発・再燃・合併症等による治療方針変更  2. 転出(他県へ転出等)  3. 患者本人・ご家族の希望  4. 死亡  5. その他