

長崎県がん地域連携クリティカルパス運用要綱

1. 目的

長崎県がん地域連携クリティカルパス（以下「連携パス」）は、患者さんに安心、安全で質の高い医療を提供するため、計画策定病院(がん診療連携拠点病院、長崎県がん診療連携推進病院等)と連携医療機関（一般病院、診療所等）が、患者さんの診療計画、検査結果、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しています。

この「連携パス」を利用することで、患者さん自身が診療計画や病気を理解でき、かかりつけ医のもとで手厚い診療を受けることができるようになります。さらに、診察の待ち時間の短縮や通院時間の短縮など患者さんの負担の軽減にもなります。

2. 連携手帳と共同診療計画書

(1) 連携手帳

連携手帳は、連携パスの説明、患者さんや計画策定病院・連携医療機関に関する情報、経過の記入欄等で構成されています。

連携パスについて、計画策定病院の主治医（以下「専門医」）と連携医療機関の医師（以下「かかりつけ医」）の役割が記載されています。

患者さんのことがわかるように、氏名、生年月日、連絡先などのプロフィールを、患者さんが記載します。

専門医とかかりつけ医、患者さんで同じ情報を共有できるように、患者さんの病気の内容や手術など入院中に行った治療について、専門医が記載します。

また専門医とかかりつけ医の連絡先を記載します。その他の医療機関として、薬局、訪問看護ステーションの連絡先を記載できます。

専門医とかかりつけ医で協力して患者さんの治療を行うため、受診の際に専門医とかかりつけ医の間で、連携手帳をやり取りすることで、治療経過の情報共有に活用します。

受診予定外の時に体調が悪くなった時は、まずかかりつけ医に連絡してください。

連携手帳は患者さんが保管し、医療機関を受診する際に携行します。

(2) 共同診療計画書

専門医とかかりつけ医、患者さんが同じ診療計画書を持ちます。専門医が、患者さんの退院後に予想される診察、検査、治療経過について予定を記載します。基本的に各疾患の診療ガイドラインに沿って作成されています。かかりつけ医と専門医はこの計画書に基づき診察・検査等を実施します。

3. 運用の方法

運用の方法は、次に掲げるとおりとします。

(1) 対象患者

連携パスの対象者は下記共通項目及び各がん種で示す要件をおおむね満たす方です。

共通：①告知済み ②直近の検査で異常なし ③状態が落ち着いている

④連携パスに同意が得られている方

乳がん：治癒切除後・再発兆候なし

胃がん：治癒切除後（内科的治療（ESD・EMR）も含む）、進行病期 Stage I、II・III

大腸がん：治癒切除後

肝がん：手術後で術後化学療法のない患者

肺がん：病理病期 I A および I B 期肺がん術後

膵がん：膵がん切除後

前立腺がん

術後フォローアップ：根治手術後再発兆候が無く重大な合併症を認めない

ホルモン療法フォローアップ：病勢進行がなく、PSA 値が安定している

放射線治療後フォローアップ：治療後再発兆候が無く重大な合併症を認めない

PSA フォローアップ：初回生検がん陰性で以後の定期的な PSA フォローが必要

(2) 診療報酬施設基準届出

連携パスを運用する場合、診療報酬上の保険点数が算定できますが、事前に九州厚生局に施設基準の届出が必要です。

当該届出を行っていない医療機関と連携を予定している場合は、計画策定病院、連携医療機関双方が速やかに必要な届出を行います。

この際、別途定める「がん地域連携パスに係る診療報酬施設基準届出の流れ」に沿って行っていきます。不明な点に関しては、長崎大学病院がん診療センター（協議会事務局）にお問い合わせください。

なお、計画策定病院と新たに連携を図る連携医療機関のリストに関しては、事務局より各計画策定病院に送りますので届出をお願いします。

(3) 運用の手順

運用の手順は、次のとおりとします。

① 専門医（計画策定病院：がん診療連携拠点(推進)病院等）

ア 患者さんへの説明

専門医は、病名、病理病期について患者さんへ説明します

専門医は患者さんに対し、連携パスを活用してかかりつけ医と連携して診療していく旨説明し同意を得ます（同意書に署名）。

イ 連携医療機関の初回診療日について

専門医が、かかりつけ医の受診時期について患者さんに説明し、受診していただきます。

ウ 共同診療計画書等の作成

専門医は、患者さんより同意が得られたら「診療情報提供書」「共同診療計画書」を作成します。

エ 連携医療機関への診療情報提供書、共同診療計画書等の送付及び保険点数算定

計画策定病院は、患者さんの退院時、または退院後の外来受診時に、専門医が作成した「診療情報提供書」、「共同診療計画書」を郵送または直接患者さんに渡します。患者さんが受け取った場合は、かかりつけ医受診時に渡してください。

計画策定病院は、患者さんの同意が得られた際に『がん治療連携計画策定料』（750点：退院時1回）を算定します。

オ 連携手帳の患者さんへの交付、診療概要の記載

計画策定病院は、患者さんへ連携手帳を交付します。また、診療の都度、所見・検査結果等連携に必要な事項を記入し診療情報提供書を郵送します。

② かかりつけ医（連携医療機関：一般病院、診療所等）

ア 共同診療計画書等の保管、連携手帳への診察内容記載

かかりつけ医は、計画策定病院から送付を受けた「診療情報提供書」、「共同診療計画書」をカルテに保管します。また、「連携手帳」に診療の都度、所見・検査結果等連携に必要な事項を記入します。

イ 計画策定病院への診療情報提供書の送付及び保険点数算定

かかりつけ医は、患者さんが計画策定病院へ外来受診する際には、連携手帳を持参するよう依頼します。診療情報提供書を作成した場合、連携医療機関は『がん治療連携指導料』（300点：情報提供時。月1回限度）を算定できます。

③ 患者

患者さんは連携手帳を保管・管理します。

連携手帳には、現在の体調等を記載する欄があるので、医療機関を受診する前に身体の状態を記録しておきます。また、気になることや不安なこと、気がかりなこと、など自由に記載して結構です。

なお、連携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連携手帳を持参してもらいます。

④ その他

計画策定病院及び連携医療機関は、他方の医療機関への「共同診療計画書」等の送付時にはコピーをカルテに保管し、当該連携パスの共有に留意します。

4. 専門医とかかりつけ医との連携

専門医とかかりつけ医は、次に掲げる点に留意し相互連携を図るものとします。

(1) 外来受診日予約や相談体制の整備

各医療機関は、外来受診日の予約方法等について丁寧に説明を行うとともに、随時患者さんの相談を受け付ける体制を整えるなど、患者さんの連携パスの脱落防止に努めるものとします。

(2) 患者への診療、検査及び投薬内容等の取り決め

計画策定病院での退院後の外来診療や連携医療機関での診察・検査及び治療等の内容については、「共同診療計画書」を基本に、患者さんの状態等を勘案のうえ、専門医とかかりつけ医で適宜連携し決めていくものとします。

(3) バリエーション例（逸脱例）発生時の対応

かかりつけ医受診の際、バリエーション例（逸脱例）が発生した場合は、以下を参考に対処します。

① 再発が疑われるとき：できるだけ早く計画策定病院を受診してください。

② 手術の合併症、化学療法の合併症が判明したとき：

緊急を要する場合・・・

計画策定病院へ電話連絡ののち、外来または救急外来を受診してください。

（連携手帳のファイルの連携先医療機関一覧・連絡先のページ欄に、計画策定病院の連絡先が記載されています。）

緊急性のない場合・・・

翌日以降に計画策定病院を受診してください。

連携パス運用中の患者さんは専門医も連携して主治医となっていることを鑑み、入院を要する病状の場合は計画策定病院で受け入れます。