

山形県がん地域連携クリティカルパス運用要項

1. 目的

山形県がん地域連携クリティカルパス（以下「連携パス」という。）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、がん診療連携指定病院)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. 連携パスの構成

連携パスは、「医療機関用共同診療計画表」、「私のカルテ」で構成されています。様式は5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳）毎に異なります。各パスの概要は次のとおりです。

（1）医療機関用共同診療計画表（以下「共同診療計画表」という。）

患者の退院後に予想される診察、検査、治療経過について記載したもので、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。

計画策定病院の主治医（以下「専門医」という。）が作成し、連携医療機関の医師（以下「かかりつけ医」という。）に渡します。

かかりつけ医と専門医はこの計画表に基づき診察、検査等を実施し、治療経過を記載します。

次回受診が連携の相手側である場合、連携医療機関と計画策定病院の間で、この計画表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。

（2）私のカルテ

患者さんの診療情報（手術概要ほか）、診療計画、日常の留意点、連携中の診療の記録、連携する医療機関連絡先等を一冊にまとめた手帳です。

患者さんが保管し、医療機関を受診する際に携行、診療の経過がわかるようにその都度記載します。

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部位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方

肺：肺がん術後

胃：胃がん術後 Stage I A、Stage I B

肝：肝がん切除後・ラジオ波焼灼後・肝動脈塞栓術後

大腸：大腸がん治癒切除術後 Stage I、Stage II、Stage III

乳：乳がん術後

(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せんが、事前に東北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うこととします。

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」により、連携医療機関は山形県がん診療連携協議会事務局に登録票を送付し、協議会事務局は登録状況をまとめた一覧を計画策定病院に送付します。計画策定病院はこの一覧を基に連携医療機関の届出情報を把握することとします。

(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(指定)病院）

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の確認（予約）

計画策定病院から連携医療機関に対して電話し、患者さんが連携パスによる連携に同意していることを伝え、初回診療日を確認します。予約が必要な場合は、予約日時をお知らせいただきます。

ウ 共同診療計画表等の作成

専門医は、治療方針が決定した段階で「共同診療計画表」を作成し、退院までに「診療情報提供書」を作成します。

エ 連携医療機関への共同診療計画表等の送付及び保険点数算定

計画策定病院は、患者の退院時に、専門医が作成した「診療情報提供書」、「共同診療計画表」、「同意書（写し）」を患者さんに手渡し、連携医療機関へ持参するよう依頼します。なお、各医療機関の状況によっては、直接郵送またはFAXなど、適宜柔軟に運用するものとします。

計画策定病院は、患者さんの退院時に『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 私のカルテの患者への交付、診療概要の記載

計画策定病院は、患者さんへ「私のカルテ」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ます。このとき、関係帳票の写しを交付して、「私のカルテ」に貼付してもらうことも可能です。

② かかりつけ医（連携医療機関：一般病院、診療所等）

ア 共同診療計画表等の保管、診察内容記載

連携医療機関は、計画策定病院から送付を受けた「診療情報提供書」、「共同診療計画表」、「同意書（写し）」をカルテに保管します。また、「共同診療計画表」と「私のカルテ」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。このとき関係帳票の写しを交付して、「私のカルテ」に貼付してもらうことも可能です。

イ 計画策定病院への診療時の状況報告・連携パスの送付

連携医療機関は、治療計画に基づく診察を行った場合はその都度「がん治療連携指導報告書」を作成し、計画策定病院へ送付します。

また、患者が計画策定病院へ外来受診する際には、「診療情報提供書」と「共同診療計画表」を患者さんに手渡し、計画策定病院へ持参するよう依頼します。なお、各医療機関の状況によっては、直接郵送またはFAXなど、適宜柔軟に運用するものとします。

このとき連携医療機関は『がん治療連携指導料』（300点：情報提供時。月1回限度）を算定します。

③ 患者

患者さんは「私のカルテ」を保管・管理します。

「私のカルテ」には、現在の体調等を記載するページがありますので、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。医療機関から資料・検査結果の写しを渡された場合は、綴り込み・貼付しておきます。

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「私のカルテ」を持参していただきます。

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「共同診療計画表」等の送付時には写しをカルテに保管し、当該パスの共有に留意するものとします。

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、随時患者の相談を受け付ける体制を整えるなど、患者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、「共同診療計画表」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。

- ・再発が疑われるとき：2週間以内をめぐりに計画策定病院を受診
- ・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・・・計画策定病院に電話連絡ののち、外来または救急外来を受診

緊急性のない場合・・・翌日以降に計画策定病院を受診

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るものとします。