

221022 「がんの地域連携パス」運用マニュアル

1. 目的

がんの地域連携パス（以下、「地域連携パス」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）とがん診療連携拠点病院（以下、「がん拠点病院」）の医師（担当医）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

地域連携パスを共有し、パスによる連携診療を希望される連携医療機関を対象とする。但し、がん拠点病院、等における地域連携パスの運用、各がん治療等に関する説明会に参加した連携医療機関であることが望まれる。

3. 地域連携パス運用（適応）開始時期

個別の患者に対する地域連携パスの適応開始は、がん拠点病院の医師（担当医）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患者であり、かつ連携医療機関での治療が可能な患者を想定する。

4. 対象患者《適応規準》

地域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。

がんに対する治療切除術後、もしくは初回治療後
告知済み
放射線治療終了
点滴化学療法終了
直近の検査で異常なし

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、地域連携パスの対象患者とする。

5. 実施（運用）手順について

《 運用の手順 》 地域連携パス運用のフローチャート参照

A. がん拠点病院（担当医、看護師、地域連携室担当者、など）

《 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**

外来での治療方針決定後、または初回入院時に適宜、連携診療についての説明を行い、治療後の地域連携パス適応の可能性と希望の確認をする。

（担当：担当医）

患者に「地域連携パス」、「連携ノート」の内容について説明し、連携診療を同意した場合、病棟の看護師は、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、地域医療連携室へ提出する。

（担当：病棟看護師、地域医療連携担当者）

(2) 連携調整の開始・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ **フローチャート**
《様式1》及び診療情報提供書をFAX送信し、連携医療機関（かかりつけ医）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。

紹介元医師への連携を原則とします。

受諾が得られない場合は、看護師と協働し患者・家族の意向を聞き、他施設との再調整を図る。それでも受諾が得られない場合は、通常地域連携での診療を行う。
できるだけ速やかに地域医師会と、適切な逆紹介システムを整備する。

（担当：地域連携担当者）

(3) 連携の同意書を取得し、緊急時連絡表を確認する。・・・・・・・・ **フローチャート**

患者に連携希望先からの連携受諾報告を行い、連携の同意書を取得する。
緊急時連絡表の確認を行い、「連携ノート」の具体的な使用方法等を説明する。

（担当：拠点病院等の担当医）

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）へ郵送する。

連携の同意後に、退院前カンファレンスの案内をして、可能であれば参加要請と情報提供を行う。

（担当：病棟の看護師）

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

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：地域連携室担当者）

《 運用開始後 》

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

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 地域連携パスの作成

がん拠点病院（担当医）は治療方針に従い地域連携計画書を決定し、地域連携計画書（写し）を保管する。

イ 連携医療機関（かかりつけ医）への連携パスの送付

がん拠点病院は、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）へ送付する。

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」、「連携医療機関（かかりつけ医）へ直接届け・郵送」など送付方法を確定しておくこととする。

（担当：地域連携室担当者）

ウ 連携医療機関（かかりつけ医）への連絡【定期受診時】

がん拠点病院は定期受診時、「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》を患者に託す。

連携医療機関（かかりつけ医）への報告は、当該報告書を患者が持参や郵送・FAX

など、適宜柔軟に運用するものとする。Eメールなどを使用する場合は、個人を特定出来ないように番号化など、個人情報保護に留意する。

エ 患者への連携パスの交付

がん拠点病院は、患者へ「連携ノート」を交付する。

《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。

) 診療情報提供書

) 説明書(同意書)

) 決定した連携先医療機関、緊急時連絡表、連絡マニュアルを準備する。

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する。

) 地域連携計画書(狭義のパス)

患者の退院後の標準的な治療計画等を明記したもの。

) 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です。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。患者、連携医療機関(かかりつけ医)と相談し、胸部写真、CTなどの定期検査をどの医療機関で行うかを決めておく。

(担当: 担当医 / 地域連携担当者)

患者が携帯する患者用パス一式「連携ノート」の交付

《「連携ノート」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。

) 地域連携パスについて: 患者用説明書(同意書)

) 患者基礎情報用紙

患者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する。

) 具体的に決定した連携医療機関の一覧を準備する。

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、担当医、電話番号などの連絡先の情報を共有する。

) 地域連携計画書(患者用連携パス)

地域連携計画書を患者用にわかりやすく明記したもの。

) 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。

) おくすり手帳(任意)

) 連絡メモ(任意)

患者が気になったことなどを自由に記載する用紙です。

) がん治療・療養生活についての説明用紙(任意)

治療・内分泌療法・薬・副作用等、患者向けにがんの治療方法や療養生活のヒントをまとめたもの。

* 外来看護師と情報共有する

(担当: 病棟看護師 / 外来看護師 / 地域医療室担当者)

B．連携医療機関（かかりつけ医）

《 運用決定まで 》

連携依頼の受信と回答・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ **フローチャート**

がん拠点病院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 地域連携パスの保管

連携医療機関（かかりつけ医）は、がん拠点病院の医師（担当医）から送付された診療情報提供書及び地域連携計画書（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）する。

イ がん拠点病院への連絡（患者ががん拠点病院外来受診時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、患者ががん拠点病院へ外来受診する際には、「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》を患者に託す。がん拠点病院への報告は、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・FAXなど、適宜柔軟に運用するものとする。

ウ がん拠点病院への連絡（連携パスの運用期間終了・逸脱時）

連携医療機関（かかりつけ医）は、連携パス運用終了時には「がん診療経過報告書」（逸脱時には逸脱の報告書）をがんセンターへ送付する。状況によっては郵送・FAXなど、適宜柔軟に運用するものとする。

投薬については、基本的に連携医療機関（かかりつけ医）でお願いします。

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。

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。

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）

5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。

C．患者

患者は、がん拠点病院や連携医療機関（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「連携ノート」にファイルし、保管・管理するものとする。「連携ノート」の管理については患者の自己責任とする。

また、患者用自己チェックシート、副作用等についての自己チェック()や、連絡メモに気になったことなどを記録し、ファイルする。

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(「連携ノート」)を持参するものとする。

D．その他

がん拠点病院及び連携医療機関（かかりつけ医）は、他方への医療機関への地域連携パスに関連する書類送付時には、適宜控えをとるなど紛失等に備えるものとする。

F A X 送信票

<p style="text-align: center;">病院</p> <p>地域医療連携担当者：</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>Tel: 000-000-0000</p> <p>Fax: 000-000-0000</p>	<p>➔</p> <p>➜</p>	<p>連携医療機関（かかりつけ医）</p> <p style="text-align: center;">_____ クリニック</p> <p>担当者：</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>Tel: 000-000-0000</p> <p>Fax: 000-000-0000</p>
--	-------------------	--

がん地域連携パス運用開始《依頼》届（兼受入確認票）

病院（拠点病院）にて外来担当者が記入

医療機関名称			
患者番号			
患者氏名			
診 断 名	1. 乳がん 4. 肺がん	2. 胃がん 5. 肝がん	3. 大腸がん 6. その他 ()
診 断 日	平成	年	月 日
入 院 日	平成	年	月 日
退 院 日	平成	年	月 日
術 式			
術 日	平成	年	月 日
受診希望日	第1希望日 (/) 第2希望日 (/) 第3希望日 (/)		

(かかりつけ医で記入)

受入の有無	1. 受入可	2. 受入不可
担当医師		
初回受診日	平成	年 月 日

F a x 送信には細心の注意を払っておりますが、誤って送信されましたら下記まで連絡いただきますようお願いいたします。

病院 地域医療連携室 Tel : 000-000-0000

F A X 送信票

<p>病院 地域医療連携 担当者：</p> <p style="text-align: right;">様</p> <p>Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000</p>	<p>➔</p> <p>➜</p>	<p>連携医療機関（かかりつけ医） クリニック</p> <p>担当者：</p> <p style="text-align: right;">様</p> <p>Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000</p>
--	-------------------	--

がん地域連携パス逸脱届

医療機関名称	
患者番号	
患者氏名	
パスの種類	1. 乳がん 2. 胃がん 3. 大腸がん 4. 肺がん 5. 肝がん 6. その他 ()
逸脱の理由	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
逸脱日	平成 年 月 日

地域連携パス診療経過報告書 (連携医 拠点病院)

報告日 年 月 日
共同診療開始日 年 月 日

<p style="text-align: center;">病院 地域医療連携室 担当者：</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p style="text-align: center;">Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000</p>	<p style="text-align: center;">連携医療機関（かかりつけ医） _____ クリニック 担当者：</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Tel:000-000-0000 Fax:000-000-0000</p>
<p>患者情報</p> <p style="text-align: center;">氏名： _____、性別（ M ・ F ）</p> <p style="text-align: center;">生年月日 T・S・H 年 月 日</p>	
<p>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。</p> <p>共同診療計画に基づく診療の実施日</p> <p>次回の予定</p>	
<p>共同診療計画に（ 変更なし 変更あり ）</p> <p>変更となった項目（ 診察、観察、検査、治療、薬剤、処置、ケア ）</p> <p>具体的な内容：</p> 	
<p>その他の特記する事項</p> <p style="text-align: right;">画像・検査データ添付（ あり なし ）</p>	

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、居宅介護支援事業所等）

医療機関名	連携医	連携病院	拠点病院
名称 連絡先			
担当医			
担当看護師			
連携室担当者			

	調剤薬局	訪問看護ステーション	居宅介護支援事業所等
連絡先			
担当者			

【上記への連絡方法と順番】

平日： 1
2

夜間休日： 1
2

がんの地域連携パス 緊急時連携体制確認表 (各拠点病院で再確認する)

対処方法と連絡先				
所見・症状		対処法 * 下記欄外をご参照下さい (直接ご記入も可)	連絡先・担当責任者名(不在時の担当者名)	緊急連絡方法 (電話番号、Fax番号)など
再発が疑われるとき	症状がないか、もしくは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	b. 極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。	000-000-0000(代表)。地域連携室担当者。 必要時は当該科担当医、当該科オンコール医師、各科科长、担当部長の順。	000-000-0000(代表)。 平日時間内は地域連携室 平日時間外・土日休日は保安員から当直医、当直看護長へ。以下、必要時は同左
治療による副作用が疑われるとき	症状がないか、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	b	以下、すべて同上	以下、すべて同上
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d. 原則として電話連絡の後、即日拠点病院受診を指示。状況に応じて、連携病院(救急病院)受診を指示する(事前に患者家族と相談して決めておく)。		平日時間内は地域連携室 平日時間外・土日休日は保安員から当直医、当直看護長へ。以下、必要時は同左
その他合併症が疑われるとき	症状がないか、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	b		
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d.		
その他パスから逸脱したとき	たちまちには危険がないとき、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	b		
	差し迫った生命の危険があると思われるとき	c, d.		
* 対処方法例： a. 2週間をめぐりに拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 b. 極力近い時点での拠点病院等の外来受診を指示し、外来の診察予約をとる。 c. 電話連絡ののち、即日拠点病院受診を指示する。 d. 救急病院受診を指示する。 e. その他、ご自由に記入下さい				

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ります。
緊急時、重篤な症状で、連携医が対応困難な場合は、緊急対応表を御参照下さい。

かかりつけ医からの緊急相談における電話対応の具体例

この電話対応の具体例は、病院・診療所はじめ地域連携に関係する皆さんのために、診療所かかりつけ医からの緊急相談時の対応について、よくある普通のやり取りを例にあげて記載しておりますので、参考にさせていただければ幸いです。電話でのやり取りは簡単そうで案外難しく、とくに時間外や深夜には短い言葉で意思疎通を図ることからややもすれば言葉足らずになりかねず、時に言葉ひとつでお互いの感情を害することは絶対避けたいものです。地域連携を担う者同士、円滑な連携のために敬意を持って丁寧な会話を心がけていただきたくことを切にお願い致します。

ケース 1：病院の通常診療中における対応（午前 10 時頃）

ケース 2：病院の診療がほぼ終了し、診療所では午後診が続く時間帯における対応（午後 6 時頃）

ケース 3：深夜、患者の様態が急変し、近隣での受け入れが困難で診療相談を受けた場合の対応

ケース 1（午前 10 時頃）

病院（電話交換士）：

こちらは 病院です。どのようなご用件でしょうか？

診療所：

こちらは 市 区 の クリニックの院長 です。がん地域連携パスを利用している患者さん、 さんの件で、緊急に担当の方にご相談したいのですが。

病院（電話交換士）：

地域連携室の担当者におつなぎしますので、しばらくお待ち下さい。

病院（地域連携室）：

もしも、お待たせしました。地域連携室の M S W の （看護師の 、事務の ）と申します。いつも大変お世話になりありがとうございます。

診療所：

こちらこそお世話になっております、 クリニックの です。お忙しいところ急な連絡で申し訳ないのですが、地域連携パスを利用されている さんが、今朝の 3 時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、今朝 10 時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液を続けながら経過を見ましたが、状態が悪化しており、入院する必要があると判断し、近隣の連携病院に依頼をしましたが、あいにく対応困難とのことで困っております。診察をお願いできないでしょうか・・・。

病院：

わかりました。主治医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のため、医院の電話番号を教えてくださいませんか？

診療所：

電話番号は・・・です。よろしくお願ひします。

.....

病院：

もしも、 クリニックですか、こちらは 病院地域連携室の と申します。先ほど貴院からご連絡を頂きました さんの件で、 先生とお話したいのですが。

診療所：

はい、わかりました。院長と代わりますので、しばらくお待ち下さい。

.....

もしも、院長の です。

病院：

もしも、地域連携室 M S W の です。 さん担当の 医師に変わります。

.....

もしも、担当の です。現在どのような状態でしょうか。

・・・以下続く

ケース2（時間外、午後6時頃）

病院（電話交換士）・・・この場合はケース1とほぼ同様の対応

病院（救急外来、電話交換士から救急外来）・・・救急外来の窓口で対応する場合でも、がん地域連携パスを利用している患者さんであることを伝えることによって、それなりの対応をお願いします。

病院（保安員など）・・・保安員などに対して、診療相談への対応の研修が十分に行われていない病院あり。以下、このケースについて記載します

病院（保安員）

こちらは 病院です。どのようなご用件でしょうか。

診療所：

こちらは 市区の クリニックの院長 です。がん地域連携パスを利用している患者さん、 さんの件で、緊急に担当の方にご相談したいのですが。

病院（保安員）：

わかりました。当直におつなぎします。

病院（保安員）

もしも、 クリニックの 先生から、がん地域連携パスを利用している患者の さんの件で、緊急相談の電話が入っています。

病院（緊急対応担当の、当直医師または当直看護師）

わかりました。代わります。

.....

もしも、当直医師（看護師）の です。日頃お世話になっております。どのような状況でしょうか。

診療所：

こちらこそお世話になっております、 クリニックの です。時間外に申し訳ないのですが、地域連携パスを利用されている さんの件でお願いしたいのです。今朝の3時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、10時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液を続けながら経過を見ておりましたが、状態が改善せず、入院する必要があると判断し、近隣の連携病院に依頼をしましたが、あいにく対応困難とのことで困っております。患者さんも希望されているのですが、診察をお願いできないでしょうか.....

病院：

わかりました。主治医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のため、そちらの電話番号を教えてくださいませんか？

診療所：

番号は.....です。

病院：

もしも、 クリニックですか、こちらは 病院地域連携室の と申します。先ほどそちらの 先生からご連絡をいただいたのですが.....

診療所：

はい、わかりました。院長と代わりますので、しばらくお待ち下さい。

.....

もしも、院長の です。

病院：

さん担当医師の です（担当医不在のため、代わりに が対応させていただきます）。お世話になっております。診察させていただきます。夜間受付でお名前を言って下さればわかるように連絡しておきます。到着は何時頃になりますか。

診療所：

ありがとうございます。助かります。なるべく早く午後7時頃には行けると思っています。

.....以後続く

ケース3（深夜、午後11時頃）

病院（保安員）

こちらは 病院です。どのようなご用件でしょうか。

診療所：

こちらは 市 区の クリニックの院長 です。こんな時間に申し訳ないですが、がん地域連携パスを利用している患者さんの件で、緊急にご相談したいのですが。

病院（保安員）：

わかりました。当直医師におつなぎします。

病院（保安員）

もしも、クリニックの 先生から、がん地域連携パスを利用している患者さんの件で、ご相談があるとの電話が入っています。

病院（当直医師または当直看護師）

わかりました。代わります。

.....

もしも、当直医師（看護師）の です。日頃お世話になっております。どのような状況でしょうか。

診療所：

こちらこそお世話になっております、 クリニックの です。こんな時間に大変申し訳ないのですが、がん地域連携パスを利用されている さんの件でお願いしたいのです。今朝の3時頃から急な腹痛で嘔吐が続き、10時頃当院に来られました。大腸がん術後のイレウスの疑いがあり、輸液や浣腸で症状が軽快したため一旦帰宅し明日再診の予定でしたが、先ほど患者さんから電話があり、状態が改善せず非常に苦しいそうです。そちらの病院で診てもらえないかとの相談を受けました。とても苦しくて朝までまてないとのことで、近隣の連携病院にも入院依頼をしましたが、受け入れ困難とのことで困っております。何とか診察をお願いできないでしょうか.....

病院：

わかりました。担当医に連絡を取り、折り返しご連絡いたします。念のために連絡先の電話番号を教えてくださいませんか？

診療所：

電話番号は.....です。

.....

病院：

もしも、 先生ですか、先ほど電話を頂いた 病院の です。担当の に連絡済みですので、どうぞすぐに来て下さい。夜間受付でお名前を言って下さればわかるように連絡しておきます。到着は何時ごろになりますか。

診療所：

ありがとうございます。助かります。なるべく早く、午後12時頃には行けるとお思いますので、どうぞよろしくお願ひします。

.....以後続く

以上