

神奈川県立循環器呼吸器病センター
慢性閉塞性肺疾患（COPD） 地域連携クリニカルパス
連携医療機関 運用手順

- 患者の治療経過把握の責任は、神奈川県立循環器呼吸器病センター（循呼センター）にあるとする。

1. 使用基準

- 1) 循環器呼吸器病センター（以下循呼センター）外来通院中であり、医師が慢性閉塞性肺疾患（以下COPD）地域連携クリニカルパス（地連パス）対象と判断した患者に適用する。
- 2) バリエーション発生時は、発生した事象の内容により地連パス継続の可否を医師が判断する。ただし、状態改善し再度地連パスの対象となる場合は、「わたしのカルテ（COPD）」は継続して使用する。

2. バリエーション基準

状態の悪化

- 1) 入院を要する増悪が、年1回以上出現した場合
- 2) 咳嗽・喀痰・呼吸困難の悪化
- 3) 状態の悪化

3. 運用手順

【導入時】循呼センター

- 1) 循呼センターにて、治療開始する。CATを患者へ渡す。
- 2) 循呼センター主治医より、患者・家族へ、病状の安定と地域連携クリニカルパスの対象となることを説明し、同意を得る。患者・家族と共に連携医療機関を決定し、地域連携室へ電話連絡をする。
* 医師は、地連パス適応について、早めに患者・家族へ説明し事前に調整を行う。
- 3) 地域連携室は、連携医療機関へ電話連絡し了解を得て、患者と共に受診予定月を決定する。「COPD 地域連携診療計画書」の該当欄に鉛筆で月数を記入する。
* 運用手順等の確認済みか否か確認する。必要時連携医療機関に向けて、「COPD 地連パス 連携医療機関 運用手順」を、郵送する。
- 4) 「地域連携クリニカルパス（COPD）運用依頼書」（資料1）と同意書を連携医療機関へFAXする。「地域連携クリニカルパス（COPD）運用依頼書」原本は、地域連携室内に保管する。同意書の原本はスキャンセンターへ回す。

【導入中】**連携医療機関**

- 1) 地連パスに沿って、診療予定を立て診療する。 記載例参照 **資料2-2**
- 2) 「わたしのカルテ (COPD)」の“かかりつけ医での定期検診・検査結果”を確認し、必要な該当項目へ結果を記入する。 記載例参照 **資料3-2**
- 3) 状態悪化の場合、地連パスバリアンス発生について循呼センターへ電話連絡し、「わたしのカルテ」“状態変化・治療内容の変更”欄へ状態を記入する、または診療情報提供書を作成する。

【導入終了時】**循呼センター**

- 1) 循呼センターにて患者が死亡した場合や、地連パス対象から外れた場合、循呼センターの主治医は、地域連携室へ地連パス終了の旨を伝える。
- 2) 地域連携室は、連携医療機関へ連絡する。

4. 帳票類 記載基準

1) COPD 地域連携診療計画書

資料2

- a “患者情報、かかりつけ医院名等”は、循呼センターが記入する。
- b “紹介”に、循呼センターからの紹介日を記入する。
- c “1ヶ月”もしくは“2ヶ月”に、循呼センターより連携医療機関へ連携開始の依頼を行い、了承のもと患者とともに受診予定月を立て、記入する。
- d “6ヶ月”に、循呼センター主治医が受診機関を決める。
 - ・循呼センターの場合は、予約月日を記入する。
 - ・連携医療機関の場合は、予定月を記入する。
- e 連携医療機関は、初回受診以降は患者の状況に合わせて受診予定を立てる。

2) わたしのカルテ (COPD)

資料3

- a “患者情報、かかりつけ医院名等”は、循呼センターが記入する。
- b “受診日”は、受診時に連携医療機関で記入する。
- c 患者は、受診までに“CAT質問票”“生活への影響、増悪受診の有無、副作用”を記入する。記入がない場合には、連携医療機関にて記入を促す。
- d 連携医療機関医師は、診察結果等を“SpO₂ (%)、合併症等特記事項”“状態変化・治療内容の変更”“服薬・吸入薬が処方通りにできているか”“バリアンス”に記入する。
- e “循環器呼吸器病センター”欄は、患者と循呼センターにて記入する。

5. 主な診療報酬

診療報酬項目	点数	算定要件
B000 特定疾患療養管理料	225 点	第 1 回目の管理料は 初診料を算定した初診の日から 1 ヶ月を経過 した日以降に算定
B009 診療情報提供料(I)	250 点	診療状況を示す文書により患者紹介を行った 場合 月に 1 回

6. COPD 地域連携クリニカルパス 連携フロー

患者状況	循呼センター主治医	地域連携室	連携医療機関（かかりつけ医）
循呼センター 受診	COPD治療開始 ① 検査・投薬・指導等実施 <input type="checkbox"/> COPDアセスメントテスト（CAT）		
病状安定	地域連携クリニカルパス 対象と判断 ① 患者・家族へ説明し同意を得る ② 患者・家族と共に連携医療機関を決定し地域連携室へ連絡する ③ 同意書その他書類を作成し、患者より同意書にサインをもらう ④ 「わたしのカルテ」を作成する ⑤ 診療情報提供書の作成する ⑩ 6ヶ月もしくは1年間隔の受診	⑥ 患者情報、連携機関名等の情報を得る ⑦ 連携医療機関へ連絡する <input type="checkbox"/> 連携依頼・了解をいただく <input type="checkbox"/> 運用基準等が手元に届き、確認いただいているかを確認をする *手元になければ、運用基準を郵送する <input type="checkbox"/> 患者と共に受診予定日を決め、連携診療計画へ記入する <input type="checkbox"/> 同意書・連携依頼書をFAXする	⑧ 患者診察 ⑨ 状態に合わせて、受診期間を判断する（1ヶ月または2ヶ月）
状態悪化時	⑬ 連携医療機関からの情報・患者の状態に合わせて治療開始		⑪ 循呼センターへ電話連絡する ⑫ 必要時診療情報提供書を作成する
病状安定	⑭ 連携医療機関へ連絡 ⑮ 地域連携クリニカルパスの再開 ⑯ 診療情報提供書作成		コスト入力：診療報酬 B009 診療情報提供料（I） 250点 診療状況を示す文書により患者紹介を行った場合 月に1回



循環器呼吸器病センター 主治医名:

施設	かかりつけ医での定期検診・検査結果							循環器呼吸器病センター					
	年月日	年	月	日	月	日	月	日	検査	診察			
CAT 質問票	1.咳の程度	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	6ヶ月毎 12ヶ月毎 採血 <input type="checkbox"/> 末血・像 <input type="checkbox"/> BNP <input type="checkbox"/> 生化学 <input type="checkbox"/> SpO ₂ または血ガス 結果 SpO ₂	CAT 質問票	1 0~5 ()		
	2.痰のつまり感	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			2 0~5 ()		
	3.息苦しさ	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			3 0~5 ()		
	4.痰や階段での息切れ	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			4 0~5 ()		
	5.生活の制限	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			5 0~5 ()		
	6.外出への自信	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			6 0~5 ()		
	7.睡眠	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			7 0~5 ()		
	8.活力 (元気さ)	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()	0~5 ()			8 0~5 ()		
合計	()	()	()	()	()	()	()	結果	合計 ()				
生活への影響 軽度	0~9 :□	0~9 :□	0~9 :□	0~9 :□	0~9 :□	0~9 :□	0~9 :□	<input type="checkbox"/> 胸部X線	0~9 :□				
中等度	10~20 :□	10~20 :□	10~20 :□	10~20 :□	10~20 :□	10~20 :□	10~20 :□	<input type="checkbox"/> 肺機能検査	10~20 :□				
高度	21~ :□	21~ :□	21~ :□	21~ :□	21~ :□	21~ :□	21~ :□	<input type="checkbox"/> FVC	21~ :□				
増悪 受診の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	結果 FEV1 FEV1% %FEV1	増悪回数 回				
ある場合受診日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	<input type="checkbox"/> CAT	副作用の評価				
臨時受診医療機関	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医	<input type="checkbox"/> かかりつけ医			<input type="checkbox"/> その他	治療内容検討		
副 作 用	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/> 循環センター	<input type="checkbox"/>	治療内容検討				
・咽頭不快、嚔声	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input type="checkbox"/>	治療内容検討		
・動悸	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					<input type="checkbox"/>	治療内容検討
・排尿障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
・その他	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/>	治療内容検討				
症状 (ある場合はその状態)										<input type="checkbox"/>	治療内容検討		
SpO ₂ (%)												<input type="checkbox"/>	治療内容検討
合併症等特記事項													
状態変化								<input type="checkbox"/>	治療内容検討				
治療内容の変更 (必要時記入)										<input type="checkbox"/>	治療内容検討		
服薬・吸入が処方通りにできているか	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている	<input type="checkbox"/> できている					<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導
	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている	<input type="checkbox"/> ほぼできている					<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供
	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> できていない	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
パリアンス(理由)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 検査結果説明	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 新しいパス用紙	<input type="checkbox"/> 検査結果説明				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> 吸入方法再確認・指導	<input type="checkbox"/> 増悪時対処法再確認・指導				
	()	()	()	()	()	()	()	<input type="checkbox"/> パス継続の確認・診療情報提供					

年 月 日

院長
クリニック
先生 御侍史



神奈川県立循環器呼吸器病センター

所長 中沢 明紀

地域連携室 室長 萩原 恵里

担当医師

地域連携クリニカルパス（慢性閉塞性肺疾患） 運用依頼書

謹啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。
平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて近年医療連携の重要性が強調されています。慢性閉塞性肺疾患（COPD）の治療に関しては、「急性増悪の早期発見」から「疾患管理の標準化」を図り、適切な治療により疾患の進行を遅れさせること、地域の医療関係者様の協力をいただき「2人主治医制」による患者さんの通院時間および待ち時間の短縮により「患者・家族満足度の向上」を図ること、それに伴い医療情報の可視化、患者さんと医療者双方での治療目的の共有、さらに医療をチームで行うことで患者さん自身のセルフマネジメントやセルフケアへとつないでいくことが出来ること等、医療連携により治療・医療の質の向上が図られると確信しております。

すでに多くの患者さんの治療に関してクリニック様等との連携により一定の成果を挙げておりますが、さらに患者サービス・診療レベルの向上を目的として、このたび標記「地域連携クリニカルパス」を作成させて頂きました。つきましては、下記患者さんにおいて、今後の治療を「運用基準・手順」に基づき共同診療で行いたいと思っておりますので、趣旨ご理解の上、ご協力賜りますようお願いいたします。

また従来から「共同診療」をお願いしております患者さんに関しましても、今後は「地域連携クリニカルパス」に基づき診療をお願いしたいと存じます。

本件「地域連携クリニカルパス」についてのご質問等がございましたら、お手数ですが下記へお問い合わせください。

敬具

患者氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日 _____ 歳

神奈川県立循環器呼吸器病センター 地域連携室

TEL 045-701-9581（代表）

FAX 045-784-5965（直通）

あなたのお名前:

今日の日付:



あなたのCOPD(慢性閉塞性肺疾患)の状態は、いかがですか? COPDアセスメントテスト(CAT)をやってみましょう!

この質問表は、COPD(慢性閉塞性肺疾患)の状態が健康と日常生活にどのような影響を与えているか、あなたご自身と主治医の先生が知り、共有するものです。このテストによって、今のCOPDの状態を的確に先生に伝えられ、またテストの点数によって、あなたの状態により合った治療を行うことができるようになります。

下記の各項目に対して、あなたの現在の状態を最も適切に表している所に「✓」印を記入してください。各項目に対して、回答は1つのみ選択してください。

例: 私は、とても楽しい (0) (✓) (2) (3) (4) (5) 私はとても悲しい

		点数	
まったく咳が出ない	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	いつも咳が出ている	□
まったく痰がつまった感じがしない	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	いつも痰がつまっている感じがする	□
まったく息苦しくない	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	非常に息苦しい	□
坂や階段を上っても、息切れがしない	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	坂や階段を上ると、非常に息切れがする	□
家での普通の生活が制限されることはない	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	家での普通の生活が非常に制限される	□
肺の状態を気にせずに、外出できる	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	肺の状態が気になって、外出できない	□
よく眠れる	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	肺の状態が気になって、よく眠れない	□
とても元気だ	(0) (1) (2) (3) (4) (5)	まったく元気がない	□
記入後は、先生にお渡しください。			総合点 □

©2009 GlaxoSmithKline企業グループ、無断複製・転載を禁じます。
Last Updated: February 23, 2012