

間質性肺炎 地域連携クリニカルパス 運用基準

地域連携クリニカルパス（地連パス）とは

地域内で各医療機関が共有する各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画。急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医に関わるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するものをいう。

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. 使用目的

循呼センターとかかりつけ医療機関が協力し、専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を作ること。

2. 対象疾患 対象治療

1) 間質性肺炎

3. パス適応基準

循呼センターに通院しており、薬剤の細かい調整や頻回な検査が不要な病状が安定している患者

4. パス除外基準

1) 地域パスに患者の同意が得られない場合

5. パス中止基準

1) 死亡

6. アウトカム設定

1) 状態の悪化がない

7. バリエーション基準

1) 状態の悪化

- (1) X線検査結果、陰影の悪化が早い
- (2) SPO₂の低下
- (3) 咳嗽・呼吸困難の悪化
- (4) 浮腫の出現

(5) KL-6、LDHの上昇

8. 使用基準

＜医師・看護師共通＞

- 1) 外来通院中であり、医師が地域パス対象と判断した患者に使用する。
- 2) バリアンス発生時は、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、状態改善し再度地域連携クリニカルパスの対象となる場合は、「わたしのカルテ」は継続して使用する

【導入前】

＜医師＞

- 1) 診断・治療後に紹介元あるいは近隣の医療機関と連携できると判断した患者・家族へ、地連パスについて説明し、同意を得る。
- 2) 患者・家族と共に連携医療機関を決定し、地域連携室へ電話連絡をする。
- 3) 同意書を作成し、患者よりサインをもらう。

＊同意書の、専用フォーマットあり

- 4) 「わたしのカルテ」に以下の内容の該当項目を記入する。

(1) P.2 患者基本情報

(2) P.3 開始時の患者さんの状況 医師記載欄

(3) P.10 フローBの【病状悪化している】下の□欄中の()

(4) P.11～12 間質性肺炎地域連携診療計画書

- 5) 25番で看護師よりオリエンテーションを受けるよう患者・家族へ説明する。

- 6) 診療情報提供書を作成し、地域連携室へ渡す。(診療情報提供料 250点)

＜外来看護師＞

- 1) 患者・家族へ「わたしのカルテ」の使い方について、説明する。
- 2) 循呼センターの次回予約を確認し、P. 11の間質性肺炎地域連携診療計画書の該当箇所に日時を記入する。
- 3) 同意書のサインを確認し、コピーを1枚とる。

原本をスキャンファイルへ入れる。

コピーを患者へ渡し、地域連携室へ出すよう説明する。

- 3) 地域連携室で、連携医療機関受診日を設定するよう説明する。

＜地域連携室＞

- 1) 医師より地連パス運用開始の連絡を受ける。
- 2) 患者氏名、ID、連携医療機関名の情報を得る。
- 3) 地連パス登録ナンバーを決定する。
- 4) 患者が地域連携室へ来室したら、「わたしのカルテ」と同意書を患者より受け取り、

P.2 患者基本情報へ登録ナンバーを記入する。

- 5) 連携医療機関へ電話連絡し、患者と共に受診予定月を決定する。地連パスの P. 11 の間質性肺炎地域連携診療計画書の該当欄に鉛筆で月数を記入する。
- 6) 間質性肺炎地域連携クリニカルパス運用依頼書（資料1）を作成しFAXする。
- 7) 「わたしのカルテ」と同意書を患者へ返し、手続きが終了したことを患者へ伝え、会計を済ませるよう説明する。

【導入中】

＜医師＞

- 1) 地連パスに沿って、診療予定を立て診療する。
- 2) 「わたしのカルテ」の“診察の経過”を確認し、医師記載欄の該当項目へ結果を記載する。
- 3) **検査結果を、連携医療機関へFAXするよう地域連携室へ依頼する。**状態悪化の場合、地連パスバリエーション発生について連携医療機関へ伝達のため、診療情報提供書を作成し、地域連携室へ渡す。
- 4) 状態改善し、再度地連パス適応となった場合は、【導入前】の流れに沿って実施する。

＜連携医療機関医師＞

- 1) 地連パスに沿って、診療予定を立て診療する。
- 2) 「わたしのカルテ」の“診察の経過”を確認し、医師記載欄の該当項目へ結果を記載する。
- 3) **検査結果を、循呼センター地域連携室宛にFAXする。（資料2）**
- 4) 状態悪化の場合、地連パスバリエーション発生について循呼センターへ連絡し、診療情報提供書を作成する。

＜地域連携室＞

- 1) 医師から依頼された検査結果を、連携医療機関へFAXする。（資料3）
- 2) 連携医療機関から送られた検査結果は、スキャンする。
- 3) 状態悪化時、連携医療機関へ患者が入院した旨を連絡する。
- 4) 診療情報提供書を連携医療機関へ郵送する。

【導入終了時】

＜医師・地域連携室＞

- 1) 当院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、医師は、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、地連パス登録ナンバーへ経緯を記載する。
- 3) 連携医療機関へ連絡する。

わたしのカルテを用いた診療の流れ



【循環器呼吸器病センターの役割】

年に何回かの診療を担当します。

- 1) 定期診察
- 2) 精密検査

【かかりつけ医の役割】

日ごろの診療は、地域のかかりつけ医が担当します。

- 1) 定期診察
- 2) 定期的なお薬の処方
- 3) 在宅酸素の管理
- 4) 風邪を引いたり、熱が出た時など臨時の診療相談

検査結果は「わたしのカルテ」内で記載して共有します。

また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で臨時に当院で診察を行うこともあります。

フローA

循環器呼吸器病センター

⇒ かかりつけ医

循環器呼吸器病センター主治医は

患者さんが対象となるか検討する

- * 病状が安定している
- * 薬剤の細かい調整がない
- * 頻回な検査が不要

主治医は

- * 同意書作成
- * 診療情報提供書作成
- * 治療の調整の判断

主治医は

1. 患者さんへ説明し同意を得る
2. 地域連携室へ連絡をする
3. 患者さんへ25番で説明を受けるよう案内する

患者さんはわたしのカルテを受け取り、看護師から説明を受ける

患者さんは地域連携室へ行き、連携医の受診予約を取る

患者さんは

連携医で月に1回診察を受ける
6ヶ月毎に循環器呼吸器病
センターでの診察を受ける

かかりつけ医は

月1回 診察
1-3ヶ月毎 検査(SpO2・胸部X線
写真・採血: KL-6、LDHなど)

- 【定期外紹介の基準】
- * 病状悪化時
 - * 陰影の悪化が早い
 - * SpO2の低下(3ヶ月以内の3%以上)
 - * 咳嗽・呼吸困難の悪化
 - * 浮腫の出現
 - * KL-6、LDHの上昇

フローBへ (かかりつけ医 ⇒ 循環器呼吸器病センター)

フローB

かかりつけ医

⇒ 循環器呼吸器病センター

かかりつけ医

病状悪化している

- ・ 陰影の悪化が早い
- ・ SpO2の低下()
- ・ 咳嗽・呼吸困難の悪化
- ・ 浮腫の出現
- ・ KL-6、LDHの上昇()

- * 循環器呼吸器病センターへ診療情報提供書を作成
- * 受診日確認のため循環器呼吸器病センターの地域連携室に連絡。
ただし、緊急時は循環器呼吸器病センター主治医へ直接連絡
- * 患者さんへ循環器呼吸器病センターの受診日説明

循環器呼吸器病センターへ受診

入院はしないが、安定する
までセンター受診

病状が安定したら
かかりつけ医へ

入院が必要な場合

入院

循環器呼吸器病センター主治医は
退院後にパスに戻すか検討し決定する

間質性肺炎(IP)地域連携診療計画書

診療内容 \ 経過				1 か 月	2 か 月	3 か 月	4 か 月
受診予定日		/	/	/	/	/	/
問 診	息切れ・咳・痰の有 無、HOT使用状況の確 認、その他の 症状を確 認します			○	○	○	○
触 聴 診	呼吸音の確認、SpO2の確 認をします			○	○	○	○
検 査	血液検査: 肝機能、間質性 肺炎マーカーをみます					○	
	胸部X線: 肺に異常がない かをみます					○	
	胸部CT: 間質影の広がり、 肺がん発症の有無をみま す						
	呼吸機能検査:						
	その他の検査 ()						
	その他の検査 ()						
投 薬	定時の薬以外を処方した 際は通信欄に記入します			○	○	○	○

●は循環器呼吸器病センターなどで行う

○は原則としてかかりつけ医で行う

5 か 月	6 か 月	7 か 月	8 か 月	9 か 月	10 か 月	11 か 月	12 か 月
/	/	/	/	/	/	/	/
○	●	○	○	○	○	○	●
○	●	○	○	○	○	○	●
	●			○			●
	●			○			●
	●						●
	●						●
○	○	○	○	○	○	○	○

令和〇年〇月〇日

〇〇クリニック

院長 〇〇 〇〇先生 御侍史



地方独立行政法人神奈川県立病院機構

神奈川県立循環器呼吸器病センター

院 長 〇〇 〇〇

地域連携室 室長 〇〇 〇〇

担当医師 〇〇 〇〇

地域連携クリニカルパス（間質性肺炎） 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。間質性肺炎の治療に関しては、「急性増悪の早期発見」から「疾患管理の標準化」を図り、もって適切な治療により疾患の進行を遅れさせると、地域の医療関係者様の協力体制による「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」を図り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の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等、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多くのクリニック様等との共同診療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、標記「地域連携クリニカルパス（間質性肺炎）」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、今後の間質性肺炎の治療を「運用基準・手順」に基づき共同診療で行いたいと思いますので、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」をお願いいた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気軽に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 性別 _____

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）

令和〇年〇月〇日



地方独立行政法人神奈川県立病院機構
 神奈川県立循環器呼吸器病センター
 担当医師

発信者

地域連携クリニカルパス FAX 等連絡用紙

患者氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 _____
 登録ナンバー _____

連絡項目 ; ☐ 定時 ☐ 緊急 ☐ 事務連絡
 返信の要否 ; ☐ 返信要 [返信先 _____] ☐ 返信不要
 添付データ ; ☐ 添付あり ☐ 添付なし
 添付データ ; ☐ 検査データ ☐ その他
 その他明細 ; _____

合計 枚 (地域連携クリニカルパス FAX 等連絡用紙含む)

連絡項目

- ☐ パス () ヶ月後の状況
 目標の達成 ; ☐ 出来た ☐ 出来なかった
 →出来なかった理由
 ☐ パスの逸脱項目 (バリエーション) のため→詳細下記へ
☐ その他の問題点・不明点の連絡

事務連絡

次回の ☐ 検査 ☐ 受診 ☐ 入院 ☐ その他 が以下のように予定されています。
 項目 () 日時 平成 年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 分
 項目 () 日時 平成 年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 分
 項目 () 日時 平成 年 月 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 分

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)

令和〇年〇月〇日

〇〇クリニック

院長 〇〇 〇〇先生 御侍史



地方独立行政法人神奈川県立病院機構
 神奈川県立循環器呼吸器病センター
 担当医師

地域連携クリニカルパス FAX 等連絡用紙

患者氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 性別 _____
 登録ナンバー _____

連絡項目 ; ☐ 定時 ☐ 緊急 ☐ 事務連絡
 返信の要否 ; ☐ 返信要 [返信先 _____] ☐ 返信不要
 添付データ ; ☐ 添付あり ☐ 添付なし
 添付データ ; ☐ 検査データ ☐ その他
 その他明細 ; _____

合計 _____ 枚 (地域連携クリニカルパス FAX 等連絡用紙含む)

連絡項目

☐ パス (_____) ヶ月後の状況
 目標の達成 ; ☐ 出来た ☐ 出来なかった
 → 出来なかった理由 _____
☐ パスの逸脱項目 (バリエーション) のため → 詳細下記へ
☐ その他の問題点・不明点の連絡

事務連絡

次回の ☐ 検査 ☐ 受診 ☐ 入院 ☐ その他 が以下のように予定されています。
 項目 (_____) 日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 _____ 分
 項目 (_____) 日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 _____ 分
 項目 (_____) 日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () ☐ 午前 ☐ 午後 時 _____ 分

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)