

## 神奈川県立循環器呼吸器病センター

### 気管支喘息 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、医師が気管支喘息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（気管支喘息）」は継続して使用する。

#### 2. バリエーション基準

##### 1) 状態の悪化

- (1) 喘息発作が頻回（週 1 回以上 SABA 吸入あり）
- (2) 咳嗽・呼吸困難の悪化
- (3) ピークフローの低下：自己ベスト値または予測値\*の 80%未満  
\*予測値：“喘息日誌”《参考》ピークフロー標準予測値（15～85 歳）パーソナルベスト 参照
- (4) 喘息コントロールテスト：ACT 20 点未満

#### 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。ピークフローや“喘息日誌”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。「気管支喘息 地域連携診療計画書」の該当欄に鉛筆で月数を記入する。  
\*運用基準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、「気管支喘息地連パス運用基準」を、郵送する。
- 4) 「地域連携クリニカルパス（気管支喘息）運用依頼書」（様式 1）を連携医療機関へ F A X する。原本は、地域連携室内に保管する。

【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。
- 2) 「わたしのカルテ（気管支喘息）」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連絡し、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) 気管支喘息 地域連携診療計画書

**資料2-2**

- 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（気管支喘息）

**資料3-2**

- 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 “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“ACT質問票”“受診時PEF、救急受診の有無、副作用”を記入する。
- d “治療内容”“教育”“バリアンス”は、連携医療機関にて記入する。
- 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。

2019年 1月 作成

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
B001 特定疾患治療管理料 2 イ 特定薬剤治療管理料 1	470 点	投与薬剤の血中濃度を測定し、その結果に基 づき該当薬剤の投与量を精密に管理した場合 月に 1 回
B001 特定疾患治療管理料 16 イ 喘息治療管理料 1	(1)1 ヶ月目 75 点 (2)2 ヶ月目以降 25 点	1 ヶ月目 (ピークフローメーターを渡した月) ピークフローメーターを用いて計画的な治療 管理を行った場合 月に 1 回  ■機械及び器具を備えた保険医療機関と常時 連携体制をとっており、その旨を患者に対し て文書により説明する場合は、備えるべき機 械及び器具は以下で足りるものとする。 スパイロメトリー用装置 (常時実施できる状態にあるもの) 胸部エックス線撮影装置 (常時実施できる状態にあるもの)
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. 気管支喘息地域連携クリニカルパス 連携フロー図

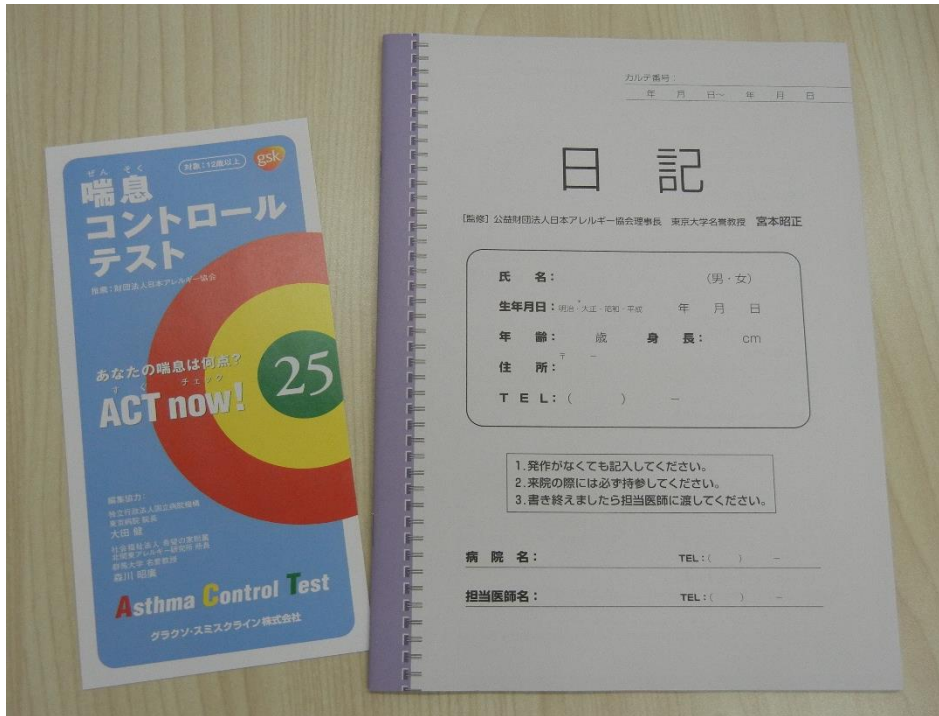
患者状況	循呼センター主治医	地域連携室	連携医療機関（かかりつけ医）
循呼センター受診	気管支喘息治療開始 ① 検査・投薬・指導等実施 □ 喘息日誌、ピークフロー		
病状安定	地域連携クリニカルパス 対象と判断 ① 患者・家族へ説明し同意を得る ② 患者・家族と共に連携医療機関を決定し地域連携室へ連絡する ③ 同意書その他書類を作成し、患者より同意書にサインをもらう ④ 喘息日誌へ「わたしのカルテ」を貼付しパスを作成する ⑤ 診療情報提供書の作成する ⑩ 6ヶ月もしくは1年間隔の受診	⑥ 患者情報、連携機関名等の情報を得る ⑦ 連携医療機関へ連絡する □ 連携依頼・了解をいただく □ 運用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 □ 患者と共に受診予定日を決め、連携診療計画へ記入する □ 同意書を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 循呼センターへ連絡する ⑫ 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

注1：次の機械及び器具を備えていなければならない。ただしこれらの機械及び器具を備えた保険医療機関と常時連携体制をとっている場合は、その旨を患者に対して文書により説明する場合は、備えるべき機械及び器具は以下で足りるものとする。

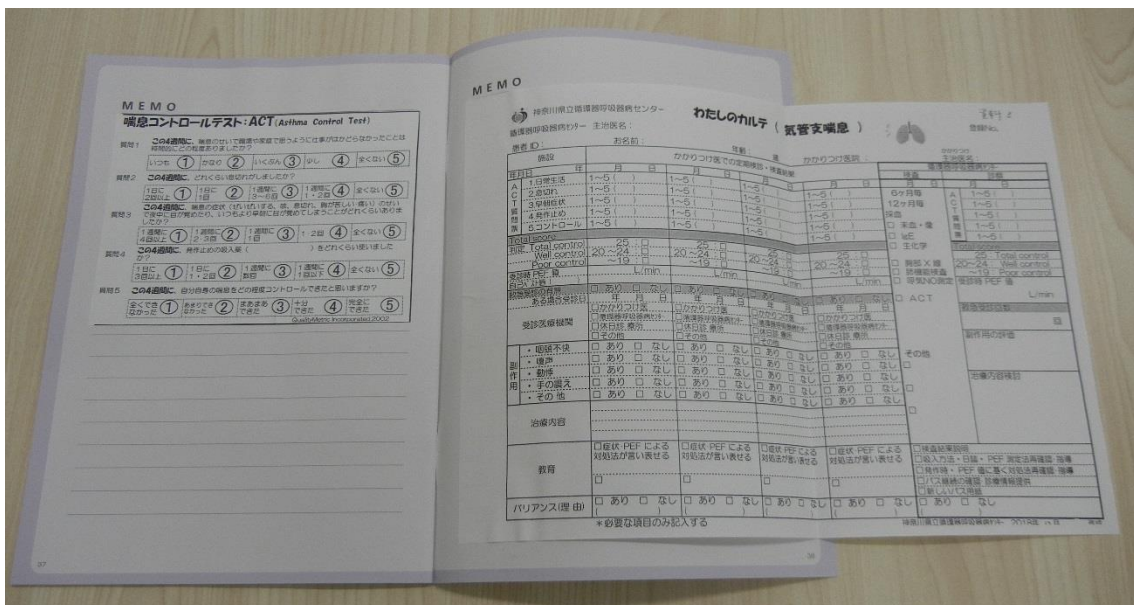
- スパイロメトリー用装置（常時実施できる状態にあるもの）
- 胸部エックス線撮影装置（常時実施できる状態にあるもの）

## 7. 見本

### 1) 患者が持参する喘息日誌



### 2) ACT表 わたしのカルテ



ID: お名前: 年齢: 歳

かかりつけ医療院名:

循環器呼吸器病センター主治医名:		医師が状態により受診医療機関を判断する					かかりつけ主治医名:								
経過	紹介	1 か 月	2 か 月	3 か 月	4 か 月	5 か 月	6 か 月	6 か 月	7 か 月	8 か 月	9 か 月	10 か 月	11 か 月	12 か 月	
受診予定日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
施設名	循環器呼吸器病センター	かかりつけ医					かかりつけ医					循環器呼吸器病センター			
概要	かかりつけ医に紹介	かかりつけ医で喘息の状態を確認しつつ治療を継続してもらいます □かかりつけ医の指示にしたがってください					必要に応じて治療内容を変更します					必要に応じて治療内容を変更します			
日記測定	<input type="checkbox"/> 喘息日誌は継続してつけてください。 <input type="checkbox"/> かかりつけ医、循環器呼吸器病センター受診時は、必ず喘息日誌と冊子「喘息コントロールテスト」を持参してください。 <input type="checkbox"/> 受診時には、必要時喘息コントロールテストを行い、それらも含めて参考にし治療内容を検討します。														
検査	喘息日誌確認														
	喘息コントロールテスト	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	吸入方法確認														
	採血														
	胸部X線検査 肺機能検査 呼気NO測定														
診療予約	6ヶ月または12ヶ月後の予約をします	1ヶ月または2ヶ月に1度 通院してください					6ヶ月後の予約をします					1ヶ月または2ヶ月に1度 通院してください 6ヶ月または12ヶ月後の予約をします			
状態変化時の対応	<input type="checkbox"/> 風邪などで喘息症状が悪化した場合 ①循環器呼吸器病センターの主治医から説明を受けている対処法を行う ②改善しなければ、かかりつけ医に相談し、必要があれば循環器呼吸器病センターを受診する														



気管支喘息地域連携診療計画書 記載例

ID: 123456

お名前: 神奈川 循呼

年齢: 70 歳

患者さん用

資料2-2

循環器呼吸器病センター主治医名: 金沢

かかりつけ医院名: ○○○クリニック

かかりつけ主治医名: ○○医師

a 循呼センターにて記入

経過	1 か月	2 か月	3 か月	4 か月	5 か月	6 か月	7 か月	8 か月	9 か月	10 か月	11 か月	12 か月
受診予定日	11/10	12/	/	/	/	5/21	/	/	/	/	/	/
施設名	循環器呼吸器病センター	かかりつけ医	かかりつけ医	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター	循環器呼吸器病センター
日記測定	□かかりつけ医に紹介 □かかりつけ医に電話連絡後受診月を記入する □かかりつけ医に電話連絡後受診月を記入する □喘息日誌は継続してつけてください。 □かかりつけ医、循環器呼吸器病センター受診時は、必ず喘息日誌と冊子「喘息コントロールテスト」を持参してください。 □受診時には、必要時喘息コントロールテストを行い、それらも含めて参考にし治療内容を検討します。											
検査	喘息日誌確認	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	喘息コントロールテスト	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	吸入方法確認	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	採血	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	胸部X線検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
肺機能検査	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
呼気NO測定	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
診療予約	6ヶ月または12ヶ月後の予約をします 1ヶ月または2ヶ月に1度 通院してください e 連携開始時は、循呼センターの主治医が判断する病態に応じて、かかりつけ医が判断する											
状態変化時の対応	□風邪などで喘息症状が悪化した場合 ①循環器呼吸器病センターの主治医から説明を受けている対処法を行う ②改善なければ、かかりつけ医に相談し、必要があれば循環器呼吸器病センターを受診する											

b 循呼センターからの紹介日を記入

c 循呼センターにて連携開始時に電話連絡後受診月を記入する

d 循呼センター主治医が、半年後の受診機関を判断する  
 ○循呼センター受診時は、予約月日を記入する  
 ○かかりつけ医受診時は、予定月を記入する

e 連携開始時は、循呼センターの主治医が判断する病態に応じて、かかりつけ医が判断する





循環器呼吸器病センター 主治医名:

かかりつけ

主治医名:

患者ID: お名前: 年齢: 歳 かかりつけ医院:

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	
A	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	6ヶ月毎	月 日	
C	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	12ヶ月毎	月 日	
T	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	採血	月 日	
質問	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	<input type="checkbox"/> 末血・像	月 日	
票	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	1~5 ( )	<input type="checkbox"/> IgE	月 日	
Total score						Total score		
判定	25 : □	25 : □	25 : □	25 : □	25 : □	25 : Total control		
Well control	20~24 : □	20~24 : □	20~24 : □	20~24 : □	20~24 : □	20~24 : Well control		
Poor control	~19 : □	~19 : □	~19 : □	~19 : □	~19 : □	~19 : Poor control		
受診時 PEF 値	L/min	L/min	L/min	L/min	L/min	受診時 PEF 値		
自己入力値 ( )	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	L/min		
救急受診の有無	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ ACT		
ある場合受診日	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	救急受診回数		
受診医療機関	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	副作用の評価		
副作用	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	副作用の評価		
・ 咽頭不快	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	治療内容検討		
・ 嘔声	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし			
・ 動悸	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし			
・ 手の震え	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし			
・ その他	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし			
治療内容								
教育								
バランス(理由)	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし	□ あり □ なし		

\* 必要な項目のみ記入する



循環器呼吸器病センター 主治医名： 金沢

患者ID： 123456 お名前： 神奈川 循呼

年齢： 70 歳

かかりつけ医院： ○○○クリニック

かかりつけ

主治医名： ○○医師

施設	かかりつけ医での定期検診・検査結果		検査	診察
年月日	12月16日	年月日	年月日	年月日
A 1.日常生活	1~5 (4)	1~5 ( )	6ヶ月毎	1~5 ( )
C 2.高切れ	1~5 (4)	1~5 ( )	12ヶ月毎	1~5 ( )
T 3.早朝症状	1~5 (5)	1~5 ( )	採血	1~5 ( )
質問	1~5 (4)	1~5 ( )	<input type="checkbox"/> 末血・像	1~5 ( )
票	1~5 (5)	1~5 ( )	<input type="checkbox"/> IgE	1~5 ( )
5.コントロール	1~5 (5)	1~5 ( )	<input type="checkbox"/> 生化学	1~5 ( )
Total score	22			Total score
判定 Total control	25 : □	25 : □		25 : Total control
Well control	20~24 : <input checked="" type="checkbox"/>	20~24 : □		20~24 : Well control
Poor control	~19 : □	~19 : □		~19 : Poor control
受診時 PEF 値	520 L/min	L/min		受診時 PEF 値
自己PEF値 ( 580 )		L/min		L/min
救急受診の有無 ある場合受診日	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	救急受診回数
	年月日	年月日	年月日	回
	<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"/> 循環器呼吸器病センター	<input type="checkbox"/> 循環器呼吸器病センター	<input type="checkbox"/> 循環器呼吸器病センター	
	<input type="checkbox"/> 休日診療所	<input type="checkbox"/> 休日診療所	<input type="checkbox"/> 休日診療所	
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	
受診医療機関				副作用の評価
・ 咽頭不快	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	治療内容検討
・ 咳声	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
・ 動悸	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
・ 手の震え	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
・ その他	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
治療内容				
教育				
・ 症状・PEF による対処法が言い表せる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 検査結果説明
・ 吸入方法・日誌・PEF 測定法再確認・指導				<input type="checkbox"/> 吸入方法・日誌・PEF 測定法再確認・指導
・ 発作時・PEF 値に基づく対処法再確認・指導				<input type="checkbox"/> 発作時・PEF 値に基づく対処法再確認・指導
・ バス継続の確認・診療情報提供				<input type="checkbox"/> バス継続の確認・診療情報提供
・ 新しいバス用紙				<input type="checkbox"/> 新しいバス用紙
・ あり <input checked="" type="checkbox"/> なし				<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
バリアンス(理由)				

\*必要な項目のみ記入する

神奈川県立循環器呼吸器病センター 2018年12月 作成

- 1 「わたしのカルテ」作成時に、循呼センターにて患者氏名等基本情報を記入する
- 2 患者は、連携医受診日までに、ACT質問票等・救急受診の有無・治療の副作用欄を記入する
- 3 連携医は、患者診察時に行った治療内容・教育など該当する内容を記入する
- 4 連携医は、バリアンスの有無を判断・チェックし、「あり」の場合には、( )内に理由を記入する。