

「がんの地域連携パス」の運用と 届け出に関する説明

静岡県西部広域地域連携パス委員会 がん部会
小林 利彦(浜松医科大学医学部附属病院)

地域連携パスとは？

- クリティカルパス(クリニカルパス)とは・・・
 - 1) 様々な視点を持つ医療者に対して、標準的な手順書として、一定の目安を明記したもの
 - 2) 情報を伝達し合い、(患者も含めて)医療者の情報共有を図るもの
 - 3) 必ずその通りではなく、医療者として正しいことをすれば良い
- 病院内でのパス運用から、地域(回復期・療養型・診療所)につなげるパス運用となった！
 - * 本来、診療報酬制度と関係なく、患者のためにあるべき！
 - (例) 肝疾患手帳、お薬手帳、共同診療・・・

静岡県西部広域地域連携パス委員会

◆大腿骨頸部骨折地域連携パス協議会？(2006年)

→ 大腿骨近位部骨折部会

事務局：浜松医療センター ⇒ 聖隷浜松病院

◆脳卒中地域連携パス協議会？(2008年)

→ 脳卒中部会

事務局：聖隷浜松病院＋浜松医科大学病院

◆がん部会(2010年)

事務局：聖隷浜松病院

地域連携パスの問題点

- 診療報酬制度との関係

計画策定病院の施設基準：

在院日数17日以内？

協議会の設立と年に3回？の開催

(指導病院を含め)厚生局への届け出が面倒

- 地域の医療者(コアメンバー)が一堂に集まらない
- 急性期病院グループからの押しつけ指示書？
- 患者のためというより、国の方針？方向性？

* 普及を目的とするならば最初は簡便なものを！

* その後、複雑なパスは専門医グループ間で！

* これを機会に診療所サイドから勉強会立ち上げを！

がん対策推進基本計画

全ての患者・家族の安心

がんによる死亡者の減少
(20%減)

全てのがん患者・家族の
苦痛の軽減・療養生活の質の向上

重点的に取り組むべき事項

がんの
早期発見

受診率
50%

放射線療法・化学療法の推進、
これらを専門的に行う医師等の育成

すべての拠点病院で
「放射線療法・外来化学療法」
を実施

治療の初期段階からの
緩和ケアの実施

全てのがん診療に携わる医師に
緩和ケアの基本的な研修を実施

がん医療
に関する
相談支援・
情報提供

がんの
予 防

未成年者
の喫煙率
0%

がん登録の推進

院内がん登録を行う医療機関数の増加

すべての
2次医療圏に
相談支援センター
を設置し、研修を
修了した相談員
を配置

医療機関の整備等

原則、すべての2次医療圏に拠点病院を設置し、
5大がんの地域連携クリティカルパスを整備

がん 研究

がん対策基本法に基づく2007-2011年の5年計画

5大がんの連携パスはいつまでに必要か？

がん診療連携拠点病院の整備について

平成20年3月1日厚生労働省健康局長通知(健発第0301001号)

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

1 診療体制

(1) 診療機能

[4] 病病連携・病診連携の協力体制

ウ 我が国に多いがんについて、地域連携クリティカルパスを整備すること。

IIの1の(1)の[4]のウについては、平成24年4月1日から施行する

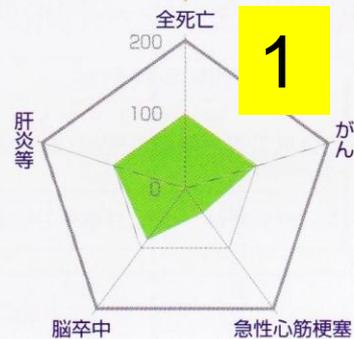
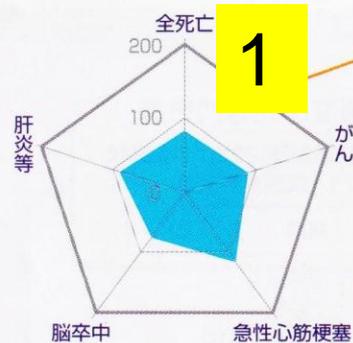
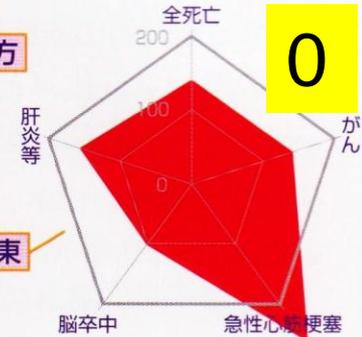
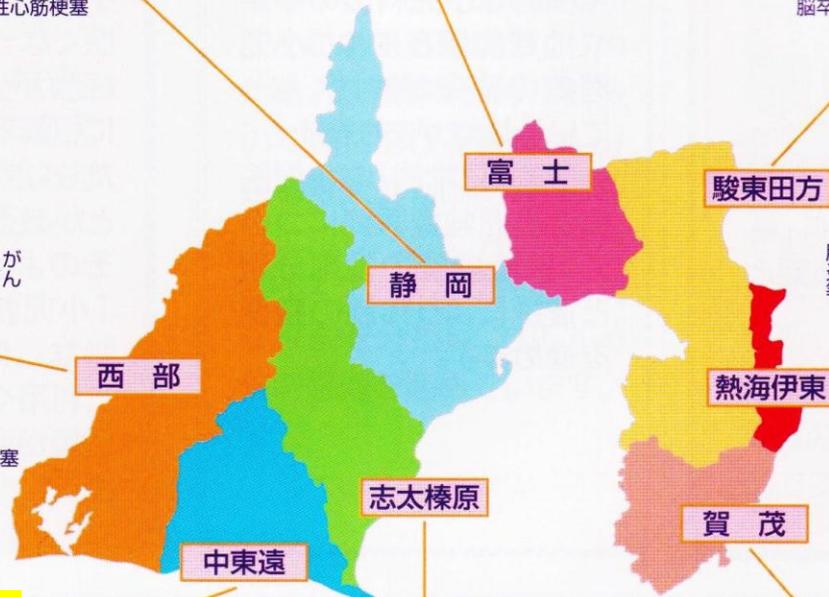
IV 都道府県がん診療連携拠点病院の指定要件について

4 都道府県がん診療連携協議会を設置し、次に掲げる事項を行うこと。

(5) 当該都道府県におけるがん診療連携拠点病院が作成している地域連携クリティカルパスの一覧を**作成・共有**すること。また、**我が国に多いがん以外のがんについて、地域連携クリティカルパスを整備することが望ましい。**

疾病別壮年期(30~64歳)死亡率(2次保健医療圏別)

平成17年分
県厚生部調べ
県平均=100



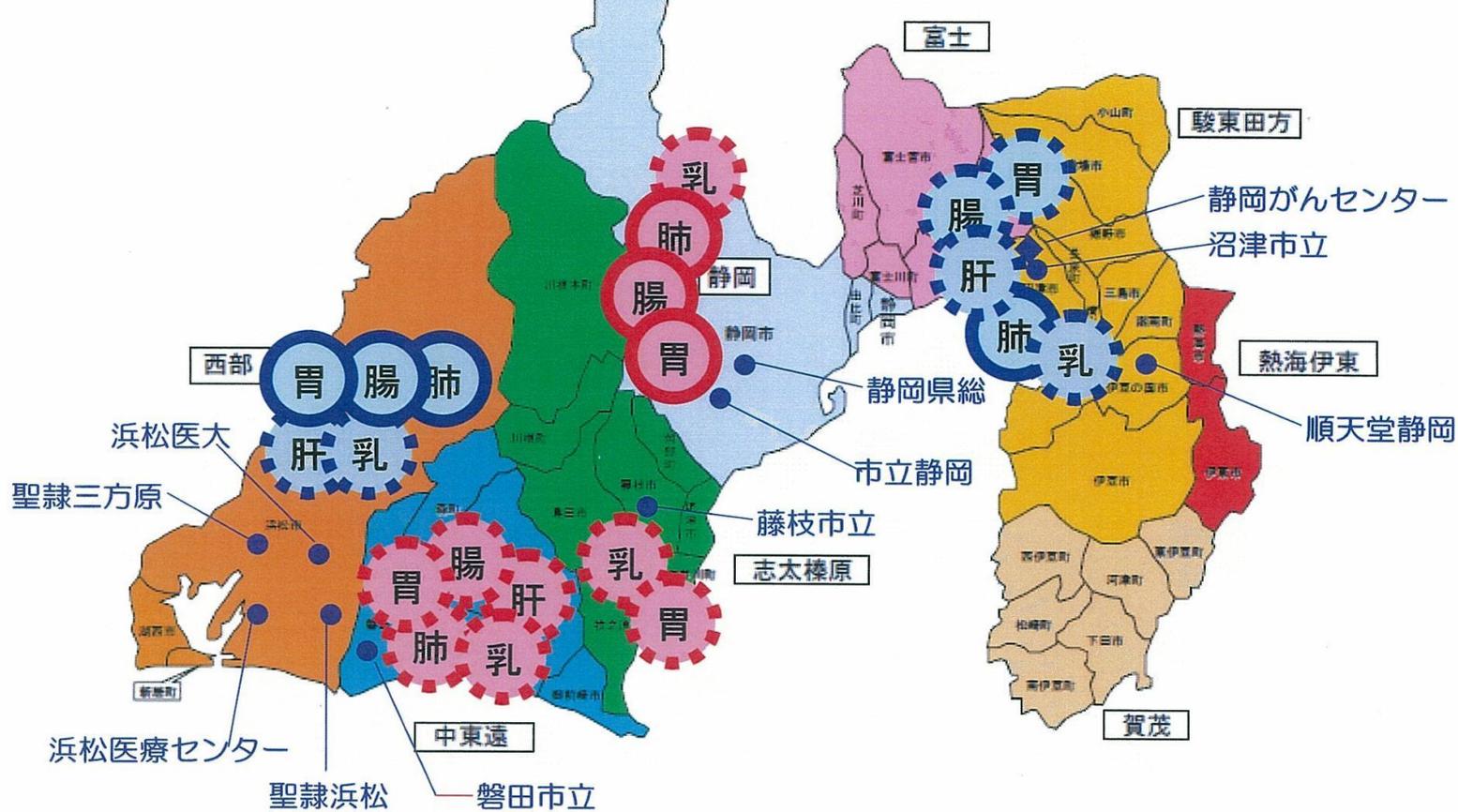
8医療圏に
11がん診療連携拠点病院

静岡県保健医療計画
<追補版ダイジェスト>から

静岡県の2次医療圏における拠点病院

2次医療圏：8

拠点病院：11



谷水班の厚労科研報告書(下村裕見子)から

「地域連携パス」監修の分担

- 胃がん: 県西部浜松医療センター
西脇 由朗 先生
- 大腸がん: 聖隷浜松病院
小林 靖幸 先生
- 肝がん: 浜松医科大学附属病院
坂口 孝宣 先生
- 肺がん: 聖隷三方原病院
丹羽 宏 先生
- 乳がん: 聖隷浜松病院
吉田 雅行 先生

* 浜松医師会(滝浪副会長,大久保理事,鈴木理事.荻野理事)

肝がん治療(経過観察例)に関する連携計画書
(医療者用)

計画策定病院 (浜松医科大学医学部附属病院、東西部浜松医療センター、聖隷浜松病院、聖隷三方原病院) 担当医師 () 連絡先: _____
 連携医療機関 () 担当医師 () 連絡先: _____

適応: 肝がん(肝細胞癌)の治療後で、癌の遺残がないと思われる症例

患者情報

登録番号 (H - 医大・センター・聖隷浜松・聖隷三方原 - 2010 - _____)

共同診療計画表(医療者用)

カルテ番号 ()
 患者氏名 _____ 様 男・女
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 病院名: _____

	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
退院後	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
アウトカム	肝不全と肝癌の再発兆候がない					
検査	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA <input type="checkbox"/> 腹部画像診断	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA <input type="checkbox"/> 腹部画像診断

(その他 連絡事項)

【退院時の状態】 (退院日 _____ 年 _____ 月)

今回の肝がんの状態

最大径	_____ cm
個数	_____ 個
脈管侵襲	(有・無)
肝外転移	(有・無)
Stage	(I・II・III・IV-A・IV-B)

合併症

今回の肝がんの治療内容
 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※ 再発のない限り、上記スケジュールを継続します。
 検尿は必要時に実施をお願いします

- 1) 肝不全の兆候(目安とご理解ください)
 肝性脳症: 見当識障害、羽ばたき振戦、傾眠傾向、意識消失など
 肝機能障害: T-Bilが3mg/dl以上、ALT(GPT)が200 IU/l以上、PTが50%未満など
 腹水の増大
- 2) 肝癌再発の疑い(目安とご理解ください)
 AFPが21ng/ml以上、または、持続する上昇傾向
 PIVKA-IIが41 mAU/ml以上、または持続する上昇傾向
- ※ 上記異常が見られたら、拠点病院までご相談ください。

退院直前の検査(月 日)	投薬
AST(GOT)	
ALT(GPT)	
Alb	
T-Bil	
PT	
NH3	
AFP	
AFP-L3	
PIVKA-II	
HBs抗原 (+・-)	
HCV抗体 (+・-)	

病理所見(切除の場合)
 別紙病理報告書を参照してください。

指導

日常生活指導	(済・未済)
服薬指導	(済・未済)
栄養指導	(済・未済)

備考

次回の腹部CT 月 日 : _____ に予約してあります
 退院後、強ミ/C ml、回 / 週で静注投与をお願いします

	かかりつけ医	かかりつけ医	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
退院後	1年7ヶ月	1年8ヶ月	1年9ヶ月	1年10ヶ月	1年11ヶ月	2年
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
アウトカム	肝不全と肝癌の再発兆候がない					
検査	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA <input type="checkbox"/> 腹部画像診断	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA-II	<input type="checkbox"/> 血算・PT・肝機能 <input type="checkbox"/> AFPまたはPIVKA <input type="checkbox"/> 腹部画像診断
投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 画像診断予約	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 画像診断予約
注射(点滴) その他	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴) <input type="checkbox"/> 画像診断予約	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴)	<input type="checkbox"/> 注射(点滴) <input type="checkbox"/> 画像診断予約

※ 再発のない限り、上記スケジュールを継続します。
 検尿は必要時に実施をお願いします

- 1) 肝不全の兆候(目安とご理解ください)
 肝性脳症: 見当識障害、羽ばたき振戦、傾眠傾向、意識消失など
 肝機能障害: T-Bilが3mg/dl以上、ALT(GPT)が200 IU/l以上、PTが50%未満など
 腹水の増大
- 2) 肝癌再発の疑い(目安とご理解ください)
 AFPが21ng/ml以上、または、持続する上昇傾向
 PIVKA-IIが41 mAU/ml以上、または持続する上昇傾向
- ※ 上記異常が見られたら、拠点病院までご相談ください。

胃がん

大腸がん

治療



あなた
かかり

あ

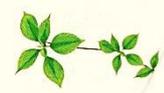
肺がん

～患者～



肝がん

治療後経



あなたの

かかり

病

あなたのお名前

かかりつけ医 (連携医)
(電話

病院主治医

(電話

乳がん地域連携パン

(Ver. 1.0)

～患者さん用～



私のカルテ

表紙



肝がん地域連携パス

治療後経過観察パス (Ver. 1.0)



—患者さん用—



あなたのお名前

かかりつけ医 (連携医)

(電話 — —)

病院主治医

(電話 — —)

がん診療の機能分担表

機能	専門的ながん診療 (病院 主治医)	かかりつけ医 (連携医)	調剤薬局
診断	確定診断、精密診断 病期診断 再発時の診断	初期診断 再発時の診断 精密検査の必要性の判断	
検査	精密診断 (画像、採血) 経過観察のための検査 (画像、採血)	スクリーニング検査 経過観察のための検査	
治療	手術、内視鏡手術 化学療法 (抗がん剤治療) 放射線治療、臨床試験 症状緩和治療 経過観察	日常の指導・管理 連携した化学療法とその 継続 症状緩和治療とその継続 経過観察	
ケア			服薬指導 内服状況・ 副作用チェ ック 医療機関へ の連絡・相 談
診療 連携 パス	診察 補助化学療法 (抗がん剤治療) 定期的精密検査 (画像・採血) 副作用・合併症の対応 再発時の対応	診察 連携した化学療法の継続 経過観察のための日常的 検査 (主に採血) 副作用・合併症の対応 再発時の対応	服薬指導 内服状況・ 副作用チェ ック 医療機関へ の連絡・相 談

共同診療計画表(患者用)



肝がん連携パス (1～6ヶ月)

診療場所	病院	かかりつけ医	かかりつけ医	病院
経過	退院時	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月
月日	月 日	月 日	月 日	月 日
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
内服薬	<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
注射/点滴	<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
AST(GOT)				
ALT(GPT)				
Alb				
T-Bil				
PT(%)				
NH3				
AFP				
PIVKA-II				
むくみ	<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
体重	kg	kg	kg	kg
メモ				

かかりつけ医	かかりつけ医	病院
4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月
月日	月日	月日
<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> お腹のCT または MRI または エコー
<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
kg	kg	kg

メモ

B005-6 がん治療連携計画策定料

B005-6-2 がん治療連携指導料

計画書通りの
報告が原則だが、
相談も可

計画策定病院(がん診療連携拠点病院・準ずる病院)

750点x1回

CT,MRI

連携の届出

東海
北陸
厚生局

種類・ステージ別
診療計画書

指示書付きの
「逆紹介」!

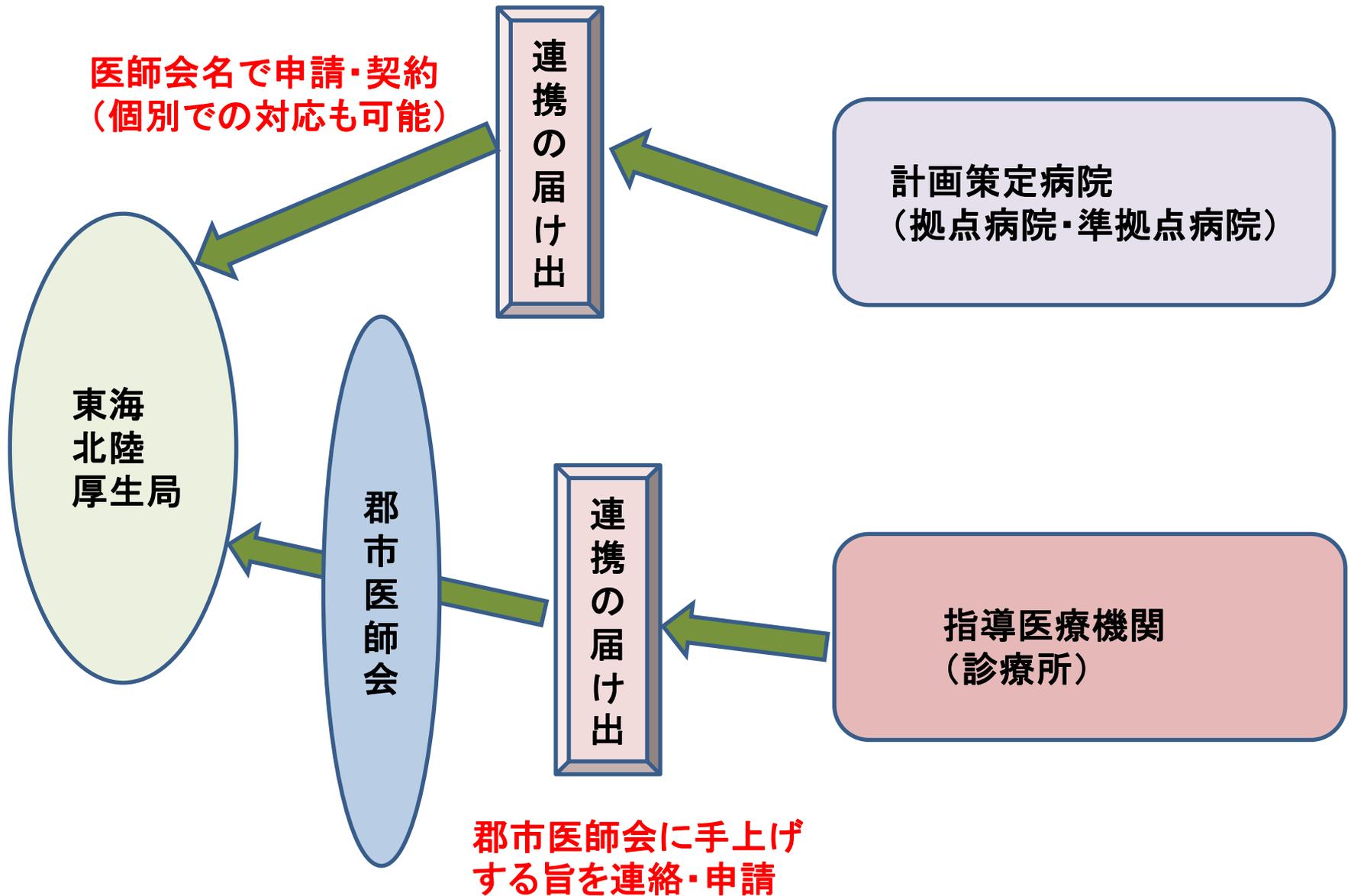
途中経過報告書

指導医療機関

300点x(報告書)回数
(月1回まで)

B003開放型病床共同指導料、B005退院時共同指導料2、B009診療情報提供料(I)は別に算定できない

申請窓口の一括化に向けて



当面は・・・

